FVDZ praxis

DAS PRAXIS HANDBUCH

INFOS UND TIPPS FÜR
DIE TÄGLICHE ARBEIT
IN DER ZAHNARZTPRAXIS

Herausgeber:
Freier Verband Deutscher Zahnärzte e. V.
Mallwitzstraße 16
53177 Bonn
Telefon: 02 28/85 57-0
Telefax: 02 28/34 06 71
E-Mail: phb@fvdz.de
Internet: www.fvdz.de

Redaktionsbeirat:
Vorsitzender Dr. Christian Öttl
Mitglieder Dr. Gudrun Kaps-Richter
RA Michael Lennartz, lennmed.de Rechtsanwälte
Stb/WP Gabriela Scholz
Drs. (NL) Hub. van Rijt
Dipl.-Kffr. Monika Brendel, FIBU-doc Praxismanagement GmbH
Dr. Susanne Woitzik, ZA – Zahnärztliche Abrechnungsgenossenschaft eG

Organisation/Technische Abwicklung:
Freier Verband Deutscher Zahnärzte, Bonn
Ralf Rausch
Marion Treu

Gesamtherstellung: AC medienhaus GmbH, 65205 Wiesbaden-Nordenstadt

Vertrieb: DYNADENT Service für Zahnärzte GmbH

© Freier Verband Deutscher Zahnärzte e. V., Bonn – 10/2025 – 3. Auflage, 33. EG

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt

1 Informationen

2 Aktuelles

3 Abrechnung

4 Praxisführung

5 Betriebswirtschaft/Finanzen

6 Steuern

7 Personal

8 Recht

9 Industrie

10 Notizen

1

1.0. Gesamtinhaltsverzeichnis

Teil 1 Informationen

1.1. Autorenverzeichnis
1.2. Benutzerhinweise
1.3. Das Praxishandbuch-Online
1.4. Gesamtstichwortverzeichnis

Teil 2 Aktuelles

2.0. Inhaltsverzeichnis
2.1. Gesundheitspolitische Themen
2.1.1. Aktuelle Entwicklungen zur GOÄ
2.1.2. Datenschutzgrundverordnung 2018
2.1.3. Evidenzbasierte Zahnmedizin
2.1.4. Telematik-Infrastruktur
2.1.4.1. Der aktuelle Stand der TI
2.1.4.2. Schöne neue Welt: die TI im BEMA
2.1.4.3. Zugang zu den EBZ-Verfahren
2.1.4.4. Nicht einfach nur den Stecker ziehen
2.1.6. Gesetzentwurf für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation
2.1.7. Systematik und Kurzinfo – Neuer BMV-Z
2.1.8. EU-Quecksilberverordnung
2.1.9. Mindestlohngesetz – aktuelle Bestandsaufnahme und Tipps für die Zahnarztpraxis
2.1.10. Antikorruptionsgesetz
2.1.11. Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) für Zahnärzte
2.1.11.1. MVZ und erweiterte Anstellungsmöglichkeiten – die wesentlichen Änderungen
2.1.12. Neue Medizinprodukteverordnung
2.1.13. Die Behandlung von Asylbewerbern – was es zu beachten gilt
2.1.14. Inflation und die Zahnarztpraxis: Das sollten Sie jetzt tun
2.1.15. Eine für alle – alle für eine?
2.2. Elektronische Ersatzbescheinigung (eEB)
2.2.1. Elektroauto als Mitarbeitermagnet?
2.2.2. Investition in vermietete Wohnimmobilien aus steuerlicher Sicht
2.2.3. Wenn die Familie in der Praxis mitarbeitet
2.3. Die neue PAR-Behandlungsstrecke im BEMA
2.3.1. Die neuen Leistungen der PAR-Behandlungsstrecke
2.3.2. Sind parodontologische Privatleistungen möglich?
2.3.3. Die neue PAR-Strecke und die Dokumentation
2.3.4. Muster Dokumentationsbögen PAR-Behandlungsstrecke
2.3.4.1. 5070a: PAR-Reevaluation, nicht Brückenglied
2.3.5. Faktor 5,5 entspricht BEMA-Honorar
2.3.6. Private Chirurgie in Not
2.3.7. Ohne Druck ist Abweichendes möglich
2.3.8. Sehr gute Leistung, sehr hoher Preis
2.3.9. 3010a und 4138a: Subgingival nichtchirurgisch unterwegs
2.3.10. Und tschüss 4000
2.3.11. Subgingivale Instrumentierung – UPT
2.3.12. UPT jetzt besser durchdacht
2.4. Nachwuchsprogramm
2.4.1. yd² – young dentists
2.4.2. Angestellt vs. Selbstständig
2.4.2.1. Checklisten für die Phasen ab der Existenzgründung
2.4.2.2. Checkliste Praxisgründung
2.4.3. Checkliste Werbungskosten
2.5. Serviceangebot des FVDZ
2.5.1. Rechtsberatung
2.5.2. Praxisbezogene Steuerberatung
2.5.3. FVDZ control-doc

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2025

2.5.4. Kostenlose Buchhaltungs- und Controllinghotline
2.5.5. Exklusive Versicherungsangebote für FVDZ-Mitglieder
2.5.6. FVDZ-Info-Mail »Unter der Lupe«
2.5.7. Finanz-Service GmbH
2.5.8. FVDZ-Praxispool
2.5.9. Liquidität während der Coronakrise
2.5.10. Mitglied in der DZG werden
2.6. Die digitale Praxis
2.7. Ihre neue Mitarbeiterin heißt Digitalisierung
2.8. Entsorgung einer Praxis bei Auflösung
2.9. Informationsschreiben Paragraf 2
2.10. Hintergrund ePA
2.11. Informationspflichten zur elektronischen Patientenakte (ePA)
2.12. Cybercrime-Angriffe und Hacking des Online-Bankings

Teil 3 Abrechnung

3.0. Inhaltsverzeichnis
3.1. Einleitung
3.2. Moderne Zahnheilkunde für gesetzlich Versicherte – Freie Vertragsgestaltung
3.2.1. Einleitung
3.2.2. Rechtliche und vertragliche Grundlagen der Freien Vertragsgestaltung bei Kassenpatienten
3.2.2.1. Rechtliche Grundlagen – Freie Vertragsgestaltung
3.2.2.1.1. Behandlungsvertrag
3.2.2.1.2. Freie Vereinbarungen des Vertragszahnarztes im GKV-Bereich
3.2.2.1.3. Patienten schätzen Wahlfreiheit
3.2.2.2. Kostenerstattung nach § 13 (2) SGB V
3.2.2.3. Kostenerstattung 2.0
3.2.2.4. Sich wie privat versichert fühlen
3.2.3. Freie Vertragsgestaltung im konservierend-chirurgischen Bereich
3.2.3.1. Füllungstherapie
3.2.3.1.1. Mehrkostenvereinbarung für Füllungen und Beispiel-Rechnungen
3.2.3.1.2. Honorarschätzung am Behandlungsstuhl
3.2.3.2. Endodontie
3.2.4. Freie Vertragsgestaltung bei Individualprophylaxe
3.2.4.1. Private Abrechnung bei Individualprophylaxe
3.2.4.2. Musterformulare/Beispiele
3.2.4.3. Zeitliches Orga-Schema zur Individualprophylaxe
3.2.4.4. Sich nicht täuschen lassen
3.2.4.5. Sachleistung und kein Ende
3.2.4.6. Hyaluronsäure – wie berechnen?
3.3. GOZ 2012
3.3.1. Vorbemerkungen
3.3.1.1. GOZ-Novellierung 2012
3.3.1.2. Falsche Versprechen der Kassen
3.3.2. Analogleistungen in der GOZ 2012
3.3.2.1. Analogie nach § 6,1 GOZ
3.3.3. GOZ 2012 – Tipps · Fragen · Infos
3.3.3.1. Fragen aus der Praxis zur GOZ 2012
3.3.3.2. GOZ-Kommentar und Katalog analog zu berechnender Leistungen der BZÄK
3.3.4. GOZ-Navigator plus
3.3.5. Die GOZ in Zeiten der Inflation
3.3.5.1. Das Problem mit Festzuschuss-Boni
3.3.6. Ein Drahtseilakt
3.3.7. Formalien, immer wieder Formalien
3.3.8. Alles retro!
3.3.9. GOZ meistern – kein Honorar verschenken – Versorgung sichern
3.4. FVDZ-Forderungsmanagement
3.4.1. Freiberuflichkeit und effektives Forderungsmanagement
3.4.2. Vorteile des FVDZ-Forderungsmanagements

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2025

3.4.3. FVDZ-Forderungsmanagement – Der Ablauf
3.5. Honorarordnung der Zahnärzte (HOZ)
3.5.1. Die Honorarordnung der Zahnärzte (HOZ)
3.5.2. Honorarkalkulation mit der HOZ
3.5.2.1. Vergleiche BEMA – GOZ – HOZ
3.5.2.2. Grundlagen der betriebswirtschaftlichen Honorarkalkulation
3.5.2.3. Honorarvereinbarung: Begründung vergessen?
3.5.2.4. In der Person des Betroffenen liegende Besonderheit
3.6. Rechtssichere Vereinbarungen
3.7. Ergänzungsleistungen zum BEMA – der gangbare Weg
3.7.1. So wird Ihre Rechnung fällig
3.7.1.1. BEMA – grenzenlos?
3.7.2. Mehrkosten in der Füllungstherapie
3.7.3. Moderne Materialien für Aufbaufüllungen
3.7.3.1. Richtige Berechnung von dentinadhäsiven Aufbaufüllungen nach der GOZ
3.7.3.2. Befestigung Füllungsmaterial
3.7.4. Wurzelkanalbehandlungen
3.7.4.1. Richtige Berechnung von qualitätsfördernden zusätzlichen endodontischen Behandlungsmaßnahmen
3.7.4.2. Vereinbarung einer privaten Wurzelkanalbehandlung
3.7.4.3. Der Kampf der Krankenkassen gegen die Kostenerstattung
3.7.5. Revision von Wurzelkanalbehandlungen in der GKV
3.7.5.1. Berechnung der Entfernung einer insuffizienten Wurzelfüllung
3.7.6. Der gesetzlich versicherte Prophylaxepatient
3.7.6.1. Professionelle Zahnreinigung nach GOZ: Beachtenswerte Besonderheiten
3.7.7. Kassenkrone und Zusatzleistungen
3.7.7.1. Gleichartige Kronenversorgung
3.7.9. Die Totalprothese als Kassenleistung
3.7.9.1. Besonderheiten von Totalprothesen in der Privatliquidation
3.7.9.2. Wurzelspitzenresektion – der letzte Weg?
3.7.9.2.1. Zwischenlösung mit Stolperfalle
3.7.9.3. Viele Kanäle, viel Widerstand
3.7.9.3.1. Berechnung der Wurzelspitzenresektion
3.7.9.4. Stressabbau auf Kasse
3.7.9.4.1. Stressabbau auf Kasse – Teil 2
3.7.9.4.2. Mehr Stress, mehr CMD-Screening
3.7.9.5. Hygienekosten – Übersicht
3.7.9.5.1. Kürzung Hygienepauschale COVID-19
3.7.9.5.2. How to – Umgang mit der Hygienepauschale in der GOZ
3.7.9.6. Anhebung der Festzuschüsse
3.7.9.7. Reparaturen Kassenleistungen
3.7.9.8. Dokumentation – was ist notwendig?
3.7.9.9. Videosprechstunde bei der PKV
3.7.9.10. Die zahnärztliche Untersuchung im BEMA
3.7.9.11. Alles eine Frage der Nr. 0010?
3.7.9.12. Kariesdetektor: Leistungsdefinition und Abrechnung
3.7.10. Entfernung und Abrechnung einer Zyste
3.7.11. Röntgen bei Endo-Behandlung
3.7.12. Rund um die Endodontie beim GKV-Patienten – Kasse oder privat?
3.7.13. Endo und dann schon Ende?
3.7.14. Endo mit Einsatz: LAI, PIPS und SWEEPS
3.7.15. Vestibulumplastik, eine selbstständige Leistung
3.7.16. Elektrometrische Längenbestimmungen
3.7.17. Raritäten im Katalog der GKV
3.7.18. Rund um den Scan nach GOZ-Nummer 0065
3.7.19. Schlafapnoebehandlung beim Zahnarzt (Teil 1)
3.7.19.1. Schlafapnoeschienen im BEMA (Teil 2)
3.7.20. Berechnung der Behandlung mit Chlorhexidin-Lack
3.7.21. »Angemessener kalkulatorischer Gewinnanteil« im Eigenlabor

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2025

3.7.22. Systemvergleich bei der Unterkieferprotrusionsschiene
3.7.23. Von Tieren und Menschen
3.7.24. An der Wurzel gepackt
3.7.25. Auf das Detail kommt es an
3.7.26. BEMA plus
3.8. Digitales in der Abrechnung
3.8.1. Digitales in der Abrechnung Teil 2
3.9. Neue Kürzel im Antragsverfahren
3.10. Beratungsleistung
3.11. Die Kassenprüfung
3.11.1. Kleine Fehler, große Folgen
3.12. Unser geliebter Privatversicherter oder Beihilfeberechtigter – der neue Besserleistungsempfänger und -zahler
3.13. Mehrkostenregelungen nach dem Amalgamverbot
3.13.1. Abrechnung neu gedacht
3.14. Honorarvereinbarung, ganz ohne »Feilschen«
3.15. Die Freiheit der Wahl
3.16. In 5 einfachen Schritten zur Kostenerstattung
3.17. Zahnfarbenbestimmung im Gebührenrecht

Teil 4 Praxisführung

4.0. Inhaltsverzeichnis
4.1. Einleitung
4.2. Praxisorganisation
4.2.1. Aufbauorganisation
4.2.1.1. Praxisziele und Praxisprozesse
4.2.1.2. Praxiscoaching
4.2.1.3. Belegorganisation
4.2.2. Ablauforganisation
4.2.2.1. Qualitätsmanagement
4.2.2.1.1. Qualitätsmanagementrichtlinie des GBA vom 23. 01. 2014 (ZÄQM-RL)
4.2.2.1.2. Qualitätssicherung nach SGB V
4.2.2.2. Hygienevorschriften
4.2.2.2.1. Medizinproduktegesetz (MPG)
4.2.2.2.2. RKI-Empfehlung
4.2.2.2.3. TRBA 250, Hygieneleitfaden der DAHZ und Hygieneplan der Bundeszahnärztekammer
4.2.2.2.4. Ablauf der Überprüfungen nach MPG
4.2.2.2.5. Hygienecheck für die Zahnarztpraxis
4.2.2.2.6. Amalgamabscheider (Indirekteinleitung amalgamhaltigen Abwassers)
4.2.2.2.7. Beschwerdemanagement
4.2.2.2.8. Das neue Strahlenschutzgesetz
4.2.4. Zahnzusatzversicherungen
4.3. Personalauswahl und -führung
4.3.1. Fachkräftemangel
4.3.2. Personalsuche
4.3.3. Personalführung
4.4. Praxismarketing und Patientenansprache
4.4.1. Praxismarketing
4.4.1.1. Marketingplanung
4.4.1.2. Erfolgsfaktoren des Praxismarketing
4.4.2. Patientenansprache
4.4.3. Patienteninformation
4.4.3.1. Hilfreiche Links
4.4.3.2. Zuzahlungen nach den aktuellen Gesundheitsreformen
4.4.3.3. Infoblatt für Pflichtversicherte zur Kostenerstattung
4.4.3.4. Informationen zu den Festzuschüssen
4.4.3.5. Zahnersatz ist steuerlich absetzbar
4.4.3.6. Gegen Parodontitis hilft nur Vorsorge

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2025

4.4.3.7. Rauchen gefährdet die Mundgesundheit
4.4.3.8. Einwilligung zur Implantation
4.4.4. Erfolgreich im Web – Onlinemarketing für Ihre Praxis
4.5. Kann ich als Zahnarzt Fördermittel nutzen und wofür?
4.6. Praxisbegehung
4.7. Die unverkäufliche Praxis
4.8. Praxisabgabe – die psychologischen Facetten

Teil 5 Betriebswirtschaft/Finanzen

5.0. Inhaltsverzeichnis
5.1. Die Rahmenbedingungen
5.2. Das betriebswirtschaftliche Konzept des FVDZ
5.3. Allgemeine Anforderungen an das Finanz- und Rechnungswesen
5.3.1. Grundlagen der Buchhaltung
5.3.2. Das FVDZ-Buchhaltungskonzept
5.3.3. Durchführung der selbst erstellten Buchhaltung
5.3.4. Betriebswirtschaftliche Auswertungen
5.3.5. Aufbewahrungspflicht der Buchführungsunterlagen
5.3.6. Die GoBD und ihre Bedeutung für die Zahnarztpraxis
5.3.7. Belegmanagement
5.3.8. Die digitale Zusammenarbeit mit dem Steuerberater
5.3.9. Ablage der digitalen Buchhaltungsbelege
5.4. Controlling in der Zahnarztpraxis
5.4.1. Durchführung und Instrumente
5.4.2. Honorarkontrolle mit Stundensätzen
5.4.3. Liquiditätsplan
5.4.4. FVDZ control-doc
5.4.5. Kennzahlen Materialkosten
5.5. Finanzierung
5.5.1. Darlehen
5.5.1.1. Darlehensmodalitäten – Mehr Durchblick bei Darlehenskonditionen
5.5.1.2. Vergleich von Darlehensangeboten
5.5.1.3. Tipps zum Umgang mit Banken
5.5.2. Der Lieferantenkredit – eine teure Alternative zum Kontokorrentkredit
5.5.3. Leasing oder Finanzierung
5.6. Investieren – Ja oder Nein?
5.7. Selbstständigkeit und Risikovorsorge
5.7.1. Prolog
5.7.2. Tragbare und existenzielle Risiken
5.7.3. Altersvorsorgeplanung
5.7.4. Welche Versicherungen benötigt der niedergelassene Zahnarzt?
5.7.5. IT-Sicherheit in der Praxis
5.8. Grundzüge der Praxiswertermittlung
5.8.1. Nicht oder nur schwer verkäufliche Praxen
5.9. Zahlungsverkehr
5.9.1. Einleitung
5.9.2. Electronic Cash/Kartengestützter Zahlungsverkehr
5.9.3. Forderungsmanagement
5.10. Liquiditätsrechnung
5.11. Der Erfolg der Prophylaxeabteilung
5.12. Das erfolgreiche Eigenlabor
5.13. Materialverwaltung und Warenwirtschaft

Teil 6 Steuern

6.0. Inhaltsverzeichnis
6.1. Steuern
6.1.1. Aktuelle Einkommensteuerparameter und Freibeträge
6.1.2. Abschreibungen und AFA-Tabellen

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2025

6.1.3. Gewerbliche Einkünfte in der Zahnarztpraxis
6.1.4. Umsatzsteuer in der Zahnarztpraxis
6.1.5. Das Zahnarztlabor
6.1.6. Steuerlicher Schuldzinsenabzug
6.2. ABC der kritischen Betriebsausgaben
6.3. Steuerliche Betriebsprüfung
6.4. Umsatzsteuerpflichtige Leistungen

Teil 7 Personal

7.1. Inhaltsverzeichnis
7.2. Vergütungsgestaltung
7.2.1. Umsatzbeteiligung für Mitarbeiter
7.2.2. Arbeitsverträge mit Angehörigen
7.2.3. Zahnärzteversorgung: Neuer Job – neuer Befreiungsantrag
7.2.4. Neues Nachweisgesetz für Arbeitsbedingungen mit Auswirkungen auch für Zahnarztpraxen
7.2.5. Das Mindestlohngesetz – Überblick für die Praxis
7.2.6. Angestellte Ärzte und Zahnärzte – Pflicht zur Zahlung eines angemessenen Gehaltes
7.2.7. Sind Praxisvertreter sozialversicherungsrechtlich angestellt oder selbstständig?
7.3. Steuerliche Aspekte
7.3.1. Steuerbegünstigte und sozialversicherungsfreie Mitarbeiterzuwendungen
7.3.2. Die betriebliche Altersvorsorge
7.3.3. Minijob bzw. geringfügiges Beschäftigungsverhältnis
7.4. Arbeitsrecht
7.4.1. Einstellung von neuen Mitarbeitern
7.4.1.1. Befristete und unbefristete Arbeitsverträge
7.4.1.2. Anstellung von Zahnärzten
7.4.1.3. Flexibilisierung des Arbeitsverhältnisses
7.4.1.4. Praktikum
7.4.2. Mitarbeiterbelehrungen
7.4.2.1. Praxishygiene – was ist rechtlich zu beachten?
7.4.3. Grundzüge des Urlaubsrechts
7.4.4. 13. Gehalt und Weihnachtsgratifikationen
7.4.4.1. Entlohnung/Umsatzbeteiligung
7.4.4.2. Angestelltenvertragsgestaltung – Tipps aus der Praxis für die Praxis
7.4.5. Anzeigepflichten des Arbeitnehmers bei Krankheit
7.4.6. Mutterschutz in der Zahnarztpraxis
7.4.7. Vorsicht bei mehrmaligen Abmahnungen ohne weitere arbeitsrechtliche Konsequenzen!
7.4.8. Kündigung
7.4.8.1. Kündigungsfristen im Arbeitsrecht
7.4.8.2. Kündigungsschutz
7.4.8.3. Kündigungserklärung und Freistellung
7.4.9. Checkliste Qualifiziertes Zeugnis
7.4.10. Arbeitsrechtliche Informationen bei Praxisverkauf
7.4.11. Musterverträge
7.4.11.1. Einleitung
7.4.11.2. Arbeitsvertrag für Mitarbeiter
7.4.11.3. Befristeter Arbeitsvertrag über die Vorbereitungszeit
7.4.11.4. Arbeitsvertrag für angestellte Zahnärzte
7.4.11.5. Textbausteine und ergänzende Hinweise zu den Musterarbeitsverträgen
7.4.11.6. Dienstvertrag zur Praxisvertretung
7.4.11.7. Arbeitsvertrag über eine geringfügige Beschäftigung
7.4.11.8. Fortbildungsklauseln in Arbeitsverträgen
7.4.11.9. Aufhebungsvertrag für Mitarbeiter
7.4.11.10. Digitale Arbeitsverträge – Erleichterungen bei der Schriftform
7.5. Haftung des Arbeitgebers
7.6. Arbeitszeiterfassung EuGH-Urteil
7.7. Homeoffice in Zahnarztpraxen
7.8. Corona-Update: Zuschüsse zu Ausbildungsverträgen
7.9. Wertschätzung für Mitarbeiter*innen

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2025

Teil 8 Recht

8.0. Inhaltsverzeichnis
8.1. Einleitung
8.2. Honorar
8.2.1. Neues Schuld- und Schadensersatzrecht
8.2.2. Die zahnärztliche Honorierung – Basiswissen für die Praxis
8.2.2.1. Anwendbarkeit der GOZ für Kapitalgesellschaften?
8.2.3. Mahnwesen
8.2.4. Zahlungsmodalitäten im Rahmen der Rechnungsstellung
8.2.5. Nichteinhalten eines Behandlungstermins durch den Patienten
8.2.6. Berechenbarkeit der BEB-Liste
8.2.7. Änderungen im Kaufrecht
8.2.8. Zweijährige Gewähr
8.2.9. Praxissitz ist Gerichtsstand
8.3. Berufsausübungsformen
8.3.1. Selbstständiger Zahnarzt in Kooperation
8.3.1.1. Partnerschaftsgesellschaftsgesetz
8.3.1.2. Konkurrenzschutzklauseln
8.3.1.3. Kooperationen in der Zahnarztpraxis
8.3.2. Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VändG)
8.3.3. Gesellschaftsvertrag – Check-up aus rechtlicher Sicht
8.3.4. Praxiskooperationen – Betriebswirtschaftliche Betrachtung und Gewinnverteilung
8.3.5. BAG-Verträge
8.4. Praxis-Mietvertrag
8.5. Berufsrechtliche Grundlagen
8.5.1. Aufklärungs- und Dokumentationspflichten
8.5.1.1. Dokumentation ist Grundpflicht
8.5.1.2. Aufbewahrungsfristen von Modellen, Behandlungs- und sonstigen Unterlagen
8.5.1.3. Praxisabgabe
8.5.2. Zahnärztliches Haftungsrecht
8.5.2.1. Patientenrechtegesetz – relevante Punkte für die Zahnarztpraxis
8.5.2.2. Nachhaftung und Aufbewahrung Patientendaten
8.5.3. Ratgeber Wirtschaftlichkeitsprüfung
8.5.3.1. Update Wirtschaftlichkeitsprüfung 2019
8.5.4. Fortbildungspflicht
8.5.5. Die papierlose Zahnarztpraxis – Risiken beachten
8.5.6. Delegation an zahnärztliche Mitarbeiter – was ist zu beachten?
8.5.7. Behandlung im Alten- und Pflegeheim – Einbeziehung des Betreuers
8.5.8. Rentenleistungen an Versorgungswerksmitglieder – Aktuelle Urteile
8.5.9. Cyber-Security in Zahnarztpraxen
8.5.9.1. Telefax kein sicheres Kommunikationsmittel mehr
8.5.9.2. IT-Sicherheitsrichtlinie der KZBV in Kraft getreten
8.5.10. IT-Sicherheit in der Zahnarztpraxis
8.6. Gewerberecht in der zahnärztlichen Praxis – »Die auslegepflichtigen Praxisvorschriften«
8.7. Liberalisierung des zahnärztlichen Werberechts
8.7.1. Die Praxishomepage – Vorsicht Falle
8.7.2. Werbung in der Zahnarztpraxis – rechtliche Grundlagen
8.7.3. Zulässigkeit von Vorher-Nachher-Bildern
8.7.4. Markenrecht
8.7.5. Achtung: Abmahnfalle bei der Praxis- bzw. Internetwebsite – Abmahnung wegen Bildnutzung
8.8. Praxisabgabe aus rechtlicher und steuerrechtlicher Sicht
8.8.1. Praxisübernahmevertrag
8.8.1.1. Praxisübernahmevertrag – grundlegende Checkliste
8.8.1.2. Die Praxisübergabe
8.8.1.3. Verkauf an investorgetragenes MVZ
8.8.1.4. Praxisübergabe innerhalb der Familie
8.8.1.5. Vertraulichkeitsvereinbarungen bei Praxisverkäufen
8.8.2. Die Abgabe der Praxis aus steuerlicher Sicht

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2025

8.8.2.1. Besteuerung des Veräußerungsgewinns
8.8.2.2. Steuerersparnisse durch die Gestaltung der übrigen Einkünfte
8.8.2.3. Die Gestaltung des Kaufpreises
8.8.2.4. Die Gewährung der Steuervergünstigungen – Auf das richtige Verhalten nach Praxisabgabe kommt es an!
8.8.2.5. Die entgeltliche Aufnahme eines Partners
8.8.2.6. Praxisabgabe, Bildung von Kooperationen und Umsatzsteuer
8.8.2.7. Kooperationsmodell freiberufliche Zahnarztpraxis
8.8.2.8. Praxiskooperationen – Checkliste
8.8.2.9. Formen der Berufsausübung
8.8.2.10. Auswirkungen des Gesetzes zur Modernisierung des Personengesellschaftsrechts
8.8.3. Personalübernahme beim Praxisverkauf – Was ist zu beachten?
8.8.4. Rechtliche Gestaltung der Praxisabgabe, alternative Modelle bei »unverkäuflichen Praxen«
8.8.5. Schwierigkeiten bei Praxisverkauf – Alternativen zur Praxisschließung
8.9. Rechtstipps
8.9.1. Unerlaubte Werbung in der Zahnarztpraxis
8.9.2. Unseriöse Anzeigen- und Adressbuchverlage
8.9.3. Arzneimittelverordnung durch den Zahnarzt
8.9.4. Patientengeheimnis und Datenschutz in der Zahnarztpraxis
8.9.5. Braucht ein Zahnarzt einen Ehevertrag?
8.9.6. Vorbei mit der Schnüffelei/GEZ – Was sich ab 2013 alles ändert
8.9.7. Bewertungsportale – Wie wehre ich mich gegen unzutreffende Bewertungen?
8.9.7.1. Urteil »Bewertungsportal IV« kommt wohl
8.9.8. Verwendung von Bildern auf der Praxiswebsite
8.9.9. Praxislabor, Praxislaborgemeinschaften und Outsourcing-Labor
8.9.10. Vollmachten für den Ernstfall
8.9.11. Vorsorgevollmacht
8.9.12. Checkliste Vorsorgevollmachten für Zahnärzte
8.9.13. Checkliste Ausfall des Praxisinhabers
8.9.13.1. Checkliste Todesfall – vorbeugende Maßnahmen
8.9.14. Digitales Testament
8.9.15. Die Einbindung Dritter in die Prozesse der Praxis
8.9.15.1. Outsourcing in der Zahnarztpraxis – Handlungsbedarf in Sachen Schweigepflicht
8.9.16. Videoüberwachung in der Zahnarztpraxis – zulässig oder nicht?
8.9.17. Checkliste Ehevertrag
8.10. Neuregelung des Versicherungsvertragsrechts – Tipps für den Zahnarzt
8.10.1. Zusatzversicherungen
8.11. Bußgeld DSGVO
8.12. Praxiswissen kompakt
8.13. Die ePA (elektronische Patientenakte) als »ePA für alle«
8.14. Sprachbarrieren in der Praxis
8.15. EuGH bezieht Position zum Fremdbesitz – Auswirkungen auf I-MVZ
8.16. Bürokratieentlastungsgesetz – wichtige Änderungen im Arbeitsrecht
8.17. Barrierefreiheitsstärkungsgesetz (BFSG) – Auswirkungen auf die Zahnarztpraxen
8.18. Anerkennungsverfahren ausländischer Berufsqualifikationen bei Heilberufen

Teil 9 Industrie

Teil 10 Notizen

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2025

1.1. Autorenverzeichnis



Dipl.-Betriebswirt (FH)
Sven Berger
Dresden

Jetzige Tätigkeit:
Prokurist/IT-Sicherheitsspezialist

- 1972 in Dresden geboren
- Ausbildung zum Zahntechniker
- Studium der Betriebswirtschaftslehre an der FH Heidelberg
- Seit 2000 angestellter Unternehmens-/IT-Berater bei der ito consult GmbH
- Projektleitung bei diversen nationalen und internationalen Projekten im Banken- und Medizinsektor
- Seit 2007 Spezialisierung IT-Sicherheit und IT-Sicherheitsberatung
- Seit 2012 Gründung UTMshop für Sicherheitsprodukte und Vertiefung der Zusammenarbeit mit Sophos



Rechtsanwältin
Julia Bette
Berlin

Jahrgang 1958. Jurastudium und Ausbildung in Mainz, Münster und Berlin. Seit 1990 Mitglied der überörtlichen Sozietät Dr. Bette–Dr. Brink & Partner. Seit 1992 Rechtsanwältin am Kammergericht Berlin (Simultanzulassung), 1996 Bestellung zur Notarin. Seit 1998 Rechtsberaterin im Freien Verband Deutscher Zahnärzte mit den Tätigkeitsschwerpunkten Arbeitsrecht, Gesellschaftsrecht, Baurecht und Veröffentlichungen.



Christian Brendel
Idstein

Christian Brendel führt gemeinsam mit seiner Schwester Diana Haber das inhabergeführte Familienunternehmen solvi GmbH. Seine umfangreichen Erfahrungen und Kenntnisse aus langjähriger Tätigkeit im Bankensektor bringt er in das Unternehmen ein, um Zahnärzte auf ihrem Weg zu mehr unternehmerischer Freiheit zu unterstützen.



Dipl.-Kffr.
Monika Brendel
Hünstetten

1975 bis 1980 Studium der Betriebswirtschaftslehre an der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität, Frankfurt. Studienschwerpunkte: Steuerlehre und Wirtschaftsprüfung. 1980 bis 1990 Tätigkeiten als Wirtschaftsprüfungsassistentin und in einem Steuerbüro. 1990 bis 1991 Aufbaustudium der Wirtschaftspädagogik an der Universität in Frankfurt. 1991 bis 2011 Lehrtätigkeit an berufsbildenden Schulen, seit 1993 als Oberstudienrätin an der Adolf-Reichwein-Schule Limburg mit den Fächern Praxisverwaltung und Gesundheitsökonomie. 2010 bis 2011 Dozentin an der Hochschule Fresenius, »Management ambulanter und intersektoraler Versorgungssysteme«. Seit 1990 Vorträge für Zahnarztpraxen mit dem Schwerpunkt Praxisverwaltung, Buchhaltung und Controlling. 2004 Entwicklung der Buchhaltungs- und Controllingsoftware FIBU-doc für Freiberufler im Gesundheitswesen, 2006 Integration eines

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2025

Gewinnverteilungsschemas, 2008 Implementierung einer zahnarztspezifischen Profitcenterrechnung mit Standortbetrachtung. Referentin auf den Kongressen des FVDZ in Schladming, Sylt, Usedom und Weimar.



Dipl.-Kfm. Dr. rer. pol.
Harald Clade
Frechen

Geboren am 20. August 1940 in Neustadt/Weinstraße. Nach Abitur im März 1960 am Leibniz-Gymnasium in Neustadt/Weinstraße ab Wintersemester 1960/61 Studium der Wirtschaftswissenschaften an der Universität Mannheim, ab Wintersemester 1962/63 Studium der Wirtschafts- und Sozialwissenschaften an der Universität zu Köln. Abschluss Sommer 1965 mit Staatsexamen als Dipl.-Kfm. Von 1965 bis 1972 Nachdiplomstudium an der Universität zu Köln mit den Schwerpunktfächern Betriebs- und Volkswirtschaftslehre sowie Sozialpolitik. Juni 1972 Promotion zum Dr. rer. pol. September 1965 bis August 1972 Wissenschaftlicher Referent am Institut der deutschen Wirtschaft Köln (IW). Von September 1972 bis Dezember 2005 Redakteur in der politischen Redaktion des Deutschen Ärzteblattes, Köln. Träger des Hans Constantin Paulssen-Preises der Walter Raymond-Stiftung der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände. Verfasser und Mitverfasser von Büchern, Sammelbänden und des dreibändigen »Lexikon des Sozial- und Gesundheitswesens«. Gastdozententätigkeit an den Universitäten Köln, Heidelberg und Rostock. Von 1978 bis 2009 verantwortlicher Redakteur eines Nachrichten- und Hintergrunddienstes für Sozial- und Gesundheitspolitik. Seit mehr als 30 Jahren freier Mitarbeiter von Fachzeitschriften. Seit 2006 freiberuflich tätiger Fachjournalist.



Dipl.-Kffr./FH
Michaela Engelke
Köln

Michaela Engelke ist Expertin rund um den Bereich Personalwesen und Gehaltsabrechnung. Sie ist Diplom-Kauffrau/FH, gepr. Personalfachkauffrau und Leiterin der Entgeltabrechnung in der Kanzlei Laufenberg, Michels und Partner mbB (Köln). Sie berät Mandanten hinsichtlich personeller Fragen sowie bei sozialversicherungsrechtlichen und lohnsteuerrechtlichen Fragestellungen und ist für die korrekte Abwicklung der Lohn- und Gehaltsabrechnungen verantwortlich.



Rechtsanwältin
Bita Foroghi
Düsseldorf

- Jurastudium an den Universitäten Bremen und Köln; Juristische Examina in Nordrhein-Westfalen
- 2008 bis 2010 Absolvierung des Weiterbildungsstudiengangs Wirtschaftsjurist an der Universität zu Köln mit dem Schwerpunkt Gewerblicher Rechtsschutz, Urheber- und Kartellrecht
- Juristischer Vorbereitungsdienst im Oberlandesgerichtsbezirk Köln
- 2013 Zulassung als Rechtsanwältin
- Mehrjährige Mitarbeit in einem juristischen Fachverlag
- 2013 bis 2020 angestellte Rechtsanwältin bei einer auf Medienrecht und gewerblichen Rechtsschutz spezialisierten Kanzlei in Düsseldorf
- Seit März 2020 angestellte Rechtsanwältin in der Kanzlei lennmed.de Rechtsanwälte

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2025



Rechtsanwalt
Anno Haak
Bonn

– Geboren 18. 12. 1979 in Bonn
– 10/2000 bis 05/2006 Studium der Rechtswissenschaften an der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn
– 02/2009 bis 08/2009 selbstständiger Assessor bzw. Rechtsanwalt als freier Mitarbeiter. Bearbeitung insbesondere von Mandaten aus dem allgemeinen Zivilrecht, dem Arbeits- und Verwaltungsrecht
– 09/2009 bis 07/2012 angestellter Rechtsanwalt für Arzthaftungsrecht. Bundesweite Vertretung von durch Behandlungsfehler geschädigten Patienten sowie von gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherungen in Regress- und sozialrechtlichen Verfahren
– 10/2013 bis 11/2014 Master-Studiengang Medizinrecht an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
– 11/2014 bis 03/2016 angestellter Rechtsanwalt in der Kanzlei Kazemi & Lennartz in Bonn, seit 04/2016 angestellter Rechtsanwalt bei lennmed.de Rechtsanwälte, Bonn, Berlin, Baden-Baden



Rechtsanwalt
Dr. Karsten Heidemann
Hannover

Geboren 1965 in Hannover. 1986 bis 1991 Studium der Rechtswissenschaft an der Georg-August-Universität Göttingen. 1992 Stipendium des DAAD an der Cornell-University, Ithaca, New York, USA. 1993 bis 1995 juristischer Vorbereitungsdienst im Bezirk des Oberlandesgerichts Celle und 1994 Promotion. Seit 1996 Rechtsanwalt in Hannover mit Tätigkeitsschwerpunkt Zahnarzt- und Arztrecht. Vertrauensanwalt der Stiftung Gesundheit. Mitautor des GOZ-Lexikons des Spitta Verlages mit der Thematik Zahnarzthaftpflichtrecht. Regelmäßige Veröffentlichungen im Niedersächsischen Zahnärzteblatt zu zahnarztrechtlichen Themen.



Rechtsanwalt
Dr. Martin Heinemeyer
Bonn

Geboren in Bonn, Studium der Rechtswissenschaften in Bonn und Referendariat am OLG Köln. Seit Zulassung als Rechtsanwalt tätig auf dem Gebiet des Familienrechts und Erbrechts, zugleich auch Fachanwalt für Familienrecht. Nach einigen Jahren in einer mittelständigen Kanzlei im Bonner Umland seit 2014 Rechtsanwalt der überregionalen Bonner Sozietät Eimer Heuschmid Mehle, dort ist er nahezu ausschließlich im Erb- und Familienrecht tätig.



Rechtsanwältin
Walburga van Hövell
Bonn

– 1999–2005 Studium der Rechtswissenschaften in Dresden, Münster und Léon (Spanien)
– 2005 Erstes Staatsexamen am OLG Hamm
– 2008 Zweites Staatsexamen am OLG Düsseldorf
– 2009 Zulassung als Rechtsanwältin

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2025

– 2009–2017 angestellte Rechtsanwältin bei einer auf Urheber- und Medienrecht sowie auf gewerblichen Rechtsschutz spezialisierten Kanzlei in Düsseldorf
– 2016/2017 Fachanwaltslehrgang im Miet- und Wohnungseigentumsrecht
– Seit 2017 angestellte Rechtsanwältin bei lennmed.de Rechtsanwälte
– Februar 2018 Lehrgang Datenschutzbeauftragte nach DSC-Standard



Tim Christian Hühner
Geschäftsführer akenzo GmbH & Co. KG
Koblenz

Jahrgang 1979. Gründer und geschäftsführender Gesellschafter der akenzo GmbH & Co. KG. Die Agentur für Kommunikation mit Sitz in Koblenz verfügt u. a. über große Expertise im Bereich Medical/Healthcare und betreut seit mehr als zehn Jahren neben Herstellern erfolgreich auch Praxen, Labore und Kliniken. Der Bereich Praxismarketing ist Agenturschwerpunkt und wird vollumfänglich abgedeckt: Das Leistungsangebot der Agentur umfasst Corporate Design, Online und Print sowie Content.



Dr. Gudrun Kaps-Richter
Heilbronn

– Geboren in Ludwigsburg (Baden-Württemberg) 1957, verheiratet
– 1976 Abitur am Elly-Heuss-Knapp-Gymnasium Heilbronn
– 1977 bis 1982 Studium der Zahnmedizin an der Ruprechts-Karls-Universität in Heidelberg
– 1982 Approbation und Promotion
– 1982 bis 1985 Vorbereitungszeit in Stuttgart
– 1985 Niederlassung in eigener allgemeinzahnärztlicher Praxis in Heilbronn
– 1999 Beginn des berufspolitischen Engagements beim FVDZ auf Bezirks- und Landesebene in Baden-Württemberg
– Seit 2015 Stellvertretende Bundesvorsitzende des FVDZ
– Berufspolitisch aktiv in verschiedenen Gremien bei den Körperschaften



Rechtsanwalt
Dr. Robert Kazemi
Bonn

Studium der Rechtswissenschaften in Bayreuth und Bonn. Referendariat am OLG Koblenz. Zahlreiche Veröffentlichungen im Medizin- und Wettbewerbsrecht. Partner der Sozietät Kazemi & Partner, Rechtsanwälte Bonn.



Dr. Manfred Kinner
München

– Jahrgang 1951
– 1975–1980 Studium der Zahnmedizin an der LMU München
– 1980 Staatsexamen an der LMU 1980
– 1981 Promotion
– 1982 Praxiseröffnung in München
– Seit über 13 Jahren in Gemeinschaftspraxis mit Dr. Florian Kinner
– Seit über 40 Jahren Mitglied im FVDZ
– Bezirksgruppenvorsitzender München

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2025

– Delegierter zur Hauptversammlung des FVDZ
– Mitglied im Landesvorstand des FVDZ
– Mitglied im ehrenamtlichen Vorstand der KZVB und ehrenamtlicher 2. Vorsitzender des Vorstandes der KZVB von 1992 – 2004
– Seit 2017 hauptamtlicher Vorstand der KZVB



Rechtsanwalt
Peter Knüpper
München

– Geboren am 4. Juli 1954
– Seit September 1995 Hauptgeschäftsführer der Bayerischen Landeszahnärztekammer (BLZK)
– Seit 2003 zugelassener Rechtsanwalt im Oberlandesgerichtsbezirk München (Sozietät Ratzel – Rechtsanwälte, Ottostr. 1, 80333 München)
– Seit WS 2012 Lehrbeauftragter der Ludwig-Maximilians-Universität, München
– Zahlreiche Veröffentlichungen in Fachzeitschriften und Büchern, hier u. a.
– Zwischen Therapiefreiheit und Selbstbestimmung, in: Zähne im Alter, Eine interdisziplinäre Betrachtung, Herausgeber Bayerische Landeszahnärztekammer, 2005
– Praxiskonzepte und Rechtsformen zahnärztlicher Berufsausübung, in: Weißbuch der ZahnMedizin, Bd. 1, Herausgeber Zahnärztekammern Bayern, Hessen und Nordrhein, 2007
– 2007 Mitautor Handbuch Medizinrecht, Herausgeber: Ratzel/Luxenburger, Deutscher Anwaltsverlag, 2. Aufl. 2011
– Zum Profil des Zahnarztes in Wissenschaft und Praxis, Bundesgesundheitsblatt 54: 1035 – 1045, gemeinsam mit Prof. Dr. Reinhard Hickel, 2011
– Mitautor des Lehrbuches Ethik in der Zahnmedizin, hrsg. von Dominik Groß, 2012



Rechtsanwalt
Stephan Krämer
Köln

Rechtsanwalt und Partner der Kanzlei Kinast & Partner Rechtsanwälte (Köln/München) sowie Mitgründer und Gesellschafter der dataKonform – Gesellschaft für Auditierung und Rating von Unternehmen im Datenschutz (Köln). Er verfügt über eine langjährige rechtsanwaltliche Erfahrung im Datenschutz und Datensicherheit sowie im IT-Recht und berät Unternemen und Freiberufler umfassend in diesen Bereichen in der Vertragsgestaltung und als Gutachter. Herr Krämer ist als externer betrieblicher Datenschutzbeauftragter für zahlreiche Unternehmen unterschiedlichster Branchen bestellt. Seine besonderen Schwerpunkte liegen im Datenschutz im IT- und Online-Bereich (mobile & e-Business) sowie im Gesundheitswesen (SGB) und der Versicherungswirtschaft.



Steuerberater/
Wirtschaftsprüfer
Michael Laufenberg
Köln

– Geboren 18. 09. 1953 in Köln
– Verheiratet, 4 Kinder
– Wirtschaftsprüfer und Steuerberater
– Tätigkeit in internationaler Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
– Seit 1987 selbstständig tätig in Sozietät Laufenberg Michels und Partner mbB, Wirtschaftsprüfer/Steuerberater in Köln, ca. 90 Mitarbeiter

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2025

Schwerpunkte:
– Beratung mittelständischer Unternehmungen und der Heilberufe
– Unternehmensplanung
– Private Vermögensplanung
– Zahlreiche Veröffentlichungen in betriebswirtschaftlichen Zeitschriften
– Jahrelange Referententätigkeit zu betriebswirtschaftlichen Fragen von Arztpraxen sowie privater Vermögensplanung in der Steuerkanzlei



Rechtsanwalt
Michael Lennartz
Bonn

Geboren in Mönchengladbach. Nach dem Studium der Rechtswissenschaften in Freiburg, Lausanne und Würzburg Ablegung der juristischen Staatsexamina in Bayern. Seit Juli 1995 Justiziar des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte. Inhaber lennmed.de Rechtsanwälte, Bonn, Berlin, Baden-Baden. Autor der monatlichen Rubrik »Recht in der Praxis« in »Der Freie Zahnarzt«. Zahlreiche Vorträge im Bereich des Zahnarztrechts, u. a. auf den FVDZ-Kongressen in Schladming, Sylt und Usedom.



Dr. Burkhard Maager
Denzlingen

Jahrgang 1945. 1968–1974 Studium der Zahnmedizin in Freiburg. 1978 Promotion. Seit 1979 niedergelassen in eigener Praxis in Denzlingen bei Freiburg. Seit 1988 Mitglied der Zahnärztlichen Stelle der BZK Freiburg. 1992–2012 verantwortlicher Leiter der Zahnärztlichen Stelle. Bis April 2012 Röntgenreferent der Landeszahnärztekammer Baden-Württemberg. Gründer und Obmann der Dentalen Radiologischen Normung im DIN Dental. Mitglied im Normenausschuss Radiologie (NAR), Mitglied in mehreren Arbeitsausschüssen der Strahlenschutzkommission (SSK). Bis 2013 Vorsitzender der Röntgenstelle der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und Vorsitzender der Koordinierungskonferenz der Zahnärztlichen Stellen der Bundesländer bei der BZÄK. Jetzt Berater der BZÄK für das zahnärztliche Röntgen und die Normung. Zweiter Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Röntgen in der DGZMK. Referent an mehreren Fortbildungsinstituten.



Rechtsanwalt
Dr. Max Middendorf
Hamm/Westfalen

Geboren 1975, Studium der Rechtswissenschaften in Bonn und Münster 1994 bis 1999. Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universität Münster bei Prof. Dr. Volker Epping 1999 bis 2001. Promotion zum Dr. iur. bei Prof. Dr. Hans-Michael Wolfgang, Universität Münster zum Thema »Amtshaftung und Gemeinschaftsrecht«. Referendariat in Hamburg, Berlin und Brüssel. Zulassung als Rechtsanwalt im Jahr 2003. Seit 2007 Fachanwalt für Medizinrecht. Funktionen: Dozent im Rahmen des postgraduierten Studiengangs LL.M. Medizinrecht an der Universität Münster. Mitgliedschaften: Deutscher Anwaltverein. Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht im Deutschen Anwaltverein. Forum Medizinrecht Münster e. V.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2025



Dipl.-Wirtsch.-Ing.
Sabine Nemec
Langenselbold

– Seit 2000 als Beraterin für Zahnarztpraxen und Dentallabore tätig mit Schwerpunkt auf Markenbildung und kreatives Praxismarketing
– Über 17 Jahre in Südostasien gelebt, englischsprachig aufgewachsen; als Account Director in internationalen Werbeagenturen für namhafte Marken und Unternehmen (Procter & Gamble, Mars, British Airways, Unilever) über acht Jahre verantwortlich
– Diplomierte Management-Trainerin (TAM) und Referentin zu Kommunikation, Körpersprache, Social Media, Dental English und Finanzfitness für Zahnärztinnen
– Regelmäßige journalistische Beiträge in der Fachpresse; seit über 15 Jahren eine Kolumne im Quintessenz Team Journal
– Mitherausgeberin und Autorin der Bücher »Die Zahnarztpraxis als Marke – Qualität sichtbar machen« (2005), »Von NoName zur Markenpraxis« (2009), »Praxismarketing für Zahnärzte« (2009), »Die Klinik als Marke« im Springer Verlag (2012) und »Dental English« im Quintessenz Verlag (2015)
– Seit dem 9. Mai 2022 gibt es auch den erfolgreichen Dental English Podcast im Quintessenz Verlag
– Auf Instagram: @sabine.nemec und @myfinsista



Dipl.-Ing.
Elmar Niebling
Düsseldorf

– Geboren 16. 04. 1955
– Studium der Elektrotechnik in Düsseldorf
– 1989 – berufliche Laufbahn als Produkt-Marketing-Manager im Bereich Netzwerk-Komponenten, Netzwerk-Management-Systeme, Netzwerk-Sicherheit und USVs. Mit den gewonnenen Kompetenzen verlagerte er seinen beruflichen Schwerpunkt zum IT/Business Consultant (Geschäftsprozess-Optimierung)
– Insgesamt 12 Jahre lang bei Nokia Data, ICL (International Computers Limited), Ericsson Business Communications und Siemens AG
– Zertifizierung zum EXIN IT Service Manager
– Business Consulting bei (damals) Mannesmann Datenverarbeitung, in Folge Festanstellung als Service Level Manager
– Global Service Level Manager bei Vodafone Global Services für das Service Level Management des unternehmenskritischen SAP-ERP-Systems
– Projektleitung für BS 15000/ISO 20000-Zertifizierung des Sicherheits-Rechenzentrums in Ratingen
– Seit 2017 selbstständig im Bereich Datenschutz und IT-Auditierung
– Zertifizierung zum externen Datenschutzbeauftragten

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2025



Dr. Dr. K. Oehler
Osnabrück

Studium der Rechtswissenschaft, Medizin und Zahnmedizin. Tätigkeit als niedergelassener Zahnarzt. Über 60 Veröffentlichungen zum Grenzgebiet Recht und Zahnmedizin. Autor mehrerer Monografien (Der Zahnarzt in der Wirtschaftlichkeitsprüfung, 3. Aufl. 2009; Zahnmedizinischer Standard in der Rechtsprechung, 2. Aufl. 2009; Der zahnärztliche Sachverständige, 2. Aufl. 2004; Wirtschaftliche vertragszahnärztliche Tätigkeit gemäß SGB V, 2009). Vortragsreferent im In- und Ausland über zahnärztliche Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Gutachterwesen. Leiter des Institutes für zahnärztliche Wirtschaftlichkeitsprüfung und Behandlungsqualität (www.izwp.de).



Dr. med. dent.
Christian Öttl
München

- Jahrgang 1964
- Studium der Zahnheilkunde an der LMU München 1985 – 1991
- Approbation 1991
- Stabsarzt der Bundeswehr 1991 – 1992
- Assistent in Praxis in München
- Niederlassung in eigener Praxis in München 1995
- Promotion 1998
- Delegierter zu ZBV (ab 1998), BLZK und BZÄK (von 2002 bis 2022)
- Vorstandsmitglied der BLZK von 2002 bis 2022, als Referent für Presse, Gebührenrecht, Zahnärztliches Personal und Fortbildung
- Mitglied der Vertreterversammlung der KZVB ab 2010
- Mitglied der Vertreterversammlung der KZBV seit 2016
- Mitglied des Bundesvorstands des FVDZ seit 10/2011
- Vorsitzender des Redaktionsbeirates Praxishandbuch seit 10/2015
- Bundesvorsitzender FVDZ seit 2023



Tassilo Pollmeier
Hilden

Versicherungsmakler mit hohem Spezialisierungsgrad

2012 – heute Deutscher Zahnversicherungs-Service GmbH & Co. KG (geschäftsführender Gesellschafter)
Unabhängiger Spezialmakler für Zahnzusatzversicherungen mit befundorientiertem Beratungsansatz.

2013 – heute Deutscher bKV-Service GmbH & Co. KG (geschäftsführender Gesellschafter)
Mit der Marke www.MEIN-CHEF-ROCKT.de werden bundesweit Zahnarztpraxen und Labore in der betrieblichen Krankenversicherung beraten und betreut.

1995 – heute proadvice 360° (Inhaber)
Vorreiter der ganzheitlichen unabhängigen Honorarberatung für Zahnmediziner und Laborinhaber in den Bereichen: Betriebliche Versicherungen, Ruhestandsplanung und Vermögensaufbau.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2025



Dr. med. Dr. med. dent.
Alexander Raff
Stuttgart

– Jahrgang 1965
– Studium der Zahnheilkunde und der Medizin in Witten-Herdecke
– 1993 Approbation als Zahnarzt, 1998 Approbation als Arzt
– 1996 Zahnärztliche Promotion, 2002 Ärztliche Promotion
– Seit 1998 in eigener Praxis niedergelassen
– Mitglied der Vertreterversammlungen der KZV Baden-Württemberg, der BZK Stuttgart, der LZK Baden-Württemberg und der Bundeszahnärztekammer
– Beratender Zahnarzt der allgemeinen und individuellen Patientenberatung Baden-Württemberg
– Vertragsgutachter ZE und PAR
– Seit 2004 stellvertretender Vorsitzender, seit 2009 Vorsitzender der Vertreterversammlung der KZV Baden-Württemberg
– Stellvertretender Vorsitzender des GOZ-Ausschusses der LZK Baden-Württemberg
– Privat- und Gerichtsgutachter der BZK Stuttgart
– Referent für Vertragsabrechnung und Privatliquidation
– Herausgeber des zahnärztlichen Gebührenkommentars Liebold/Raff/Wissing



Dr. K. Ulrich Rubehn
Elmshorn

Studium der Zahnmedizin in Kiel und Zürich, Promotion in der Anthropologie in Kiel, 1976 bis 1978 Assistententätigkeit in Bad Segeberg. Seit 1978 als niedergelassener Zahnarzt tätig. Seit 1991 engagiert sich Dr. Rubehn im Freien Verband, zunächst als Vorsitzender der Bezirksgruppe West in Schleswig-Holstein, dann als Verantwortlicher für die Öffentlichkeitsarbeit im Landesvorstand. 1995 wurde er zum stellvertretenden Landesvorsitzenden gewählt und 1997 zum Landesvorsitzenden. Von 1986 bis 1996 war Dr. Rubehn in der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein gutachterlich tätig für Zahnersatz und Parodontose; seit 1996 Gutachter für die Kammer. Seit 1997 Mitglied der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein und dort als Vorstandsreferent für GOZ-Fragen und Privatgutachten tätig. Mitglied im FVDZ-Bundesvorstand seit 2001 und Mitglied des GOZ-Senats bei der Bundeszahnärztekammer. Von 2005 bis 2009 stellvertretender Bundesvorsitzender des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte. Von 2009 bis 2013 Präsident der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein.



Dr. Wolfram Sadowski
Gransee

Geboren 1954 in Gransee. Studium der Zahnheilkunde 1973 bis 1978 an der Medizinischen Akademie in Sofia/Bulgarien. 1978 bis 1983 Facharztausbildung zum Fachzahnarzt für Allgemeine Stomatologie,

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2025

1982 bis 1986 Tätigkeit als wissenschaftlicher Assistent auf der Abt. für Konservierende Zahnheilkunde der Klinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten der Ernst-Moritz-Arndt-Universität zu Greifswald, dort 1986 Promotion zum Dr. med. und 1986 bis 1988 Anstellung als Oberarzt der Stomatologischen Abteilung der Kreispoliklinik Strasburg in der Uckermark. 1990 Niederlassung in eigener Praxis in Gransee. Berufspolitisch seit 1990 im FVDZ als stellv. Bezirksgruppenvorsitzender, Redakteur von »berlin-aktuell«, Landesgeschäftsführer, stellvertretender Landesvorsitzender und Landesvorsitzender in Brandenburg tätig. Von 2005 bis 2015 Mitglied des Bundesvorstandes und Mitglied des Redaktionsbeirates Praxishandbuch.



Dr. Hendrik Schlegel
Münster

- Studium der Rechtswissenschaften in Göttingen von 1974 bis 1983 (1. Staatsexamen)
- Studium der Zahnmedizin von 1983 bis 1988 (Staatsexamen)
- Assistenzzahnarzt von 1989 bis 1991
- Geschäftsführender Zahnarzt der ZÄKWL von 1992 bis 31.12.2017
- Promotion 1993
- Fachkraft für Arbeitssicherheit
- Qualitätsmanager im Gesundheitswesen (DGQ)
- Zahlreiche Veröffentlichungen, z. B. aus den Bereichen GOZ, Praxismanagement, Medizinprodukte, Hygiene usw.
- Vortragstätigkeit



Steuerberaterin/
Wirtschaftsprüferin
Gabriela R. Scholz
Sankt Augustin

Studium der Volkswirtschaftslehre in Bonn bis 1983. Nach erfolgreichem Examen jahrelange Tätigkeit bei mehreren international tätigen Wirtschaftsprüfungsgesellschaften in Frankfurt und Düsseldorf. 1988 Steuerberater-Examen, 1992 Wirtschaftsprüfer-Examen. Seit 1989 als Steuerberaterin tätig, mit Schwerpunkt Steuer- und Wirtschaftsberatung von Heilberuflern. Zusammenarbeit mit Berufsverbänden der Heilberufe. Seit Jahren zahlreiche Vorträge zu steuerlichen Themen für verschiedene Berufsorganisationen der Heilberufe, langjährige Tätigkeit in der Mitgliederberatung des Freien Verbandes. Regelmäßige Veröffentlichungen von steuerlichen Beiträgen in zahnärztlichen Periodika, insbesondere in »Der Freie Zahnarzt«. Selbstständig in eigener Steuerkanzlei mit Schwerpunkt Beratung von Zahnärzten und ihren Familien.



Jan Siol
Schloß Holte

Herr Jan Siol begab sich nach akademischen Zwischenstationen an der Universität Münster, der Brock University, der Universität Witten/Herdecke und der Frankfurt School of Finance and Management als Vorstandsreferent zu Arvato Financial Solutions. Neben der Tätigkeit mit Schwerpunkt E-Commerce, Banking Solutions, Blockchain und KYC gründete er gemeinsam die Flüchtlingsinitiative »Fahrräder bewegen Bielefeld«, um integrative Projekte im Raum Ostwestfalen

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2025

zu unterstützen. Seit 01.01.2018 ist er verantwortlich für den Bereich Business Development in der Beratung auxmed und berät Heilberufe im Bereich Organisationsentwicklung sowie in finanziellen und ökonomischen Fragen.



Reinhard Siol
Schloß Holte

Inhaber und Gesellschafter/Geschäftsführer der auxiliummedici GmbH, einer Wirtschaftsberatung für Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und Steuerberater.

- Vorträge, Seminare: Hartmannbund e.V., ZÄK Bochum, KV WL, MQN Lünen, Medi OWL, diverse Ärztenetze
- Publikationen: Fachartikel im westfälischen Ärzteblatt und im Hartmannbundmagazin
- Referenzen: Ärztekammer Westfalen-Lippe, Beratung in Versicherungsfragen, Hartmannbund e. V.
- Nach dem BWL-Studium (Lehramt) in Bochum und Ausbildung zum Finanzsachverständigen bei Prof. Bockholt in Koblenz seit 1992 Berater für Heilberufe. (Erlaubnis nach § 34 c, d und f der Gewo)



Dr. Gordan Sistig
Marl

Jahrgang 1967; 1986 bis 1991 Studium der Zahnmedizin an der WWU Münster; 1992 bis 1993 Zahnarzt im Rang eines Stabsarztes der Bundeswehr; 1993 Promotion. 1993 bis 1996 Weiterbildung Oralchirurgie an der Klinik und Poliklinik für MKG-Chirurgie der Universität Münster. 1996 bis 1997 Assistent in einer Praxis für MKG Chirurgie. Seit 1997 in eigener Praxis als Zahnarzt/Oralchirurgie in Marl tätig; 2009 bis 2015 Vorsitzender des Ausschusses Praxishandbuch des FVDZ; 2010 Vorstandsmitglied der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe; Mitglied des Landesvorstandes des FVDZ Westfalen-Lippe.



Steuerberater
Michael Stolz
Volkach

Steuerberater und Fachberater im Gesundheitswesen (DStV e.V.). Seit 2016 ist er auf die steuerliche und betriebswirtschaftliche Beratung von Ärzten und Zahnärzten spezialisiert. Er hält regelmäßig Vorträge und Seminare für Ärztekammern, KZVen sowie verschiedene Berufsverbände. Darüber hinaus ist er Lehrbeauftragter für Steuerrecht an der Technischen Hochschule Würzburg-Schweinfurt. Michael Stolz veröffentlicht regelmäßig Fachbeiträge in einschlägigen Medien und ist Mitautor des Buches »Steueroptimierung für Zahnärzte«.



Rechtsanwalt
Konstantin Theodoridis
Bonn

Jahrgang 1965, Studium der Rechtswissenschaften in Bonn, April 1997 Niederlassung als Rechtsanwalt; seit 2000 Fachanwalt für Sozialrecht, Tätigkeitsschwerpunkt ist das Recht im Gesundheitswesen, seit 2001 Rechtsberater beim Freien Verband Deutscher Zahnärzte.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2025

Manfred Weigt
Rechtsanwalt
Zertifizierter externer Datenschutzbeauftragter

- Ausbildung zum Steuerfachassistenten und Berufstätigkeit
- Studium der Rechtswissenschaften an der Ruprecht-Karls-Universität in Heidelberg, zugleich wissenschaftliche Tätigkeit im Medizin- und Arztrecht bei Prof. Dr. Dr. Adolf Laufs
- Seit 2000 Zulassung als Rechtsanwalt
- Spezialisierung auf Rechtsfragen der Heilberufe und Heilmittelerbringer (Ärzte und Zahnärzte, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Podologen)
- Seit 2003 Autor des IWW-Verlages
- 2003–2009 Dozent der health care akademie, VPT-Akademie, Universität Witten-Herdecke (Zahnarzthaftungsrecht) und Kassenärztlicher Vereinigungen (KVWL-Consult, KV-Nordrhein), ständiger Autor des IWW-Verlages
- Von 06/2009 bis 01/2014 Geschäftsführer eines Akutkrankenhauses und Geschäftsführer eines MVZ
- Seit 2018 Zertifizierter externer Datenschutzbeauftragter
- Schwerpunkt der Berufstätigkeit: Datenschutz der Leistungserbringer im Gesundheitswesen (Zahnärzte, Ärzte, Heilmittelerbringer und deren Verbände), Steuer-, Finanz-, Liquiditäts- und betriebswirtschaftliche Beratung von Heilberufen und Berufsverbänden (Ärzte, Zahnärzte und Heilmittelerbringer)



Rechtsanwältin
Britta Werthmann
Krefeld

1969 in St. Tönis geboren. Ausbildung zur Groß- und Außenhandelskauffrau. Studium der Rechtswissenschaften in Köln. Referendariat in Düsseldorf. Seit 2003 als Rechtsanwältin zugelassen. Beschäftigungen in Kanzleien in Krefeld, Düsseldorf und Neuss. Ausbildung zum Verfahrensbeistand. Fachanwaltskurs für Steuerrecht. Fachanwaltskurs für Familienrecht. 2011 Gründung der Kanzlei Werthmann in Krefeld.



Dr. Susanne Woitzik
Pulheim

- Studium der Wirtschaftswissenschaften an der Fern-Universität in Hagen und im Folgenden dort
- Wissenschaftliche Mitarbeiterin in Forschung und Lehre am Lehrstuhl für Allgemeine Betriebswirtschaftslehre, insb. Bank- und Finanzwirtschaft
- Promotion zum Dr. rer. pol.
- Von 2004 bis 2006 leitende Mitarbeiterin des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte e. V., zuständig für den Bereich »praxis management im FVDZ«
- Seit 2006 leitende Mitarbeiterin der ZA – Zahnärztliche Abrechnungsgenossenschaft eG-Gruppe
- Seit Januar 2007 Chefredakteurin des Newsletters »ZA-praxis management aktuell«
- Seit Januar 2009 Mitglied der Geschäftsleitung der ZA – Zahnärztliche Abrechnungsgenossenschaft eG-Gruppe
- Gastrednerin und Repräsentantin auf zahnärztlichen Veranstaltungen
- Expertin für betriebswirtschaftliche Praxisführung:
  - Zahlreiche Referate und Seminare/Workshops zu Themen rund um das Management von Zahnarztpraxen und betriebswirtschaftlich für Zahnärzte relevanten Fragestellungen (u. a. für viele zahnärztliche Verbände, die Health Care Akademie von apoBank und APW/DGZMK, einige KZVen und ZÄKs)
  - Regelmäßige Veröffentlichungen in »Der Freie Zahnarzt« und weiteren Fachmagazinen

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2025

1.2. Benutzerhinweise

Das PRAXISHANDBUCH soll dem Leser die Benutzung so einfach wie nur möglich machen. Aus diesem Grund haben wir in dieser Ausgabe die Gliederung wie folgt verändert.

Grundlegender Aufbau des vorliegenden PRAXISHANDBUCHES

Das PRAXISHANDBUCH untergliedert sich in 10 Teile:

- Teil 1 Informationen
- Teil 2 Aktuelles
- Teil 3 Abrechnung
- Teil 4 Praxisführung
- Teil 5 Betriebswirtschaft/Finanzen
- Teil 6 Steuern
- Teil 7 Personal
- Teil 8 Recht
- Teil 9 Industrie
- Teil 10 Notizen

Diese Teile sind durch graue Registerblätter deutlich voneinander getrennt.

Folgende Suchmöglichkeit bietet das Werk:
Beim Stichwort werden **Kapitel** und **Seite** angegeben. Suchen Sie die entsprechenden Angaben auf den Kopf- und Fußzeilen, und Sie haben die gewünschte Information gefunden.

Seitenaufbau des PRAXISHANDBUCHES

Alle Seiten sind im vorliegenden Werk gleich aufgebaut. Der prinzipielle Aufbau und die optimale Nutzung finden Sie im Folgenden anhand einer Musterseite erläutert:

1. Kopfzeile
   Hier finden Sie die Angaben zum jeweiligen Teil und Kapitel.

2. Fußzeile
   Hier finden Sie die Seitenzahlen des jeweiligen aktuellen Kapitels. Sie gibt auch den Stand der Aktualisierung wieder.

Hinweis:
Eine Musterseite befindet sich auf der Rückseite dieses Blattes.

Gliederungssystematik
Im Zusammenhang mit der Einführung des elektronischen PRAXISHANDBUCHES ändern wir die Gliederungssystematik etwas. Das Inhaltsverzeichnis eines Kapitels ab Kapitel 2 findet sich jetzt immer unter dem Gliederungspunkt *.0. (z. B. 2.0 usw.)

Diese Regel wird im elektronischen Handbuch sofort eingeführt und im Druckwerk jeweils bei Neudruck eines Kapitels. Diese geringfügige Änderung rechtfertigt einen Gesamtneudruck nicht.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2025

Kapitelüberschrift

Teil Kapitel

3.3.2. Rechtliche und vertragliche Grundlagen der Freien Vertragsgestaltung und Kostenerstattung bei Kassenpatienten

3.3.2.1. Rechtliche Grundlagen

3.3.2.1.1. Rechtswissenschaften, Bürgerliches Gesetzbuch

Rechtswissenschaft

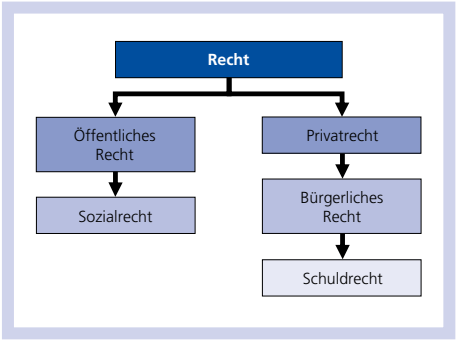
Zu den großen zivilisatorischen Errungenschaften der Menschheit gehört die Herausbildung eines Rechtssystems. Im europäischen Raum ging diese Entwicklung maßgeblich vom Römischen Reich aus.

Die Rechtswissenschaft (Jurisprudenz) ist die Wissenschaft vom Recht; sie befasst sich mit der Erkenntnis und Fortschreibung des objektiven Rechts und ist neben der Theologie, Medizin und der Philosophie eine der Grundwissenschaften.

Der römische Rechtsgelehrte Dometius Ulpian (170–223 v. Chr.) definierte die Rechtswissenschaft folgendermaßen:

»*Rechtswissenschaft ist die Wissenschaft vom Gerechten und Ungerechten, die Kenntnis der menschlichen und göttlichen Dinge. (Iuris prudentia est divinarum atque humanarum rerum notitia, iusti atque iniusti scientia*«

(Ulpian primo libro reg., Digesten 1,1,10,2)



Die Rechtswissenschaft unterscheidet sich von Natur- und reinen Sozialwissenschaften darin, dass sie sich in ihrer aktuellen Form – zumindest in ihren Hauptfeldern – nicht mit objektiven Erkenntnissen im Sinne von realen, sinnlich erfahrbaren Phänomenen beschäftigt. In neuerer Zeit beschäftigt sich die Rechtswissenschaft viel mit der rechtlichen Methodik und der Lehre von der Gesetzesauslegung. Das heißt, dass sie sich mit der Interpretation von rechtlichen Regelungen befasst, die von rechtsetzenden Organen hervorgebracht werden, in erster Linie durch die Gesetzgebung, teilweise auch durch die Gerichte (sog. Richterrecht). Es handelt sich insofern bei der Rechtswissenschaft um eine Sprachwissenschaft mit sozialwissenschaftlichen Elementen.

Der Schwerpunkt der Rechtswissenschaft aus der Sicht der zahnärztlichen Praxis liegt in bestimmten Gebieten des Rechts, deren Inhalten in Bezug zu praxisbezogenen Sachverhalten und Problemen:

– Privatrecht und öffentliches Recht
– materielles und formelles Recht
– internationales Recht, europäisches Recht, Bundes-, Landes- und Kommunalrecht.

Bürgerliches Gesetzbuch

Die Rechtsbeziehungen der Individuen der Gesellschaft untereinander sind Gegenstand des Privatrechts. Das Privatrecht ist in Deutschland im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) kodifiziert. Das BGB ist am 01.01.1900 in Kraft getreten. Die letzte Neufassung datiert vom 02.01.2002.

Das BGB ist in 5 Bücher eingeteilt:

I. Allgemeiner Teil
II. Schuldrecht §§ 241–853
III. Sachenrecht
IV. Familienrecht
V. Erbrecht

Im Internet findet man den Wortlaut des BGB unter der Adresse: **http://dejure.org/gesetze/BGB**

Das BGB ist aufgrund seiner besonders durchdachten Struktur weltweit anerkannt und war Vorbild für die

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 11/2007

Stand

Seitenzahl

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2025

1.3. Das Praxishandbuch-Online

Familie erweitert

Online-Version
Das Praxishandbuch gibt es seit dem 01.01.2018 kurz und prägnant in Form eines aktuellen Online-Portals. Damit ist es aktueller und noch besser nutzbar für die Belange der modernen freiberuflichen Praxis.

In dieser Version ist es möglich, Aktualisierungen sofort einzustellen, während wir in der Papier-Version an den halbjährlichen Ausgabemodus gebunden sind. Das lästige Sortieren in der Praxis entfällt ebenfalls.

Gerne können Sie auf die neue Variante des Praxishandbuchs umsteigen. Senden Sie uns Ihren Umstellungswunsch schriftlich per E-Mail, Fax oder Post zu oder nutzen Sie das Online-Formular auf unserer Website unter: https://www.fvdz.de/fvdz-bestellung-praxishandbuch.html.

Einen ersten Einblick in das Praxishandbuch-Online erhalten Sie über den folgenden Link:
www.phb-online.de

Abonnementpreise

	FVDZ-Mitglieder	Nichtmitglieder
Papierversion – Ergänzung (2× jährlich)	24,00 Euro (je Lieferung)	48,00 Euro (je Lieferung)
Online-Version – Jahresabo	48,00 Euro	96,00 Euro

alle Preise zzgl. MwSt.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2025

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2025

1.4. Gesamtstichwortverzeichnis

Wir bieten Ihnen hier eine Auswahl an Stichworten an.

Stichwort	Kapitel	Seite
A		
ABC der kritischen Betriebsausgaben	6.2.	1ff
Abfindungen an Angestellte	6.2.	1
Abfindungen in Erbfällen	6.1.6.	3
Abgabe der Praxis aus steuerlicher Sicht	8.8.2.	1
Abgeltung von Urlaub	7.4.3.	2
Ablage der digitalen Buchhaltungsbelege	5.3.9.	1ff
Ablagebereiche	4.2.1.3.	2ff
Ablagesysteme	4.2.1.3.	1
Ablauf der Überprüfungen nach MPG	4.2.2.2.4.	1ff
Ablauf des FVDZ-Forderungsmanagements	3.4.3.	1f
Ablauforganisation	4.2.1.2.	1
Ablauforganisation	4.2.2.	1
Abmahnfalle bei der Praxis- bzw. Internetwebsite	8.7.5.	1f
Abmahnfalle Bilderdatenbank	8.7.5.	1
Abmahnung Bilder ohne Nutzungsrecht	8.7.5.	2
Abmahnung wegen Bildnutzung	8.7.5.	1f
Abmahnungen	7.4.7.	1
Abrechnung	3.13.1.	1ff
Abrechnung – Alles retro	3.3.8.	1f
Abrechnung der Leistung	8.10.	3
Abrechnung der Vergütung	8.2.1.	1
Abrechnung per GOZ	3.7.18.	2
Abrechnung Privatleistungen an Kassenpatient – Sich nicht täuschen lassen	3.2.4.4.	1
Abrechnung, in der Person des Betroffenen liegende Besonderheit	3.5.2.4.	1f
Abrechnung, Wahlfreiheit	3.15.	1
Abschreibungen	5.4.1.	2
Abschreibungen	6.2.	1
Abschreibungen und AFA-Tabellen	6.1.2.	1ff
Abschreibungsmethoden	6.1.2.	1
Abschreibungsvolumen	8.8.2.5.	2ff
Abtretungsverbot	8.2.4.	1
Abtretungsvereinbarung	8.2.4.	1
Abweichendes, möglich ohne Druck	2.3.7.	1f
Adressen	8.9.2.	1ff
AFA-Falle	5.4.3.	4
Aktuelle Steuerparameter und Freibeträge	2.2.	6
Aktuelle Steuerrechtsprechung im Fokus (Stand Dezember 2022)	2.2.	5f
Aktueller Stand der TI	2.1.4.1.	2
Alleinstellungsbehauptungen	8.7.1.	2
Alles eine Frage der Nr. 0010?	3.7.9.11.	1f
Alternative Textbausteine	7.4.11.5.	1f
Altersvorsorgeplanung	5.7.3.	1
Amalgamabscheider	4.2.2.2.6.	1
Analogberechnung	3.2.4.1.	1f
Analogie nach § 6,1 GOZ	3.3.2.1.	1
Analogleistungen in der GOZ 2012	3.3.2.	1ff
Anbieterkennzeichnung	8.7.1.	3
Änderungen im Bewertungsgesetz für Grundstücksbewertungen nach dem 31.12.2022	2.2.	2f
Änderungen im Kaufrecht	8.2.7.	1
Anerkennung Mitarbeiter*innen	7.9.	1
Anforderungsprofil	7.4.1.	1f
Angabe von Tätigkeitsschwerpunkten auf Praxisschildern	8.7.	2
Angebote für Patienten	3.11.1.	1
Angehörigenvertrag	6.2.	1
Angemessener kalkulatorischer Gewinnanteil im Eigenlabor	3.7.21.	1f
Angestellt vs. Selbstständig	2.4.2.	1
Angestellte Ärzte und Zahnärzte – Pflicht zur Zahlung eines angemessenen Gehaltes	7.2.6.	1ff
Angestellte Zahnärzte, Arbeitsvertrag	7.4.11.4.	1ff
Angestelltenvertragsgestaltung – Tipps aus der Praxis für die Praxis	7.4.4.2.	1f
Angestellter Zahnarzt	7.4.1.2.	1f
Angst vor dem Patienten?	3.7.23.	1
Anhebung der Festzuschüsse	3.7.9.6.	1f
Annuitätendarlehen	5.5.1.	2
Anschaffungen, abschreibungspflichtig	6.2.	1
Anstellung von Zahnärzten	7.4.1.2.	1
Antikorruptionsgesetz	2.1.10.	1ff
Anwaltszwang	8.2.3.	2
Anweisung durch Patienten	8.2.2.	3
Anwendbarkeit der GOZ für Kapitalgesellschaften	8.2.2.1.	1f
Anzeigen	8.9.2.	1ff
Anzeigepflichten bei Krankheit	7.4.11.	1ff
Anzeigepflichten des Arbeitnehmers bei Krankheit	7.4.5.	1
Arbeitgeberanteile	7.4.11.	1ff
Arbeitsanweisungen	4.2.2.2.4.	2
Arbeitsbefreiung aus besonderem Anlass	7.4.11.5.	1
Arbeitsessen	6.2.	1f
Arbeitspapiere	7.4.1.	4
Arbeitsplatzbewertung	7.4.1.	1
Arbeitsrecht	7.4.	1
Arbeitsrechtliche Informationen zum Praxisverkauf	7.4.10.	1
Arbeitsunfähigkeit	7.4.11.	1ff
Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung	7.4.11.	1ff
Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung	7.4.3.	2
Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung	8.5.1.2.	1

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2025

Stichwort	Kapitel	Seite
Arbeitsverhältnis	7.4.1.	4ff
Arbeitsvertrag für angestellte Zahnärzte	7.4.11.4.	1ff
Arbeitsvertrag für geringfügig Beschäftigte	7.4.11.7.	1ff
Arbeitsvertrag für Mitarbeiter in Zahnarztpraxen	7.4.11.2.	1ff
Arbeitsvertrag über die Vorbereitungszeit, befristet	7.4.11.3.	1ff
Arbeitsvertrag, Fortbildungsklauseln	7.4.11.8.	1f
Arbeitsverträge mit Angehörigen	7.2.2.	1
Arbeitszeiterfassung	7.4.11.5.	5
Arbeitszeiterfassung EuGH-Urteil	7.6.	1f
Arbeitszeitgesetz	8.6.	1
Arbeitszimmer	6.2.	2
Archivierung	8.5.1.1.	1, 3
Arzneimittelverordnung durch den Zahnarzt	8.9.3.	1ff
Ärztekammermethode	5.8.	3
Asylbewerber, Behandlung	2.1.13.	1ff
Aufbauorganisation	4.2.1.	1
Aufbewahrung	8.5.1.1.	1
Aufbewahrung Patientendaten	8.5.2.2.	1f
Aufbewahrungsfrist	8.5.1.1.	3f
Aufbewahrungsfristen	4.2.1.3.	2
Aufbewahrungsfristen von Modellen, Behandlungs- und sonstigen Unterlagen	8.5.1.2.	1
Aufbewahrungspflicht	8.5.1.1.	3
Aufbewahrungspflicht der Buchführungsunterlagen	5.3.5.	1
Aufgaben der Buchhaltung	5.3.1.	1
Aufhebungsvertrag für Mitarbeiter	7.4.11.9.	1ff
Aufklärungs- und Dokumentationspflichten	8.5.1.	1
Aufklärungspflichten	8.9.3.	3
Auflösung der Gesellschaft, Kündigung	8.8.2.10.	2
Aufmerksamkeiten, Geschenke	6.2.	2, 10, 11
Auftragsdatenverarbeitung, DSGVO	8.5.2.2.	2f
Aufzeichnungen	8.5.1.1.	1ff
Aufzeichnungspflicht	8.5.1.1.	2
Ausbildungskosten	6.2.	3
Ausfall des Praxisinhabers, Checkliste	8.9.13.	1ff
Ausgabenkonto	6.1.6.	3
Aushilfslohn	6.2.	3f
Auskunftserteilung	8.5.1.1.	1
Auskunftspflicht	8.5.1.1.	1
Auslagenvorschuss	8.2.4.	3
Auslandskongress	6.2.	4
Ausländische Berufsqualifikation, Anerkennungsverfahren bei Heilberufen	8.18.	1f
Auslegepflichtige Praxisvorschriften	8.6.	1
Ausscheiden	7.4.4.	2
Ausscheiden	8.3.1.2.	2
Ausscheiden und Urlaub	7.4.3.	3
Außergerichtliches Inkasso	8.2.3.	1
Auswertungsmöglichkeiten (Buchhaltung)	5.3.4.	1
Auszahlungsmodalitäten, Darlehen	5.5.1.1.	1
Autorenverzeichnis	1.1.	1ff

B

Stichwort	Kapitel	Seite
BAG-Verträge	8.3.5.	1ff
Bankzahlungsvorgänge	5.9.	1
Barrierefreiheitsstärkungsgesetz (BFSG) – Auswirkungen auf die Zahnarztpraxen	8.17.	1ff
Barzahlung	5.9.	1
Bauliche Veränderungen	8.4.	1
Bearbeitungsgebühren, Darlehen	5.5.1.1.	4
BEB-Liste	8.2.6.	1f
Bedeutung des Internets	8.7.1.	1
Befreiungsantrag, neuer Job	7.2.3.	1f
Befristete und unbefristete Arbeitsverträge	7.4.1.1.	1
Befristeter Arbeitsvertrag über die Vorbereitungszeit	7.4.11.3.	1ff
Befugnisse, besondere	7.4.1.	2
Befüllungsmehraufwand	8.13.	1
Behandlung im Alten- und Pflegeheim – Einbeziehung des Betreuers	8.5.7.	1
Behandlung von Asylbewerbern	2.1.13.	1ff
Behandlungsfehler	8.10.	2
Behandlungsfehler	8.2.1.	4
Behandlungsplan mit konkreter Kostenaufstellung	3.2.2.3.	2
Behandlungsstunden pro Jahr, Ermittlung	5.4.2.	2
Behandlungsunterlagen	8.5.1.1.	3, 5
Behandlungsvertrag	3.2.2.1.1.	1
Behandlungsvertrag	8.2.2.	1
Beihilfeberechtigter oder Privatversicherter	3.12.	1f
Beiträge, Organisationen und Vereine	6.2.	4
Belegorganisation	4.2.1.3.	1
Belehrung über Gefahren gemäß § 29 JArbSchG	7.4.2.	8
BEMA – grenzenlos?	3.7.1.1.	1
BEMA, Ergänzungsleistungen	3.7.	1ff
BEMA-Richtlinie Nr. 9, Abgrenzung, Endodontie beim GKV-Patienten	3.7.12.	1ff
BEMA plus	3.7.26.	1
Benchmarking	5.4.1.	6
Benutzerhinweise	1.2.	1f
Beratung über Leistungen	8.10.	1
Berechenbarkeit der BEB-Liste	8.2.6.	1
Berechnung der Behandlung mit Chlorhexidin-Lack	3.7.20.	1f
Berechnung der Entfernung einer insuffizienten Wurzelfüllung	3.7.5.1.	1f
Berechnung der Wurzelspitzenresektion	3.7.9.3.1.	1f
Berechnung kleiner Behandlungsmaßnahmen	3.7.25.	1f
Berufsausübungsformen	8.3.	1
Berufsausübungsformen – ein Überblick	8.8.2.9.	1ff
Berufskleidung	6.2.	4f
Berufspflichten	8.5.1.1.	1
Berufsrechtliche Grundlagen	8.5.	1
Berufsständisches Versorgungswerk	5.7.2.	1
Berufsständisches Versorgungswerk	5.7.3.	2ff
Beschäftigung von angestellten Zahnärzten	7.4.1.2.	1f
Beschäftigungsverhältnis, gering	7.3.3.	1f
Beschluss Nr. 62	3.7.24.	1
Beschwerdemanagement	4.2.2.2.7.	1
Besserleistungsempfänger und -zahler, Privatversicherter oder Beihilfeberechtigter	3.12.	2
Bestandsaufnahme	8.8.5.	1
Bestellpraxis	8.2.5.	1f

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2025

Stichwort	Kapitel	Seite
Bestellung online	5.13.	1
Bestellung über das Dental-Depot	5.13.	1
Besteuerung des Veräußerungsgewinns	8.8.2.1.	1
Betäubungsmittelverschreibungsverordnung	8.5.1.1.	3f
Betrachtung – steuerlich, betriebswirtschaftlich, finanzwirtschaftlich	5.2.	4
Betriebliche Altersvorsorge	7.3.2.	1f
Betriebliche Altersvorsorge durch Entgeltumwandlung	7.4.11.5.	2
Betriebliche Steuern	5.3.	1ff
Betriebsausgaben, Eigenbeleg	6.2.	8
Betriebsausgaben, Eigenverbrauch	6.2.	8
Betriebsausgaben, kritische	6.2.	1ff
Betriebsmittelkredit	6.2.	4
Betriebsprüfung, steuerliche	6.3.	1
Betriebssicherheitsverordnung	8.12.	1
Betriebssport/Massagekosten	6.2.	4
Betriebsurlaub	7.4.3.	2
Betriebsveranstaltungen	6.2.	5
Betriebsvermögen	6.1.6.	2ff
Betriebswirtschaftliche Betrachtung und Gewinnverteilung, Praxiskooperationen	8.3.4.	1ff
Betriebswirtschaftliches Konzept des FVDZ	5.2.	1ff
Beweiserleichterung	8.5.1.1.	2
Beweislast, Umkehr der	8.5.1.1.	2
Beweislastumkehr	8.2.7.	1
Bewerbungsunterlagen	7.4.1.	2ff
Bewertungsportal IV, Urteil kommt wohl	8.9.7.1.	1
Bewertungsportale	8.9.7.	1f
Bewirtungskosten	6.2.	1f, 5f
BGB-Gesellschaft	8.3.1.1.	1
Bildung von Kooperationen und Umsatzsteuer	8.8.2.6.	1
Biostoffe	4.2.2.2.3.	1
BMV-Z, neu	2.1.7.	1ff
Briefbogen	8.7.	1
Buchhaltung	5.4.1.	6
Buchhaltung, Durchführung der selbst erstellten	5.3.3.	1
Buchhaltung, Eigenlabor	5.12.	1
Buchhaltung, Prophylaxeabteilung	5.11.	1
Buchhaltung/EDV	5.3.	1
Buchhaltungs- und Controllinghotline, kostenlos	2.5.4.	1
Buchhaltungskonzept, FVDZ-	5.3.2.	1
Bundesdatenschutzgesetz	8.5.1.1.	5, 8
Bundesmantelvertrag Zahnärzte, neu	2.1.7.	1ff
Bundesseuchengesetz	8.5.1.1.	4, 7
Bundesurlaubsgesetz	7.4.3.	1ff
Bürokratie in der Praxis	3.7.9.8.	1
Bürokratieentlastungsgesetz	8.16.	1f
Bußgeld DSGVO	8.11.	1f

C

Stichwort	Kapitel	Seite
Checkliste Ausfall des Praxisinhabers	8.9.13.	1ff
Checkliste Ehevertrag	8.9.17.	1f
Checkliste für die Neueinstellung oder Gehaltserhöhung	7.3.1.	4
Checkliste GoBD	5.3.6.	2ff
Checkliste Praxisgründung	2.4.2.2.	1ff
Checkliste Praxishomepage	8.7.1.	7
Checkliste Praxiskooperationen	8.8.2.8.	1
Checkliste Qualifiziertes Zeugnis	7.4.9.	1
Checkliste Vorsorgevollmachten für Zahnärzte	8.9.12.	1ff
Checkliste Werbungskosten	2.4.3.	1ff
Checklisten für die Phasen ab der Existenzgründung	2.4.2.1.	1ff
CMD-Screening	3.7.9.4.2.	2
CMD-Screening und Co	3.7.9.11.	1f
Compositefüllung	3.2.3.1.1.	1
Computerkosten	6.2.	6
Controlling in der Zahnarztpraxis	5.4.	5
Controlling-Konzept	5.4.1.	5
Coronakrise, Liquidität	2.5.9.	1f
Corona-Steuergesetze ab 2020	2.2.	3f
Corona-Update: Zuschüsse zu Ausbildungsverträgen	7.8.	1
COVID-19, Kürzung Hygienepauschale	3.7.9.5.1.	1
Cybercrime-Angriffe und Hacking des Online-Bankings	2.12.	1ff
Cyber-Security in Zahnarztpraxen	8.5.9.	1ff

D

Stichwort	Kapitel	Seite
DAHZ-Hygieneleitfaden	4.2.2.2.3.	1
Damnum, Disagio	6.2.	6
Darlehen	5.5.1.	1ff
Darlehensangebote, Vergleich	5.5.1.2.	1
Darlehensmodalitäten	5.5.1.1.	1ff
Datenschutz	8.5.1.1.	4f
Datenschutzbeauftragte	8.5.1.1.	8
Datenschutzgrundverordnung 2018	2.1.2.	1f
Datenträger, elektronische	8.5.1.1.	1
Deckungsbeitrag	5.2.	3
Delegation an zahnärztliche Mitarbeiter	8.5.6.	1ff
Dental-Depot, Bestellung	5.13.	1
dentinadhäsiv	3.2.3.1.1.	1
Dentinadhäsive Rekonstruktion	3.2.4.5.	1
Diebstahl betrieblicher Wertgegenstände	6.2.	6f
Dienst- oder Sachleistungen	3.7.23.	1
Dienstvertrag	8.2.1.	4
Dienstvertrag	8.2.8.	1
Dienstvertrag zur Praxisvertretung	7.4.11.6.	1ff
Digitale Arbeitsverträge – Erleichterungen bei der Schriftform	7.4.11.10.	1f
Digitale Buchhaltungsbelege, Ablage	5.3.9.	1ff
digitale Praxis	2.6.	1
Digitale Zusammenarbeit mit dem Steuerberater	5.3.8.	1f
Digitales Testament	8.9.14.	1ff
Digitalisierung	2.7.	1ff
Direktversicherung	6.2.	7
Dokumentation	8.5.1.	1f
Dokumentation – was ist notwendig?	3.7.9.8.	1
Dokumentation der Abrechnung	3.7.9.8.	1
Dokumentation der Belegablage und -sicherung nach GoBD	5.3.7.	1ff
Dokumentationspflicht	8.5.1.	1
Dokumentationspflicht des Zahnarztes	8.5.5.	1

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2025

Stichwort	Kapitel	Seite
Dokumentationssysteme, digitale	8.5.1.1.	3
Dokumentenmanagementsysteme	4.2.1.3.	1f
Dolmetscherkosten	8.14.	3
Doppelbesteuerung von Rentenbezügen	2.2.	5
Doppelte Haushaltsführung	6.2.	7
Drahtseilakt	3.3.6.	1
DSGVO – Auftragsdatenverarbeitung	8.5.2.2.	2f
Dumpingpreises, Umgehen des	3.3.6.	1
DVG – Digitale Versorgung-Gesetz, Gesetzentwurf	2.1.6.	1ff
DZG	2.5.10.	1

E

Stichwort	Kapitel	Seite
EBZ-Verfahren, Zugang	2.1.4.3.	1
Eheverträge	8.9.5.	1f
Ehrenamtliche Tätigkeit	6.2.	7
Eidesstattliche Versicherung	8.2.2.	6
Eidesstattliche Versicherung	8.2.3.	2
Eigenlabor	5.12.	1f
Eigenmittelfinanzierung	5.4.3.	4
Einarbeitung	7.4.1.	4ff
Einbindung Dritter in die Prozesse der Praxis	8.9.15.	1f
Einbringungsmodell	8.8.2.5.	2ff
Einkommensteuerparameter und Freibeträge, aktuelle	6.1.1.	1f
Einmalzahlung	8.8.2.3.	1
Einnahmenkonto	6.1.6.	3
Einsichtsrecht	8.5.1.1.	1, 7
Einstellung von neuen Mitarbeitern	7.4.1.	1f
Einverständniserklärung im Voraus einholen	8.5.1.1.	5
Einwilligung	8.5.1.1.	5
Einwilligung zur Implantation	4.4.3.8.	1
Einzelaufgaben	7.4.1.	2
Einzelpraxis, Gewerbesteuerpflicht	6.1.3.	2
Einzugsermächtigung – Muster	8.2.4.	6f
Einzugsermächtigungsverfahren	8.2.4.	2ff
Electronic Cash/Kartengestützter Zahlungsverkehr	5.9.2.	1
Elektroauto	2.2.1.	1f
Elektrometrische Längenbestimmung	3.7.16.	2
Elektronische Ersatzbescheinigung	2.2.	1
Elektronische Patientenakte (ePA)	2.1.15.	1ff
Elektronische Patientenakte, Informationspflichten	2.11.	1
Elternzeit, vorbeugende Urlaubskürzung	7.4.11.5.	3
Empfehlung zur Hygiene in der Zahnarztpraxis	4.2.2.2.1.	1
Empfehlung, weitergehende	8.5.1.1.	4
Endo mit Einsatz: LAI, PIPS und SWEEPS	3.7.14.	2
Endo und dann schon Ende?	3.7.13.	1
Endodontie	3.2.3.2.	1f
Endodontie beim GKV-Patienten	3.7.12.	1ff
Entfernen harter Zahnbeläge	3.7.6.	1
Entfernung und Abrechnung einer Zyste	3.7.10.	1f
Entgeltansprüche	8.10.	1
Entgeltfortzahlungsgesetz	7.4.11.	1ff
Entgeltliche Aufnahme eines Partners	8.8.2.5.	1ff
Entlastungsassistent	7.4.1.2.	1f
Entlohnung angestellter Zahnarzt	7.2.4.	1f
Entlohnung/Umsatzbeteiligung	7.4.4.1.	1f
Entsorgung einer Praxis bei Auflösung	2.8.	1
ePA – Daten an Uniklinik spenden	2.1.15.	8f
ePA – Daten für Forschung	8.13.	3
ePA – Die Wege der Abrechnungsdaten	2.1.15.	4f
ePA – Empfehlung der Kassen	2.1.15.	5
ePA – GFF klagt	2.1.15.	4
ePA – GKV-SV möchte Daten selbst nutzen	2.1.15.	7f
ePA – Gläserner Versicherter	2.1.15.	8
ePA – Hintergrund	2.10.	1
ePA – Inhalt	2.1.15.	1
ePA – Interoperabilität	2.1.15.	6f
ePA – mannigfaltige Orte	2.1.15.	9f
ePA – mannigfaltige Zwecke	2.1.15.	2
ePA – Ombudsstellen der Kassen	2.1.15.	5f
ePA – Position der freien Ärzteschaft	2.1.15.	4f
ePA – Risiko Identifikation	2.1.15.	2
ePA – Valide Daten	2.1.15.	8
ePA – Vertrauensstelle nicht unproblematisch	2.1.15.	3
ePA – Widerspruchsmöglichkeiten	2.1.15.	3
ePA als »ePA für alle«	8.13.	1f
»ePA für alle« ersetzt keine zahnärztliche Patienten-Dokumentation	8.13.	2
Erfolgreich im Web – Onlinemarketing für Ihre Praxis	4.4.4.	1ff
Erfolgsfaktoren des Praxismarketing	4.4.1.2.	1
Erfolgsrechnung	5.4.1.	6
Erfolgsversprechen	8.2.8.	1
Ergänzungsleistungen zum BEMA	3.7.	1ff
Erholungsurlaub	7.4.3.	1f
Erholungszweck	7.4.3.	2
Ermittlung der Behandlungsstunden pro Jahr	5.4.2.	2
Ermittlung der Jahresarbeitsentgeltgrenze	7.3.3.	1
Erschwerniszuschlag unbekannt	3.3.6.	1
Erstattungspauschale müssen Sie ggf. selbst beantragen!!!	2.1.4.1.	1ff
Ertragswertverfahren	5.8.	2f
Erziehungsurlaub	7.4.4.	3
EU-Quecksilberverordnung	2.1.8.	1f
EuGH, Position zum Fremdbesitz – Auswirkungen I-MVZ	8.15.	1f
Europäische Medizinprodukteverordnung	2.1.12.	1
Evidenzbasierte Medizin, Update 2018	3.3.2.	4ff
Evidenzbasierte Zahnmedizin	2.1.3.	1ff
Existenzgründung, Checklisten	2.5.2.1.	1ff
Externer Praxisvergleich	5.4.1.	4ff

F

Stichwort	Kapitel	Seite
Fachkongress	6.2.	8f
Fachkräftemangel	4.3.1.	1f
Fachliteratur	6.2.	9
Fahrtenbuch	6.2.	9f
Fahrtgeldregelung	7.4.11.5.	2f
Fahrtkosten	6.2.	9
Fälligkeit	8.2.2.	4ff
Fälligkeit der Zinsraten, Darlehen	5.5.1.1.	3

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2025

Stichwort	Kapitel	Seite
Fälligkeit des Honorars	8.2.2.	4
Falsche Versprechen der Kassen	3.3.1.2.	1
Feedback Mitarbeiter*innen	7.9.	1
Fehleinschätzung der Einnahmen	5.12.	2
Fehlende Krankenversichertenkarte	8.2.2.	5
Fehlende Krankenversichertenkarte – Formular	8.2.4.	5
Fern-Ausstellung einer AU	3.7.9.9.	1
Festgelegte »Muss-Befunde«	3.7.9.10.	1
Festzuschuss-Boni	3.3.5.1.	1
Festzuschuss-Boni – Probleme	3.3.5.1.	1
Festzuschüsse	3.2.1.	1
Festzuschüsse, Anhebung der Festzuschüsse	3.7.9.6.	1f
FIBU-doc	2.5.4.	1
Finanzierung	5.5.	1
Finanzierung von Betriebsausgaben	6.1.6.	1ff
Finanzierung von Entnahmen	6.1.6.	3
Finanzierung von Privatvermögen	6.1.6.	3
Finanzierung von Zugewinnausgleichsschulden	6.1.6.	3
Finanzierungskosten	5.4.1.	2
Finanz-Service GmbH	2.5.7.	1f
Finanzstatus	5.4.1.	6
Finanzstatus, Kontrolle	5.4.3.	4f
Fissurenversiegelung	3.2.4.2.	1
Fixkosten	5.3.4.	3
Flexibilisierung des Arbeitsverhältnisses	7.4.1.3.	1ff
Fördermittel, Beratung in bestehenden Unternehmen	4.5.	1f
Fördermittel, Gründungsberatung	4.5.	1
Forderungsausfall	6.2.	7
Forderungsmanagement	5.9.3.	1
Formale Vorgaben einhalten	3.2.2.4.	1
Formalien, immer wieder Formalien	3.3.7.	1
Formen der Berufsausübung – ein Überblick	8.8.2.9.	1ff
Formular – Honorarvereinbarung – Begründung vergessen	3.5.2.3.	2
Formular Vereinbarung gem. § 28 Abs. 2 Satz 2 SGB V (Mehrkosten bei Füllungen)	3.2.4.5.	2
Fortbildungsklauseln in Arbeitsverträgen	7.4.11.8.	1f
Fortbildungskosten	6.2.	10
Fortbildungspflicht	8.5.4.	1
Fotografie	8.5.1.1.	3
Fragen, zulässige, unzulässige	7.4.1.	4
Freiberuflichkeit und effektives Forderungsmanagement	3.4.1.	1
Freie Vereinbarungen des Vertragszahnarztes im GKV-Bereich	3.2.2.1.2.	1ff
Freie Vertragsgestaltung	3.2.1.	1
Freie Vertragsgestaltung bei Individualprophylaxe	3.2.4.	1
Freie Vertragsgestaltung bei Individualprophylaxe, Musterformulare/ Beispiele	3.2.4.2.	2ff
Freie Vertragsgestaltung bei Parodontalbehandlung	3.2.5.	1
Freie Vertragsgestaltung im konservierend-chirurgischen Bereich	3.2.3.	1
Fremdlabor	5.4.1.	2
Fremdlaborkosten	5.2.	2
Fristigkeit, Darlehen	5.5.1.1.	1
Frontzahnfüllung	3.2.3.1.2.	3
Frühwarnsystem	5.2.	2
Füllungstherapie	3.2.3.1.	1
Füllungstherapie, Mehrkosten	3.7.2.	1f
FVDZ control-doc	2.5.3.	1
FVDZ control-doc	5.4.4.	1f
FVDZ-Buchhaltungskonzept	5.3.2.	1
FVDZ-Forderungsmanagement	3.4.	1
FVDZ-Forderungsmanagement – Der Ablauf	3.4.3.	1f
FVDZ-Forderungsmanagement, Vorteile	3.4.2.	1f
FVDZ-Info-Mail »Unter der Lupe«	2.5.6.	1
FVDZ-Leitfaden zur Datenschutzgrundverordnung	2.1.2.	1f
FVDZ-Mitglieder, exklusive Versicherungsangebote	2.5.5.	1f
FVDZ-Praxispool	2.5.8.	1

G

GbR, Rechtsfähigkeit	8.8.2.10.	1
Gegen Parodontitis hilft nur Vorsorge	4.4.3.6.	1
Gehalt, 13.	7.4.4.	1ff
Gehalt, 13. und Weihnachtsgratifikation	7.4.4.	1
Gehaltsstrukturen	7.4.1.	1
Geldbußen, Geldstrafen	6.2.	10f
Gemeinfreie Bilder	8.7.5.	1
Gemeinschaftspraxis, Gewerbesteuerpflicht	6.1.3.	2f
Genehmigung der Kasse erforderlich	3.7.9.4.1.	1
Gerichtliche Mahnverfahren	8.2.3.	1f
Gerichtskostenvorschuss	8.2.3.	2
Gerichtsstand	8.2.9.	1
Geringfügig Beschäftigte	6.2.	3f, 11
Geringfügige Beschäftigung, Arbeitsvertrag	7.4.11.7.	1ff
Geringwertige Wirtschaftsgüter	6.2.	1
Gesamtschuldner	8.3.1.1.	1
Geschäftsraummiete	8.4.	1
Geschenke, Aufmerksamkeiten	6.2.	2, 10, 11
Geschlechtskrankheitengesetz	8.5.1.1.	4
Gesellschaftsregister, Eintragung	8.8.2.10.	1
Gesellschaftsvermögen, Gewinn- und Verlustbeteiligung	8.8.2.10.	3
Gesellschaftsvertrag – Check-up aus rechtlicher Sicht	8.3.3.	1f
Gesetz Modernisierung des Personengesellschaftsrechts (MoPeG)	8.8.2.10.	1ff
Gesetz zum Schutz der Beschäftigten vor sexueller Belästigung am Arbeitsplatz	8.6.	1
Gesetz zum Schutze der arbeitenden Jugend	8.6.	1
Gesetz zum Schutze der erwerbstätigen Mutter	8.6.	1
Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung	2.1.5.	1f
Gesetzentwurf für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation	2.1.6.	1ff
Gesetzlich versicherter Prophylaxepatient	3.7.6.	1
Gesetzliche Rentenversicherung	5.7.3.	1ff
Gesundheitspolitische Themen	2.1.	1ff
Gesundheitsprüfung	7.4.11.5.	1

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2025

Stichwort	Kapitel	Seite
Gewährleistungsansprüche	8.2.7.	1
Gewährleistungspflicht	8.2.1.	2
Gewährleistungspflicht	8.2.8.	1
Gewährung der Steuervergünstigungen	8.8.2.4.	1
Gewerberecht in der zahnärztlichen Praxis	8.6.	1
Gewerbesteuer	6.1.3.	1
Gewerbliche Einkünfte in der Zahnarztpraxis	6.1.3.	1ff
Gewinn	5.2.	2ff
Gewinnmethode	5.8.	1
Gewinnverteilung und Liquiditätsrechnung	5.10.	1
Gewinnverwendung	5.2.	2
Gewinnvorab-Lösung	8.8.2.5.	5
GEZ – Was sich ab 2013 alles ändert	8.9.6.	1f
GKV, Revision von Wurzelkanalbehandlungen	3.7.5.	1
Gleichartige Kronenversorgung	3.7.7.1.	1
Gleichbehandlungsgrundsatz	7.4.4.	1
Gleichberechtigungsvorschriften	8.6.	1
GOÄ bei Kapitalgesellschaften	8.2.2.1.	1
GOÄ, aktuelle Entwicklungen	2.1.1.	1f
GoBD Checkliste	5.3.6.	2ff
GoBD, Bedeutung für die Zahnarztpraxis	5.3.6.	1ff
GoBD, Dokumentation der Belegablage und -sicherung	5.3.7.	1ff
Goodwill	8.3.1.2.	1f
GOZ	3.3.	1
GOZ 1988 – GOZ 2012	3.7.24.	1
GOZ 2012	3.3.1.1.	1ff
GOZ 2012 – Tipps, Fragen, Infos	3.3.3.	1ff
GOZ 2012, Analogleistungen	3.3.2.	1ff
GOZ, §2 nicht begründungspflichtig	2.3.8.	2
GOZ, 2,3-facher Satz nach § 5 Abs. 2	3.3.1.1.	2
GOZ, abweichende Vereinbarung nach § 2	3.3.1.1.	1
GOZ, abweichende Vereinbarung nach § 2(1) GOZ	3.2.3.1.1.	1
GOZ, Analogberechnung nach § 6	3.3.1.1.	3
GOZ, Fragen aus der Praxis zur GOZ 2012	3.3.3.1.	1ff
GOZ, Honorar, Versorgung	3.3.9.	1ff
GOZ, How to – Umgang mit der Hygienepauschale in der GOZ	3.7.9.5.2.	1f
GOZ, Neufassung des § 12 (Überprüfung) – Auftrag für ein GOZ-Budget	3.3.1.1.	5
GOZ, Neuregelung bei der Rechnungsstellung nach § 10	3.3.1.1.	4
GOZ, Richtige Berechnung von dentinadhäsiven Aufbaufüllungen	3.7.3.1.	1f
GOZ, Übergangsregelung nach § 11	3.3.1.1.	4
GOZ, Wegegeld nach § 8	3.3.1.1.	3
GOZ, ZE-Kostenvoranschlag nach § 9 Abs. 2	3.3.1.1.	3f
GOZ, Zielleistungsprinzip nach § 4 Abs. 1	3.3.1.1.	1f
GOZ-App des FVDZ	3.2.2.1.3.	1
GOZ-Kommentar und Katalog analog zu berechnender Leistung der BZÄK	3.3.3.2.	1
GOZ-Navigator plus	3.3.4.	1
GOZ-Novellierung 2012	3.3.1.1.	1ff
GOZ-NR. 3010a und 4138a: Subgingival nichtchirurgisch unterwegs	2.3.9.	1
GOZ-Nr. 5070a: PAR-Reevaluation, nicht Brückenglied	2.3.4.1.	1
GOZ-Nr. 8000A, statt Nr. 4000	2.3.10.	2
Grading und Staging	2.3.10.	2
Gratifikationszahlung, anteilig	7.4.4.	2
Grundlagen der betriebswirtschaftlichen Honorarkalkulation	3.5.2.2.	1
Grundzüge der Praxiswertermittlung	5.8.	1
Grundzüge des Urlaubsrechts	7.4.3.	1
Gutachterverfahren	8.2.2.	2

H

Haftung der Gesellschafter	8.8.2.10.	3
Haftung des Arbeitgebers	7.5.	1ff
Haftung des Zahnarztes	8.5.2.	1
Handelsgewerbe	8.3.1.1.	1
Heil- und Kostenplan	3.2.4.2.	3, 5
Heil- und Kostenpläne auf neuem Formular	3.7.9.6.	1f
Herabsetzung der Gratifikation	7.4.4.	2
Hilfreiche Links	4.4.3.1.	1
Hintergrund ePA	2.10.	1
Höchstpreise für zahntechnische Leistungen	8.2.6.	1
Homeoffice in Zahnarztpraxen	7.7.	1f
Honorar	3.2.3.1.2.	1
Honorar	8.2.	1
Honorar, geringes	3.7.24.	1f
Honorarhaftung von Ehegatten	8.2.2.	5
Honorarkalkulation mit der HOZ	3.5.2.	1
Honorarkontrolle mit Stundensätzen	5.4.2.	2
Honorarordnung der Zahnärzte (HOZ)	3.5.1.	1
Honorarschätzung	3.2.3.1.2.	1
Honorarschätzung am Behandlungsstuhl, Muster	3.2.3.1.2.	2
Honorarvereinbarung	3.14.	1f
Honorarvereinbarung – Begründung vergessen	3.5.2.3.	1f
Honorarvereinbarung – Begründung vergessen – Formular	3.5.2.3.	2
How to – Umgang mit der Hygienepauschale in der GOZ	3.7.9.5.2.	1f
Hyaluronsäure – GOÄ-Nrn. 267 und 268	3.2.4.6.	2
Hyaluronsäure – GOZ-Nr. 4110	3.2.4.6.	1
Hyaluronsäure – HA beim Papillenaufbau	3.2.4.6.	1
Hyaluronsäure – wie berechnen?	3.2.4.6.	1f
Hyaluronsäure – Wissenschaftliche Evidenz	3.2.4.6.	1
Hygienecheck für die Zahnarztpraxis	4.2.2.2.5.	1ff
Hygienekosten – Übersicht	3.7.9.5.	1f
Hygienepauschale, Kürzung, COVID-19	3.7.9.5.1.	1
Hygieneplan	4.2.2.2.3.	1
Hygienevorschriften	4.2.2.2.	1

I

Ihre neue Mitarbeiterin heißt Digitalisierung	2.7.	1ff
Immaterieller Schaden	8.2.1.	4
In 5 einfachen Schritten zur Kostenerstattung	3.16.	1f
Individualprophylaxe	3.2.4.1.	1
Individualprophylaxe	3.2.4.3.	1
Inflation und die Zahnarztpraxis	2.1.14.	1f
Inflationsausgleich, kein	3.3.6.	1

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2025

Stichwort	Kapitel	Seite
Infoblatt für Pflichtversicherte zur Kostenerstattung	4.4.3.3.	1
Informationen zu den Festzuschüssen	4.4.3.4.	1
Informationsstruktur	5.2.	1
Inlayversorgung	3.2.3.1.1.	1
Internetauftritt	8.7.	2
Internetauftritt	8.7.1.	1
Internetdomain	8.7.1.	1
Interviews	8.7.	3
Investieren	5.6.	1f
Investition Wohnimmobilien	2.2.2.	1f
Investitionsabzugsbetrag	6.2.	1
Investitionsdarlehen	6.1.6.	2ff
Investitionsgut	6.1.6.	4
Investitionskosten	6.1.5.	2
Investitionskredite	6.1.6.	4
IT-Sicherheit in der Praxis	5.7.5.	1f
IT-Sicherheit in der Zahnarztpraxis	8.5.10.	1ff
IT-Sicherheitslinie der KZBV	8.5.9.2.	1
IT-Sicherheitsrichtlinien nach § 75b SGB V	8.12.	3f

J

Jahresabschluss	5.2.	2ff
Jugendarbeitsschutzgesetz	7.4.3.	2
Jugendarbeitsschutzgesetz	8.5.1.1.	4
Juniorpartner	6.1.6.	5
Juniorpartner	8.8.2.5.	1, 6f

K

Kapitalgesellschaften, Anwendbarkeit der GOZ	8.2.2.1.	1f
Kariesdetektor: Leistungsdefinition und Abrechnung	3.7.9.12.	1
Kartei, konventionelle	8.5.1.1.	5
Kasse oder privat? – Rund um die Endodontie beim GKV-Patienten	3.7.12.	1ff
Kassenkrone und Zusatzleistungen	3.7.7.	1
Kassenleistung	5.1.	1
Kassenleistungen, Reparaturen	3.7.9.7.	1f
Kassenprüfung	3.11.	1
Kaufpreises, Gestaltung des	8.8.2.3.	1
Kennzahlen Materialkosten	5.4.5.	1f
Kfz-Kosten	6.2.	11ff
Klageverfahren	8.2.3.	2
Kleine Fehler, große Folgen	3.11.1.	1
K-Leistungen	3.7.9.10.	1
K-Leistungen	3.7.9.4.	1ff
Klinik-Werbung	8.7.	3
Konkurrenzschutz	8.4.	1
Konkurrenzschutzklauseln	8.3.1.2.	1f
Kontokorrentkredit	5.5.2.	1
Kooperationen in der Zahnarztpraxis	8.3.1.3.	1ff
Kooperationen und Umsatzsteuer	8.8.2.6.	1
Kooperationsformen	8.3.1.3.	2f
Kooperationsklausel	8.4.	1
Kooperationsmodell freiberufliche Zahnarztpraxis	8.8.2.7.	1ff
Korrekturen und Reparaturen in der Tragezeit	3.7.9.4.1.	1
Kostenerstattung	3.2.1.	1
Kostenerstattung	8.2.2.	1
Kostenerstattung 2.0	3.2.2.3.	1f
Kostenerstattung in 5 einfachen Schritten	3.16.	1f
Kostenerstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung	3.2.2.4.	2
Kostenerstattung, Kampf der Krankenkassen	3.7.4.3.	1
Kostenerstattung nach § 13 (2) SGB V	3.2.2.2.	1ff
Kostenerstattung Schritt 1	3.16.	2f
Kostenerstattung Schritt 2	3.16.	4f
Kostenerstattung Schritt 3	3.16.	7
Kostenerstattung Schritt 4	3.16.	8
Kostenerstattung Schritt 5	3.16.	8
Kostenlose Buchhaltungs- und Controllinghotline	2.5.4.	1
Kreditkondition, Darlehen	5.5.1.	1
Krone in der Regelversorgung	3.7.7.	1
Kronenversorgung, gleichartig	3.7.7.1.	1
Kündigung	7.4.8.	1
Kündigung	8.4.	1
Kündigung und Auflösung der Gesellschaft	8.8.2.10.	2
Kündigungserklärung und Freistellung	7.4.8.3.	1f
Kündigungsfrist	8.4.	1
Kündigungsfristen im Arbeitsrecht	7.4.8.1.	1
Kündigungsmöglichkeiten, Darlehen	5.5.1.1.	3f
Kündigungsrecht, Miete	8.4.	1
Kündigungsschutz	7.4.8.2.	1
Kündigungsschutzgesetz	7.4.1.1.	1f
Kündigungsschutzgesetz	7.4.8.2.	1f
Kürzung Hygienepauschale COVID-19	3.7.9.5.1.	1

L

Laboranalyse, Informationen	5.12.	2
Laborgemeinschaft	6.2.	13
Laboruntersuchungen	8.5.1.1.	2
Lastschriftverfahren	8.2.4.	1f
Leasing oder Finanzierung	5.5.3.	1f
Leasingsonderzahlung	6.2.	13
Leasingvertrag, Abfrage der Konditionen	5.5.3.	2
Lebenslauf	7.4.1.	2
Leistungsalternativen	5.1.	1
Leistungsausschlüsse und Zuzahlungen	3.2.2.1.2.	6
Leistungsrechnung	5.2.	2
Leistungsstatistik	5.2.	2
Leitsätze	5.2.	1ff
Lichtbild	7.4.1.	2
Lieferantenkredit	5.5.2.	1
Lieferantenkredit – eine teure Alternative zum Kontokorrentkredit	5.5.2.	1
Liquidität	5.2.	2ff
Liquidität verstehen	5.10.	1f
Liquidität während der Coronakrise	2.5.9.	1f
Liquiditätsfallen	5.4.3.	4
Liquiditätsplan	5.4.3.	1ff
Liquiditätsrechnung	5.10.	1f
Liquiditätsrechnung	5.4.1.	6

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2025

Stichwort	Kapitel	Seite
Liquiditätsrechnung	5.4.3.	1ff
Liquiditätsstatus	5.4.1.	6
Liquiditätsstatus, Kontrolle	5.4.3.	4f
Logoverwendung	8.7.	1
Löhne und Gehälter	5.4.1.	1
Lohnsteuerpauschalierte und sozialversicherungsfreie Mitarbeiterzuwendungen	7.3.1.	3f

M

Mahnbescheid	8.2.3.	1f
Mahnverfahren	8.2.3.	1
Mahnwesen	8.2.2.	4
Mahnwesen	8.2.3.	1
Mail-Verkehr analog berechnen	3.7.9.9.	1
Mängel, schwerwiegende	4.2.2.2.4.	3
Mängelbeseitigung	4.2.2.2.4.	3
Markenrecht	8.7.4.	1ff
Marketingplanung	4.4.1.1.	1
Marktvergleich, objektiver Wert	2.3.8.	1
Materialaufwand	5.4.1.	2
Materialkosten, Kennzahlen	5.4.5.	1f
Materialverwaltung und Warenwirtschaft	5.13.	1
Materieller Schaden	8.2.1.	4
Medizinisches Versorgungszentrum, MVZ	2.1.11.	1ff
Medizinprodukte	4.2.2.2.2.	1
Medizinprodukte, Aufbereitung	4.2.2.2.4.	1f
Medizinprodukte, kritisch A	4.2.2.2.4.	1
Medizinprodukte, kritisch B	4.2.2.2.4.	1
Medizinprodukte, kritisch C	4.2.2.2.4.	1
Medizinprodukte, Praxiswissen	8.12.	1
Medizinprodukte, semikritisch A	4.2.2.2.4.	1
Medizinprodukte, semikritisch B	4.2.2.2.4.	1
Medizinprodukte, unkritisch	4.2.2.2.4.	1
Medizinproduktebetreiberverordnung (MPBetreibV)	4.2.2.2.4.	2
Medizinproduktegesetz (MPG)	4.2.2.2.1.	1
Medizinprodukteverordnung (MDR)	2.1.12.	1
Mehr Stress, mehr CMD-Screening	3.7.9.4.2.	1f
Mehraufwand Erstbefüllung	8.13.	2
Mehraufwand Sichtung der ePA	8.13.	2f
Mehrkosten	3.2.1.	1
Mehrkosten in der Füllungstherapie	3.7.2.	1f
Mehrkostenregelung nach dem Amalgamverbot	3.13.	1f
Mehrkostenvereinbarung	3.2.2.1.2.	4
Mehrkostenvereinbarung	3.2.3.1.1.	1f
Mehrkostenvereinbarung für Füllungen und Beispiel-Rechnungen	3.2.3.1.1.	1
Mehrkostenvereinbarung nach § 28 Abs. 2 SGB V und § 30 Abs. 3	8.2.2.	2
Meinungsäußerung Bewertungsportal	8.9.7.	1f
Miete	8.4.	1
Miethöhe	8.4.	1
Mietvertrag	8.4.	1f
Mindestlohngesetz	2.1.9.	1ff
Mindestlohngesetz – Überblick für die Praxis	7.2.5.	1ff
Mindesturlaub	7.4.3.	1f
Minijob	7.4.11.5.	3
Minijob bzw. geringfügiges Beschäftigungsverhältnis	7.3.3.	1f
Mitarbeit der Familie in der Praxis	2.2.3.	1f
Mitarbeiter in Zahnarztpraxen, Arbeitsvertrag	7.4.11.2.	1ff
Mitarbeiter*innen, Wertschätzung	7.9.	1
Mitarbeiter, neue	7.4.1.	1ff
Mitarbeiterbefragung	7.9.	1
Mitarbeiterbelehrung »Schweigepflicht«	7.4.2.	3
Mitarbeiterbelehrung gemäß § 36 RöV	7.4.2.	9
Mitarbeiterbelehrung nach BGV B2 »Laserstrahlung«	7.4.2.	7
Mitarbeiterbelehrung nach BGV C8 »Hygiene« und § 12 (2) Biostoffverordnung	7.4.2.	6
Mitarbeiterbelehrung über den Umgang mit Gefahrstoffen	7.4.2.	1f
Mitarbeiterbelehrung über Immunisierungsmöglichkeit Hepatitis B	7.4.2.	5
Mitarbeiterbelehrung über Unfallverhütungsvorschriften	7.4.2.	4
Mitarbeiterbelehrungen	7.4.2.	1
Mitarbeitergespräch	7.4.1.	5
Mitglieder-Rechtsberatung	8.1.	1
Moderne Materialien für Aufbaufüllungen	3.7.3.	1
Moderne Zahnheilkunde für gesetzlich Versicherte	3.2.	1
Modernisierung des Personengesellschaftsrechts-Gesetzes (MoPeG)	8.8.2.10.	1ff
MPG-Inspektionsprotokoll	4.2.2.2.4.	3
MPG-Kontrollpraxis	4.2.2.2.4.	1f
Musterarbeitsvertrag für geringfügig Beschäftigte	7.4.11.7.	1ff
Musterberufsordnung	8.3.1.1.	1
Musterberufsordnung	8.5.1.1.	1, 3, 4
Musterverträge	7.4.11.	1
Musterverträge, Einleitung	7.4.11.1.	1
Mutterschutz in der Zahnarztpraxis	7.4.6.	1ff
MVZ – Medizinisches Versorgungszentrum	2.1.11.	1ff
MVZ und erweiterte Anstellungsmöglichkeiten, wesentliche Änderungen	2.1.11.1.	1
MVZ, Verkauf an investorgetragenes	8.8.1.3.	1ff

N

Nachbarschaftshilfe	7.4.3.	1
Nachbesserungen	8.2.1.	4
Nachhaftung Patientendaten	8.5.2.2.	1
Nachweis Nutzungsrecht	8.7.5.	2
Nachweisgesetz	7.4.11.5.	3f
Nachwuchsprogramm	2.4.	1
Navigator plus, GOZ	3.3.4.	1
Neben der klinischen Untersuchung nach Nr. 0010	3.7.9.11.	1
Nebentätigkeit	7.4.3.	1f
Nebentätigkeitspauschale	6.2.	13
Negativbewertungen in Bewertungsportalen	8.9.7.	2

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2025

Stichwort	Kapitel	Seite
Nettoeinkommensberechnung, Beispiel	6.1.	1
Neues Schuld- und Schadensersatzrecht	8.2.1.	1
Neuregelung des Versicherungsvertragsrechts – Tipps für den Zahnarzt	8.10.	1ff
Nicht oder nur schwer verkäufliche Praxen	5.8.1.	1ff
Nichteinhalten eines Behandlungstermins	8.2.2.	5
Nichteinhalten eines Behandlungstermins durch den Patienten	8.2.5.	1
Notfall/Akuter Schmerzfall	8.14.	2f

O

Offene Kommunikation	7.9.	1
Ohne Druck ist Abweichendes möglich	2.3.7.	1f
Online-Bestellung	5.13.	1
OP-Bericht	8.5.1.1.	2
Optionsrecht	8.4.	1
Ordnungsgemäße Rechnung	8.2.4.	1
Outsourcing in der Zahnarztpraxis – Handlungsbedarf in Sachen Schweigepflicht	8.9.15.1.	1ff

P

Papierlose Zahnarztpraxis	8.5.5.	1
Paragraph 2	2.9.	1
Paragraph 28 SGB V	3.2.3.1.1.	1
PAR-Behandlungsstrecke im BEMA	2.3.	2
PAR-Behandlungsstrecke, Leistungen	2.3.1.	2
PAR-Behandlungsstrecke, Muster Dokumentationsbögen	2.3.4.	4
PAR-Behandlungsstrecke, parodontologische Privatleistungen	2.3.2.	2
PAR-Behandlungsstrecke UPT	2.3.12.	1
Parodontales Screening 2012 etabliert – CMD-Screening nicht	3.7.9.4.2.	2
PAR-Reevaluation, nicht Brückenglied, GOZ-Nr. 5070a	2.3.4.1.	1
PAR-Strecke und die Dokumentation	2.3.3.	2
Partnergesellschaft	8.3.1.1.	1
Partnerschaftsgesellschaftsgesetz	8.3.1.1.	1
Patient, Einverständniserklärung	8.5.2.2.	2
Patienten können frei entscheiden	3.2.2.3.	2
Patienten schätzen Wahlfreiheit	3.2.2.1.3.	1
Patienten- und Betreuungsverfügung, Vorsorgevollmacht	8.9.11.	2ff
Patienten, Angebote	3.11.1.	1
Patientenansprache	4.4.2.	1
Patientenaufklärung	3.7.9.8.	1
Patientenaufklärung dokumentieren	8.5.1.1.	2
Patientendaten, Nachhaftung und Aufbewahrung	8.5.2.2.	1ff
Patientendaten, Übermittlung	8.5.1.1.	6
Patientengeheimnis und Datenschutz in der Zahnarztpraxis	8.9.4.	1f
Patientengespräch	3.2.3.1.2.	1
Patienteninformation	4.4.3.	1ff
Patienteninformation, Direktabrechnung mit Kostenerstattung	3.2.2.3.	1
Patientenkartei	8.5.1.1.	5
Patientenrechtegesetz	8.5.2.1.	1
Patientenstamm, Verkauf	8.8.5.	1
Personalauswahl und -führung	4.3.	1
Personalführung	4.3.3.	1
Personalsuche	4.3.2.	1ff
Personalübernahme beim Praxisverkauf	8.8.3.	1
Personenhandelsgesellschaften für freie Berufe	8.8.2.10.	3
Pflicht zur Zahlung eines angemessenen Gehaltes, angestellte Ärzte und Zahnärzte	7.2.6.	1ff
Pkw-Überlassung an Arbeitnehmer	6.2.	14
Planungsprozess	4.4.1.1.	1
Portalbetreiber, Pflichten	8.9.7.	2
Praktikum	7.4.1.4.	1f
Praxis, unverkäuflich	4.7.	1f
Praxisabgabe – die psychologischen Facetten	4.8.	1ff
Praxisabgabe aus rechtlicher und steuerrechtlicher Sicht	8.8.	1
Praxisabgabe und Praxisübernahme	2.5.8.	1
Praxisabgabe, Bildung von Kooperationen und Umsatzsteuer	8.8.2.6.	1
Praxisabgabe, rechtliche Gestaltung, alternative Modelle bei »unverkäuflichen Praxen«	8.8.4.	1ff
Praxisabgaben	8.5.1.3.	1ff
Praxisabgaben, Aufbewahrungsfristen	8.5.1.3.	2ff
Praxisanalyse	5.4.4.	1
Praxisauflösung, Entsorgung	2.8.	1
Praxisbegehung	4.6.	1f
Praxisbegehung und Überprüfungen nach MPG	4.2.2.2.4.	1ff
Praxisbezogene Steuerberatung	2.5.2.	1
Praxiscoaching	4.2.1.2.	1
Praxiscontrolling	5.4.	1
Praxiscontrolling, Durchführung und Instrumente	5.4.1.	1ff
Praxisgemeinschaft	8.8.2.5.	1
Praxisgründung, Checkliste	2.4.2.2.	1ff
Praxishandbuch-Online	1.3.	1
Praxishomepage	8.7.1.	1
Praxishygiene	4.2.2.2.2.	1
Praxishygiene	7.4.2.1.	1f
Praxisinformationsblatt des FVDZ	3.2.2.1.3.	1
Praxiskooperationen – Betriebswirtschaftliche Betrachtung und Gewinnverteilung	8.3.4.	1ff
Praxiskooperationen – Checkliste	8.8.2.8.	1
Praxislabor, Praxislaborgemeinschaften und Outsourcing-Labor	8.9.9.	1f
Praxisleistung	5.2.	2
Praxisliquidität	5.4.1.	6
Praxismarketing	4.4.1.	1ff
Praxismarketing und Patientenansprache	4.4.	1
Praxis-Mietvertrag	8.4.	1f
Praxisorganisation	4.2.	1
Praxispartnerschaften	8.2.1.	4
Praxisschild	8.4.	2
Praxisschild	8.7.	3

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2025

Stichwort	Kapitel	Seite
Praxisschließung	8.8.5.	1f
Praxisschließung, Alternativen	8.8.5.	1f
Praxissitz	8.2.9.	1
Praxissitz ist Gerichtsstand	8.2.9.	1
Praxisübergabe innerhalb der Familie	8.8.1.4.	1
Praxisübergabe, mit Blick auf das Team zu beachten	8.8.1.2.	1f
Praxisübernahme	8.3.1.2.	1
Praxisübernahmevertrag	8.8.1.	1
Praxisübernahmevertrag – grundlegende Checkliste	8.8.1.1.	1f
Praxisunterbrechungsversicherung	6.2.	14
Praxisvergleich, Extern	5.4.1.	4ff
Praxisverkauf	7.4.10.	1f
Praxisverkauf	8.3.1.2.	1
Praxisverkauf	8.4.	1f
Praxisverkauf	8.8.2.	1ff
Praxisverkäufe, Vertraulichkeitsvereinbarung	8.8.1.5.	1ff
Praxisvertreter, Dienstvertrag	7.4.11.6.	1ff
Praxisvertreter, sozialversicherungsrechtlich angestellt oder selbstständig	7.2.7.	1f
Praxisverwaltungssoftware, Leistungsstatistik	5.11.	1
Praxis-Vorsorgevollmacht	8.9.11.	1f
Praxiswebsite	4.4.4.	1f
Praxiswebsite, Verwendung von Bildern	8.9.8.	1f
Praxiswert	8.8.2.5.	1ff
Praxiswissen kompakt	8.12.	1ff
Praxisziele und -prozesse	4.2.1.1.	1
Preisbestimmung	3.2.3.1.2.	1
Private Abrechnung bei Individualprophylaxe	3.2.4.1.	1
Private Abrechnung im PAR-Bereich – Musterformulare/Beispiele	3.2.5.2.	1ff
Private Ausgaben	6.1.6.	6
Private Chirurgie in Not	2.3.6.	1
Privatleistung	3.2.1.	1
Privatleistungen	3.2.4.1.	1
Privatvereinbarungen nach § 4 MBV-Z/§ 7 EKV-Z	3.2.2.1.2.	2
Privatversicherter oder Beihilfeberechtigter	3.12.	1f
Probezeit	7.4.11.	1ff
Probezeit	7.4.3.	1
professionelle Zahnreinigung	3.2.4.1.	1
professionelle Zahnreinigung	3.2.4.2.	4
professionelle Zahnreinigung	3.7.6.	1
professionelle Zahnreinigung nach GOZ, beachtenswerte Besonderheiten	3.7.6.1.	1f
Profitcenterrechnung	5.11.	1f
Profitcenterrechnung, Analyse	5.12.	1
Prolog	5.7.1.	1
Promotionskosten	6.2.	14
Prophylaxeabteilung, Erfolg	5.11.	1f
Prozesse der Praxis, Einbindung Dritter	8.9.15.	1f
Prozesskosten	6.2.	14
Prüf- und Maßnahmepflichten	8.12.	1ff

Q

Stichwort	Kapitel	Seite
Qualifiziertes Zeugnis – Checkliste	7.4.9.	1
Qualitätsmanagement	4.2.2.1.	1ff
Qualitätsmanagementrichtlinie des GBA vom 23.01.2014 (ZÄQM-RL)	4.2.2.1.1.	1
Qualitätssicherung	8.5.1.1.	1
Qualitätssicherung nach SGB V	4.2.2.1.2.	1ff
Qualität, überdurchschnittlich	2.3.8.	2
Quecksilberverordnung, EU	2.1.8.	1f

R

Stichwort	Kapitel	Seite
Raritäten im Katalog der GKV	3.7.17.	1
Ratenzahlungsvereinbarung	8.2.4.	1
Rauchen gefährdet die Mundgesundheit	4.4.3.7.	1
Raumkosten	5.4.1.	2
Rechtliche Grundlagen	3.2.2.1.	1
Rechtliche und vertragliche Grundlagen der Freien Vertragsgestaltung	3.2.2.	1
Rechtsberatung	2.5.1.	1
Rechtssichere Vereinbarung	3.6.	1ff
Rechtstipps	8.9.	1
Rechtstipps, Vollmachten für den Ernstfall	8.9.10.	1ff
Referenzen	7.4.1.	2
Reinigungskraft, Tätigkeitsbeschreibung	7.4.11.5.	3
Reinigungspauschale	6.2.	15
Reisekosten	6.2.	15
Rentenbasis	8.8.2.3.	1
Rentenleistungen an Versorgungswerksmitglieder – Aktuelle Urteile	8.5.8.	1
Rentenversicherungspflicht	7.3.3.	1f
Rentenzahlung	8.8.2.3.	1f
Reparaturen Kassenleistungen	3.7.9.7.	1f
Reparaturen, Korrekturen und Reparaturen in der Tragezeit	3.7.9.4.1.	1
Reparaturkosten	6.2.	14f
Retrograde Füllung	3.3.8.	1
Retrograde Wurzelfüllung	3.3.8.	1
Revision von Wurzelkanalbehandlungen in der GKV	3.7.5.	1
Rezeptionist, Tätigkeitsbeschreibung	7.4.11.5.	3
Richtige Berechnung von qualitätsfördernden zusätzlichen endodontischen Behandlungsmaßnahmen	3.7.4.1.	1f
Risikountersuchung, kompakte	3.7.9.4.2.	1
RKI-Empfehlung	4.2.2.2.2.	1
Röntgen bei Endo-Behandlung	3.7.11.	1f
Röntgen- und Strahlenschutzverordnung	8.5.1.1.	3, 7
Röntgenverordnung	8.5.1.1.	3, 7
Rückzahlungsklausel	7.4.4.	2
Rückzahlungssatz, Darlehen	5.5.1.1.	1
Rückzahlungsverpflichtung	7.4.4.	2
Rund um den Scan nach GOZ-Nummer 0065	3.7.18.	2

S

Stichwort	Kapitel	Seite
Sachleistung und kein Ende	3.2.4.5.	1
Sachleistungen, Dienst- oder	3.7.23.	1
Sachzuwendungen, pauschale Steuer auf	6.2.	14
Säumniszuschlag für Steuern	6.2.	15
Schadensersatzansprüche	8.3.1.2.	1

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2025

Stichwort	Kapitel	Seite
Schadensersatzrecht	8.2.1.	1ff
Schadensersatzrechtsänderungsgesetz	8.2.1.	4
Schlafapnoebehandlung beim Zahnarzt (Teil 1)	3.7.19.	1
Schlafapnoeschienen im BEMA (Teil 2)	3.7.19.1.	1f
Schmelzätzung	3.2.3.1.2.	3
Schriftliche Individualabrede	2.3.8.	1
Schriftlicher Laborauftrag	8.2.6.	2
Schuld- und Schadensersatzrecht	8.2.1.	1ff
Schuldnerverzug	8.2.3.	1
Schutzmaßnahmen	8.5.1.1.	4
Schwerbehinderte	7.4.3.	3
Schwierigkeitsgrad bei Telemedizin	3.7.9.9.	2
SEA (Suchmaschinenwerbung)	4.4.4.	4
Sehr gute Leistung, sehr hoher Preis	2.3.8.	1f
Selbstständiger Zahnarzt in Kooperation	8.3.1.	1
Selbstständigkeit und Risikovorsorge	5.7.	1
SEO (Suchmaschinenoptimierung)	4.4.4.	3f
Serviceangebot des FVDZ	2.5.	1
SGB V	3.2.1.	1
Sich wie privat versichert fühlen	3.2.2.4.	1
Sicherheiten, Darlehen	5.5.1.1.	4
Situationsbeschreibung	5.2.	1
So wird Ihre Rechnung fällig	3.7.1.	1
Sonderregelung, Berliner	8.5.1.1.	4
Sonstige Kosten	5.4.1.	2
Sorgfalt	8.2.8.	1
Sorgfaltspflichten	8.9.3.	2
Sozialauswahl	7.4.1.1.	1
Sozialauswahl	7.4.8.2.	1
Soziale Netzwerke	4.4.4.	2f
Sozietätsform	8.3.1.1.	1
Speichermedien	8.5.1.1.	4
Spenden	6.2.	15f
Sprachbarriere in der Praxis	8.14.	1f
Sprachmittler, Hinzuziehung von Angehörigen	8.14.	2
Staffelmiete	8.4.	1
Staging und Grading	2.3.10.	2
Stammdatenaufnahme	7.4.1.	6ff
Stecker ziehen, Praxisauflösung	2.1.4.4.	2
Stellenbeschreibung	7.4.1.	1ff
Stellvertretung	7.4.1.	2
Steuerbegünstigte und sozialversicherungsfreie Mitarbeiterzuwendungen	7.3.1.	1ff
Steuerberatungskosten	6.2.	16
Steuerbürger Zahnarzt	3.11.1.	1
Steuerersparnisse durch die Gestaltung der übrigen Einkünfte	8.8.2.2.	1
Steuerfreie und sozialversicherungsfreie Mitarbeiterzuwendungen	7.3.1.	1ff
Steuerhinterziehung	8.5.1.1.	8
Steuerliche Aspekte	7.3.	1
Steuerliche Betriebsprüfung	6.3.	1
Steuerliche, betriebswirtschaftliche und finanzwirtschaftliche Betrachtung	5.2.	4
Steuerlicher Schuldzinsenabzug	6.1.6.	1
Steuern	6.1.	1
Steuern, betriebliche	6.2.	16
Steuerungsgröße	5.2.	2
Steuervergünstigungen	8.8.2.4.	1
Steuerverkürzung	8.5.1.1.	8
Strahlenschutzgesetz, neu	4.2.2.2.8.	1
Strahlenschutzverordnung	8.5.1.1.	3, 7
Stressabbau	3.7.9.4.	1ff
Stundensatzermittlung	5.4.1.	6
Subgingival nichtchirurgisch unterwegs, GOZ-Nr. 3010a und 4138a	2.3.9.	1
Subgingivale Belagentfernung	3.2.4.1.	1
Subgingivale Instrumentierung – UPT	2.3.11.	2
Systemvergleich bei der Unterkieferprotrusionsschiene	3.7.22.	1

T

Stichwort	Kapitel	Seite
Tätigkeitsbeschreibung	7.4.1.	9ff
Tätigkeitsbeschreibung Reinigungskraft	7.4.11.5.	3
Tätigkeitsbeschreibung Rezeptionist	7.4.11.5.	3
Tätigkeitsschwerpunkt	8.7.	2
Teamaktivitäten	7.9.	1
Teamsitzung	4.2.1.2.	1
Teilurlaub	7.4.3.	2f
Teilwert	8.8.2.5.	2ff
Teilzeitbeschäftigte	6.2.	3f
Telefax	8.5.9.1.	1
Telematik-Infrastruktur	2.1.4.	1ff
Telematik-Infrastruktur, Überblick Konnektoren	2.1.4.	2f
Telemedizin, Schwierigkeitsgrad	3.7.9.9.	2
Telemedizinische Leistungen	3.7.9.9.	2
Testament, digital	8.9.14.	1ff
Textbausteine und ergänzende Hinweise zu den Musterarbeitsverträgen	7.4.11.5.	1ff
Tilgungsdarlehen	5.5.1.	2
Tilgungsraten	5.4.3.	4
Tilgungsvarianten, Darlehen	5.5.1.1.	1f
Tilgungsverrechnung, Zeitpunkt	5.5.1.1.	2
Tipps zum Umgang mit Banken	5.5.1.3.	1f
Todesfall – vorbeugende Maßnahmen, Checkliste	8.9.13.1.	1f
Totalprothese als Kassenleistung	3.7.9.	1
Totalprothese als Kassenleistung, viele Kanäle, viel Widerstand	3.7.9.3.	1f
Totalprothesen in der Privatliquidation, Besonderheiten	3.7.9.1.	1f
Tragbare und existenzielle Risiken	5.7.2.	1
Tragezeit, Korrekturen und Reparaturen	3.7.9.4.1.	1
Transparenz über Kosten und Erstattung	3.2.2.3.	2
TRBA 250, Hygieneleitfaden der DAHZ und Hygieneplan der BZÄK	4.2.2.2.3.	1
Trinkgeld	6.2.	16f

U

Stichwort	Kapitel	Seite
Überentnahmeberechnung	6.1.6.	5
Überentnahmen	6.1.6.	5ff
Übermittlungsbefugnisse	8.5.1.1.	6f
Übernahme von Dolmetscherkosten	8.14.	3

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2025

Stichwort	Kapitel	Seite
Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit	7.4.11.	1ff
Überprüfung Hinzuziehung von Angehörigen als Sprachmittler	8.14.	2
Überprüfungen nach MPG	4.2.2.2.4.	1ff
Überschuss	5.2.	4
Überschuss, liquider	5.2.	4
Überschuss, steuerlich	5.2.	4
Überstellungsverhältnis	7.4.1.	2
Überweisung	8.5.1.1.	2
Umgang mit Banken, Tipps	5.5.1.3.	1f
Umgehen des Dumpingpreises	3.3.6.	1
Umsatz	5.4.1.	1
Umsatzbeteiligung für Mitarbeiter	7.2.1.	1
Umsatzbeteiligung, Rechtliche Grundlagen	7.4.4.1.	1f
Umsatzbeteiligung, Vergütung angestellter Zahnärzte	7.4.11.5.	1f
Umsatzmethode	5.8.	1
Umsatzsteuer in der Zahnarztpraxis	6.1.4.	1ff
Umsatzsteuerpflichtige Leistungen	6.4.	1ff
Umwidmung	6.1.6.	1ff
Umzugskosten	6.2.	17
Unfallkosten	6.2.	17
Unfallverhütungsvorschriften	8.6.	1
Unseriöse Anzeigen- und Adressbuchverlage	8.9.2.	1ff
Unter der Lupe, FVDZ-Info-Mail	2.5.6.	1
Unterlassungsanspruch	8.3.1.2.	1
Unternehmerlohn (kalkulatorisch)	5.2.	4
Unverkäufliche Praxis	4.7.	1f
UPT	2.3.11.	2
Urheberrechtsverletzung	8.7.5.	1
Urkunden	8.5.1.1.	1
Urlaub	7.4.3.	1ff
Urlaubsabgeltung	7.4.3.	3
Urlaubsanspruch	7.4.3.	2f
Urlaubsanspruch von Jugendlichen	7.4.3.	2
Urlaubsanspruch, Verfall	7.4.3.	2
Urlaubserteilung	7.4.3.	1
Urlaubsliste	7.4.3.	2f
Urlaubsrecht	7.4.3.	1ff
Urlaubsübertragung	7.4.3.	3
Urlaubswiderruf	7.4.3.	3
Urlaubswunsch	7.4.3.	1f

V

VDE-Prüfung nach DGUV V3	8.12.	1ff
VDS-Prüfung	8.12.	3
Verantwortungsbereiche	7.4.1.	1
Veräußerungsgewinn	8.8.2.1.	1ff
Verbleibdauer des Investitionsgutes	6.1.6.	4
Vereinbarung einer Privatbehandlung gemäß § 4 Abs. 5 BMV-Z bzw. § 7 Abs. 7 EKV-Z	3.2.4.1.	1
Vereinbarung einer Privatbehandlung gemäß § 4 BMV-Z bzw. § 7 EKV-Z	3.2.4.2.	1
Vereinbarung einer privaten Wurzelkanalbehandlung	3.7.4.2.	1
Vergleich von Darlehensangeboten	5.5.1.2.	1
Vergleiche BEMA – GOZ – HOZ	3.5.2.1.	1f
Vergütung angestellter Zahnärzte bei Umsatzbeteiligung	7.4.11.5.	1f
Vergütung und Benefits	7.9.	1
Vergütungsgestaltung	7.2.	1
Vergütungspflicht	7.4.4.	3
Verhaltensregeln	8.10.	2
Verjährung	8.2.1.	2ff
Verjährung	8.2.2.	5ff
Verkauf an investorgetragenes MVZ	8.8.1.3.	1ff
Verkaufsgespräch	5.1.	1
Verlangensleistungen nach § 2,3	3.3.2.1.	1
Verlust	6.1.6.	6ff
Verordnungsbeschränkungen	8.9.3.	4
Verschmelzung	8.8.5.	2
Verschulden	8.2.8.	1
Verschuldensunabhängige Gewähr	8.2.8.	1
Versicherungen, notwendige	5.7.4.	1ff
Versicherungsangebote für FVDZ-Mitglieder, exklusiv	2.5.5.	1f
Versicherungsbeiträge	6.2.	17f
Versicherungsschutz	8.5.2.2.	1
Versorgungswerk	6.2.	18
Verspätungszuschlag	6.2.	18
Versprechen, Falsche Versprechen der Kassen	3.3.1.2.	1
Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VändG)	8.3.2.	1
Vertragsdauer	8.4.	1
Vertraulichkeitsvereinbarungen bei Praxiskäufen, Muster	8.8.1.5.	1ff
Verwahrungsvertrag	8.5.1.1.	6
Verwahrungsvertrag, Abschluss	8.5.2.2.	2
Verweigerung	8.2.1.	3
Verweilgebühr	8.2.5.	2
Verwendung, unrechtmäßige	8.5.1.1.	4
Verzinsung, Darlehensmodalitäten	5.5.1.1.	2f
Verzug	8.2.1.	1ff
Verzugsschaden	8.2.3.	1
Verzugszinsen	8.2.3.	1
Vestibulumplastik im BEMA	3.7.17.	1
Vestibulumplastik, eine selbstständige Leistung	3.7.15.	1
Videokonferenzen	3.7.9.9.	1
Videosprechstunde bei der PKV	3.7.9.9.	1f
Videoüberwachung	8.9.16.	1f
Vollmachten für den Ernstfall, Rechtstipps	8.9.10.	1ff
Vollstreckungsbescheid	8.2.3.	2
Vollstreckungstitel	8.2.3.	2
Von Tieren und Menschen	3.7.23.	1
Vorauszahlungen	8.2.4.	1ff
Vorauszahlungsvereinbarungen	8.2.4.	1
Vorbei mit der Schnüffelei/GEZ – Was sich ab 2013 alles ändert	8.9.6.	1f
Vorbeugende Urlaubskürzung Elternzeit	7.4.11.5.	3
Vorentscheidung zur GOZ-Nummer 8000	3.7.9.4.2.	1f
Vorsorgevollmacht	8.9.11.	1
Vorsorgevollmachten für Zahnärzte, Checkliste	8.9.12.	1ff
Vorstellungsgespräch	7.4.1.	4ff
Vorstellungsgespräch, Gedächtnisstütze	7.4.1.	6
Vorteile des FVDZ-Forderungsmanagements	3.4.2.	1f

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2025

Stichwort	Kapitel	Seite

W

Warenwirtschaft und Materialverwaltung	5.13.	1
Wartezimmer/Auslegen von Informationen	8.7.	1
Was kann wie abgerechnet werden?	3.7.9.10.	1f
Weihnachtsgratifikation	7.4.4.	1
Weiterbildungsassistent	7.4.1.2.	1
Weiterbildungsmöglichkeiten Mitarbeiter*innen	7.9.	1
Weitergabe	8.5.1.1.	1, 7
Werberecht	8.7.	1
Werbeverbot	8.7.1.	1
Werbung	8.9.2.	1ff
Werbung in der Zahnarztpraxis	8.7.2.	1
Werbung in der Zahnarztpraxis, unerlaubte	8.9.1.	1f
Werbung in der Zahnarztpraxis, Zulässigkeit von Vorher-Nachher-Bildern	8.7.3.	1
Werbungskosten, Checkliste	2.4.3.	1ff
Werkvertrag	8.2.1.	1ff
Wertschätzung für Mitarbeiter*innen	7.9.	1
Widerspruch	7.4.10.	1f
Widerspruch	8.2.3.	2
Widerspruchseinlegung	7.4.10.	1
Wirksamkeit	7.4.4.	2
Wirtschaftlichkeitsgebot	3.2.2.1.2.	1
Wirtschaftlichkeitsprüfung 2019, Update	8.5.3.1.	1
Wirtschaftlichkeitsprüfung, Ratgeber	8.5.3.	1ff
Work-Life-Balance, Mitarbeiter*innen	7.9.	1
Wurzelkanalbehandlungen	3.7.4.	1
Wurzelspitzenresektion – der letzte Weg?	3.7.9.2.	1
Wurzelspitzenresektion, Berechnung	3.7.9.3.1.	1f
Wurzelspitzenresektion, Zwischenlösung mit Stolperfalle	3.7.9.2.1.	1

Y

yd² – young dentists	2.4.1.	1

Z

Zahlung, freiwillig, einmalig	7.4.4.	1
Zahlungseingang	8.2.3.	1
Zahlungsmodalitäten im Rahmen der Rechnungsstellung	8.2.4.	1
Zahlungsverkehr	5.9.	1
Zahlungsverkehr, Einleitung	5.9.1.	1
Zahlungsziel	8.2.3.	1
Zahnärzteversorgung: Neuer Job – Neuer Befreiungsantrag	7.2.3.	1f
Zahnarztlabor	6.1.5.	1
Zahnärztliche Honorierung – Basiswissen für die Praxis	8.2.2.	1
Zahnärztliche Untersuchung im BEMA	3.7.9.10.	1f
Zahnarztpraxis, Gewerbliche Einkünfte	6.1.3.	1ff
Zahnarztpraxis, Outsourcing – Handlungsbedarf in Sachen Schweigepflicht	8.9.15.1.	1ff
Zahnarztpraxis, Videoüberwachung – zulässig oder nicht?	8.9.16.	1f
Zahnarzt-Such-Service	8.7.	3
Zahnersatz ist steuerlich absetzbar	4.4.3.5.	1
Zahnfarbenbestimmung im Gebührenrecht	3.17.	1
Zahngold	6.2.	18f
Zahnmedizin, evidenzbasiert	2.1.3.	1ff
Zahnsteinentfernung	3.2.4.1.	1
Zahnzusatzversicherungen	4.2.4.	1f
Zeitliches Orga-Schema zur Individualprophylaxe	3.2.4.3.	1
Zeitvorgaben, keine definierten	2.3.10.	2
Zeugnis	7.4.1.	2ff
Zinsen, Finanzierungskosten der Praxis	6.2.	19
Zinszahlung, Zuschläge	5.5.1.	2
Zugang zu den EBZ-Verfahren	2.1.4.3.	1
Zusammenarbeit mit dem Steuerberater, digital	5.3.8.	1f
Zusatzurlaub	7.4.3.	3
Zusatzvereinbarungen trotz HKP	2.3.7.	1
Zusatzversicherungen	8.10.1.	1f
Zuschlag für die Anwendung des Operationsmikroskops	3.3.8.	1f
Zuzahlungen nach den aktuellen Gesundheitsreformen	4.4.3.2.	1
Zuzahlungsverbot	3.2.2.1.2.	1
Zuzahlungsverbot, Ausnahmen	3.2.2.1.2.	1
Zwangsvollstreckung	8.2.3.	2
Zwangsvollstreckungsunterlage	8.2.3.	2
Zweijährige Gewähr	8.2.8.	1
Zyste, Entfernung und Abrechnung	3.7.10.	1f

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2025

2

2.0. Inhaltsverzeichnis

2.1. Gesundheitspolitische Themen

2.1.1. Aktuelle Entwicklungen zur GOÄ

2.1.2. Datenschutzgrundverordnung 2018

2.1.3. Evidenzbasierte Zahnmedizin

2.1.4. Telematik-Infrastruktur

2.1.4.1. Der aktuelle Stand der TI
2.1.4.2. Schöne neue Welt: die TI im BEMA
2.1.4.3. Zugang zu den EBZ-Verfahren
2.1.4.4. Nicht einfach nur den Stecker ziehen

2.1.6. Gesetzentwurf für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation

2.1.7. Systematik und Kurzinfo – Neuer BMV-Z

2.1.8. EU-Quecksilberverordnung

2.1.9. Mindestlohngesetz – aktuelle Bestandsaufnahme und Tipps für die Zahnarztpraxis

2.1.10. Antikorruptionsgesetz

2.1.11. Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) für Zahnärzte

2.1.11.1. MVZ und erweiterte Anstellungsmöglichkeiten – die wesentlichen Änderungen

2.1.12. Neue Medizinprodukteverordnung

2.1.13. Die Behandlung von Asylbewerbern – was es zu beachten gilt

2.1.14. Inflation und die Zahnarztpraxis: Das sollten Sie jetzt tun

2.1.15. Eine für alle – alle für eine?

2.2. Elektronische Ersatzbescheinigung (eEB)

2.2.1. Elektroauto als Mitarbeitermagnet?

2.2.2. Investition in vermietete Wohnimmobilien aus steuerlicher Sicht

2.2.3. Wenn die Familie in der Praxis mitarbeitet

2.3. Die neue PAR-Behandlungsstrecke im BEMA

2.3.1. Die neuen Leistungen der PAR-Behandlungsstrecke

2.3.2. Sind parodontologische Privatleistungen möglich?

2.3.3. Die neue PAR-Strecke und die Dokumentation

2.3.4. Muster Dokumentationsbögen PAR-Behandlungsstrecke

2.3.4.1. 5070a: PAR-Reevaluation, nicht Brückenglied

2.3.5. Faktor 5,5 entspricht BEMA-Honorar

2.3.6. Private Chirurgie in Not

2.3.7. Ohne Druck ist Abweichendes möglich

2.3.8. Sehr gute Leistung, sehr hoher Preis

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2025

2.3.9. 3010a und 4138a: Subgingival nichtchirurgisch unterwegs
2.3.10. Und tschüss 4000
2.3.11. Subgingivale Instrumentierung – UPT
2.3.12. UPT jetzt besser durchdacht

2.4. Nachwuchsprogramm
2.4.1. yd² – young dentists
2.4.2. Angestellt vs. Selbstständig
2.4.2.1. Checklisten für die Phasen ab der Existenzgründung
2.4.2.2. Checkliste Praxisgründung
2.4.3. Checkliste Werbungskosten

2.5. Serviceangebot des FVDZ
2.5.1. Rechtsberatung
2.5.2. Praxisbezogene Steuerberatung
2.5.3. FVDZ control-doc
2.5.4. Kostenlose Buchhaltungs- und Controllinghotline
2.5.5. Exklusive Versicherungsangebote für FVDZ-Mitglieder
2.5.6. FVDZ-Info-Mail »Unter der Lupe«
2.5.7. Finanz-Service GmbH
2.5.8. FVDZ-Praxispool
2.5.9. Liquidität während der Coronakrise
2.5.10. Mitglied in der DZG werden

2.6. Die digitale Praxis

2.7. Ihre neue Mitarbeiterin heißt Digitalisierung

2.8. Entsorgung einer Praxis bei Auflösung

2.9. Informationsschreiben Paragraf 2

2.10. Hintergrund ePA

2.11. Informationspflichten zur elektronischen Patientenakte (ePA)

2.12. Cybercrime-Angriffe und Hacking des Online-Bankings

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2025

2.1. Gesundheitspolitische Themen

2.1.1. Aktuelle Entwicklungen zur GOÄ

GOÄ – Wenn der Schwanz mit dem Hund wedelt

Bis vor Kurzem haben wir die Entwicklung der GOÄ-Novelle mit Spannung verfolgt, wurde doch schon 2011 der Bundesärztekammer (BÄK) vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ins Lastenheft der neuen GOÄ diktiert, sich zur Arbeitserleichterung mit dem Verband der privaten Krankenversicherer an einen Tisch zu setzen und eine gemeinsame Vorlage zu entwickeln. Die Beihilfe könnte sich dann an dieses Konstrukt anhängen, wenn sie sich das leisten wollte, so dachte man sich. Die Preise für zahnärztliche Leistungen würden damit also faktisch von den Erstattungsstellen diktiert werden. Das wäre wohl einmalig. Diese ganze Aktion sollte zudem hinter verschlossenen Türen stattfinden, um die Ärzteschaft nicht unnötig aufzuwühlen. Man hatte die Rechnung allerdings ohne die denkenden organisierten Teile der Ärzteschaft gemacht. Es wurden nämlich Teile der Verhandlungsergebnisse publik, obwohl Stillschweigen zwischen den Parteien vereinbart wurde.

So hat einer der Verhandlungsführer der Ärzteschaft in der Zwischenzeit das Schiff gewechselt und arbeitet seither nicht mehr als Hauptgeschäftsführer bei der Bundesärztekammer, sondern als Verwaltungsdirektor bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Vielleicht liegt es daran, dass die GOÄ immer mehr den Charakter des kassenärztlichen Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) bekam, mit allem denkbaren Ungemach. So bspw. der neuen Systematik mit einem »robusten Einfachsatz«, der nur noch mit Einverständnis eines eigens dafür geschaffenen Gremiums, der Gemeinsamen Kommission (GeKo), gesteigert werden darf. Die GeKo – paritätisch besetzt mit Ärzten auf der einen Seite und PKV und Beihilfe auf der anderen Seite – wäre faktisch das Pendant zum Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) der GKV. Die Ärzte sollten alle zwei Jahre alternierend als BÄK und KBV vertreten sein. Aber dieser »Privat-GBA« hätte noch weitere Aufgaben. So soll er die Angemessenheit der Honorarentwicklung mithilfe einer noch zu schaffenden (und natürlich auch von den Ärzten zu finanzierenden) Datensammelstelle in den 36 Monaten nach Inkrafttreten der GOÄ evaluieren.

Damit stünde künftig nicht mehr die beste medizinische Versorgung im Vordergrund, sondern die (aus Sicht der Kostenträger) wirtschaftlichste. Davon haben die privaten Versicherer sicher schon lange geträumt. Das Ende der vielen analogen Berechnungen entlastet die Sachbearbeiter. Und mit Analogberechnungen wäre dann auch weitgehend Schluss: Geplant war eine Stichtagsregelung, wie wir sie in der GOZ 1988 kennen und hassen gelernt haben. Klar auch, dass die Komplexleistungen ausgeweitet werden und das so genannte »Zielleistungsprinzip« zum Tragen kommt. Nach dem Motto: »Alles schon in der Hauptleistung inklusive!«

Das Schmankerl zum Schluss: Die Öffnungsklausel durch die »Hintertür«. MVZs und Krankenhausambulanzen müssen sich nämlich nicht mehr an die GOÄ halten, »werden es aber aus Praktikabilitätsgründen wohl machen«, heißt es. Ein schwacher Trost. Denn zusätzlich dürfen vom Big Brother GeKo auch »Modellvorhaben zur Verbesserung der Versorgung« auf den Weg gebracht werden = »Öffnungsklausel 2.0«. Folgerichtig aus der Sicht der Kostenträger auch, dass es nur Geld gibt, wenn die Qualifikation zur Leistungserbringung nach Maßgabe des Weiterbildungsrechtes nachgewiesen wurde. Fachaufsicht durch Kostenträger! Natürlich nicht, um Geld zu sparen – alles nur Patientenschutz! Adé Therapiefreiheit!

Und auch bei der Rechnungsstellung »Wünsch Dir was« für Kostenträger. Geld gibt's nur, wenn die Rechnung innerhalb von sechs Monaten erstellt wurde – natürlich maschinenlesbar! Der Arzt wird Erfüllungsgehilfe der Versicherung. Dementsprechend wird er zusätzlich verpflichtet, über jede denkbare »Nichterstattung« aufzuklären. Der Eingeweihte erkennt die schlimmsten Auswüchse der »Schmidt-GOZ« bei den Ärzten im Entwurf.

Und das Tollste: Montgomery behauptet, der GOÄ-Entwurf würde die Bürgerversicherung verhindern. Fakt ist aber, dass diese GOÄ den Weg in die Bürgerversicherung ebnet.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2016

Für die Zahnärzteschaft war es (über-)lebenswichtig, diese GOÄ wegen der »Tschernobyl-Wirkung«, also Strahlung mit Langzeitwirkung, zu verhindern.

Die Bundesärztekammer hat den Vorschlag zurück–gezogen und will einen »transparenten« Neuanlauf vornehmen. Die Verhandlungsführerschaft wurde gewechselt, die Politik der Verschwiegenheit der Verhandlungsergebnisse soll verlassen werden.

Auch von der angekündigten Honorarsteigerung von 20 % hat man sich zwischenzeitlich verabschiedet. Nun ist von 5,8 % die Rede. Aber selbst das erscheint utopisch, wenn dem Vertragspartner PKV schon eine Steigerung von null zu viel erscheint.

Die Politik der Zahnärzteschaft kann jetzt nur die sein, die zahnärztlichen Leistungen aus der GOÄ herauszulösen und in die GOZ zu überführen.

Dr. Christian Öttl

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2016

2.1.2. Datenschutzgrundverordnung 2018

FVDZ-Leitfaden für die Zahnarztpraxis

Für Mitglieder des FVDZ und Abonnenten des Praxishandbuches hat der Freie Verband Deutscher Zahnärzte einen Leitfaden zur neuen Datenschutzgrundverordnung erstellt. Der Leitfaden informiert über die am 25. 05. 2018 in Kraft getretenen Neuregelungen der »Datenschutzgrundverordnung« und des neu gefassten Bundesdatenschutzgesetzes.

Im Rahmen einer Einleitung möchten wir Ihnen einen ersten Überblick über die neuen und schwer durchschaubaren Spielregeln besonders beim Umgang mit sensiblen Gesundheitsdaten geben. Wir haben Ihnen dabei auch einige Muster für die Praxen zusammengestellt (z. B. Muster Patienteneinwilligung, Verzeichnis von Verarbeitungstätigkeiten), um Sie im Praxisalltag zu unterstützen. Diese Muster können Sie zur erforderlichen Individualisierung auch in Word abrufen.

Ausgehend von der Einleitung können Sie die angesprochenen Themen durch eine entsprechende Verlinkung im Text abrufen. Bei dem neuen Datenschutzrecht ist gerade beim Umgang mit sensiblen Gesundheitsdaten aktuell noch sehr viel im Fluss, wobei sich selbst Experten noch in vielen Punkten in der Abstimmung befinden. Wir werden diese Entwicklungen beobachten und den Leitfaden als Online-Version gegebenenfalls aktualisieren. Für Anregungen sind wir Ihnen dabei dankbar.

So erhalten Sie den Leitfaden zur neuen Datenschutzgrundverordnung:
Für Mitglieder des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte e.V. ist der Leitfaden als PDF-Version (mit hinterlegten Musterformularen) zum Download auf der Website des FVDZ hinterlegt: www.fvdz.de.

Für Praxishandbuch-Abonnenten, die nicht FVDZ-Mitglied sind, besteht die Möglichkeit den Leitfaden als PDF-Version (mit hinterlegten Musterformularen) per E-Mail oder Fax zu bestellen. E-Mail an: es@fvdz.de, Fax an: 0228 - 85 51 11 30. Nutzen Sie dafür gerne das beiliegende Bestellformular.

Als Abonnent der Print-Version haben Sie zudem jederzeit die Möglichkeit auf die Online-Version des Praxishandbuches zu wechseln. Im Onlineportal Praxishandbuch ist der Leitfaden auch als Download für alle Abonnenten verfügbar: www.phb-online.de.

Vorteile der Online-Version:
- Einsortierung der Ergänzungslieferungen entfällt
- Informationsmehrwert durch Themenverlinkung (weniger Klicks – mehr Tipps)
- zeitnahe Informationen wichtiger Inhalte
- überall abrufbar – optimiert für alle Endgeräte (Tablet, PC, Smartphone)

RA Michael Lennartz

zum Bestellformular

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022



☐ **Ja, ich möchte den Leitfaden per E-Mail erhalten:**

Vorname: _____

Nachname: _____

E-Mail-Adresse: _____

Fax-Antwort: 0228 8551130

E-Mail-Antwort: es@fvdz.de

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

2.1.3. Evidenzbasierte Zahnmedizin

Leitlinien und deren Bezug zur medizinischen Notwendigkeit nach § 1 GOZ

1. Leistungen nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst

Gemäß § 1 Abs. 2 dürfen Vergütungen nur für solche zahnärztlichen Leistungen erbracht werden, die nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst erbracht worden sind. In diesem Zusammenhang ist auf die allgemein anerkannten Grundsätze der zahnärztlichen Wissenschaft abzustellen, so dass, ebenso wie im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung, auf den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse (§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V) abzustellen ist.

Nach der diesbezüglichen Rechtsprechung wird diesem Wissenschaftlichkeitsgebot dann entsprochen, wenn die große Mehrheit der einschlägigen Fachleute die Behandlungsmethode befürwortet und, von einzelnen, nicht ins Gewicht fallenden Gegenstimmen abgesehen, über die Zweckmäßigkeit der Therapie Konsens besteht. Dies setzt im Regelfall voraus, dass über die Qualität und Wirksamkeit der Methode zuverlässige wissenschaftlich nachprüfbare Aussagen gemacht werden können. Der Erfolg muss sich aus wissenschaftlich einwandfrei durchgeführten Studien über die Zahl der behandelten Fälle und die Wirksamkeit der Methode ablesen lassen. Die Therapie muss in einer für die sichere Beurteilung ausreichenden Zahl von Behandlungsfällen erfolgreich gewesen sein. Nur dann, wenn anerkannte Behandlungsmethoden im Einzelfall nicht existieren sollten, können auch diesem Gebot nicht entsprechende Leistungen erbracht und abgerechnet werden, sofern der Zahnarzt nach seinen Kenntnissen und Erfahrungen zumindest gewisse Anhaltspunkte für eine Hilfe durch die neue Methode hat.

2. Richtlinien, Leitlinien und wissenschaftliche Anerkennung

Bei der konkreten Umsetzung des Wissenschaftlichkeitsgebotes bestehen z. T. unterschiedliche Ansichten dazu, unter welchen Voraussetzungen von einer wissenschaftlichen Anerkennung der jeweiligen Methode in diesem Sinne auszugehen ist.

Umstritten ist dabei insbesondere die Bedeutung von und das Verhältnis zwischen Richtlinien und Leitlinien und die Frage, welche Konsequenzen ggf. an die Tatsache zu knüpfen sind, dass für eine bestimmte Methode evtl. weder Richtlinien noch Leitlinien vorhanden sind. Diese Problematik aktualisiert sich insbesondere im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung, da dort eine Vielzahl eingeführter und langjährig tatsächlich angewandter und in der Praxis bewährter Methoden nicht zuvor im Rahmen zahnmedizinischer Studien entwickelt und erprobt worden sind.

Dies ist z. T. darauf zurückzuführen, dass eine Vielzahl zahnmedizinischer Methoden zu einem Zeitpunkt entwickelt worden sind, als die zzt. angewandten Methoden der evidenzbasierten Medizin noch nicht entwickelt und etabliert waren. Zudem sind in diesem Bereich die im humanmedizinischen Sektor entwickelten Studienformen z. B. der randomisierten Doppelblindstudien in einer Vielzahl von Fällen praktisch nicht durchführbar, da zahnmedizinische Behandlungen i. d. R. unmittelbar im Mund des Patienten erfolgen müssen, was deren Wahrnehmung und Kenntnis sowohl durch den jeweiligen Zahnarzt als auch durch den behandelten Patienten unvermeidlich macht bzw. sogar voraussetzt. Dies steht daher ggf. der oben dargestellten grundsätzlichen Forderung nach wissenschaftlichen Studien mit möglichst hoher Evidenzstufe entgegen. Es besteht daher Veranlassung, zunächst die zugrunde liegenden Begrifflichkeiten zu klären, bevor näher auf die konkreten Voraussetzungen für die Bewertung einer Leistung als gemäß den Regeln der zahnärztlichen Kunst erbracht eingegangen werden kann.

Im Rahmen der sogenannten evidenzbasierten Medizin (EBM) wird grundsätzlich zwischen Richtlinien, Leitlinien und Empfehlungen unterschieden. Dabei definiert z. B. die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) diese Trias folgendermaßen:

Richtlinien
Richtlinien sind meist von Institutionen wie z. B. dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gemäß §§ 91 ff. SGB V veröffentlichte Regeln des Handelns und Unterlassens, die dem einzelnen Zahnarzt nur einen ge-

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2018

ringen Entscheidungsspielraum einräumen. Ihre Nichtbeachtung kann Sanktionen nach sich ziehen. Eine ähnliche Verbindlichkeit wie Richtlinien kommt Standards zu, die als normative Vorgaben bezüglich der Erfüllung von Qualitätsanforderungen verstanden werden und durch ihre in der Regel exakte Beschreibung einen mehr technisch-imperativen Charakter haben.

Leitlinien
Demgegenüber sind Leitlinien systematisch entwickelte Entscheidungshilfen über angemessene Vorgehensweisen bei speziellen diagnostischen und therapeutischen Problemstellungen. Sie stellen einen durch ein definiertes, transparent gemachtes Vorgehen erzielten Konsens mehrerer Experten aus verschiedenen Fachrichtungen und/oder Arbeitsgruppen dar. Sie bieten Orientierungshilfen und lassen dem Zahnarzt daher einen Entscheidungsspielraum und »Handlungskorridore«, von denen in begründeten Einzelfällen aber auch abgewichen werden kann. Sie sollen Behandlungsrisiken minimieren und zu einer wissenschaftlich begründeten, zahnärztlichen Vorgehensweise motivieren und zugleich die Bedürfnisse und Einstellungen der Patienten berücksichtigen. Leitlinien orientieren sich daher am jeweiligen Stand des zahnmedizinischen Wissens, unabhängig vom aktuellen Leistungsumfang einzelner Versicherungssysteme.

Empfehlungen und Stellungnahmen
Diese wollen die Aufmerksamkeit der Zahnärzteschaft und der Öffentlichkeit auf ggf. änderungsbedürftige oder beachtenswerte Sachverhalte lenken. Ein Memorandum dient dabei z. B. mit seinem Inhalt der umfassenden Information und Aufklärung. Seine Inhalte sollen für die Urteilsbildung des Zahnarztes über den zzt. aktuellen Stand der zahnmedizinischen Erkenntnisse, ggf. aber auch über veraltetes Wissen von Nutzen sein.

Ferner definiert die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) Leitlinien wie folgt:

Die »Leitlinien« der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Zahnärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die »Leitlinien« sind für Zahnärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung (vgl. www.awmf.org/leitlinien.html, Stand 11/17).

Evidenzbasierte Medizin (EBM)
Bei der Leitlinienentwicklung wird seit den 90er-Jahren auf die Methode der evidenzbasierten Medizin (EBM) zurückgegriffen, womit die Zusammenführung externer wissenschaftlicher Evidenz mit der internen Evidenz klinischer Erfahrung gemeint ist. Nach Formulierung einer Fragestellung, ursprünglich für einen individuellen Patienten, folgt eine kritische Bewertung von Forschungsergebnissen. Dabei wird insbesondere das Studiendesign, das idealisierte Behandlungsbedingungen abseits des klinischen Einsatzes schafft, auf die Relevanz für die individuelle Fragestellung überprüft. Zusätzlich wird das Verfahren des Health Technology Assessments (HTA) angewendet, in dessen Verlauf medizinische, gesundheitsökonomische und ethische Studien zu einem bestimmten medizinischen Verfahren in Verbindung mit Stellungnahmen von Experten, Interessengruppen und Beteiligten ausgewertet und abschließend einer Bewertung zugeführt werden (Neumann, Nicklas-Faust, RsDE 2006, Nr. 60, 23).

3. Leitlinien nach AWMF-Standard

Da der Begriff der »Leitlinie« nicht abschließend gesetzlich definiert ist, können solche Leitlinien auch im zahnmedizinischen Bereich grundsätzlich von jedermann erstellt werden. Ob jedoch eine solche Leitlinie dann entsprechende Beachtung findet, ist abhängig von der wissenschaftlichen Methodik des Verfahrens, der Wissenschaftlichkeit und Aktualität des zugrunde gelegten medizinischen Erkenntnisstandes und der Akzeptanz in der betreffenden medizinischen Fachwelt.

So hat die AWMF entsprechende methodische Verfahren entwickelt, die heute als Standard zur Erstellung von medizinischen Leitlinien dienen. Ausgehend von einer Empfehlung des Sachverständigenrates der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen koordiniert die AWMF seit 1995 die Erarbeitung von Leitlinien ihrer Mitgliedsgesellschaften. Dabei übernimmt die AWMF die Aufgabe der Sicherung der Interdisziplina-

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2018

rität und der Qualität der von den Mitgliedsgesellschaften entwickelten Leitlinien. Dabei werden verschiedene Stufen von Leitlinien unterschieden, die unterschiedlichen Anforderungen unterliegen und damit in der Folge auch unterschiedlich relevante Ergebnisse beinhalten:

1. Stufe (S1): Handlungsempfehlungen von Expertengruppen auf der Grundlage einer Konsensfindung in einem informellen Verfahren. Hierbei wird kein besonderer systematischer Entwicklungsprozess vorausgesetzt.

2. Stufe (S2k): Konsensbasierte Leitlinien repräsentativer Gremien in Form einer strukturierten Konsensfindung.

3. Stufe (S2e): Evidenzbasierte Leitlinie, die auf einer systematischen Recherche und Analyse der aktuellen wissenschaftlichen Belege (Studien, Literatur usw.) aufbaut.

4. Stufe (S3): Evidenz- und konsensbasierte Studie, die die Elemente der S2k- und S2e-Leitlinien in sich vereint.

Je höher die Stufe, die eine Leitlinie durchlaufen hat, desto höher ist auch der Grad der Wissenschaftlichkeit und der Akzeptanz in der medizinischen Fachwelt und desto größere Bedeutung kommt der Leitlinie daher auch in der rechtlichen Bewertung zu.

Hierzu hat die AWMF ein eigenes Regelwerk für die Erstellung und Publikation von Leitlinien entwickelt, welches insbesondere das Deutsche Leitlinienbewertungsinstrument (DELBI) umfasst und der Sicherstellung der Qualität der einzelnen Leitlinien dienen soll (Muche-Borowski, Kopp, ZHerz-Thorax-Gefäßchir 2011 25:217-233 DOI 10.1007/s00398-011-0860-z).

4. Leitlinien in der Rechtsprechung

In der Rechtsprechung haben wissenschaftliche Leitlinien auch vor dem Hintergrund deren zunehmender Verbreitung und systematischer Formalisierung verstärkt Beachtung gefunden. Insbesondere in Arzthaftungsprozessen werden sie, obwohl sie aufgrund ihres abstrakten Regelungsgehaltes grundsätzlich nicht geeignet sind, unbesehen als Maßstab für einen aktuellen medizinischen Standard übernommen zu werden oder ein auf den individuellen Behandlungsfall gerichtetes Sachverständigengutachten zu ersetzen (OLG Naumburg, MedR 2002, 471; BGH, GesR 2008, 361), zumindest doch im vermehrten Umfang als Grundlage eines im konkreten Fall zu erstattenden Sachverständigengutachtens herangezogen. In einer wertenden Gesamtbetrachtung sind aber auch dann ergänzend z. B. elementare Grundregeln des jeweiligen Fachgebietes zu berücksichtigen, auch soweit diese gerade keinen Niederschlag in fixierten, ausdrücklichen Handlungsanweisungen gefunden haben (BGH, NJW 2011, 3442).

In diesem Zusammenhang ist anerkannt, dass z. B. auch ärztlichen Leitlinien der AWMF unbeschadet ihrer wissenschaftlichen Fundierung keine verbindliche Wirkung zukommt, sondern dass diese lediglich Informationscharakter für die Ärzte haben. Leitlinien dienen danach in der Form einer Momentaufnahme dazu, den augenblicklichen Standort des medizinischen Standards in der jeweiligen Frage zu definieren. Diesen Standard muss der Arzt bei der Behandlung beachten und dabei ggf. auch auf Leitlinien zurückgreifen. Diese sind dabei für ihn aber bereits deshalb nicht verbindlich, weil im Einzelfall auch divergierende Leitlinien bestehen können und diese eine indirekte Verbindlichkeit nur dann entfalten, wenn sie tatsächlich den augenblicklichen Standard wiedergeben (Hart, MedR 1998, 8). Ein Verstoß gegen vorliegende Leitlinien stellt daher auch nicht zwingend einen groben Behandlungsfehler des Arztes dar (OLG Stuttgart, MedR 2002, 650).

Sozialrechtsprechung
Auch im Sozialrecht erlangen Leitlinien keine darüber hinausgehende, eigenständige Bedeutung, sondern auf solche kann nur dann zurückgegriffen werden, wenn z. B. bei Fehlen von einschlägigen sozialrechtlichen Richtlinien des G-BA der jeweilige medizinische Standard ermittelt werden soll (BSGE 81, 182). Dies gilt z. B. auch bei der Überprüfung der medizinischen Notwendigkeit einer stationären Krankenhausbehandlung, die unter Zugrundelegung aller verfügbaren Richtlinien, Leitlinien und Standards zu erfolgen hat und zudem im Einklang mit der allgemeinen und besonderen ärztlichen Erfahrung stehen muss (BSGE 100, 164; 101, 177). Die Leitlinien selbst stellen daher keine Rechtsetzung dar, sondern können ggf. nur eine

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2018

Grundlage für eine Rechtsetzung (z. B. in Form von Richtlinien des G-BA) liefern (Francke, SGb 2000, 159; Bruns, Pollardt, ArztR 2006, 88). In einem Haftungsverfahren gegen einen Arzt stellen Leitlinien daher auch kein antizipiertes Sachverständigengutachten dar, sondern können nur bei der Beurteilung der Vorfrage zugrunde gelegt werden, ob eine einschlägige professionelle Norm überhaupt vorliegt bzw. ob die Inhalte einer solchen Norm in vertretbarer Weise durch den behandelnden Arzt umgesetzt worden sind (Bergmann, GesR 2006, 337).

In der Sozialrechtsprechung werden Leitlinien daher regelmäßig lediglich als ein Element bei der Bewertung verschiedener Rechtsfragen herangezogen. Dies gilt z. B. hinsichtlich der Feststellung des aktuellen Standes der medizinischen Erkenntnisse, wobei allerdings unter ausdrücklichem Hinweis auf die Bedeutung von Leitlinien als bloße unverbindliche, praxisorientierte Entscheidungshilfen jeweils eine, ggf. sachverständig vorzunehmende Anwendung auf den Einzelfall erfolgt. Denn da den Leitlinien ausschließlich empfehlender Charakter zukommt, haben unter deren Berücksichtigung allein Ärzte jeweils aufgrund ihres medizinischen Erfahrungswissens zu entscheiden (SG Hamburg, Urteil vom 17. 01. 2013, Az.: S 35 KR 118/10). Solange Leitlinien keine einheitlichen und eindeutigen Aussagen treffen, sind sie danach allein nicht geeignet, dem Gericht bereits ausreichende medizinische Erkenntnisse für die Feststellung zu vermitteln, ob es im Einzelfall eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung gibt (LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 22. 03. 2013, Az.: L 9 KR 62/13 B-ER).

Von den Sozialgerichten werden Leitlinien ebenfalls auch im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung herangezogen (z. B. BSGE 96, 196; LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 29. 11. 2012, Az.: L 3 U 219/08). Auch dabei wird allerdings jeweils hervorgehoben, dass Ausgangsbasis für die jeweilige Beurteilung zunächst Fachliteratur und Standardwerke sein müssen und dass lediglich ergänzend dann, wenn Leitlinien vorliegen und einschlägig sind, diese ebenfalls zu berücksichtigen sind. Auch dies allerdings nur neben weiteren aktuellen Veröffentlichungen, die vom Gericht ggf. auf der Grundlage eines diese fachlich würdigenden Sachverständigengutachtens kritisch zu bewerten sind. Ebenso ist ggf. zu verfahren, wenn die Frage zu beurteilen ist, inwieweit eine bestimmte Behandlung dem Qualitätsgebot gemäß § 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V entsprach (z. B. BSGE 84, 90; BSG, SozR 3-2500 § 18 Nr. 6; BSG, Urteil vom 07. 05. 2013, Az.: B 1 KR 26/12 R). Entsprechend wird ferner im Bereich der Beihilfe bei der Prüfung, inwieweit eine wissenschaftlich anerkannte Heilmethode vorgelegen hat, und dort insbesondere bei der Prüfung des Merkmals der allgemeinen wissenschaftlichen Anerkennung vorgegangen. Bei diesen Prüfungen wird u. a. auch auf eventuelle Aussagen in den Richtlinien des G-BA und lediglich ergänzend eventuell auch auf Leitlinien wissenschaftlicher Gesellschaften zurückgegriffen (z. B. VGH Baden-Württemberg, Urteil vom 23. 04. 2013, Az.: 2 S 3166/11).

5. Grenzen der Leitlinien

Insgesamt lässt sich daher feststellen, dass Leitlinien entgegen den gesetzlich mit Rechtsnormcharakter ausgestatteten und somit unmittelbar verbindlichen Richtlinien des G-BA im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung keine unmittelbar verbindliche Wirkung zukommt. Leitlinien stellen daher lediglich ein mögliches Instrument neben anderen dar, mit dem u. a. der aktuelle Stand der medizinischen Erkenntnisse ermittelt werden kann, wobei allerdings alleine aus der Existenz einer Leitlinie noch nicht auf diesen geschlossen werden kann, da jeweils eine sachverständige Bewertung evtl. weiterer, ggf. abweichender Leitlinien bzw. zusätzlicher Informationsquellen, wie z. B. aktuelle Studien, zu berücksichtigen ist. Zudem ist jeweils eine Anwendung des Ergebnisses auf den konkreten Behandlungsfall erforderlich, da auch Leitlinien gerade nicht den Anspruch allgemeiner Gültigkeit erheben, sondern Abweichungen im Einzelfall nach den aus diesem resultierenden Erfordernissen ausdrücklich zulassen bzw. gerade fordern.

Da weder eine gesetzliche Definition noch gar eine Verpflichtung zur Erarbeitung und permanenten Aktualisierung von Leitlinien zu einzelnen medizinischen Maßnahmen durch bestimmte Organisationen existiert, kann umso weniger aus der Tatsache, dass für einzelne Maßnahmen oder Methoden noch keine Leitlinien existieren, auf deren fehlende wissenschaftliche Basierung oder fehlende Akzeptanz in der zahnmedizinischen Wissenschaft geschlossen werden. Dies folgt bereits unmittelbar aus der oben dargestellten

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2018

sowohl zivil- als auch sozialrechtlichen Rechtsprechung, wonach u. a. auch bei der Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung einer bestimmten Maßnahme jeweils eine sachverständige Einzelbewertung zu erfolgen hat und nicht allein auf Aussagen in einer evtl. vorliegenden Leitlinie abgestellt werden kann.

Diese Problematik zeigt sich insbesondere im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung, in der eine Vielzahl langjährig erfolgreich angewandter Methoden nicht leitlinienbasiert in der Praxis entwickelt worden sind. Eine privatzahnärztliche Behandlung gemäß § 1 Abs. 2 GOZ setzt zwar Leistungen nach den aktuellen Regeln der zahnärztlichen Kunst und dabei die Einhaltung des Wissenschaftlichkeitsgebotes voraus, explizit aber gerade nicht die Existenz von Leitlinien. Dies ist auch alleine sachgerecht, da der Verordnungsgeber ansonsten privatzahnärztliche Behandlungen dem Grunde und dem Inhalt nach von der freiwilligen Initiative Dritter abhängig gemacht hätte, die weder einer gesetzlichen Handlungsverpflichtung noch näheren Vorgaben hinsichtlich Art, Inhalt und Qualität deren Tätigkeiten unterliegen.

Hieraus folgt aber zugleich auch im Umkehrschluss, dass alleine aus der Existenz einer oder mehrerer Leitlinien noch nicht auf eine wissenschaftliche Anerkennung einzelner Methoden oder Leistungen geschlossen werden kann. Dies wird besonders bei der oben bereits angesprochenen Fallgestaltung deutlich, in der zu einer Methode evtl. unterschiedliche, inhaltlich abweichende oder gar divergierende Leitlinien bestehen sollten. In dieser Situation ist offenkundig, dass in jedem Fall notwendigerweise eine umfassende sachverständige Bewertung der aktuellen Erkenntnislage erfolgen muss, in die ggf. die Aussagen und Inhalte der jeweiligen Leitlinien einzubeziehen sind, ohne dass sich diese allerdings darauf oder gar auf eine bloße Entscheidung zwischen den Aussagen der betreffenden Leitlinien beschränken kann. Diese sachverständige Bewertung ist zunächst vom behandelnden Zahnarzt vorzunehmen, der allein für die Behandlung und damit naturgemäß auch für deren ausreichende wissenschaftliche Basierung verantwortlich ist und der auch nur unter diesen Voraussetzungen seine Leistungen unter Zugrundelegung der GOZ gegenüber dem Patienten abrechnen kann.

Im Streitfall ist diese zahnärztliche Bewertung ggf. gerichtlich nach den o. g. Kriterien zu überprüfen, wobei in aller Regel jeweils eine erneute sachverständige Bewertung, nunmehr im Rahmen eines Sachverständigengutachtens, zu erfolgen hat. Etwas anderes folgt insbesondere auch nicht aus der Tatsache, dass der Sozialgesetzgeber zwischenzeitlich an verschiedener Stelle im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung auch auf bestimmte Leitlinien Bezug genommen und dabei in § 73 b Abs. 2 Nr. 2 SGB V im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung sogar eine Behandlung nach den für die hausärztliche Versorgung entwickelten, evidenzbasierten, praxiserprobten Leitlinien als zusätzliche Voraussetzung vorgesehen hat. Denn durch diese Ausnahmeregelung, durch die gemäß § 73 b Abs. 2 SGB V ausdrücklich zusätzliche, über die vom G-BA sowie in den Bundesmantelverträgen geregelten Anforderungen speziell für die hausarztzentrierte Versorgung hinausgehende Inhalte festgeschrieben werden, hat der Sozialgesetzgeber gerade erneut den generellen Grundsatz bestätigt, dass die Beachtung von Leitlinien im Übrigen gerade keine Voraussetzung für eine vertragszahnärztliche Versorgung darstellt. Dies wird auch gerade dadurch bestätigt, dass der Sozialgesetzgeber, wenn er an anderer Stelle im SGB V auf Leitlinien Bezug nimmt, diese gerade nicht als Leistungsvoraussetzungen ausgestaltet, sondern lediglich z. B. in § 136 a Abs. 2 Satz 3 SGB V einzelfallbezogen darauf hinweist, dass bestimmte Richtlinieninhalte des G-BA zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen sollen, bzw. bestimmt, dass der G-BA bei der Auswahl chronischer Erkrankungen, für die strukturierte Behandlungsprogramme entwickelt werden sollen, u. a. die Verfügbarkeit evidenzbasierter Leitlinien zu berücksichtigen hat (§ 137 f Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 SGB V). Dadurch werden der oben dargestellte Rechtscharakter und die Verbindlichkeit von Leitlinien nicht verändert bzw. ausgeweitet, sondern im Gegenteil nochmals bestätigt.

Entsprechendes gilt dann grundsätzlich auch hinsichtlich der weitergehenden Fragestellung, inwieweit dem Patienten ggf. ein Erstattungsanspruch gegenüber einem PKV-Unternehmen zusteht. Dabei ist zunächst von den Inhalten des jeweiligen Versicherungsvertrages und dabei davon auszugehen, inwieweit in diesem ggf. auf die Existenz bzw. die Inhalte von Leitlinien Bezug genommen wird. Hierzu ist allerdings jedenfalls der aktuellen Fassung der Musterbedingungen

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2018

des PKV-Verbandes (Musterbedingungen 2009 für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung, MB/KK 2009) nichts zu entnehmen. Denn insofern bestimmt § 4 Abs. 6 MB/KK 2009 lediglich, dass der Versicherer im vertraglichen Umgang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel leistet, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Ferner leistet er danach für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann in solchen Fällen danach aber seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre. Zudem kann der Versicherer gemäß § 5 Abs. 2 MB/KK 2009 seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen, wenn eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß überschreitet.

Jedenfalls die MB/KK 2009 korrespondieren daher im Grundsatz mit den oben dargestellten, von der zivilgerichtlichen Rechtsprechung entwickelten Kriterien des Wissenschaftlichkeitsgebotes, und dies insbesondere deshalb, weil dadurch ausdrücklich auch Behandlungsmethoden, die nicht von der Schulmedizin allgemein anerkannt sind, grundsätzlich als erstattungsfähig qualifiziert werden, wenn sie sich nur in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben. Nicht nur das Fehlen expliziter Bezugnahmen auf die Existenz oder die Inhalte von Leitlinien, sondern gerade diese ausdrückliche Erweiterung des Versicherungsschutzes auch auf schulmedizinisch nicht allgemein anerkannte Methoden verdeutlicht, dass Leitlinien jedenfalls in den MB/KK 2009 in keiner Weise als Voraussetzung für einen Versicherungsschutz vorgesehen sind. Wenn aber bereits die bloße Existenz von Leitlinien nicht als eine solche Voraussetzung formuliert ist, ist für den Fall deren Existenz, noch viel weniger deren Beachtung durch den behandelnden Zahnarzt in jedem Einzelfall als generelle Voraussetzung für einen Versicherungsschutz vereinbart. Dies würde im Übrigen auch der oben dargestellten Rechtsnatur von Leitlinien als bloß unverbindliche Hinweise, die ausdrücklich ein Abweichen im Einzelfall zulassen, widersprechen und zudem für den bereits angesprochenen Fall konkurrierender oder sogar divergierender Leitlinien zu einer Perplexität der Versicherungsbedingungen führen.

Selbstverständlich bleibt es jedem PKV-Unternehmen unbenommen, generell oder für bestimmte Versicherungstarife hiervon abweichende Versicherungsbedingungen zu formulieren und anzubieten. Dem PKV-Versicherten obliegt dann die Entscheidung, für welchen Versicherungsschutz er sich entscheiden will und ob und inwieweit er dabei bereit ist, ggf. entsprechende Einschränkungen zu akzeptieren. Da der behandelnde Zahnarzt in Unkenntnis der für den individuellen Versicherungsvertrag des jeweiligen Patienten geltenden Versicherungsbedingungen nicht in der Lage ist, seine sich daraus evtl. ergebende besondere Problematik zu erkennen, besteht aber jedenfalls ohne einen besonderen Hinweis bzw. einer expliziten Anfrage des Patienten hierzu auch im Rahmen der allgemeinen wirtschaftlichen Aufklärungspflicht des Zahnarztes für diesen keine Veranlassung, auf solche Fragestellungen einzugehen. Vielmehr obliegt es auch insoweit grundsätzlich dem Patienten selbst, in Kenntnis seines Versicherungsvertrages ggf. seinen konkreten Versicherungsschutz mit seinem PKV-Unternehmen abzuklären, wobei er ggf. von seinem behandelnden Zahnarzt nähere Auskünfte hinsichtlich der wissenschaftlichen Anerkennung der jeweils vorgesehenen bzw. angewandten Methode verlangen kann. Unter Berücksichtigung evtl. Sonderbestimmungen in den individuellen Versicherungsbedingungen ist dann ggf. gerichtlich unter Zugrundelegung der o. g. Kriterien zu entscheiden, inwieweit ein Versicherungsschutz besteht.

Erstveröffentlichung im Gebührenkommentar von LIEBOLD/RAFF/WISSING BEMA und GOZ-Kommentar 118. Lieferung März 2018

https://www.bema-goz.de/

Dr. med. Dr. med. dent. Alexander Raff

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2018

2.1.4. Telematik-Infrastruktur

Die unendliche Geschichte der Telematik-Infrastruktur hat einen änderungsreichen Verlauf genommen und in mehr als einem Jahrzehnt Unsummen von Geld verschlungen, bis es jetzt zur Umsetzung gekommen ist.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat das Ultimatum zum Anschluss an die TI mehrfach verschoben, um so eine höhere Akzeptanz und höhere Anschlussraten zu bekommen. Schließlich musste man, um in den Genuss einer Kostentragung zu kommen, bis zum 31.03.2019 eine Bestellbestätigung nachweisen. Der Anschlusstermin musste dann vor dem 30.06.2019 sein, damit diese Kostentragung auch erfolgen konnte. Wer sich nicht anschließen will oder wollte, muss ab diesem Zeitpunkt mit der von Gesundheitsminister Spahn angekündigten und gesetzlich festgelegten Honorarkürzung um 1% rechnen. Mittlerweile hat Spahn nachgelegt und seine Sanktionen perfiderweise auf 2,5% erweitert. Bei der Geschwindigkeit seiner Gesetzesvorlagen wird die Sanktionshöhe sicher schnell und in kürzeren Abständen steigen. Die Anbieter für Geräte zur Anbindung an die Telematik-Infrastruktur haben in den ersten Monaten des Jahres 2019 Sonderpreisaktionen gefahren, um attraktiver im Wettbewerb zu sein. Hier gab es entweder prozentuale Nachlässe oder Ausstattungsergänzungen. Auch ist das einstige Anbietermonopol, das zu Recht vom FVDZ lange moniert wurde, zu einem diversifizierten Markt geworden. Nunmehr gibt es beim Konnektor die Wahl zwischen vier Produkten, die alle von der gematik zugelassen sind und entweder über die PVS-Systemanbieter oder direkt vertrieben werden. Es gab und gibt sogar Firmen, die den Kunden die Montage selbst überließen. Leider verlief hier nicht jede Installation problemlos. Jedoch ist die Installation durch einen Profi der Vertreiberfirma nicht Garant für problemfreie Technik gewesen. So wurde berichtet, dass nicht jedes Gerät nur über den »VPN«-Tunnel mit dem Internet verbunden war, sondern gleichzeitig auf einem zweiten »Kanal« auch direkt. Diese Installationsmethode wurde bei sehr vielen Praxen aufgrund der Vorinstallation der Systeme und deren Netzwerke gewählt. Nach inoffiziellen Zahlen sollen mehr als 90% der Praxen schon vorab mit dem Internet verbunden gewesen sein. Das hatte verschiedene Gründe. Zum einen hatten manche Praxen damit den bequemen Weg die Abrechnung zu versenden, E-Mails von Kollegen zu erhalten oder vom Labor die XML-Dateien zugesandt zu bekommen. Zum anderen hatten einige Praxen den Rechner am Netz, um die Softwarewartung über die Möglichkeit der Fernwartung zu bekommen. Natürlich sollte bei solchen Konstruktionen immer die Datensicherheit zuoberst stehen. Eine Firewall muss das interne Netzwerk schützen und vor Angriffen aus dem externen Netz bewahren. Zusätzlich sollte dringend ständig aktuelle Virensoftware an Bord sein. Zweifel an der Sicherheit gibt es, wenn man vielerlei Forenbeiträge liest, weiterhin. Auch hat sich der Bundesdatenschutzbeauftragte nicht eindeutig über die Sicherheit geäußert. Auch Verlautbarungen aus dem Gesundheitsministerium, dass Herr Spahn die Datensicherheit »erst einmal hintanstellt, bis die Sache läuft«, haben nicht beruhigend gewirkt. Die Ärzte und ihre Standesvertretung genauso wie Ärzteverbände stehen überwiegend nicht hinter der Telematik-Infrastruktur und kündigen schon jetzt rechtliche Schritte gegen die angekündigten Honorarkürzungen an.

Für einige war eine »Stand-alone«-Lösung, also die physische Trennung von Praxissoftware und Versichertenstammdatenabgleich, die Möglichkeit sich mit dem System anzufreunden, selbst wenn dabei zwei Konnektoren angeschafft hätten werden müssen. Jedoch hat Gesundheitsminister Spahn diesen Weg gestrichen und diese Möglichkeit ersatzlos unterbunden.

Wenn man den Berichten der Techniker, die mit der Installation beauftragt waren, glauben darf, dann ist der Konnektor sowieso nur ein Übergangsmodell und ist baulich auch bloß auf eine sehr kurze Haltbarkeit ausgelegt.

Die Möglichkeiten des Bundesgesundheitsministers sind jedenfalls bestens und haben sich gerade durch die Übernahme von 51% der Anteile an der gematik stark verbessert. Die ewigen Blockierer sind damit nämlich ausgebremst, wenn man selbst immer die Mehrheit hat. So ganz mit demokratischen Grundgepflogenheiten ist das schwer vereinbar. Das scheint aber in der Sache nicht zu zählen.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2019

Wie schaut die Zukunft aus, wenn jetzt die Anschlüsse stehen?

Mit dem neuen DVG hat der Bundesgesundheitsminister vor, die Apotheken und die Heilhilfsberufe in die Telematik-Infrastruktur einzubinden, die Widerständler stärker zu bestrafen durch stärkere Honorarkürzungen und die elektronische Patientenakte einzuführen. Hier ist ein weites Feld an Vorreitern bei Krankenkassen und anderen Diensteanbietern (z. B. auch App-Entwickler), die natürlich ihre eigenen Vorstellungen des Nutzens, sei es Geld oder Macht oder einfach Daten, haben. Wie schon bei der Telematik-Infrastruktur wird auch dabei die Finanzierung sozialisiert.

Der Nutzen sollte auf alle Fälle zumindest größer sein als bei der Telematik-Infrastruktur, und natürlich sollte der Datenschutz bei diesen sensiblen Daten nicht hintanstehen. Der Patient, Versicherte muss der Herr über seine Daten sein und bleiben. Die Sicherheit seiner Daten muss absolute Priorität haben.

Dr. Christian Öttl

Überblick Konnektoren



CGM Kocobox
Quelle: https://www.cgm.com/de/telematikinfrastruktur_de/telematikinfrastruktur_produkte/konnektor/kocoboxmedplus.de.jsp

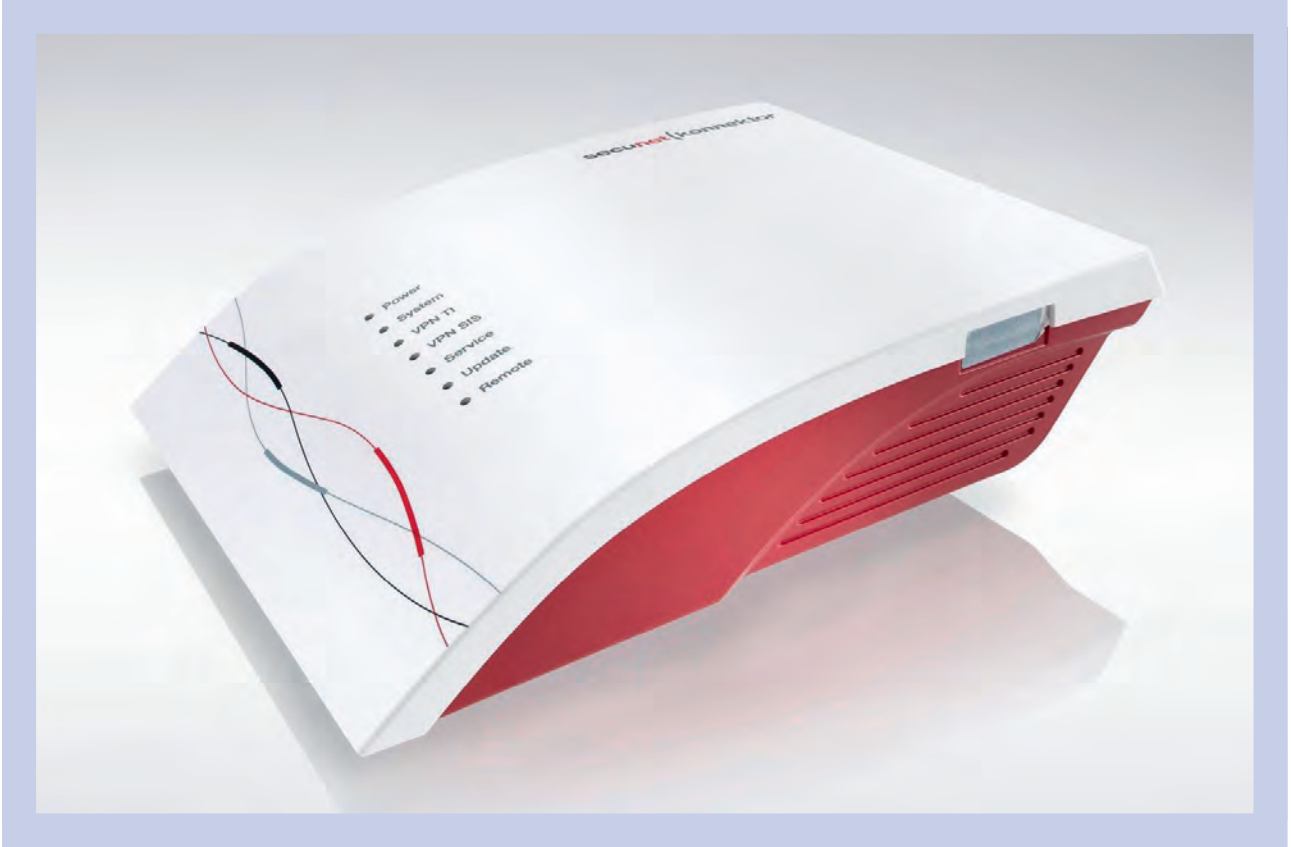


Telekom
Quelle: https://geschaeftskunden.telekom.de/startseite/vernetzung-digitalisierung/vernetzung/418298/telematikinfrastruktur.html

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2019



Rise
Quelle: https://rise-konnektor.de/ueberkonnektor.html



Secunet
Quelle: https://www.secunet.com/de/produkte/secunet-konnektor/

Diese Konnektoren werden von verschiedenen Softwarehäusern in Verbindung mit der Software oder von IT-Vertreibern, den Herstellerfirmen, jeweils mit Service oder ohne angeboten. *Dr. Christian Öttl*

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2019

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2019

2.1.4.1. Der aktuelle Stand der TI

Der Konnektor ist in ca. 96 % der Zahnarztpraxen angeschlossen.

Die meisten dieser Praxen sollten inzwischen ein E-Health-Update oder einen ePA-fähigen Konnektor mit PTV4 haben.

Das Versichertenstammdatenmanagement (VDSM) funktioniert.

Die ePA (elektronische Patientenakte) ist seit dem 01.07.2021 eingeführt und ist auf Nachfrage verpflichtend zu unterstützen und zu befüllen. (Siehe auch Leitfaden der KBV zur Anwendung der ePA.)

Elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) und die elektronische Rezeptausstellung (eRP) laufen in einer Testphase weiter. Die elektronische Übermittlung der AU an die Krankenkassen ist ab dem 01.01.2023 verbindlich vorgeschrieben.

KIM (= Kommunikation im Medizinwesen) läuft seit 01.10.2021 und ist ab dem 01.07.2022 verpflichtend. Sie benötigen dazu einen Vertrag mit einem KIM-Dienst-Anbieter, ein entsprechendes PVS-Modul, das in Ihr Praxisverwaltungssystem (PVS) integriert ist, oder ein E-Mail-Programm, das dafür geeignet ist.

KIM wird benötigt für die eAU, das eRP, das elektronische Genehmigungs- und Abrechnungsverfahren und den elektronischen Arztbrief. Zurzeit läuft die Pilotphase mit ausgewählten Praxen. Vom 01.07.2022 bis 30.06.2023 soll die Einführungsphase für alle Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte stattfinden. Das Beantragungs- und Genehmigungsverfahren soll dann zukünftig ausschließlich auf elektronischem Wege mit den Kostenträgern erfolgen. Nur in begründeten Einzelfällen kann dann noch auf das Papierverfahren zurückgegriffen werden.

Dazu müssen Sie also bis zum 01.07.2022 ausgerüstet und angeschlossen sein!

Das PTV4-Update sollte inzwischen installiert sein. Überprüfen Sie Ihr PSV darauf hin. Dieses ist Voraussetzung für die eAU und das eRP.

Sobald die Anwendung ePA inklusive aller dazugehörigen Komponenten (eHBA oder eZA, PVS-Update, Konnektor-Update) im Wirkbetrieb vorgehalten wird, besteht sogar Anspruch auf ein zusätzliches Kartenterminal.

Ein zweites stationäres Kartenlesegerät kann beantragt werden und ist, gerade wenn eAU und eRP voll im Einsatz sind, sehr sinnvoll. Wenn dieses Kartenterminal in einem abgeschlossenen und gesicherten Bereich aufgestellt ist, kann die Signaturkarte (eHBA) dauerhaft gesteckt bleiben. Normalerweise ist für jede Übertragung einer eAU oder eines eRP eine QES (PIN-Eingabe) erforderlich. Da dies den Praxisbetrieb erheblich stört, ist somit eine Stapel- oder Komfortsignatur möglich. Für die Zahnarztpraxis wird in der Regel die Komfortsignatur die praktikabelste sein. Bei der Komfortsignatur wird am Anfang des Tages die PIN im Kartenlesegerät eingegeben und ist dann bis zu 24 Stunden aktiv. Während dieser Zeit können dann bis zu 250 Dokumente signiert (unterschrieben) werden. (Detaillierte Informationen finden Sie auf der Webseite der KZBV, Praxisinformation-Komfortsignatur.)

Um die Komfortsignatur zu ermöglichen, braucht man:
- eHBA Generation 2
- ePA-fähigen Konnektor mit PTV4
- Update im PVS zur Aktivierung der Komfortsignatur

Im Laufe dieses und nächsten Jahres werden die ersten Konnektoren ausgetauscht werden müssen, da diese dann fünf Jahre alt sind und die Sicherheitszertifikate nicht mehr aktualisiert werden können. Dieser Austausch ist notwendig, da die konnektorlose Systematik der TI 2.0 noch nicht startbereit ist.

Erstattungspauschalen müssen Sie ggf. selbst beantragen!!!

Bitte vergessen Sie nicht, Ihre Erstattungspauschalen zu überprüfen. Für KIM, das PTV4-Update und das zusätzliche Kartenlesegerät werden Pauschalen erstattet, Sie müssen diese aber selbst beantragen!
- Überprüfen Sie, ob Sie alle Betriebskostenpauschalen beantragt haben.
- Falls Sie sich unsicher sind, sollten Sie unbedingt bei Ihrer KZV nachfragen.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2022

- Die Refinanzierungspauschalen sind erheblich (wenn auch nicht kostendeckend):
- für KIM 100,– € einmalig und 16,– € pro Monat (bei zwei E-Mail-Adressen)
- für das zweite stationäre Kartenterminal 595,– €
- für das PTV4-Update 400,– € (Erstattung für das zweite Kartenlesegerät sollte man zusammen mit PTV4-Update beantragen)
- für die ePA 1,50 €/Monat ab dem Moment das der Nachweis erbracht ist, das alle Komponenten funktionieren.
- für das eRP 120,– € einmalig und 0,33 € pro Monat
- Für bestimmte Komponenten bekommen Sie die Erstattungen erst, nachdem die Betriebsfähigkeit nachgewiesen ist.

Beantragen Sie, falls nicht schon gemacht, einen neuen eHBA Generation 2 (elektronischer Heilberufe-Ausweis), die alte ZOD 2.0 oder eZA (elektronischer Zahnarztausweis) läuft am 31.12.2022 aus. Beachten Sie evtl. Lieferzeiten.

Quellen: KZBV, KZV-WL, KBV, Gematik

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2022

2.1.4.2. Schöne neue Welt: die TI im BEMA

Der gangbare Weg

Wir haben uns an vieles gewöhnt, unter anderem auch an die Negativschlagzeilen zur Telematikinfrastruktur (TI). Zuletzt wurde eine politische Uneinigkeit zur Bewährungsprobe für die gematik. Wird das eRezept jetzt verbindlich eingeführt, oder lässt man es sterben? Es wird weitergemacht wie bisher, nur mit verändertem Zeitplan. Da wir aber mit einigen Bestandteilen der TI schon umgehen müssen, hier ein paar Leistungsbeschreibungen dazu aus dem BEMA.

Seit Anfang 2021 ist die elektronische Patientenakte (kurz ePA) eingeführt und jedem Patienten zugänglich zu machen. Im Jahr 2021 konnte man für die Erstbefüllung eine Vergütung erhalten. Damit ist jetzt Schluss. Die Erstbefüllungsaktion ist vorüber, und man kann nur noch die Aktualisierung unter der Benennung ePA2 abrechnen.

Die Vergütung für diese Leistungserbringung ist mit zwei Punkten angesetzt, und damit sogar ein klein wenig mehr, als es in der ärztlichen Gebührenordnung EBM dafür gibt. Die Leistung nach Nr. ePA2 umfasst die Erfassung, Verarbeitung oder Speicherung von versorgungsrelevanten zahnmedizinischen Informationen oder Angaben zum Bonusheft aus der aktuellen Behandlung des Versicherten für eine einrichtungs-, fach- und sektorenübergreifende Dokumentation in der ePA (Daten nach § 341 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGB V) auf Verlangen des Versicherten. Auch die Prüfung, ob erhebliche therapeutische Gründe oder erhebliche Rechte Dritter einer Übermittlung in die ePA entgegenstehen, gehört zum Leistungsumfang. Zusätzlich müssen die zu den Dokumenten gehörenden Metadaten überprüft und gegebenenfalls ergänzt werden. Voraussetzung ist die Einholung der Einwilligung des Versicherten zur Datenverarbeitung in dessen ePA. Die Leistung nach Nr. ePA2 ist höchstens einmal je Sitzung abrechenbar.

Einwilligung der Versicherten einholen

Die Aktualisierung des elektronischen Medikationsplans (kurz »eMP«) wird mit drei Punkten honoriert. Die Leistung nach Nr. eMP ist für die Aktualisierung eines elektronischen Medikationsplans in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang mit einer Verordnung apothekenpflichtiger Arzneimittel einmal je Sitzung abrechenbar.

Die Aktualisierung des elektronischen Medikationsplans soll auf den elektronischen Notfalldatensatz (kurz: NFD) übertragen werden, soweit ein solcher vorhanden und die vorliegende Information zu aktualisieren ist. In diesem Fall können die Leistungen nach den Nummern eMP und NFD bezogen auf denselben Sachverhalt nicht nebeneinander abgerechnet werden.

Auch hier ist vor dem Zugriff auf die Daten des elektronischen Medikationsplans die Einwilligung des Versicherten einzuholen und in der Patientenakte zu dokumentieren.

Datenschutzrechtliche Vorgaben einhalten

Die schon angesprochene Aktualisierung des Notfalldatensatzes (NFD) ergibt ein Honorar von sechs Punkten. Die Leistung nach Nummer NFD ist für die Aktualisierung eines elektronischen Notfalldatensatzes einmal je Sitzung abrechenbar.

Die Aktualisierung des elektronischen Notfalldatensatzes soll auf den elektronischen Medikationsplan übertragen werden, soweit ein solcher vorhanden und die vorliegende Information zu aktualisieren ist.

In diesem Fall können, wie schon beim eMP erläutert, die Leistungen nach den Nummern eMP und NFD bezogen auf denselben Sachverhalt nicht nebeneinander abgerechnet werden. Auch hier gilt wieder, dass vor dem Zugriff auf den Notfalldatensatz die Einwilligung des Versicherten einzuholen und in der Patientenakte zu dokumentieren ist.

Selbst wenn damit der Aufwand und die Verantwortung nicht im Geringsten wiedergegeben sind, sollte man mit höchster Vorsicht mit den Daten umgehen und die datenschutzrechtlichen Vorgaben peinlichst genau einhalten. Leider hat man hier die österreichische Variante der Aussetzung der DSGVO im Bereich der Medizin nicht gewählt, die zu dem Mammutprojekt Telematikinfrastruktur gepasst und die Praxen nicht unnötig belastet hätte.

Dr. Christian Öttl

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

2. Aktuelles
2.1. Gesundheitspolitische Themen
2.1.4. Telematik-Infrastruktur
2.1.4.2. Schöne neue Welt: die TI im BEMA

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

2.1.4.3. Zugang zu den EBZ-Verfahren

Die verpflichtende Anbindung an die Telematikinfrastruktur (TI) führt dazu, dass unsere Praxen mit einem oder mehreren Rechnern dauerhaft mit dem Internet verbunden sind. Das hat zur Folge, dass diese/r Rechner über ein aktuelles Betriebssystem verfügen müssen/muss. Auch sollten für dieses Betriebssystem regelmäßig Updates installiert werden. Am besten wählt man die Einstellung: »automatisch auf Updates prüfen, herunterladen und installieren«. In dieser Konstellation dürfen auch ein guter Virenschutz und eine Firewall nicht fehlen. Wenn der Rechner mit dem PVS (Praxisverwaltungssystem) nur über den Konnektor an die TI angebunden ist und weiter keine Internetverbindungen über diesen Rechner aufgebaut werden, reicht in der Regel eine Software-Firewall.

Wenn der Rechner mit dem PVS oder mehreren Rechnern in Ihrem Praxisnetzwerk, auch an der TI vorbei, Verbindungen mit dem Internet aufbauen soll, sollten Sie mit Ihrem IT-Experten besprechen, ob eine Softwareversion reicht oder ob ein auf Hardware basiertes System sinnvoller ist. Bei intensivem Internet- und Mailverkehr (mit Firmen und Patienten) macht es eventuell Sinn, eine sogenannte demilitarisierte Zone einzurichten. Eine demilitarisierte Zone besteht aus einem oder mehreren Rechnern, die zwar mit dem Internet verbunden sind, aber keine Verbindung mit Ihrem PVS und Praxisnetzwerk haben. Mit dieser Lösung verhindert man, dass E-Mails mit Spyware oder Viren, wenn diese versehentlich geöffnet werden, die Rechner und das PVS infizieren. Diese/r Rechner sind/ist dann selbstverständlich auch nicht mit Ihrem Server verbunden. In diesem Zusammenhang ist auch das Öffnen ohne Virenprüfung von externen Datenträgern (CDs, USB-Sticks usw.) mit Vorsicht zu genießen. Am besten prüfen Sie die Ihnen unbekannten Datenträger zuerst auf einem Rechner, der nicht mit dem PVS verbunden ist, auf Schadsoftware und Viren. Danach können Sie dann diese Daten in Ihrem Praxisnetzwerk einführen.

Je komfortabler die Verbindungen und Verknüpfungen in Ihrer digitalen Welt sind, je höher ist die Gefahr von unerwünschten Nebenwirkungen wie Viren, Trojanern, Spyware. Mehr Sicherheit ist zwar aufwendig, aber sehr nützlich. Binden Sie einen IT-Experten in Ihr Praxisteam ein. Wir sind Zahnärzte und keine Fachmänner oder Fachfrauen für IT. Und noch eins: Der IT-Experte muss nicht zwingendermaßen aus Ihrem Systemhaus oder aus Ihrem Depot kommen.

drs. Hub van Rijt

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2023

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2023

2.1.4.4. Nicht einfach nur den Stecker ziehen

Wenn eine Zahnarztpraxis aufgelöst wird, gibt es viele Dinge zu beachten. Das gilt natürlich auch für den Umgang mit den Komponenten der Telematik-Infrastruktur. Um hier auf der sicheren Seite zu sein, empfiehlt es sich, für manche Schritte einen IT-Dienstleister zu Rate zu ziehen.

Prinzipiell sollten Sie alle Daten, die nicht den Aufbewahrungspflichten unterliegen, datenschutzrechtlich sicher löschen. Der Konnektor selbst muss deregistriert und auf Werkseinstellungen zurückgesetzt werden. Dabei werden unter anderem die Zertifikate der verbauten Chipkarten gesperrt.

Sollten Sie nicht mehr über einen physischen Konnektor in der Praxis verfügen, ist es ratsam, frühzeitig die Vertragslaufzeiten bzw. die Kündigungsfristen Ihres TI-Anbieters zu prüfen. Das Gleiche gilt für sämtliche Service- und Wartungsverträge, die im Zusammenhang mit der Telematik-Infrastruktur geschlossen wurden.

Als elektronische Altgeräte dürfen die Konnektoren und Kartenlesegeräte nicht im Hausmüll entsorgt werden. Produkt- bzw. anbieterspezifische Informationen zur Außerbetriebnahme, Entsorgung und der eventuellen Rücksendung der TI-Komponenten finden Sie in der Regel in den Handbüchern der betreffenden Geräte.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2024

2. Aktuelles
2.1. Gesundheitspolitische Themen
2.1.4. Telematik-Infrastruktur
2.1.4.4. Nicht einfach nur den Stecker ziehen

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2024

2.1.6. Gesetzentwurf für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation

Digitale Versorgung-Gesetz – DVG

Mit dem Referentenentwurf (Stand 15.05.2019) ist eine umfassende Umstellung der bisherigen Versorgung in Richtung Digitalisierung vorgesehen, die allein in den Praxen zu einem enormen bürokratischen Aufwand führen wird. Allein die beabsichtigte Einführung einer elektronischen Patientenakte (ePA) – erneut mit Strafsanktionen bei Nichtumsetzung – wird zu einem sehr hohen Aufwand führen.

Der Kreis der Zugriffsberechtigten auf die ePA wird weit ausgedehnt (z.B. Pfleger). Zudem soll Versicherten nach Möglichkeit Zugriff auf ihre Daten ermöglicht werden, die dann ausgewertet werden können. Weiter sollen telemedizinische Anwendungen ermöglicht werden (u.a. Anpassung Aufklärungsregelung im BGB; Telekonsile) und entsprechende »digitale Gesundheitsanwendungen« bepreist und bei entsprechender Eignung im Rahmen der GKV bezahlt werden. Krankenkassen werden zudem befähigt, sich – fern ihres eigentlichen Auftrages – als Investor u.a. bei Start-ups im innovativen Digitalbereich zu betätigen. Praktisch alle Bereiche in der GKV sollen umfassend vernetzt und ausgewertet werden (u.a. auch die Abrechnungen). Allein die neuen Richtlinien zur IT-Sicherheit und das vom BfArM zu schaffende Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen werden einen Moloch an Bürokratie zeitigen und viele Arbeitsplätze im administrativen Bereich schaffen. Aufgegeben wird zudem das bisherige Stand-alone-Szenario bei der TI-Anbindung, da eine Anbindung der Praxen ans Netz erforderlich sei. Die Nichtanbindung an die TI wird dann noch mit einem Strafaufschlag auf 2,5 % sanktioniert.

Zur Verbesserung der Versorgung der Versicherten zielt das Gesetz laut seinen Zielvorstellungen u.a. darauf ab:

– digitale Gesundheitsanwendungen zügig in die Versorgung zu bringen
– mehr Leistungserbringer (z.B. in der Pflege) an die Telematik-Infrastruktur anzubinden
– weitere Anwendungen wie z.B. den Impfausweis in die elektronische Patientenakte zu integrieren
– die Anwendung von Telemedizin zu stärken, z.B. durch die Ausweitung von Telekonsilen und eine Vereinfachung der Durchführung von Videosprechstunden
– Krankenkassen mehr Möglichkeiten zur Förderung digitaler Innovationen zu geben

Nach Durchsicht der Regelungen ergibt sich im Wesentlichen folgendes Bild (Hervorhebungen **fett** durch Unterzeichner):

- **Einbindung Apotheken an TI-Infrastruktur** (TI) – (§ 31 a Absatz 3 Satz 4 SGB V) bis zum 31.03.2020
  Begründung: Ermöglichung Aktualisierung des elektronischen Medikationsplans

- **Digitale Gesundheitsanwendungen** (§ 33 a SGB V)

  Diese definiert das BMG in § 33 a SGB V wie folgt:

  »Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Medizinprodukten niedriger Risikoklasse, deren Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht und die dazu bestimmt sind, bei den Versicherten oder in der Versorgung durch Leistungserbringer die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen (digitale Gesundheitsanwendungen).«

  Die digitalen Gesundheitsanwendungen sollen nur nach einer auf die Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgerichteten Prüfung ihrer Sicherheit, Funktionstauglichkeit und Qualität sowie deren positiver Versorgungseffekte **durch das BfArM und Aufnahme in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen erstattungsfähig werden.** Erstattungsfähigkeit setzt entweder die ärztliche Verordnung oder die Zustimmung der Krankenkasse voraus.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2019

Die Leistungserbringung erfolgt bei digitalen Gesundheitsanwendungen grundsätzlich im Wege der Sachleistung durch elektronische Übertragung oder Abgabe entsprechender Datenträger an die Versicherten direkt durch die Hersteller.

- **Datenverwendung Krankenkassen** (§ 65 a Abs. 1 SGBV V)

  Schaffung datenschutzrechtlicher Befugnis der Krankenkassen, erhobene und gespeicherte Daten zur Vereinfachung der Nachweisführung über das Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen für einen Bonus zu verwenden (u. a. Daten aus der Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen). Einwilligung Versicherter erforderlich (z. B. im Rahmen Bonusprogramm).

- **Digitale Förderung durch Krankenkassen, Datenauswertung** (§ 68 a SGB V)

  Krankenkassen bekommen die Möglichkeit, die Entwicklung entsprechender Innovationen, wie digitale Medizinprodukte, künstliche Intelligenz sowie telemedizinische oder IT-gestützte Verfahren zu fördern. Dies auch in Kooperation mit Medizinprodukteherstellern, Start-ups, Forschungseinrichtungen sowie Leistungserbringer und deren Gemeinschaften.

  Krankenkassen wird ermöglicht, bereits rechtmäßig erhobene und gespeicherte versichertenbezogene Daten auszuwerten und auf dieser Grundlage innovative Versorgungsansätze und die damit verbundenen Versorgungshypothesen zu entwickeln, zu plausibilisieren und zu bewerten. Eine versichertenbezogene Auswertung dieser Daten durch die Krankenkassen sei ausweislich der Begründung erforderlich, weil Krankenkassen für eine zielgerichtete Förderung der Entwicklung bedarfsgerechter digitaler Innovationen zwingend auch versichertenbezogene Informationen wie Alter, Geschlecht und sozioökonomische Faktoren berücksichtigen können müssen. Hinzu käme, dass auch die Abrechnungsdaten aus der vertragsärztlichen Versorgung, der Arzneimittelverordnung, der stationären Versorgung und der Abrechnung sonstiger Leistungserbringer **versichertenbezogen zusammengeführt** werden müssen, um tragfähige Erkenntnisse für eine zielgerichtete Förderung der Entwicklung bedarfsgerechter digitaler Innovationen gewinnen zu können.

- **Erweiterte Datenanalysemöglichkeiten der Krankenkassen** (§ 68 b SGB V)

  Krankenkassen erhalten die Möglichkeit, ein umfassendes **individualisiertes Beratungsangebot** unter Berücksichtigung der aus den Sozialdaten ersichtlichen Bedarfe der Versicherten zu entwickeln und diese den Versicherten anzubieten. Die Inanspruchnahme entsprechender Versorgungsangebote ist für Versicherte freiwillig (schriftlich oder elektronisch erteilte Einwilligung).

- **Richtlinie zu IT-Sicherheitsanforderungen** (§ 75 b SGB V)

  Bis 31. 03. 2020 ist eine entsprechende Richtlinie von den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen festzulegen. Bei den Arzt- und Zahnarztpraxen handele es sich ausweislich der Begründung in der Regel um kleinere und mittlere Unternehmen, die nicht in den Anwendungsbereich der Regelungen des BSI-Gesetzes zu kritischen Infrastrukturen fallen. Gleichwohl bestünde ein großes Bedrohungspotenzial auch für die dort eingesetzten informationstechnischen Systeme. **Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen sollen die Möglichkeit erhalten, Dienstleister für Ärzte und Zahnärzte zu zertifizieren, um die informationstechnischen Systeme gemäß der Richtlinie zu schützen.** Die zu erstellenden Vorgaben für die Zertifizierung sollen dabei helfen, dass die zertifizierten Dienstleister die Gewähr der Eignung für diese Aufgabe bieten und insbesondere die dafür erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten sowie die notwendige Zuverlässigkeit mitbringen.

- **Elektronische Verordnung in der Heil- und Hilfsmittelversorgung** (§ 86 SGB V)

  Schaffung Voraussetzungen auch für die elektronische Verordnung in der Heil- und Hilfsmittelversorgung. Durch die Regelungen werden Pilotvorhaben ermöglicht. Regelungen zur Verordnung in elektronischer Form werden Bestandteil der Bundesmantelverträge.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2019

- **Speicherung in elektronischer Patientenakte, Vergütung** (§ 87 SGB V)

  Der Bewertungsausschuss wird verpflichtet, den EBM spätestens mit Wirkung zum 01.07.2020 anzupassen. Die Krankenkassen haben nach § 291h Absatz 4 spätestens ab dem 01.01.2021 ihren Versicherten eine elektronische Patientenakte zur Verfügung zu stellen. Mit der früheren Anpassung des EBM soll ausweislich der Begründung ermöglicht werden, dass bereits vor diesem Termin erbrachte Leistungen vergütet werden können.

  Daneben auch Regelung der **Vergütung der vertragszahnärztlichen Leistungen im Zusammenhang mit der elektronischen Patientenakte:**

  »*Im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen ist bis zum 31. März 2020 mit Wirkung zum 1. Juli 2020 eine Regelung zu treffen, nach der zahnärztliche Leistungen für die Unterstützung bei Anlage und Verwaltung der elektronischen Patientenakte sowie für die Speicherung von Daten in der elektronischen Patientenakte vergütet werden.*«

  Zudem Regelung zum Faxversand (Reduzierung der Pauschale), um einen Anreiz für den Einsatz elektronischer Arztbriefe zu setzen.

  Telemedizinische Konsile

  Zudem werden Konsile in einem weiten Umfang in der vertragsärztlichen und in der sektorenübergreifenden Versorgung als telemedizinische Leistung (Telekonsil) ermöglicht. Vor dem Hintergrund der besonderen Förderungswürdigkeit der telemedizinischen und interdisziplinären Erbringung sollen Telekonsile für mindestens zwei Jahre von den Krankenkassen extrabudgetär finanziert werden.

- **Innovationsfonds – Herabsetzung Fördervolumen** (§ 92 a SGB V)

  Finanzierung des Innovationsfonds für die Jahre 2020 bis 2024 mit einem Volumen von 200 Millionen Euro. Die Absenkung der Finanzierung von **300 Millionen auf 200 Millionen** Euro jährlich ist ausweislich der Gesetzesbegründung angemessen, da die Kapazitätsgrenzen bei potenziellen Antragstellern erreicht werden und sichergestellt werden soll, dass ausschließlich qualitativ hochwertige und erfolgsversprechende Projekte gefördert werden.

- **Innovationsfonds und Regelversorgung** (§ 92 b SGB V)

  Erfolgreich erprobte Versorgungsansätze sollen allen Versicherten zugänglich gemacht werden. Nach Eingang des abschließenden Berichts über die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung (Evaluationsbericht) prüft der Innovationsausschuss, ob das Förderziel erreicht wurde. Die Überführungsempfehlungen in die Regelversorgung können positiv oder negativ gestaltet werden.

  Bei Feststellung der Zuständigkeit des GBA muss dieser innerhalb von zwölf Monaten nach Beschluss der Empfehlung des Innovationsausschusses einen Beschluss fassen, wie die Aufnahme in die Versorgung erfolgt. Ein Ermessen hinsichtlich der Aufnahme steht ihm ausweislich der Begründung daher nicht bezüglich des Ob, sondern nur hinsichtlich des konkreten Weges der Überführung in die Versorgung zu.

- **Vergütung der Hersteller digitaler Gesundheitsanwendungen** (§ 134 SGB V)

  Digitale Anwendungen werden im ersten Jahr grundsätzlich nach dem herstellerseitig festgelegten Abgabepreis von den Krankenkassen vergütet. Künftiger Erstattungspreis wird dann einheitlich für alle Krankenkassen zwischen GKV-Spitzenverband und dem Hersteller vereinbart oder im Schiedsverfahren festgesetzt. Herstellern bleibt unbenommen einen höheren Abgabepreis zu verlangen, der von den Versicherten über den festgelegten Höchstbetrag hinaus selbst zu tragen ist. **Das BMG wird zudem ermächtigt, durch Rechtsverordnung Erstattungsgrenzen einzuführen.**

- **Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen, Verordnungsermächtigung** (§ 139 e SGB V)

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2019

Dem BfArM wird die Aufgabe übertragen, ein amtliches Verzeichnis der von der gesetzlichen Krankenversicherung finanzierten digitalen Gesundheitsanwendungen zu führen und über die Aufnahme auf Antrag der Hersteller digitaler Gesundheitsanwendungen rechtsverbindlich zu entscheiden.

Das BfArM prüft krankenversicherungsrechtlich begründete Anforderungen an Unbedenklichkeit, Gebrauchstauglichkeit und Qualität, die nicht bereits im Rahmen der CE-Zertifizierung geprüft werden (u. a. Anforderungen des Datenschutzes, der Datensicherheit). Für den Nachweis positiver Versorgungseffekte werden ausweislich der Begründung keine vergleichbar hohen Evidenzanforderungen gestellt wie z. B. für den Nachweis des Zusatznutzens von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen.

- **Beratung und Diagnostik bei digitalen Anwendungen** (§ 140 a Abs. 4 a)

Sofern in den digitalen Anwendungen über individuelle Beratungen hinaus **diagnostische Feststellungen** getroffen werden sollen, ist in den Verträgen sicherzustellen, **dass die diagnostische Feststellung unter ärztlicher Einbindung erfolgt.** Einer vorherigen Verordnung der digitalen Anwendung durch eine Ärztin oder einen Arzt bedarf es dabei ausweislich der Gesetzesbegründung nicht. Die Beteiligung einer Ärztin oder eines Arztes bei diagnostischen Feststellungen soll sicherstellen, dass die therapeutische Letztentscheidung durch eine verantwortliche Ärztin oder einen verantwortlichen Arzt getroffen wird.

- **Kapitalbeteiligung von Krankenkassen** (§ 263 SGB V)

Krankenkassen können sich nach dieser Vorschrift bis zu zwei Prozent ihrer Finanzreserven in Kapitalbeteiligungen für die Förderung der Entwicklung digitaler Innovationen anlegen. Dabei sind die Mittel so anzulegen, dass die Kapitalbindungsdauer zehn Jahre nicht überschreitet, die Rückzahlung der Mittel gewährleistet erscheint und ein angemessener Ertrag erzielt wird.

- **Speicherung Daten auf Gesundheitskarte/Aufgabe Stand-alone-Lösung/höhere Sanktion** (§ 291 Absatz 2 Satz 2 SGB V)

Möglichkeit wird eröffnet auch weitere Angaben zum Versicherten oder zum Versicherungsverhältnis auf der elektronischen Gesundheitskarte zu speichern. Voraussetzung ist, dass die aufzunehmende Angabe für die Erfüllung gesetzlich zugewiesener Aufgaben im Rahmen der Versorgung des Versicherten erforderlich ist.

Zudem wird § 291 Absatz 2b Satz 2 aufgehoben. **Ausweislich der Gesetzesbegründung ist das sogenannte Stand-alone-Szenario mit Einführung des Anspruchs auf die Notfalldaten nicht mehr einsetzbar.** Wegen der für die Notfalldaten erforderlichen qualifizierten elektronischen Signatur sei eine Netzanbindung erforderlich.

Weiter wird die Höhe der Sanktion in Form der Kürzung der Vergütung ab dem 01. 03. 2020 auf 2,5 % angehoben. Dies sei erforderlich, damit die Ärzte ihrer Verpflichtung zur Durchführung des Versichertenstammdatenmanagements nachkommen. Hierfür sei die Anbindung an die Telematik-Infrastruktur erforderlich, was wiederum Voraussetzung für die Nutzung der medizinischen Anwendungen einschließlich der elektronischen Patientenakte sei. Die Erhöhung der Kürzung sei angemessen, weil sie nur für diejenigen Anwendung fände, die schon mehrere Fristen haben verstreichen lassen.

Pflicht zur Durchführung des Versichertenstammdatendienstes besteht nicht, wenn kein persönlicher Kontakt bei telemedizinischen Behandlungen vorliegt.

- **Erweiterte Zugriffsrechte auf elektronische Patientenakte** (§ 291 a SGB V)

Auch weitere Heilberufe (z. B. Altenpfleger) sollen Zugriff auf Daten der elektronischen Patientenakte erhalten. Die Erweiterung der Zugriffsrechte erfolgt schrittweise entsprechend den sich aus der Anbindung des Pflegebereichs an die Telematik-Infrastruktur und der Einführung der digitalen Untersuchungsausweise ergebenden Anforderungen.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2019

Durch die Ergänzung wird laut Gesetzesbegründung klargestellt, dass die Zugriffsrechte nicht auf die Versorgung im Sinne des SGB V beschränkt sind, sondern auch die pflegerische Versorgung umfassen.

Notfalldatensatz

Zudem sollen zukünftig auf Wunsch der Versicherten Daten des Notfalldatensatzes auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeichert werden und diese bei einer Änderung der dem Datensatz zugrundeliegenden Informationen auf der Gesundheitskarte aktualisiert werden.

- **Elektronische Patientenakte** (§ 291 h)

Eingeführt werden soll eine elektronische Patientenakte (ePA). Wörtlich heißt es:

»*(1) Die elektronische Patientenakte ist eine versichertengeführte elektronische Akte. Sie wird als Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte von der Gesellschaft für Telematik zugelassen und von den Krankenkassen ihren Versicherten zur Verfügung gestellt. Mit ihr sollen den Versicherten auf Wunsch medizinische Informationen, insbesondere zu Befunden, Diagnosen, durchgeführten und geplanten Therapiemaßnahmen sowie zu Behandlungsberichten, für eine einrichtungs-, fach- und sektorenübergreifende Nutzung elektronisch bereitgestellt werden. Versicherte können auch selbst Daten in ihre elektronische Patientenakte einstellen. Die Nutzung ist für die Versicherten freiwillig.*«

Ziel laut Gesetzesbegründung ist es, dass die die Versicherten behandelnden Leistungserbringer besser bei der Auswahl der für die Versicherten geeigneten medizinischen Behandlung unterstützt werden. Zum anderen sollen auch die Versicherten besser über ihre Gesundheitsdaten informiert werden und dadurch ihre medizinische Behandlung besser begleiten können.

Der Gesellschaft für Telematik wird eine Frist bis zum 31.03.2021 gesetzt, innerhalb der sie die Voraussetzungen für die ePA schaffen muss (u.a. Einbindung neu aufgenommene Zugriffsberechtigte, wie Pflegeberufe, Hebammen und Entbindungspfleger sowie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, die die Möglichkeit haben auf die Daten der elektronischen Patientenakte zuzugreifen).

Im Rahmen der ePA sollen ausweislich der Begründung auch schrittweise Daten der Versicherten gespeichert werden können, die bisher in papiergebundenen Untersuchungsausweisen dokumentiert werden (u.a. Zahn-Bonusheft). Versicherten soll auch die Möglichkeit eröffnet werden, die Daten ihrer elektronischen Patientenakte für Zwecke der medizinischen Forschung zur Verfügung zu stellen.

Krankenkassen müssen ihren Versicherten spätestens ab dem 01.01.2021 eine ePA zur Verfügung stellen.

Zudem hat der Versicherte Anspruch auf Speicherung der Behandlungsdaten in der ePA mit Verpflichtung der Behandler, über diesen Anspruch zu informieren und die Daten auf Wunsch des Versicherten in die elektronische Patientenakte einzustellen. Soweit Versicherte wünschen, dass ihre im Rahmen der Behandlung entstehenden Daten grundsätzlich in die elektronische Patientenakte eingestellt werden sollen, können sie hierzu dem jeweiligen Behandler ihre umfassende – jederzeit widerrufbare – Einwilligung erteilen.

Die Leistungserbringer haben gegenüber der KV die erforderliche Ausstattung (Komponenten etc.) nachzuweisen. Wird der Nachweis nicht bis zum 30.06.2021 erbracht, wird die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen pauschal um 1 % so lange gekürzt, bis der Nachweis erbracht ist.

Zudem sind auf Wunsch der Versicherten Notfalldaten sowie Daten des elektronischen Medikationsplans auf der elektronischen Gesundheitskarte in der elektronischen Patientenakte zu speichern, so dass sie auch von den Versicherten selbst eingesehen und genutzt werden können. Um die Patientensicherheit sicherzu-

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2019

stellen, werden sowohl Ärzte im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung als auch Apotheken verpflichtet, bei einer durch sie durchgeführten Änderung der Notfalldaten und/oder des Medikationsplans auch die entsprechenden Daten in der elektronischen Patientenakte zu aktualisieren.

- **Änderung Aufklärungsverpflichtung Arzt im BGB** (§ 630 e BGB)

  Neuregelung: Im Rahmen einer telemedizinischen Behandlung kann die Aufklärung nach Satz 1 auch unter Einsatz der für die Behandlung verwendeten Fernkommunikationsmittel erfolgen.

Die berufs- und sozialrechtliche Ausweitung telemedizinischer Behandlungsmöglichkeiten wird nach der Gesetzesbegründung nicht zuletzt zu einer Ausweitung der Nutzung der Videosprechstunde führen. Vor diesem Hintergrund bedürfe es einer Klarstellung der behandlungsvertragsrechtlichen Aufklärungs- und Einwilligungsregelungen. Die Änderung des § 630e Absatz 1 Satz 2 BGB stelle klar, dass eine im Einzelfall erforderliche Aufklärung und Einwilligung im Rahmen einer Videosprechstunde auch unter Einsatz derjenigen von Kommunikationsmitteln möglich ist.

RA Michael Lennartz
www.lennmed.de

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2019

2.1.7. Systematik und Kurzinfo – Neuer BMV-Z

Mit Wirkung ab 01.07.2018 ist der neue Bundesmantelvertrag Zahnärzte (BMV-Z) in Kraft getreten. Der alte BMV-Z und Ersatzkassenvertrag (EKVZ) fallen damit weg und sind Geschichte.

Nach einer Eingewöhnungsphase und mit einigen Übergangsregelungen wird die zwischen KZBV und GKV-Spitzenverband vereinbarte neue Fassung eines einheitlichen BMV-Z zu mehr Transparenz führen, da nicht mehr auf unterschiedliche Regelungen im Ersatzkassen- und Primärkassenbereich geachtet werden muss. In vielen Teilen beruht der neue Gesamtvertrag auf dem alten EKVZ, wobei es aber einige wichtige Neuerungen gibt.

I. Formale Ausrichtung

Der BMV-Z neu, der auf der Website der KZBV unter

https://www.kzbv.de/bundesmantelvertrag.1065.de.html

abrufbar ist, besteht aus einem **Paragrafenteil** und einem **Anlagenteil**. Der Paragrafenteil enthält – ähnlich wie z. B. bei der GOZ – die allgemein gültigen Bestimmungen.

II. Anlagenteil – Änderungen

Im Anlagenteil sind jeweils eigenständige Vereinbarungen mit den Krankenkassen zu spezifischen Themenbereichen enthalten, wie z. B.

- Behandlungsplanung und Erstellung der Abrechnung
- Vereinbarung nach § 87 Abs. 1a SGB V über die Versorgung mit Zahnersatz
- Vereinbarung über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe)
- Vereinbarung über das Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren sowie das Gutachterwesen bei der systematischen Behandlung von Parodontopathien
- Vereinbarung über das Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren sowie das Gutachterwesen bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen
- Formulare für die vertragszahnärztliche Versorgung
- Erläuterungen und Ausfüllhinweise zu den Formularen
- Einheitlicher Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA)

In einem **Gemeinsamen Rundschreiben von KZBV und GKV-Spitzenverband**

https://www.kzvlb.de/fileadmin/user_upload/Seiteninhalte/Recht_u._Vertraege/BMV_Z/Gemeinsames_Rundschreiben_KZBV_GKV-SpV.pdf

werden im Einzelnen die wesentlichen Änderungen in den Anlagen erläutert. Es empfiehlt sich diese Kommentierung zu beachten, um sich ein Bild über die einzelnen Änderungen in den Anlagen zum BMV-Z zu machen. Nach erster Durchsicht ergeben sich dabei u. a. folgende **praxisrelevante Veränderungen**:

Formulare/Anlagen

- Sämtliche in der vertragszahnärztlichen Versorgung zu verwendenden Formulare einschließlich dazugehöriger Erläuterungen und Ausfüllhinweise sind in einer eigenen Anlage enthalten.
- Bisher nicht im BMV-Z bzw. EKVZ enthaltene Anlagen (z. B. die Vereinbarung zum Inhalt und zur Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte; Rahmenvereinbarung kooperative und koordinierte zahnärztliche und pflegerische Versorgung von stationär Pflegebedürftigen) wurden in BMV-Z neu integriert.

Pauschalbeträge/Versandkosten

- Die im EKVZ enthaltenen Regelungen zum Pauschalbetrag der Abformung, zur Höhe der Versandkosten und zu den Praxismaterialien bei der Abrechnung von Material- und Laborkosten für die Leistungsbereiche Kieferbruch und Kiefergelenkserkrankungen, Kieferorthopädie und Zahnersatz wurden modifiziert in die **Anlage 1** überführt.
- Pauschalbetrag für die Abformung für den BEMA-Teil 2 beträgt 3,– € und für den BEMA-Teil 3 (Kieferorthopädische Behandlung) 2,80 € je Abformung.
- Als Versandkosten der Praxis an das gewerbliche Labor kann je Versandgang der von der Deutschen Post AG für ein Päckchen festgelegte Preis der Onlinefrankierung in der jeweils aktuellen Höhe abgerechnet werden. Bei praxiseigenen Laboratorien können keine Versandkosten berechnet werden.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2019

- Abweichende bzw. ergänzende gesamtvertragliche Regelungen zum Pauschalbetrag der Abformung, zur Höhe der Versandkosten sowie zu den Praxismaterialien sind zulässig.

Individualprophylaxe/Bonusheft

- Bei **Anlage 3** (Vereinbarung über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen [Individualprophylaxe]) wird nach § 5 Satz 2 die Abgeltung von Aufwendungen für Arzneimittel zur lokalen Fluoridierung nach der BEMA-Nr. IP 4 durch die Gesamtvertragspartner geregelt.
- KZVen müssen die Vertragszahnärzte – bei gegebenem Anlass – zu einer wirtschaftlichen Verwendung der Bonushefte anhalten.

Datenaustausch/Übermittlung unverschlüsselte Zahnarztnummer

In **Anlage 8a** (Vertrag über den Datenaustausch oder im Wege elektronischer Datenübertragung) wurde die Bezeichnung »Zahnarztnummer (verschlüsselt)« durchgängig durch »Zahnarztnummer (unverschlüsselt)« ersetzt, um der Entscheidung des Bundessozialgerichtes vom 02.04.2014 (B 6 KA 19/13 R) Rechnung zu tragen, nach der die Zahnarztnummer unverschlüsselt an die Krankenkassen im Rahmen der Abrechnung zu übermitteln ist.

Gewährleistung

In **Anlage 13** ist der Beschluss des Bundesschiedsamtes für die vertragszahnärztliche Versorgung vom 13. Dezember 1993 abgebildet (Regelungen zur Gewährleistung bei Füllungen und Zahnersatz).

Übergangsfristen bei Formularen

Übergangsfristen bei Formularen **(Anlage 14a)**. Die Änderungen hinsichtlich der Formulare wurden mit dem BMV-Z (neu) grundsätzlich zum 01.07.2018 wirksam. In einigen Bereichen wurden Übergangsfristen für Verwendung von alten Formularen bis 31.08.2018 vereinbart, u.a.:

– beim Behandlungsplan für Kiefergelenkserkrankungen und Kieferbruch,
– beim Heil- und Kostenplan Teil 1,
– beim KFO-Behandlungsplan,
– beim Parodontalstatus Blatt 1 und 2.

Bis zum 31.08.2018 konnten damit in einigen Bereichen sowohl die neuen Vordrucke als auch die alten Vordrucke verwendet werden. Seit dem 01.09.2018 dürfen nur noch die neuen Vordrucke mit **neuem Personalienfeld** verwendet werden.

III. Änderungen im Paragrafenteil

Durch die Abschaffung des EKVZ und Zusammenfassung in einem BMV-Z neu gibt es auch **einige wichtige – allgemeingültige – Neuerungen**, die für die tägliche Praxis von Bedeutung sind:

Gutachterverfahren (§ 4 BMV-Z neu)

Die Krankenkassen können für die Durchführung einer Begutachtung entweder das vertraglich vereinbarte Gutachterverfahren oder das Begutachtungsverfahren des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) wählen. Vertragspartner auf Landesebene können vereinbaren, dass sich die Krankenkassen für das eine oder das andere Verfahren entscheiden.

Aufbewahrungsfristen (u.a. für Modelle), § 8 Abs. 3 BMV-Z neu

Aufbewahrungsfrist von ursprünglich vier Jahren in § 7 Abs. 3 Satz 2 EKVZ ist auf grundsätzlich zehn Jahre verlängert worden. In § 8 Abs. 3 Satz 4 BMV-Z neu ist die Möglichkeit zur elektronischen Aufbewahrung der zahnärztlichen Aufzeichnungen aufgenommen worden. Dabei soll gesichert sein, dass die Aufzeichnungen innerhalb der Aufbewahrungszeit jederzeit sichtbar und ggf. körperlich verfügbar gemacht werden können. Reine Arbeitsmodelle sind von der Aufbewahrungspflicht nicht umfasst.

Möglichkeit Privatvergütung

§ 7 Abs. 7 EKVZ und § 4 Abs. 5 d) BMV-Z alt werden durch § 8 Abs. 7 BMV-Z neu ersetzt, wonach die Möglichkeit, eine Privatvergütung zu vereinbaren, bei ausdrücklichem Verlangen des Versicherten, auf eigene Kosten behandelt zu werden, besteht:

» *Im Übrigen darf der Vertragszahnarzt von einem Versicherten eine Vergütung nur fordern, solange der Versicherte die gültige elektronische Gesundheitskarte (eGK) nicht vorlegt oder die Anspruchsberechtigung nicht auf andere Weise nachweist oder wenn und soweit der Versicherte ausdrücklich verlangt, auf eigene Kosten behandelt zu werden. Verlangt der Ver-*

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2019

sicherte eine Behandlung auf eigene Kosten, soll hierüber vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem Vertragszahnarzt und dem Versicherten getroffen werden; darin soll sich der Vertragszahnarzt den Wunsch des Versicherten, die Behandlung auf eigene Kosten durchführen zu lassen, bestätigen lassen. «

Zahnarztwechsel
§ 17 Abs. 3 BMV-Z neu sieht vor, dass der Versicherte nur bei Vorliegen eines triftigen Grundes den Vertragszahnarzt innerhalb eines Kalendervierteljahres wechseln soll.

Bei Behandlungen von Verletzungen im Bereich des Gesichtsschädels und bei Kiefergelenkserkrankungen, bei der kieferorthopädischen Behandlung, der Behandlung von Parodontopathien und der prothetischen Behandlung gilt dies für den kompletten Zeitraum bis zum Abschluss der Behandlung.

Teilleistungen
In § 23 Abs. 4 BMV-Z neu werden die Regelungen zur Geltendmachung von Teilleistungen getroffen. Der Vertragszahnarzt kann die Kosten für durchgeführte diagnostische Leistungen, für die Erstellung eines Behandlungsplanes für Kiefergelenkserkrankungen und Kieferbruch, für die Erstellung eines KFO-Behandlungsplanes, für die Erstellung eines Parodontalstatus, Maßnahmen zur Beseitigung von Schmerzen und Material- und Laborkosten abrechnen, auch wenn die Behandlung abgebrochen wird oder die Leistungspflicht der Krankenkasse entfällt.

Ausblick

Dieser Überblick kann nur einige wichtige Regelungen beleuchten. Die doch recht weitreichenden Änderungen bei den zahnärztlichen Gesamtverträgen werden in der Praxis sowohl bei Zahnärztinnen und Zahnärzten, Krankenkassen und KZVen zu einigem Anpassungs- und Umstellungsbedarf führen. Gespannt sein kann man, wie sich z. B. die Regelungen im Gutachterwesen (MDK neben bewährten Gutachterverfahren) in der Praxis auswirken werden. Positiv ist, dass zum Teil obsolete Regelungen gestrichen wurden und es zu einer Zusammenführung der bisher unterschiedlichen Regelungen im Ersatz- und Primärkassenbereich kommt.

RA Michael Lennartz
www.lennmed.de

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2019

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2019

2.1.8. EU-Quecksilberverordnung

Zum 17.05.2017 ist die EU-Quecksilberverordnung in Kraft getreten. Aufgrund des vereinbarten »phase down«, also der Verringerung der Verwendung von Dentalamalgam im Minimata-Abkommen, darf ab diesem Datum innerhalb der EU Amalgam nur noch in medizinischen Ausnahmefällen bei Kindern bis zum vollendeten 15. Lebensjahr (d.h. unter 15-Jährigen), bei Schwangeren und Stillenden verwendet werden.

Zum 01.07.2018 wurde die BEMA-Nr. 13 entsprechend angepasst. Die BEMA-Nrn. 13 e, f und g (Kompositfüllungen im Seitenzahnbereich in Adhäsivtechnik), die bislang nur dann berechnungsfähig waren, wenn eine absolute Amalgamkontraindikation vorlag (Amalgamallergie oder schwere Niereninsuffizienz), sind nun auch berechnungsfähig bei Kindern bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres, bei Schwangeren und bei Stillenden.

Außerdem wurde die BEMA-Nr. 13 um die Unterziffer »h« erweitert, die nun mehr als dreiflächige Kompositfüllungen im Seitenzahnbereich abbildet.

Für die in diesem Umfang eher politisch als medizinisch-fachlich festgelegte neue Patientengruppe sind Kompositfüllungen grundsätzlich zuzahlungsfrei anzubieten.

Allerdings bedeutet dies nicht, dass bei diesen Patientengruppen nunmehr keine Mehrkostenvereinbarungen mehr möglich wären. Mehrkostenvereinbarungen unterliegen jedoch ganz spezifischen Besonderheiten, die es zu berücksichtigen gilt:

Grundsatz zuzahlungsfrei

Der Grundsatz lautet: Immer dann, wenn die jeweilige individuelle Kompositfüllung gemäß § 12 SGB V als wirtschaftlich anzusehen ist, erfolgt bei den oben genannten Patientengruppen die Abrechnung nach BEMA-Nrn. 13e bis h zuzahlungsfrei.

Spezifische Mehrkostenvereinbarungen bei Kindern

Sind jedoch im jeweiligen Behandlungsfall Nichtkomposite (im Einzelfall Amalgam, Kompomere, Glasionomerzemente etc.) gemäß § 12 SGB V als ausreichend, wirtschaftlich und zweckmäßig anzusehen, so sind dies Füllungen, die nach den BEMA-Nrn. 13a bis d abzurechnen sind. Für den Einsatz von Glasionomeren und Kompomeren (oder auch im Einzelfall Amalgam trotz des allgemein praktizierten »Downphasing«) können diverse in der Befundsituation oder auch im Patienten liegende Gründe sprechen. So ist z.B. bei Milchzähnen zu berücksichtigen, wie lange diese noch prospektiv im Mund verbleiben, bevor sie physiologisch im Rahmen des Zahnwechsels ausfallen. Ein hohes Kariesrisiko (z.B. durch dauerhaft schlechte Mundhygiene, Systemerkrankungen, geistige oder körperliche Beeinträchtigungen des Patienten) kann ebenfalls Entscheidungskriterium sein, keine verfahrensanfälligen Komposite in Adhäsivtechnik einzusetzen. Situationen mit sehr großen Zahnhartsubstanzdefekten mit großem Sanierungsbedarf oder schwierige klinische Verhältnisse ohne Aussicht auf suffiziente Trockenlegung können es ratsam erscheinen lassen, auf Komposite zu verzichten. Dies gilt ebenso z.B. für nicht zur Behandlung bereite Kinder oder ggf. auch für Sanierungen in Analgosedierung oder Narkose.

Wenn der Patient bzw. die Erziehungsberechtigten in all diesen Situationen aber dennoch den Mehraufwand wünschen, der hier mit Kompositfüllungen einhergeht, so erfolgt in diesem Fall die Berechnung privat nach GOZ abzüglich der entsprechenden BEMA-Nrn. 13a bis d. Insbesondere bei der Versorgung von Milchmolaren ist das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V zu beachten, da hier häufig die aufgezeigten alternativen Füllungsmaterialien zu den Kompositen zur Verfügung stehen.

Spezifische Mehrkostenvereinbarungen bei Schwangeren oder Stillenden

Wieder anders verhält es sich z.B. bei Schwangeren oder Stillenden, bei denen die Kompositfüllung gemäß § 12 SGB V als wirtschaftlich anzusehen ist und demnach nach den BEMA-Nrn. 13e bis h abgerechnet

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2019

wird. Wünscht die Patientin dabei aber eine Optimierung in Mehrfarbentechnik oder eine Versorgung mit Inlays, so erfolgt die Berechnung dieser Füllungen privat nach den jeweiligen Kompositfüllungs- oder Inlaypositionen der GOZ abzüglich der entsprechenden BEMA-Nrn. 13 e bis h. Dasselbe Prinzip gilt auch, wenn Erziehungsberechtigte bei der Versorgung von Milchmolaren die Mehrfarbentechnik oder besonders aufwendige Kompositverarbeitungstechniken wünschen.

Grundsätze der Mehrkostenvereinbarung

Bei der Mehrkostenvereinbarung gilt immer der Grundsatz, dass diejenige wirtschaftliche BEMA-Nummer in Abzug zu bringen ist, die der Patient erhalten hätte, wenn er die Vertragsleistung in Anspruch genommen hätte.

Betont werden muss bei der Thematik der Mehrkostenregelungen, dass der Patient vor der Behandlung über die Möglichkeit der Vertragsleistung aufgeklärt worden sein muss und im Falle einer zuzahlungspflichtigen Behandlungsmaßnahme zuvor unbedingt eine Mehrkostenvereinbarung erstellt und vom Patienten und Zahnarzt unterschrieben worden sein muss. Je genauer dies dokumentiert wird, desto besser.

Dr. Dr. Alexander Raff

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2019

2.1.9. Mindestlohngesetz – aktuelle Bestandsaufnahme und Tipps für die Zahnarztpraxis

Seit dem 01.01.2015 gilt das Mindestlohngesetz (MiLoG). Inzwischen liegen hierzu auch einige höchstrichterliche Entscheidungen vor. Unter Berücksichtigung dessen wird für die praktische Handhabung des Gesetzes nachstehend ein Leitfaden für die Zahnarztpraxis gegeben.

MiLoG ist zwingendes Recht

Das Mindestlohngesetz ist gem. § 3 MiLoG absolut zwingendes Recht. Das heißt: **Jede** Abweichung von den Vorschriften des Gesetzes zulasten des Arbeitnehmers durch Arbeitsvertrag ist unwirksam. Das gilt für die Höhe des Lohns ebenso wie für die Vorschriften über Fälligkeit und Durchsetzbarkeit des Anspruchs. Auch die übliche Verfallsklausel, d.h. dass alle Ansprüche aus dem Arbeitsverhältnis nach dessen Beendigung in einer bestimmten Frist ausgeschlossen sind, erfasst den Mindestlohn nicht (§ 3 S. 3 MiLoG), ist vielmehr insoweit unwirksam.

Von einer Vereinbarung einer den jeweils geltenden Mindestlohn pro Stunde unterschreitenden Vergütung ist demnach dringend abzuraten, insbesondere weil in diesem Fall nicht etwa eine nachträgliche Anhebung auf den Mindestlohn, sondern auf die »übliche« Vergütung eintritt.

Der vereinbarte oder nur faktische Verstoß gegen die Vorschriften des MiLoG ist im Übrigen eine Ordnungswidrigkeit, die mit Bußgeldern bis zu 500.000 € (!) geahndet wird (§ 21 MiLoG).

Grundsätze

Das Gesetz schreibt vor, dass jeder Arbeitnehmer in Deutschland Anspruch auf den durch die Mindestlohnkommission vorgeschlagenen, von der Bundesregierung beschlossenen Mindestlohn hat (derzeit 8,84 € brutto pro Stunde, ab 01.01.2019 wahrscheinlich 9,19 €, ab 01.01.2020 wahrscheinlich 9,39 €, s.u.). Dieser Lohn ist spätestens am letzten Bankarbeitstag des Monats zur Zahlung fällig, der auf den Monat folgt, in dem die Arbeitsleistung erbracht wurde (§ 2 Abs. 1 S. 1 Ziff. 2 MiLoG).

Das gilt ausnahmslos für vollzeitig, teilzeitig und geringfügig Beschäftigte.

Wird mit der vereinbarten monatlichen Vergütung der Mindeststundenlohn unterschritten, ist also spätestens am letzten Werktag des Folgemonats nachzuzahlen.

Damit ist zweierlei grundlegend festgeschrieben:
- der maßgebliche Bezugszeitraum ist auch in Zukunft der Arbeitsmonat und
- nach Umrechnung der monatlichen Vergütung auf die geleisteten Arbeitsstunden muss der Stundenlohn mindestens 8,84 € brutto (derzeit, Erhöhungen zum 01.01.2019 und 01.01.2020 sind wie gesagt derzeit vorgeschlagen, s.u.) betragen.

Für die korrekte Berechnung des Mindestlohns (dazu I.) und deren Dokumentation (dazu II.) ist Nachstehendes zu beachten. Im Übrigen ist die regelmäßige Steigerung des Mindestlohns (dazu III.) und nicht zuletzt die sog. Auftraggeberhaftung (dazu IV.) zu berücksichtigen.

I. Berechnung

Stundenlohn vs. Monatslohn

Die meisten Arbeitsverträge sehen keine Stundenvergütung, sondern einen monatlichen Lohn vor. Um die gesetzlichen Vorgaben einzuhalten, muss entsprechend eine Umrechnung erfolgen.

Je nach Zahl der Arbeitstage und der entsprechenden Zahl geleisteter Arbeitsstunden kann der monatliche Mindestlohn naturgemäß erheblich variieren (Beispiel: Mai 2018 in NRW: 19 Arbeitstage, August 2018: 23 Arbeitstage).

Eine quartalsweise oder jährliche Verrechnung kommt wegen der beschriebenen Fälligkeitsregelung (Mindestlohn spätestens einen Monat nach geleisteter Arbeit) im Fall der vorübergehenden Unterschreitung nicht in Betracht.

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) geht nach eigenen Angaben von einem gesetzlichen

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2019

monatlichen Mindestlohn für eine Vollzeitbeschäftigung von (aufgerundet) 1.532,– € brutto aus. Nach eigenen Angaben des BMAS liegt dem die Annahme von durchschnittlich 21,66 Arbeitstagen à acht Stunden zugrunde (21,66 Tage × 8 Stunden × 8,84 € = ca. 1.532,– €, nach den geplanten Anpassungen entsprechend mehr, s. u.). Das Ministerium räumt allerdings selbst ein, dass die Zahl der Arbeitstage variieren kann und mithin in arbeitsstarken Monaten eine Unterschreitung des gesetzlichen Mindestlohns pro Stunde möglich ist.

Das BMAS gibt auf seiner Internetseite an, die Zahlung eines »verstetigten«, gleichbleibenden Monatsgehaltes, das dem Stundenmindestlohn im Durchschnittsmonat entspricht, sei zulässig. Der Hinweis ist aber rechtlich unverbindlich und im Übrigen streng genommen mit der beschriebenen Fälligkeitsregelung des Gesetzes nicht vereinbar. Das Bundesarbeitsgericht (BAG) hatte sich mit der Frage nicht explizit zu beschäftigen, die Ausführungen in den Urteilen zum MiLoG klingen aber eher danach, dass Monat für Monat der Mindestlohn pro Stunde auszuzahlen ist.

Im Übrigen ist nach wie vor unklar, ob sich der Zoll als zuständige Behörde zur Überwachung der Einhaltung des MiLoG der Berechnungsmethode des BMAS anschließen wird. Die Erfahrungen mit der Überprüfung von vor Einführung des MiLoG bereits einem Mindestlohnregime unterworfenen Pflegedienstleistern sprechen eher dafür, dass der Zoll sich gezielt besonders arbeitsstarke Monate (wie etwa den August in diesem Jahr 2018) zur Überprüfung herauspickt und isoliert betrachtet.

Bestandteile des Mindestlohns

Überdies sind nicht alle Lohnbestandteile in die Berechnung des Mindestlohns einzubeziehen bzw. nur unter bestimmten Voraussetzungen einzubeziehen.

Überstunden
Bei der Ableistung von Überstunden ist die Berechnung ggf. nachzubessern.

Ist im Arbeitsvertrag vereinbart, dass Überstunden mit dem Gehalt abgegolten sind, ist unter Umständen dennoch nachzuzahlen. Im Kern ist der tatsächlich gezahlte Lohn durch die geleisteten Arbeitsstunden zu dividieren, dabei muss immer ein Betrag in Höhe von oder oberhalb des gesetzlichen Mindestlohns herauskommen.

Jährliche Sonderzahlungen
Jährliche Sonderzahlungen (z. B. Weihnachts- oder Urlaubsgeld, 13. Gehalt) sind bei der Berechnung des ausbezahlten Stundenlohns nach Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichts (BAG) (Urt. v. 25. 05. 2016, Az.: 5 AZR 135/16 und 17. 01. 2018, Az.: 5 AZR 69/17) zu berücksichtigen, aber im Ergebnis nur unter den Voraussetzungen, dass sie

- unwiderruflich gezahlt werden,
- Gegenleistung für tatsächlich erbrachte Arbeitsleistung sind (nicht etwa reine Treueprämien für die Bestandsdauer des Vertrags o. Ä.)

UND

- anteilig jeden Monat zu 1/12 gezahlt werden.

Für unter Vorbehalt (z. B. der Rückforderung bei zeitnahem Ausscheiden) gezahlte Sonderleistungen gilt das schon nach der auf den Mindestlohn übertragbaren »Entsenderechtsprechung« des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) und des BAG nicht. Mindestlohnwirksam sind immer nur unwiderrufliche Zahlungen.

Aber auch unwiderrufliche, jährliche Gratifikationen sind nicht mindestlohnwirksam. Urlaubs- oder Weihnachtsgeld wird in der Regel über einen längeren Zeitraum (zumeist das ganze Jahr) »erdient«. Damit ist eine Anrechnung der ganzen Gratifikation im Auszahlungsmonat nicht vereinbar. Eine nachträgliche Aufteilung auf 12 Monate wiederum ist mit der Zahlung spätestens einen Monat nach Ableistung der Arbeit nicht vereinbar.

Der in den ersten Monaten nach dem Inkrafttreten des MiLoG bei den Arbeitsgerichten ausgebrochene Streit um die Anrechnung von Jahressonderzahlungen ist mit den Urteilen des BAG inzwischen erledigt. Wird eine Sonderzahlung (z. B. Weihnachtsgeld) also auf die 12 Monate verteilt und als Gegenleistung für die Arbeit gezahlt, ist sie in die Berechnung des Mindestlohns einzubeziehen, sonst nicht.

Überstundenzuschläge
… sind ebenfalls einzubeziehen (BAG a. a. O.). Insofern ist rein theoretisch sogar zulässig, Überstundenvergütungen unter dem gesetzlichen Mindestlohn oder

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2019

jedenfalls Zuschläge unter 8,84 € zu vereinbaren. Entscheidend ist auch insofern, dass nach Division des insgesamt tatsächlich gezahlten Monatslohns durch die tatsächlich erbrachten Arbeitsstunden der Mindestlohn pro Stunde im Schnitt eingehalten wird.

Arbeitszeitkonten
Gesetzliche Ausnahme von der strengen Fälligkeit (Zahlung Mindestlohn spätestens einen Monat nach Erbringung der Arbeit) waren von Anfang an Arbeitszeitkonten, die mit dem Arbeitnehmer schriftlich vereinbart sein müssen (§ 2 Abs. 2 S. 1 MiLoG). In diesem Fall sind die Überstunden innerhalb eines Jahres durch Freizeitgewährung oder Zahlung des Mindestlohns auszugleichen. Endet das Arbeitsverhältnis vor Ablauf der 12 Monate, ohne dass ein Freizeitausgleich erfolgt ist, muss die Zahlung spätestens zum Ende des Monats, der auf den Monat der Beendigung folgt, erfolgen.

Insofern ergibt sich auch hier keine andere Berechnung als oben geschildert. Im Ergebnis muss der Lohn pro Stunde bei Umrechnung mindestens dem jeweiligen gesetzlichen Mindestlohn entsprechen. Allein: Bei einem Arbeitszeitkonto kann die Berechnung auf maximal ein Jahr ausgedehnt werden, nicht nur auf den laufenden Monat.

II. Dokumentation

Bei geringfügig Beschäftigten und Arbeitnehmern aus den in § 2a Schwarzarbeitsbekämpfungsgesetz (SchwarzArbG) genannten Branchen sind besondere Dokumentationsvorschriften zu beachten.

Geringfügig Beschäftigte sind Arbeitnehmer, deren Lohn einen Betrag von 450,– € monatlich nicht übersteigt oder die längstens zwei Monate oder 50 Arbeitstage im Jahr beschäftigt sind (§ 8 SGB IV). Unter den in § 2a SchwarzArbG genannten Branchen kommt im Zusammenhang mit niedergelassenen Zahnärzten bei der Praxis angestelltes Reinigungspersonal in Betracht.

Für diese Beschäftigten sind nach § 17 MiLoG Beginn, Ende und Dauer der täglichen Arbeitszeit spätestens eine Woche nach Ableistung der Arbeit aufzuzeichnen und die Aufzeichnungen für zwei Jahre aufzubewahren und im Fall der Überprüfung vorzulegen. Pausen gelten nicht als Arbeitszeit. Will man die Berücksichtigung der Pausen bei der mindestlohnrelevanten Arbeitszeit verhindern, sind sie entsprechend zu erfassen.

Für Voll- und Teilzeitbeschäftigte mit einem Gehalt von über 450,– € gelten die Dokumentationspflichten zwar nicht; allerdings ist aus Beweisgründen eine stundengenaue Erfassung der Arbeitszeit dringend zu empfehlen. Mehrarbeit ist auch bei Voll- und Teilzeitbeschäftigten im Übrigen gem. § 16 Abs. 2 Arbeitszeitgesetz (ArbZG) ohnehin zu dokumentieren.

III. Steigerung des Mindestlohns

Die sog. Mindestlohnkommission hatte erstmals zum 30. 06. 2016 und danach alle zwei Jahre über eine Steigerung des Mindestlohns zum jeweils folgenden Jahr zu beschließen.

Dementsprechend ist der Mindestlohn zum 01. 01. 2017 von zuvor 8,50 € auf 8,84 € angehoben worden. Zuletzt hat die Mindestlohnkommission eine weitere Erhöhung auf 9,19 € zum 01. 01. 2019 und auf 9,35 € zum 01. 01. 2020 vorgeschlagen. Der Bundesarbeitsminister hat angekündigt, den Vorschlag der Regierung »zur Zustimmung« vorzulegen. Wird diese erteilt, steigt der Mindestlohn, ohne dass es der Zustimmung von Bundestag oder Bundesrat bedarf, entsprechend.

IV. Auftraggeberhaftung

Nicht zuletzt ist die sog. Auftraggeberhaftung nach § 13 MiLoG i. V. m. § 14 Arbeitnehmerentsendegesetz (AEntG) zu beachten. Danach haftet ein Unternehmer wie ein Bürge, der auf die Einrede der Vorausklage verzichtet hat, für die Einhaltung des Mindestlohngesetzes bei von ihm beauftragten Unternehmern. Der Entzug der Erhebung der »Einrede der Vorausklage« bedeutet nichts anderes, als dass der beauftragende Unternehmer den ggf. betroffenen Arbeitnehmer nicht einmal darauf verweisen kann, zunächst gegen seinen Arbeitgeber, also den beauftragten Unternehmer vorzugehen.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2019

Das gilt zwar nach der einschlägigen entsenderechtlichen Rechtsprechung der Arbeitsgerichtsbarkeit nur im Fall von General- und Nachunternehmern. Das heißt, die Mithaftung greift immer nur dann ein, wenn sich der Generalunternehmer eines Nachunternehmers zur Erfüllung einer eigenen vertraglichen Verpflichtung bedient.

Genau diese Konstellation liegt aber nach Auskunft der damaligen Bundesarbeitsministerin gegenüber dem Präsidenten der Bundeszahnärztekammer vom 13.05.2015 im Verhältnis des Zahnarztes zu einem Fremdlabor vor.

D.h., wenn der niedergelassene Zahnarzt ein Fremdlabor mit der Herstellung von Zahnersatz beauftragt, haftet der Zahnarzt für die Einhaltung der Vorschriften des Mindestlohngesetzes gegenüber den Arbeitnehmern des Labors. Geht ein Arbeitnehmer des Labors gegen den Zahnarzt vor, kann der Zahnarzt die Nachforderung zwar bei dem Laborbetreiber zurückfordern, trägt aber naturgemäß dessen Insolvenzrisiko.

Wie der Zahnarzt die Bezahlung der Mitarbeiter eines von ihm beauftragten Fremdlabors kontrollieren soll, ließ die bei Inkrafttreten des Gesetzes amtierende Bundesarbeitsministerin Frau Nahles wohlweislich offen. Sie verwies mit schmackhaftem Allgemeinplätzchen auf die »Sorgfalt bei der Auswahl der Geschäftspartner«. Geändert hat sich daran bis heute nichts.

V. Fazit für die Praxis:

Zur Einhaltung der Vorgaben des MiLoG sollte nach all dem Folgendes beachtet werden:

1. Bezahlung der eigenen Angestellten

Die arbeitsvertragliche Monatsvergütung sollte auf Basis der maximal möglichen Zahl von monatlichen Arbeitstagen (bei der üblichen Fünf-Tage-Woche 23 Tage) vereinbart werden. Dann ergibt sich bei einer Wochenarbeitszeit von 40 Stunden ein Gehalt von derzeit noch 1.626,56 € brutto (23 Tage × 8 Stunden × 8,84 €) bzw. – wenn die von der Mindestlohnkommission vorgeschlagene Anpassung beschlossen wird – ab 01.01.2019 dann 1.690,96 € (23 Tage × 8 Stunden × 9,19 €) und ab 01.01.2020 dann 1.727,76 € (23 Tage × 8 Stunden × 9,39 €). Damit ist man für die Regelarbeitszeit auf der sicheren Seite und erspart sich nach arbeitsstarken Monaten eine Nachberechnung mit entsprechender Zusatzzahlung.

Überstunden sollten zur Vermeidung oben genannter Friktionen grundsätzlich ab der ersten Überstunde mit dem dem Monatslohn zugrunde gelegten Stundensatz, also mindestens dem jeweiligen gesetzlichen Mindestlohn, oder sehr zeitnahem Freizeitausgleich (spätestens bis Ende des folgenden Monats) vergütet werden.

Arbeitsverträge im Grenzbereich eines Stundenlohns von 8,84 € sollten für die Zukunft mit entsprechenden Anpassungsklauseln für die ins Haus stehenden und zukünftige Steigerungen versehen werden.

Die Berechnungen sind natürlich entsprechend zu ändern, wenn nicht volle 40 Stunden, sondern, wie heute nicht selten, etwas weniger wöchentliche Arbeitszeit vereinbart ist (z.B. 38 Stunden).

2. Dokumentation

Für sämtliche Angestellte sollte so penibel wie möglich die tägliche Arbeitszeit einschließlich Beginn, Ende und Unterbrechung durch Pausen dokumentiert werden.

3. Haftung für Dritte

Zur Vermeidung der Generalunternehmerhaftung sollte bei der Beauftragung von Fremdlaboren nach Möglichkeit nur auf Labore zurückgegriffen werden, deren Betreiber dem Zahnarzt persönlich bekannt und zuverlässig sind. Im Zweifel sollte vor Beauftragung eine Zusicherung verlangt werden, dass das Mindestlohngesetz bei den Arbeitnehmern des Labors eingehalten wird.

RA Anno Haak
RA Michael Lennartz
lennmed.de Rechtsanwälte

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2019

2.1.10. Antikorruptionsgesetz

Antikorruptionsgesetz in Kraft getreten

Das »Gesetz zur Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen« ist im Mai 2016 nach langer Debatte in Kraft getreten. Der Gesetzgebungsprozess erfuhr unmittelbar vor der Verabschiedung im Deutschen Bundestag nochmals eine Wende. Der lange Zeit maßgebliche Regierungsentwurf (BT-Drs. 18/6446) wurde durch eine Beschlussempfehlung des zuständigen Ausschusses (BT-Drs. 18/8106), dem das Plenum folgte, nochmals abgeändert.

Nachstehend sollen Sinn und Zweck des Gesetzes (I.) sowie der geplante Tatbestand im Einzelnen samt deren praktische Auswirkungen (II.) dargestellt werden.

I. Sinn und Zweck der Gesetzesänderung

Grund und Ursprung der Gesetzesverschärfung war und ist ein Beschluss des Bundesgerichtshofes (BGH) aus dem Jahre 2012. Der BGH hatte eine Regelungslücke im Strafgesetzbuch konstatiert. Korruptives Verhalten von Ärzten und Zahnärzten, d. h. die rechtswidrige Entgegennahme einer Gegenleistung für eine bestimmte therapeutische, diagnostische oder Verordnungsentscheidung (z. B. die Verschreibung von Medikamenten ausschließlich eines bestimmten Unternehmens gegen Bezahlung des Arztes), ist danach per se in keiner Weise strafbar.

Nach der Vorstellung des Gesetzgebers soll der nunmehr vollendete Schluss dieser Regelungslücke dazu beitragen, das im Sinne der Volksgesundheit erforderliche Vertrauen der Öffentlichkeit in die Integrität und Unabhängigkeit von heilberuflichen Entscheidungen zu stärken; im Übrigen soll das Gesetz dem fairen Wettbewerb im Gesundheitswesen und damit der großen Mehrheit der ehrlich arbeitenden, Korruption vermeidenden Ärzte und Zahnärzte dienen.

II. Die Regelungen im Einzelnen

1. Grundlagen

Gegenüber dem Regierungsentwurf von Oktober 2015 haben sich in der nun Gesetz gewordenen Fassung nochmals drei Elemente verändert:

- die Bezugnahme auf die in den Berufsordnungen der Landes(zahn)ärztekammern geregelte »heilberufliche Unabhängigkeit« wurde gänzlich gestrichen
- reine Abgabeentscheidungen wurden von der Strafbarkeit ausgenommen

und

- das Delikt ist jetzt als sogenanntes Offizialdelikt ausgestaltet.

Die Streichung der Bezugnahme auf die Berufsordnungen ist zwar mit Blick auf das Bestimmtheitsgebot und die bundesweit gleiche Regelung der Strafbarkeit zu begrüßen, bewirkt allerdings in der Praxis nicht viel. Der Gesetzgeber hat ausdrücklich klargestellt, dass mit der Änderung keine Sachverhalte von der Strafbarkeit ausgenommen werden sollen, die im Regierungsentwurf erfasst waren. Der Gesetzgeber führt insofern aus, dass die unlautere Bevorzugung im Wettbewerb *»denkbar weit«* zu verstehen sei.

Dass reine Abgabeentscheidungen nicht pönalisiert werden sollen, begründet der Gesetzgeber damit, dass der »Unrechtspakt« hier in aller Regel bereits bei dem Bezug von Hilfsmitteln oder Medikamenten geschlossen werde. De facto werden damit allerdings Apotheker vom Straftatbestand ausgenommen. Für Zahnärzte ändert sich durch diese kontroverse Änderung des Regierungsentwurfs in letzter Minute indes nichts.

Als »Offizialdelikt« werden Straftatbestände bezeichnet, bei denen die Staatsanwaltschaft von Amts wegen ermitteln muss. Im Regierungsentwurf war das Delikt noch als sogenanntes Antragsdelikt ausgestaltet, bei dem die Staatsanwaltschaften nur auf Antrag bestimmter Institutionen hätten tätig werden müssen.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2019

2. Strafbares Verhalten

§ 299 a StGB in seiner endgültigen Fassung lautet wie folgt:

» Wer als Angehöriger eines Heilberufs, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert, im Zusammenhang mit der Ausübung seines Berufs einen Vorteil für sich oder einen Dritten als Gegenleistung dafür fordert, sich versprechen lässt oder annimmt, dass er

1. *bei der Verordnung von Arznei-, Heil- oder Hilfsmitteln oder von Medizinprodukten,*
2. *bei dem Bezug von Arznei- oder Hilfsmitteln oder von Medizinprodukten, die jeweils zur unmittelbaren Anwendung durch den Heilberufsangehörigen oder einen seiner Berufshelfer bestimmt sind, oder*
3. *bei der Zuführung von Patienten oder Untersuchungsmaterial*

einen anderen im inländischen oder ausländischen Wettbewerb in unlauterer Weise bevorzuge, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.«

Es ist demnach nun strafbar, heilberufliche Entscheidungen durch Annahme geldwerter Vorteile korrumpieren zu lassen, unabhängig davon, ob der betreffende Patient gesetzlich oder privat versichert ist.

Für Zahnärzte ist ausschließlich der geplante § 299 a StGB n. F. relevant, der die Strafbarkeit der Bestechlichkeit, also des »Nehmers«, normiert, wohingegen § 299 b StGB n. F. die Bestechung, also den »Geber«, unter Strafandrohung stellt. Auf dessen Darstellung wird hier verzichtet.

Strafbewehrte Tathandlung ist wie schon im Regierungsentwurf vorgesehen, für sich oder einen Dritten einen Vorteil (dazu a)) als Gegenleistung (dazu d)) dafür (alternativ)

- zu fordern,
- sich versprechen zu lassen

  oder

- anzunehmen,

dass bei einer heilberuflichen Entscheidung (dazu b))

- ein anderer im Wettbewerb in unlauterer Weise bevorzugt wird (dazu c)).

a) »Vorteil«

… ist nach der auf die bereits geregelten Korruptionsdelikte Bezug nehmenden Gesetzesbegründung und auch des insoweit nicht mehr abgeänderten Regierungsentwurfs *»jede materielle oder immaterielle Zuwendung, auf die kein Rechtsanspruch besteht und die die Lage des Täters wirtschaftlich, rechtlich oder persönlich verbessert«*. Im Übrigen genügt, wenn der Vorteil im Sinne des Gesetzes einem Dritten, etwa einem nahen Verwandten, zugewendet wird.

Eine generelle Bagatellgrenze gibt es nicht. Kleinere und übliche Werbegeschenke (z. B. der obligatorische Kugelschreiber des Pharmavertreters) werden allerdings in aller Regel nicht als Gefährdung der Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen anzusehen und damit von der Strafbarkeit ausgenommen sein.

Der Begriff des Vorteils ist also denkbar weit und nicht etwa auf die Annahme von Bargeld beschränkt.

Beispiele:
Neben (Bar-)Geldbeträgen sind die Einräumung von Vermögens- oder Gewinnbeteiligungen, Einladungen zu Kongressen, Übernahme der Kosten von Fortbildung, der Abschluss von Beraterverträgen, aber auch rein immaterielle Vorteile wie nicht bezahlte oder nur mit Aufwandsentschädigung vergütete Lehraufträge oder Ehrungen erfasst.

Die Annahme von Skonti bis zu 3 % ist hingegen grundsätzlich nicht strafbar.

Nicht sicher abzuschätzen ist, inwiefern die Beteiligung an Unternehmen im Gesundheitswesen und die Zuweisung an diese strafbar sein soll. Für Zahnärzte wird dies insbesondere im Falle der unternehmerischen Beteiligung an Fremdlaboren relevant.

Grundsätzlich kann nach der eindeutigen Begründung des Gesetzes die Gewinnbeteiligung an einem Fremdlabor dann strafbar sein, wenn Aufträge zur Herstellung von Zahnersatz durch den beteiligten Zahnarzt bevorzugt an dieses Labor vergeben werden. Un-

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2019

klar bleibt nach der Begründung aber, wie genau der Zusammenhang zwischen Beteiligung und »Bevorzugung« beschaffen sein muss, um strafbar zu sein.

Eindeutig ist, dass nunmehr sogenannte Kickback-Modelle (also eine Prämie an den Zahnarzt für jeden Auftrag) nicht nur berufs- und ggf. vertragszahnarztrechtswidrig, sondern auch strafbar sind.

In den praktisch bedeutsameren Fällen, in denen der Zahnarzt entsprechend den von ihm gehaltenen Anteilen an der Gewinnausschüttung beteiligt wird, soll es nach der Gesetzesbegründung darauf ankommen, ob der Zahnarzt durch die Zuführung von Patienten oder Untersuchungsmaterial einen *»spürbaren Einfluss auf den Ertrag des Unternehmens und damit seiner Beteiligung nehmen kann«*. Der Begriff der *»Spürbarkeit«* schafft eine Grauzone, die im Hinblick auf das Erfordernis der Bestimmtheit von Strafnormen kritikwürdig ist.

Generell ist von einer Beteiligung an Fremdlaboren, mit denen der Zahnarzt – sei es auch nur gelegentlich – kooperiert, abzuraten. Bestehende Beteiligungen sollten gerade im Hinblick auf eine mögliche Strafbarkeit genau überprüft werden.

b) Heilberufliche Entscheidung

Strafbewehrt sind Entscheidungen *»im Zusammenhang mit der Ausübung des (Heil-)Berufs«*. Damit sind sämtliche privaten Handlungen von der Strafbarkeit von vornherein ausgenommen.

Erfasst sind nach dem Wortlaut die Verordnung wie auch der Bezug von Arznei-, Heil- oder Hilfsmitteln und Medizinprodukten sowie die Zuführung von Patienten oder Untersuchungsmaterial. Diese Begriffe sind im Sinne des Medizin- und Berufsrechts zu verstehen.

Heilmittel sind ergo ärztlich verordnete therapeutische Dienstleistungen.

Beispiele:
operative Eingriffe, Zahnextraktionen, Verordnung zahnprothetischer Versorgung

Hilfsmittel sind Sachmittel zur Unterstützung des Behandlungserfolges.

Beispiele:
Zahnersatz, Zahnspangen

Die Zuführung entspricht dem Zuweisungsbegriff des Berufsrechts und erfasst auch unverbindliche Empfehlungen oder Ratschläge.

Beispiele:
Überweisung an einen Oral- bzw. MKG-Chirurgen, Beauftragung eines bestimmten Labors zur Herstellung von Zahnersatz

Wohlgemerkt: Die Beispiele sind natürlich erlaubte und erforderliche zahnärztliche Tätigkeiten. Diese sind dann und nur dann strafbar, wenn sie mit dem Verlangen einer Gegenleistung verknüpft werden, auf die kein rechtlicher Anspruch besteht.

Wichtig ist, dass die Begründung des Regierungsentwurfs Grundlage des verabschiedeten Gesetzes wurde, insofern, als diese ausdrücklich klarstellt, dass Kooperationen zwischen Zahnärzten gesundheitspolitisch generell wünschenswert sind. Darüber hinaus wurde dort explizit klargestellt, dass *»ohne Hinzutreten weiterer Umstände […] die Honorierung heilberuflicher Leistungen im Rahmen zulässiger beruflicher Zusammenarbeit grundsätzlich nicht den Verdacht begründen, dass die Einräumung der zugrundeliegenden Verdienstmöglichkeit als Gegenleistung für die Zuweisung des Patienten erfolgen soll«*. Damit wurde einer gefährlichen Kriminalisierung bzw. Generalverdächtigung, die noch im Referentenentwurf enthalten war, entgegengewirkt.

Strafbar sind vielmehr (nur) die in den Berufsordnungen aufgeführten Umgehungstatbestände. Im zahnärztlichen Bereich dürfte hier in erster Linie die Praxisgemeinschaft relevant werden, die in Wahrheit eine verdeckte Gemeinschaftspraxis ist. Diese ist nunmehr nicht nur berufsrechtswidrig, sondern eben auch strafbewehrt.

Unter Bezug ist jede Einkaufsentscheidung zu verstehen. Durch die Beschränkung auf *»zur Abgabe«* bestimmte Gegenstände wurde schon im Regierungs-

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2019

entwurf anders als im Referentenentwurf klargestellt, dass rein unternehmerische Investitionsentscheidungen des Zahnarztes von vornherein aus dem Bereich der Strafbarkeit jedenfalls nach § 299 a StGB ausscheiden. Dasselbe gilt aufgrund dieser Einschränkung auch für weite Teile des Praxisbedarfs.

Diese Klarstellung ist mit der Gesetz gewordenen Formulierung *»zur unmittelbaren Anwendung«* nochmals zugespitzt worden.

c) »Bevorzugung in unlauterer Weise«
Der Tatbestand setzt abschließend die Annahme eines Vorteils für eine therapeutische Entscheidung voraus, um einen im Wettbewerb Stehenden oder im Falle des Bezugs sich selbst unlauter zu bevorzugen. Nach der Klarstellung in der Begründung des Regierungsentwurfs ist die *»unlautere Bevorzugung«* wie im Rahmen der Bestechlichkeit im geschäftlichen Verkehr zu verstehen.

Bevorzugung ist damit jede sachfremde Entscheidung zwischen zumindest zwei Bewerbern oder Anbietern, setzt also Wettbewerb und die Benachteiligung eines Konkurrenten voraus.

Unlauter ist die Bevorzugung, wenn sie geeignet ist, Mitbewerber durch die Umgehung der Regelungen des Wettbewerbs und durch Ausschaltung der Konkurrenz zu schädigen.

d) »Gegenleistung«
Die bloße Annahme oder Forderung auch unangemessen wertvoller Vorteile genügt für sich zur Strafbarkeit nicht. Es ist vielmehr ein von der Rechtsprechung auch für alle anderen Korruptionsdelikte vorausgesetzter, etwas hochtrabend *»Unrechtsvereinbarung«* genannter Vertrag erforderlich.

D. h., dass der Vorteil gerade die Gegenleistung der Tathandlung sein muss. Die Zuwendung muss also gefordert oder angenommen werden, um eine therapeutische Entscheidung zur unlauteren Benachteiligung zu treffen.

Eine solche Vereinbarung kann allerdings auch schlüssig, und sogar ohne dass es von den Parteien ausgesprochen wird, getroffen werden. Man hüte sich also vor der Vorstellung, eine Strafbarkeit sei zu vermeiden, solange es nur keinen schriftlichen oder sonst ausdrücklich abgeschlossenen Vertrag gebe.

III. Kooperation und Veröffentlichung von Bestechungsfällen

Neben den Änderungen im Strafgesetzbuch wurden auch die Regelungen über die »Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen« im Vertragsarztrecht (§§ 81 a; 197 a SGB V) erweitert.

Der Gesetzgeber schreibt nicht nur verbindlich einen Erfahrungsaustausch der Antikorruptionsstellen von Kassenärztlichen Bundesvereinigungen (KBV, KZBV) und Spitzenverband der Krankenkassen (SpiBuKK) vor. An diesem Erfahrungsaustausch sind auch Staatsanwaltschaften zu beteiligen.

Hier wird die Regelung als Offizialdelikt bedeutsam. Über diesen Erfahrungsaustausch werden die Staatsanwaltschaften zwangsläufig »Anhaltspunkte« für korruptive Verhaltensweisen erhalten, die sie dann zu Ermittlungen zwingen.

Darüber hinaus werden KBV, KZBV und SpiBuKK verpflichtet, für jedermann im Internet zugängliche (anonymisierte) Berichte zu veröffentlichen, die nicht nur nachgewiesene Fälle von Korruption, sondern auch entsprechende Verdachtsfälle enthalten sollen. Immerhin soll anders als ursprünglich im Referentenentwurf vorgesehen zumindest nach »vermuteten und nachgewiesenen« Fällen differenziert werden. Eine Regelung zur Veröffentlichung eines ggf. ausgeräumten Verdachts fehlt aber nach wie vor.

IV. Fazit für die Praxis

Der § 299 a StGB ist auch nach den einschränkenden Änderungen im Gesetzgebungsverfahren weitreichend, insbesondere mit Hinblick auf die geringe Schwelle zur Erfüllung des Vorteilsbegriffs. Die praktische Handhabung durch Gerichte und Staatsanwaltschaften in der Praxis bleibt abzuwarten.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2019

Schon jetzt lässt sich aber sagen, dass in zweierlei Hinsicht besondere Vorsicht geboten ist:

- zum einen bei der Begründung von generell von den Gesetzgebern des Bundes und der Länder als manipulationsanfällig angesehenen zahnärztlichen Kooperationsformen wie der Praxisgemeinschaft,
- zum anderen ist von der unternehmerischen Beteiligung an Fremdlaboren abzuraten, sofern mit dem betreffenden Labor kooperiert wird, insbesondere Aufträge zur Herstellung von Zahnersatz an dieses vergeben werden.

Diese Vorsicht ist auch und gerade im Hinblick auf die von KZBV und SpiBuKK zu veröffentlichenden Berichte über korruptives Verhalten angeraten. Diese sind zwar, wie dargestellt, zu anonymisieren. Wenn etwa Patienten diese Berichte allerdings lesen und ggf. mit lokaler Medienberichterstattung über etwaige staatsanwaltschaftliche Ermittlungsverfahren oder Ähnlichem in Verbindung bringen, droht schnell ein womöglich nicht wieder aufzufangender Prestigeverlust, selbst dann, wenn der Verdacht sich am Ende als unbegründet erweist.

Hinzu tritt, dass durch die Beteiligung der Staatsanwaltschaften am Erfahrungsaustausch bei gleichzeitiger Ausgestaltung des § 299a StGB als Offizialdelikt die Wahrscheinlichkeit hoch ist, dass auch in Zweifelsfällen Ermittlungen zunächst aufgenommen werden.

RA Anno Haak, LL.M. Medizinrecht
lennmed.de Rechtsanwälte,
Bonn / Berlin / Baden-Baden

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2019

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2019

2.1.11. Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) für Zahnärzte

Was genau bedeutet das für Zahnärzte

Das MVZ ist in aller Munde, meist als Angstszenario der Übernahme von Zahnarztpraxen durch Finanzinvestoren und damit als große Konkurrenz für die eigene Praxis. Doch es gibt auch für Zahnärzte die Möglichkeit, über ein neu gegründetes MVZ die Praxiserweiterung darzustellen.

Eine größere Zahnarztpraxis kann **wirtschaftliche Vorteile** gegenüber der 1-Personen-Praxis haben. Diese können durch die Begründung eines MVZ, aber auch durch andere Kooperationsformen erlangt werden.

Ein MVZ kann entweder als Personengesellschaft oder Kapitalgesellschaft begründet werden. So unterscheiden sich die beiden Rechtsformen eines MVZ in der Gründung und Beendigung.

Die rechtlichen und steuerlichen Anforderungen für die Führung eines MVZ hängen ebenfalls von der Rechtsform ab.

Soll ein selbstständig tätiger Zahnarzt an ein MVZ verkaufen und dort als Angestellter weiterarbeiten? Hier finden Sie einen Entscheidungskatalog.

Wirtschaftliche Vorteile größerer Einheiten

Das Investitionsvolumen und die Kostenbelastung von Praxen steigen seit Jahren. Kosteneinsparungen und Optimierungseffekte müssen permanent angestrebt werden. Das kann größeren Praxen mit mehreren Behandlern Vorteile bringen. Hier eine Checkliste der Vorteile:

Sachgebiet	Vorteile
Gründung	Durchschnittliches Investitionsvolumen • bei Erwerb einer Einzelpraxis 367.000 €/Neugründung 504.000 € • bei Einstieg in eine BAG 263.000 €/Neugründung 412.000 €
Einkaufsvorteile	Rabatte, sonstige Vorteile über die höhere Einkaufsmenge sind möglich. Sie müssen aber bei einzeln berechenbaren Materialien an die Patienten abgegeben werden.
Großgeräte wie Cerec, DVT	Die hohen Anschaffungskosten können auf viele Behandler verteilt werden. Das bedingt aber keine Begründung einer größeren Zahnarzteinheit, sondern kann in der (einfachen) Rechtsform von Apparategemeinschaften geschehen.
Eigenlabor	Ein zahnärztliches Eigenlabor lohnt sich nur ab einer gewissen Größe. Der Betrieb bedingt: die räumlichen Möglichkeiten, die Ersteinrichtung, Fachpersonal, möglicherweise sogar Zahntechnikermeister. Die Begründung einer Laborgemeinschaft mit mehreren Praxen ist möglich. Anmerkung zum MVZ: Die KZV scheint derzeit ein Eigenlabor für MVZ-GmbH als unzulässig anzusehen: »Nach der Berufsordnung dürfen dentaltechnische Leistungen nur im Eigenlabor eines Zahnarztes erbracht werden. Die Berufsordnung regele nicht, dass dies einer MVZ-GmbH gestattet sei.« Diese, vermutlich unbegründete Auffassung muss bestritten werden.
Personalflexibilität	Innerhalb einer Gesellschaft mit mehreren Standorten (unabhängig von der Rechtsform) können Mitarbeiter »entliehen« werden, um kurzfristige Personalnot auszugleichen. Bei rechtlich selbstständigen Gesellschaften verstößt das gegen das Arbeitnehmerüberlassungsgesetz.
Hygienekosten, Datenschutzgrundverordnung, Telematik usw.	Alle diese Kosten können nicht dem Patienten belastet werden. Sie können durch größere Einheiten wesentlich besser erwirtschaftet werden.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2019

Sachgebiet	Vorteile
Marketingkosten	Die Kosten für die Homepage, Präsenz in den sozialen Medien usw. sind erheblich gestiegen und können gut verteilt werden.
Verwaltungskosten	Hier ist eher ein Nachteil zu sehen. Je größer die Einheit, desto höher die Kosten für Verwaltung und Controlling. Das bedeutet mehr Verwaltungszeit für die tätigen Gesellschafter oder mehr Personalkosten für Verwaltungspersonal.
Spezialisierung	Zahnärzte (Gesellschafter oder angestellte Zahnärzte) mit unterschiedlichen Spezialisierungen können – ohne Konkurrenzsituation – gemeinsam werben und sich ergänzen.

Rechtsformen eines MVZ in der Gründung und Beendigung

Für ein MVZ zugelassene Rechtsformen sind nach § 95 Sozialgesetzbuch (SGB) V die Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR), die Partnerschaftsgesellschaft (PartG), die Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) und die Genossenschaft. Praktisch von Bedeutung ist die Personengesellschaft als GbR (auch Berufsausübungsgemeinschaft) und als Partnerschaftsgesellschaft und die GmbH als Kapitalgesellschaft.

Die Rechtsformen unterscheiden sich erheblich in der Gründung und Auflösung.

	Personengesellschaft GbR/PartG	Kapitalgesellschaft GmbH
Gründung durch	Vertrag (auch mündlich möglich). Sofern nichts Abweichendes geregelt ist, gilt das BGB.	Gesellschaftsvertrag. Dieser muss notariell beurkundet werden.
Gesellschafter	Nur niedergelassene Zahnärzte, Ärzte, Krankenhäuser, Apotheken	Ebenso. Meist sind die Eigentümer der Gesellschafter des MVZ jedoch andere Kapitalgesellschaften oder Private Equity-Fonds.
	Die Gesellschaft ist an ihre Gesellschafter in Person gebunden.	Die Kapitalgesellschaft bleibt, die Gesellschafter können wechseln.
Einlage	Frei vereinbar. Meist bringt einer oder mehrere Partner die vorhandene Zahnarztpraxis ein, und der/die übrigen »kaufen sich ein«.	Die Mindesteinlage (Stammkapital) beträgt 25.000 € in bar. Bei der UG (Unternehmergesellschaft) beträgt die Einlage zunächst 0 €, danach wird die Einlage aus Gewinn aufgestockt. Das Stammkapital muss in der Gesellschaft verbleiben.
Abschreibung der Einlage	Ja. Anteilig mit den einzelnen erworbenen Wirtschaftsgütern.	Nein
Handelsregister-Pflichten	Notarielle Anmeldung zur Eintragung der Gesellschaft nur bei der PartG	Notarielle Anmeldung zur Eintragung der Gesellschaft
Zulassung durch den Zulassungsausschuss der KZV	Schriftliche Abfassung eines Gesellschaftsvertrags zur Vorlage. Formulare gibt es bei der jeweiligen KZV zum Download.	
Besondere Zulassungsvoraussetzungen		Selbstschuldnerische Bürgschaft aller Gesellschafter für alle Ansprüche von KZV und Krankenkassen gegen das MVZ aus dessen vertragszahnärztlicher Tätigkeit. Dies gilt auch für Forderungen, die erst nach Auflösung des MVZ fällig werden.
Vertragsarztzulassung	Jeder Gesellschafter benötigt eine Zulassung.	Bei Anstellung im MVZ muss der Zahnarzt seine Zulassung zurückgeben. Als Gesellschafter des MVZ hingegen kann er seine Zulassung behalten.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2019

	Personengesellschaft GbR/PartG	Kapitalgesellschaft GmbH
Anzahl der Standorte	Unbegrenzt, solange ein Gesellschafter den Standort noch persönlich leiten und überwachen kann	Unbegrenzt
Anzahl der angestellten Zahnärzte	Drei, mit Begründung auch vier Angestellte bzw. bis zur doppelten Anzahl in Teilzeit	Unbegrenzt
Beendigung der Gesellschaft	Meist durch Verkauf eines Gesellschaftsanteils. Selten durch Auflösung.	Durch Verkauf eines Gesellschaftsanteils. Oft auch durch Liquidation.
Steuerliche Konsequenzen	Steuerliche Begünstigung nach § 16 (4) i. Verb. mit § 34 EStG (55 Jahre; Freibetrag 45.000 €, soweit 132.000 € Gewinn nicht überschritten; 56 % des tariflichen Steuersatzes = min. 14 %, max. 23,52 %).	40 % des Veräußerungsgewinns bleiben steuerfrei (§ 3 Nr. 40, § 3c EStG). Das entspricht in Bezug auf die Einkommensteuer 42 % x 6 % = 25,2 % Steuerbelastung.

Rechtliche und steuerliche Anforderungen für die Führung eines MVZ

Die Führung eines MVZ in der Rechtsform einer Kapitalgesellschaft ist deutlich komplizierter und damit auch teurer als die Führung einer Personengesellschaft.

	Personengesellschaft GbR/PartG	Kapitalgesellschaft GmbH
Praxisführung	Von allen gemeinschaftlich. Je nach Gesellschaftsvertrag nach Köpfen oder (häufiger) nach Anteilen am Kapital.	Allein durch (einen, manchmal auch mehrere) gewählte Geschäftsführer. Die Gesellschafter können Weisungen erteilen. Stimmrecht nach Kapitalanteil.
Jahresabschluss	Einnahmen-Überschussrechnung. Bilanz kann, muss aber nicht erstellt werden.	Bilanzierung zwingend. Bilanzierung heißt: Erfassung von Beständen, Material usw., Forderungen und Verbindlichkeiten. Höherer Arbeitsaufwand und Honorar beim Steuerberater. Im Ergebnis keine Beeinflussung des Gewinns mehr möglich.
Publizität	Keine Veröffentlichung	Fristgebundene Veröffentlichung des Jahresabschlusses verpflichtend, kann jeder einsehen (Gebühren)
Steuererklärungen und Steuern (*Umsatzsteuer ohne Unterschied)	Freiberufliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuergesetzes (seltene Ausnahmen Gewerbesteuer-Kooperationen). Gemeinsame Feststellung der Einkünfte. Einkommensteuererklärungen für die jeweiligen Gesellschafter.	Die GmbH erzielt immer gewerbliche Einkünfte. Eigene Steuererklärungen für die GmbH notwendig. Körperschaftssteuer und Gewerbesteuer (je nach Gemeinde unterschiedlich) müssen gezahlt werden. Die Steuerbelastung ist per saldo höher als beim freien Beruf.
Innerjährliche Entnahmen der Gesellschafter	Frei vereinbar. Auch im Verlustfall möglich.	Keine Entnahmen des Gesellschafters möglich. Stattdessen festes Grundgehalt für die tätigen Gesellschafter und eventuell Gewinnbeteiligung.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2019

	Personengesellschaft GbR/PartG	Kapitalgesellschaft GmbH
Gewinnanteil	Gewinnverteilung frei vereinbar. Nach Köpfen, Vermögensanteil, Tätigkeitsvergütung oder Kombinationen von allem. Jeder Gesellschafter kann seinen Gewinnanteil entnehmen.	Gewinne können nur nach Beschluss aller Gesellschafter ausgeschüttet werden. Im Verlustfall gibt es keine Ausschüttung.
Steuerrisiken bei Entnahmen und Gewinn	Keine	Erhebliche Risiken durch »verdeckte Gewinnausschüttungen«
Haftung	Ja. In der Regel besteht eine gesamtschuldnerische Haftung aller Gesellschafter für Verbindlichkeiten der Gesellschaft.	Keine für Gesellschafter, sofern sie keine Bürgschaften gegeben haben
Stellung des tätigen Zahnarztes	Selbstständiger, eigenverantwortlich tätiger Zahnarzt. Keine Weisungsgebundenheit gegenüber den Mitgesellschaftern.	Anstellungsverhältnis. Sofern der Zahnarzt nicht selbst Gesellschafter mit erheblichem Kapitalanteil ist, besteht Weisungsgebundenheit. Entscheidungskatalog

Stb./WP Gabriela R. Scholz

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2019

2.1.11.1. MVZ und erweiterte Anstellungsmöglichkeiten – die wesentlichen Änderungen

Die Versorgungslandschaft im zahnärztlichen Bereich hat sich in den letzten Jahren deutlich verändert. Ausweislich des KZBV-Jahrbuchs 2018 gab es bereits im 2. Quartal 2018 555 rein zahnärztliche Medizinische Versorgungszentren (Z-MVZ). Im gleichen Zeitraum gab es bereits 11.603 angestellte Zahnärztinnen und Zahnärzte.

Von zahnärztlichen Berufsträgern wurden Z-MVZ besonders in der Form der Gesellschaft bürgerlichen Rechts und teilweise als GmbH gegründet. Hintergrund ist, dass die Anstellung von angestellten Zahnärztinnen und Zahnärzten pro Vertragszahnarzt auf maximal zwei Vollzeit-Angestellte limitiert war. Motivation für eine MVZ-Gründung war in vielen Fällen diese Limitierung zu umgehen, da es für MVZ keine mengenmäßige Beschränkung hinsichtlich der Anstellung von Zahnärztinnen und Zahnärzten gibt.

Neben zahnärztlichen Berufsträgern wurden Z-MVZ auch von Fremdinvestoren initiiert, die sich insbesondere an über Krankenhäuser gegründeten Z-MVZ beteiligen, da Krankenhäuser gründungsberechtigt sind. Es ist hier gerade im vergangenen Jahr und auch noch aktuell zur Bildung von sehr großen Einheiten und Ketten gekommen.

Änderungen im BMV-Z und TSVG

Aktuelle Änderungen im Bundesmantelvertrag Zahnärzte (BMV-Z) und das verabschiedete Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) führen zu weitreichenden Änderungen, die im Ergebnis wieder zu einer Stärkung freiberuflicher kleinerer Praxisstrukturen weg von MVZ-Konstruktionen führen.

Die bisherige Grenze im **BMV-Z** von maximal zwei angestellten Zahnärzten in Vollzeit wurde mit dem neuen BMV-Z (Stand 15.03.2019) angehoben und gilt bereits aktuell. Jetzt können drei bzw. mit Begründung auch vier Angestellte je Vertragszahnarzt in Vollzeit oder entsprechend mehr in Teilzeit in der Zahnarztpraxis tätig werden. Die erweiterten Anstellungsmöglichkeiten werden gerade bei Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften dazu führen, dass MVZ zunehmend unattraktiver werden. Dies gilt insbesondere für die MVZ-GmbH, bei der eine Beteiligung steuerlich anders als bei der GbR von einem Gesellschafter nicht abgesetzt werden kann.

Mit dem **TSVG** wird zudem die Berechtigung von Krankenhäusern Z-MVZ bundesweit zu gründen deutlich beschnitten. Mit dem neuen § 95 Abs.1b SGB V wird eine spezielle Regelung für Z-MVZ geschaffen, welche die Gründungsbefugnis von Krankenhäusern für Z-MVZ künftig von bestimmten gestaffelten Versorgungsanteilen abhängig macht.

Hintergrund dieser Regelung ist, dass durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz 2015 die Gründung von Z-MVZ in der Hand von Fremdinvestoren ermöglicht wurde, was die Politik unter Versorgungsgesichtspunkten und wegen Monopolisierungstendenzen sehr kritisch sieht. Im Einzelnen sieht die Quotenregelung für von Krankenhäusern initiierten Z-MVZ im Wesentlichen ausweislich einer Information der KZBV wie folgt aus:

- Grundsätzlich (= in weder über- noch unterversorgten Planungsbereichen, d.h. solchen mit einem Versorgungsgrad von 50 % bis 109,99 %) beträgt der zulässige Versorgungsanteil eines Krankenhauses bzw. »seiner« MVZ in dem betr. Planungsbereich max. 10 %, mindestens jedoch fünf MVZ-Sitze/Zahnarztstellen in Planungsbereichen mit einem Versorgungsgrad von 50 bis 99,99 %. (§ 95 Abs. 1b S 1f).
- In unterversorgten Planungsbereichen (= Versorgungsgrad unter 50 %) erhöht sich der zulässige Versorgungsanteil auf max. 20 % (§ 95 Abs. 1b Satz 3 Nr. 1).
- In überversorgten Planungsbereichen (= Versorgungsgrad ab 110 %) reduziert sich der zulässige Versorgungsanteil auf max. 5 % (§ 95 Abs. 1b Satz 3 Nr. 2).

RA Michael Lennartz
www.lennmed.de

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2019

2. Aktuelles
2.1. Gesundheitspolitische Themen
2.1.11. Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) für Zahnärzte
2.1.11.1. MVZ und erweiterte Anstellungsmöglichkeiten – die wesentlichen Änderungen

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2019

2.1.12. Neue Medizinprodukte-verordnung

Europäische Medizinprodukte-verordnung – Inkrafttreten am 26.05.2021

Nach mehr als vier Jahren der Verhandlungen sind am 25.05.2017 die Verordnung (EU) 2017/745 des Europäischen Parlaments und des Rates über Medizinprodukte und zur Änderung der Richtlinie 2001/83/EG beschlossen worden.

Wegen der beispiellosen Auswirkungen der Covid-19-Pandemie in Europa hat die EU das Inkrafttreten der europäischen Verordnung über Medizinprodukte, der sogenannten »Medical Device Regulation« (MDR), um ein Jahr auf den 26.05.2021 verschoben. Ein entsprechender Kommissionsvorschlag wurde vom Europa-Parlament und dem Rat der EU angenommen.

Das Bundesministerium für Gesundheit hatte daher bereits im Februar 2017 einen »Nationalen Arbeitskreis zur Implementierung der MDR/IVDR (NAKI)« ins Leben gerufen. Die Ergebnisse dieses Arbeitskreises wurden im Medizinprodukte-EU-Anpassungsgesetz (MPEUAnpG) zur Anpassung der nationalen Vorschriften berücksichtigt, welches am 19.05.2020 verkündet wurde. Aufgrund der Corona-Situation wurde dessen Geltungsbeginn ebenfalls um ein Jahr verschoben, so dass bis auf wenige Ausnahmen das zentrale nationale Medizinprodukterecht-Durchführungsgesetz nun zum 26.05.2021 in Kraft treten wird.

Wesentliche Neuerungen der Verordnungen sind unter anderem:

- Konkretisierung der Anforderungen an die klinische Bewertung
- Regelung der Aufbereitung von Einmalprodukten einschließlich des Verbots der Aufbereitung bestimmter Einmalprodukte
- Verbesserung der Identifizierung und Rückverfolgbarkeit von Produkten durch Einführung einer eindeutigen Produktidentifizierungsnummer (UDI)
- Die neue europäische Medizinprodukteverordnung ist auch für Zahnarztpraxen von Bedeutung. So werden vor allem im Bereich der zahntechnischen Sonderanfertigungen modifizierte Anforderungen unter anderem an die Dokumentation, an das Risikomanagement und an Überwachungs- und Meldesysteme gestellt.

Informativ zu den Auswirkungen der MDR auch auf Praxislabore ist u. a. ein Betrag in der zm-online (https://www.zm-online.de/archiv/2020/22/praxis/so-setzen-sie-die-medizinprodukte-verordnung-um-teil-i/) und vom Referat Praxisführung der Zahnärztekammer Berlin (https://www.zaek-berlin.de/dateien/Content/Dokumente /Zahn%C3%A4rzte/Praxisf%C3%BChrung/Praxisf%C3%BChrung_im_MBZ/2020/MBZ_05_2020.pdf).

Von Seiten des Bundesministeriums für Gesundheit gibt es zudem eine Übersicht (https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/M/Medizinprodukte/151203_7a__Poster Nr.5b_8__dt.pdf) über die Einteilung von Medizinprodukten nach europäischen Vorschriften (u. a. in Risikoklassen).

Die Hauptversammlung des FVDZ hat bereits 2019 festgestellt, dass der laufende Implementierungsprozess zeige, dass viele fachliche Fragen ungelöst sind, wobei vor massiven Problemen bei der Umsetzung des neuen EU-Rechtsrahmens für Medizinprodukte gewarnt wurde. Auch der BDIZ EDI hatte bereits vor der Corona-Pandemie einen Aufschub von zwei Jahren gefordert.

RA Michael Lennartz
www.lennmed.de

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2021

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2021

2.1.13. Die Behandlung von Asylbewerbern – was es zu beachten gilt

Wer hat welchen Anspruch auf Behandlung?

Asylbewerber haben in den ersten 15 Monaten ihres Aufenthaltes in Deutschland nur eingeschränkten Anspruch auf medizinische Leistungen (§ 4 Asylbewerber-Leistungsgesetz, AsylbLG).

Asylbewerber sind alle Menschen mit einem in § 1 AsylbLG abgebildeten Aufenthaltsstatus, d. h. Menschen, die

- eine Aufenthaltsgestattung nach dem Asylgesetz haben,
- über einen Flughafen einreisen wollen, aber denen die Einreise nicht oder noch nicht gestattet ist,
- eine Aufenthaltserlaubnis oder Duldung nach dem Aufenthaltsgesetz haben,
- vollziehbar ausreisepflichtig sind,
- Ehegatten und minderjährige Kinder vorgenannter Personen sind,
- nach abgelehntem Asylantrag ein zweites Mal Asyl beantragen.

Der Anspruch auf medizinische Leistungen besteht in drei Fallgruppen:

- alle Asylbewerber bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen,
- Schwangere und Wöchnerinnen haben Anspruch auf jede notwendige ärztliche und pflegerische Hilfe und
- Verabreichung amtlich empfohlener Schutzimpfungen und Vorsorgeuntersuchungen.

Ergänzend haben Asylbewerber Anspruch auf weitere medizinische Leistungen, wenn diese im Einzelfall zur Sicherung des Lebensunterhaltes unerlässlich sind.

Nachweis und Sicherstellung der Behandlung

In den ersten 15 Aufenthaltsmonaten ist die Sicherstellung der zahnmedizinischen Behandlung grundsätzlich nicht Sache der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), sondern der Länder.

Regelfall nach alter Rechtslage (bis Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz)

Der Regelfall nach der bis Oktober geltenden Rechtslage war die Ausgabe von Behandlungsscheinen an die Asylbewerber durch die Sozialhilfeträger (SHT). Entsprechend erfolgte die Abrechnung mit den SHT.

Die Ausnahme bildeten die Fälle unbegleiteter minderjähriger Kinder. Diese sind durch das Jugendamt in Obhut zu nehmen. Das Jugendamt hat dann nach § 42 Abs. 2 S. 3 SGB VIII auch für die Krankenhilfe zu sorgen.

Ausnahmefall nach alter Rechtslage

Die Bundesländer Bremen und Hamburg hatten bereits vor dem Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz von der Möglichkeit des § 264 Abs. 1 SGB V Gebrauch gemacht und die gesundheitliche Versorgung während der ersten 15 Monate den Gesetzlichen Krankenversicherungen übertragen. Die Asylbewerber konnten so unmittelbar bei dem Arzt vorstellig werden, ohne zuvor einen Behandlungsschein einholen zu müssen.

Das änderte an der Kostentragungspflicht der Kommunen nichts. Die Abrechnung erfolgte über die Kassen, die ihrerseits die erstatteten Beträge von den Kommunen als zuständige SHT zurückerlangten.

Neue Rechtslage durch Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz

Der Flickenteppich wird in Zukunft noch bunter werden. Der Gesetzgeber hat in § 264 Abs. 1 S. 2 SGB V Rahmenvereinbarungen wie in Bremen und Hamburg nicht flächendeckend zur Pflicht gemacht. Vielmehr sind solche Vereinbarungen nunmehr dann zu schließen, wenn ein Bundesland dies von den jeweiligen Krankenkassen verlangt und sich die Vereinbarungen

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2020

mindestens auf die Landkreise und die kreisfreien Städte erstrecken.

Die Länder Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein haben bereits mit jeweils acht Krankenversicherungen kurz vor Inkrafttreten des neuen Gesetzes Rahmenvereinbarungen nach dem Vorbild Hamburgs und Bremens geschlossen. Beide Vereinbarungen traten zum 01. 01. 2016 in Kraft.

Die Vereinbarung in Nordrhein-Westfalen ist für die Krankenversicherungen noch ausdrücklich freiwillig und sieht ein Bei- und Austrittsrecht der Kassen vor. Das ist mit Gesetzesnovelle überholt. In NRW wie auch in Schleswig-Holstein werden für die Abrechnung damit grundsätzlich die Krankenkassen selbst Ansprechpartner für die Zahnärzte sein.

Auch das gilt aber nicht ausnahmslos. Denn der Beitritt der einzelnen Kommunen wird in Nordrhein-Westfalen wie auch im übrigen Bundesgebiet in jedem Fall freiwillig bleiben. Die Kommunen zur Teilnahme zu zwingen, wird wegen deren Selbstverwaltungsrecht generell nicht möglich sein, wie auch die Bundesregierung in der Begründung zum Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz (S. 87 des Regierungsentwurfs) betont. Das Landesgesundheitsministerium NRW hat sich zumindest verpflichtet, die teilnehmenden Kommunen auf seiner Internetseite zu veröffentlichen und regelmäßig zu aktualisieren.

Behandlung im Einzelnen

Grundsätzlich gilt: Asylbewerber haben wie jeder Patient Anspruch auf dem geltenden zahnärztlichen Standard entsprechende Behandlung sowie das Recht auf ausreichende Aufklärung. Ihr Anspruch auf Leistungen ist aber verglichen mit gesetzlich Versicherten nach Maßgabe der §§ 4, 6 AsylbLG eingeschränkt.

Aufklärung vor der Behandlung im Fall von Sprachbarrieren

Für die Aufklärung und sonstige Informationen ist bei mangelnden oder fehlenden Deutschkenntnissen grundsätzlich ein Dolmetscher zuzuziehen. Ob es an Deutschkenntnissen mangelt, ist vorab durch Befragung festzustellen. Die KZV Westfalen-Lippe hat einen Fragebogen in insgesamt 15 Sprachen entworfen (**https://www.zahnaerzte-wl.de/aktuelles/1510-zahnmedizinische-behandlung-von-fluechtlingen-und-asylbewerbern.html**).

Zumindest für Notfälle hat die KZV W-L einen Fragebogen zur Erstanamnese auf ihrer Internetseite in ca. 15 Sprachen veröffentlicht. Fehlt es an sprachkundigen Verwandten oder Freunden, muss ein Dolmetscher zugezogen werden. Vor der Zuziehung muss man sich als Zahnarzt gegenüber dem Dolmetscher von der Schweigepflicht entbinden lassen. Die Kosten des Dolmetschers werden allerdings weder von den Kommunen noch den Krankenversicherungen übernommen. Als Service bietet der FVDZ seinen Mitgliedern einen Dolmetscherservice für Menschen aus dem arabisch- und kurdischsprachigen Raum an (Details unter dem Link: **http://www.fvdz.de/details/fvdz-richtet-dolmetscher-hotline-ein-6855.html**).

Welche Leistungen sind im Einzelnen abrechenbar?

Entscheidend ist, dass die Behandlungsbedürftigkeit akut oder schmerzbedingt, einschließlich chronischer Schmerzen, ist. In diesem Rahmen sind die notwendigen Behandlungen zulasten der Kostenträger zu erbringen.

Welche Leistungen das im Einzelnen sind, ist juristisch umstritten. Eine bundeseinheitliche Regelung fehlt. Eindeutig ist nur der Wille des Bundesgesetzgebers, dass der Leistungsumfang gegenüber gesetzlich Versicherten eingeschränkt ist.

Die oben zitierten Vereinbarungen in NRW und Schleswig-Holstein enthalten Anlagen, die den abrechenbaren Leistungsumfang näher bestimmen sollen. Auch dabei wird die Entscheidung aber im Einzelfall auf die Krankenkassen übertragen. Die Anlage in NRW enthält aber zumindest eine Negativliste. Nicht erstattungsfähig ist danach grundsätzlich insbesondere die Neuversorgung mit Zahnersatz. Das entspricht den Empfehlungen der Bundeszahnärztekammer, die die Versorgung mit Zahnersatz nur im Falle der Unaufschiebbarkeit für erstattungsfähig hält. Die KZV Bayerns hat mit ihrem Rundschreiben Nr. 6 im Mai 2015 eine sog. Positivliste mit erstattungsfähigen Leistungen für Asylbewerber versandt.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2020

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (SpiBuKK) ist durch das Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz verpflichtet worden, mit den kommunalen Spitzenorganisationen Rahmenvorgaben zu machen. Diese sind bisher nicht umgesetzt. Im Zweifel bleibt bis auf Weiteres nichts anderes übrig, als mit der zuständigen KZV oder Kammer vorab Rücksprache zu nehmen.

Mit welchem Kostenträger ist die Behandlung abzurechnen?

Der Föderalismus und die kommunale Selbstverwaltung bedingen wie bereits geschildert einen Flickenteppich. Selbst wenn alle Länder eine Rahmenvereinbarung mit den Krankenkassen schließen würden, wäre wegen der Entscheidungshoheit der Kommunen nicht gesichert, dass die Abrechnung direkt mit den Krankenkassen erfolgt.

Wenn eine Rahmenvereinbarung vorhanden ist

Ist eine Vereinbarung im jeweiligen Bundesland vorhanden und die Kommune, in der sich die Niederlassung des Zahnarztes befindet, beigetreten, hat der Asylbewerber eine auf 15 Monate befristete elektronische Gesundheitskarte (eGK) bzw. bis zu deren Erstellung ein Übergangsdokument erhalten. Dann ist grundsätzlich mit der Kasse direkt oder (wie etwa in Berlin und Bayern) der KZV abzurechnen, die sich ihre Aufwendungen wiederum von den Kommunen erstatten lassen. Die Leistungen gehen »zulasten der Kommunen«, sind mithin grundsätzlich weder budgetwirksam noch werden sie bei der Degressionsberechnung berücksichtigt. Die Leistungen sollen nach Auskunft der KZV Berlin auch nicht Gegenstand der Auffälligkeitsprüfungen werden.

Der Status als Asylbewerber und die daraus folgende Leistungsbeschränkung soll gemäß § 291 Abs. 2 S. 3 SGB V ab 01. 11. 2016 aus der Karte ersichtlich sein, bis dahin soll eine Übergangsregelung geschaffen werden, durch die der Status sichtbar wird. Diese Regelung liegt bisher nicht vor.

Wenn keine Rahmenvereinbarung vorhanden ist oder eine Kommune der Vereinbarung nicht beigetreten ist

Diese Kommunen werden weiterhin nach dem alten Verfahren arbeiten, d. h. als SHT Behandlungsscheine ausstellen. Die aufgrund der im Schein beschriebenen Schmerzen oder sonstigen Dringlichkeit notwendige Behandlung kann dann direkt zulasten der Kommunen abgerechnet werden.

RA Michael Lennartz

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2020

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2020

2.1.14. Inflation und die Zahnarztpraxis: Das sollten Sie jetzt tun



Strom, Tanken, Mieten, Baukosten – rasant steigen die Preise. Wo soll das noch hinführen? Und was bedeutet das für die Zahnarztpraxen? Vor allem eines: Sie sollten handeln. solvi erklärt, was für Sie wichtig ist.

Die gute Nachricht vorweg: Auch wenn die Preise in Deutschland in einem Tempo steigen, wie seit Jahrzehnten nicht mehr, dürfte das die wenigsten Zahnarztpraxen in den Ruin treiben. Wer bisher ordentlich gewirtschaftet hat, wird auch die hohe Inflation überstehen.

Das heißt aber nicht, dass Praxen einfach so weitermachen können wie bisher. Denn die starken Preissteigerungen werden uns noch eine ganze Zeit lang begleiten – und sie werden sich auf mehreren Ebenen in den Zahnarztpraxen auswirken. Wichtig ist deshalb, dass Sie jetzt einige Anpassungen vornehmen.

Die Inflation wirkt sich auf direktem und indirektem Wege in der Zahnarztpraxis aus. Direkte Effekte sind die, die sofort auf Verbraucher:innen durchschlagen, weil die Hersteller ihre gestiegenen Kosten direkt weitergeben. In der Praxis sind das zum Beispiel die Energiekosten und Teile der Materialkosten. Bei den Materialkosten sollten die Preise für die weiter berechneten Materialien zeitnah neu kalkuliert werden, um den Preisanstieg aufzufangen.

Hinzu kommen indirekte Effekte, die mit Verzögerung in der Praxis ankommen. Geräteherstellern und Dienstleistern zum Beispiel machen die hohen Energiekosten, der Rohstoffmangel sowie stark steigende Lohnkosten ebenfalls zu schaffen. Sie werden im weiteren Jahresverlauf zwangsläufig ihre Preise anheben müssen.

Und Sie sollten bedenken, dass die Inflation die Kaufkraft Ihrer Mitarbeiter:innen und Patient:innen schwächen wird. Was heißt das nun? Was können Sie tun? Hier unsere wichtigsten Tipps:

Inflation: Unsere wichtigsten solvi-Tipps

1. Werden Sie aktiv!
Laut dem jüngsten Medizinklimaindex der Stiftung Gesundheit sagten 40 % der Befragten, sie rechneten mit einer Verschlechterung ihrer wirtschaftlichen Lage. Tatsächlich wird die Inflation auf Einnahmen und Kosten in den Praxen Druck ausüben. Dagegen sind Sie aber nicht machtlos. Setzen Sie der Lage proaktiv Ihre Maßnahmen entgegen.

2. Spüren Sie systematisch Sparpotenzial auf
Angesichts des rasanten Preisanstiegs ist es besonders wichtig, dass Sie Ihre Kosten genau im Blick behalten, nicht notwendige Verträge kündigen und unnötige diskretionäre Ausgaben vermeiden. Wo haben sich Abos oder Gewohnheiten eingeschlichen, die überflüssige Kosten produzieren? Worauf können Sie verzichten? Lohnt es sich, bei dem einen oder anderen Posten den Anbieter zu wechseln? Durchforsten Sie Ihre Praxis – fast jede setzt mit der Zeit eine Luxusschicht an, ohne es noch groß zu bemerken.

3. Geben Sie die Preissteigerungen weiter
Insbesondere gilt das für die Materialkosten, bei denen sich die Inflation schnell und direkt niederschlägt. Denken Sie daran, die Materialpreise in der Abrechnung konsequent zu aktualisieren, sonst blüht Ihnen dort eine unangenehme Überraschung.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

4. Binden Sie Ihre Mitarbeiter:innen ein

Holen Sie Ihr Team mit ins Boot, erklären Sie ihm, was die Inflation für Ihre Zahnarztpraxis bedeutet – und fragen Sie Ihre Mitarbeiter:innen, wo sie Sparpotenzial sehen. Sie werden staunen, was Ihre Leute alles im Blick haben und wie viele Ideen aus dem Arbeitsalltag des Teams zusammenkommen. Vielleicht möchten Sie ja besonders gute Ideen auch belohnen?

5. Zahlen Sie Ihren Mitarbeiter:innen mehr Gehalt

Ja, Sie lesen richtig: Trotz Ihrer eigenen steigenden Belastung sollten Sie gerade jetzt über die Gehälter Ihres Teams nachdenken, denn bei Ihren Mitarbeiter:innen wirkt sich die Inflation mit großer Wahrscheinlichkeit scharf aus. Wer mit seinem Einkommen bisher immer gerade so eben Miete, Essen, Strom und Fahrtkosten bezahlen konnte, hat jetzt ein echtes Problem – und das wird bleiben. Mitarbeiter:innen aber, die finanziell nicht mehr über die Runden kommen, werden sich über kurz oder lang einen besser bezahlten Job suchen. Schlicht, weil sie es müssen. Und der Fachkräftemangel macht es möglich.

6. Sprechen Sie mit Ihren Patient:innen

Auch die meisten Ihrer Patient:innen werden die Inflation spüren und sich möglicherweise privat zu bezahlende Behandlungen erst mal sparen. Trotzdem sollten Sie Ihre Honorare neu kalkulieren und anpassen, da in Behandlung, Prophylaxe und Eigenlabor die Lohn- und Materialkosten steigen. Kommunizieren Sie Ihren Patient:innen das ganz offen und erklären Sie den Hintergrund. Sie können auch kreative Wege gehen: Ihre Patient:innen scheuen vor der Ausgabe für eine größere Versorgung zurück? Vielleicht würde ja eine Ratenzahlung helfen.

7. Planen Sie langfristig und achten Sie auf effiziente Abläufe

Die aktuelle Inflation ist gleichzeitig ein Ausnahmezustand und ein Phänomen, das vorerst bleiben wird. Niemand weiß, wie lange. Deshalb sollten Sie sich in Ihrer Planung darauf einstellen und nicht im Ausnahmezustand verharren oder auf Hilfen aus der Politik hoffen. Handeln Sie: Machen Sie Ihre Praxis fit, optimieren Sie Ihre Arbeitsabläufe, bauen Sie Ihren Finanzpuffer auf, und rechnen Sie drei Szenarien durch: unter der Annahme, dass die Preise auf dem aktuellen Niveau bleiben, dass sie leicht steigen oder dass sie weiter stark steigen. So bleiben Sie flexibel und überstehen auch harte Zeiten.

Wenn Sie Ihre Praxis besser verstehen und Potenziale bei Umsatz oder Kosten heben wollen, lassen Sie sich professionell beraten (www.solvi.de)! Finanztipps finden Sie auch im Praxishandbuch des FVDZ und im solvi-Podcast »Aufgebohrt«.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

2.1.15. Eine für alle – alle für eine?

Elektronische Patientenakte. Die »ePA für alle« soll in den Modellregionen Hamburg und Franken am 15.01.2025 starten. Läuft dort alles nach Plan, soll vier Wochen später der bundesweite Rollout stattfinden. Verbieten sich damit alle Kontroversen?

Teils unerwünscht, aber vor allem unbekannt

Versicherte in der gesetzlichen Krankenkasse, inzwischen auch manche privat Versicherten, erhalten seit 2021 eine elektronische Patientenakte (ePA) auf Anfrage. Das tun allerdings nur wenige: Allein etwa 1 % der gesetzlich Versicherten nutzt die ePA nach Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Das möchte die Bundesregierung ändern. Deshalb soll von 2025 an für die gut 74 Millionen gesetzlich Versicherten automatisch von ihren Krankenkassen eine »ePA für alle« bereitgestellt und auch automatisch befüllt werden – wenn die Versicherten nicht aktiv widersprechen (Opt-out). Grundlage der »ePA für alle« sind das Digital-Gesetz (DigiG) und das Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG), die beide am 14.12.2023 vom Bundestag verabschiedet worden waren und vom Bundesrat am 02.02.2024 beschlossen wurden.

Die »ePA für alle« soll in den Modellregionen Hamburg und Franken am 15.01.2025 starten; diese Pilotierungsphase ist mit vier Wochen Dauer geplant. Erst danach ist ein bundesweiter Rollout vorgesehen. Sebastian Zilch, Unterabteilungsleiter im Bundesministerium für Gesundheit (BMG), sagt allerdings einschränkend laut dem Ärztenachrichtendienst (änd): »Wenn wir nach den vier Wochen feststellen sollten, dass es noch nicht an dem Punkt ist, dass es deutschlandweit skaliert werden kann, dann wird es das auch nicht. Wenn wir tatsächlich gut durch den Test kommen, können wir bundesweit skalieren.«

Nicht alles muss rein

Wann auch immer der bundesweite Startschuss fällt: Vom BMG ist vorgesehen, dass die ePA mit vertrags(zahn-)ärztlichen Pflichten verbunden ist, ein Verstoß ist gesetzlich mit Sanktionen belegt – das heißt, ein Opt-out gibt es nur für gesetzlich Versicherte. Hingegen müssen Vertrags(zahn-)ärzte, Vertragspsychotherapeuten, Krankenhausärzte und Apotheker die ePA befüllen, mit aktuellen Arztbriefen, Daten zu Laborbefunden, Befunddaten aus bildgebender Diagnostik – und auf Wunsch des Patienten mit weiteren Daten zur aktuellen Behandlung, etwa mit ergänzenden Befunden, Diagnosen, Früherkennungsuntersuchungen, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen. Auf Daten, die stigmatisierend/diskriminierend wirken könnten (etwa zu psychischen Erkrankungen, sexuell übertragbaren Krankheiten oder Schwangerschaftsabbrüchen), müssen Mediziner Patienten hinweisen und mit ihnen erwägen, ob diese Daten in die ePA eingestellt werden; dem Einstellen von Genom-Daten muss der Patient gar schriftlich einwilligen.

Die ePA-Daten sollen zunächst nur im Inland genutzt werden, in einigen Jahren auch in allen übrigen Ländern der Europäischen Union (EU). Denn am 14.03. einigten sich die EU-Mitgliedstaaten, das EU-Parlament und die Europäische Kommission auf die Schaffung eines Europäischen Gesundheitsraums (European Health Data Space, EHDS). Neben einer länderübergreifenden Primärnutzung zur Patientenbehandlung legt der EHDS auch Kriterien für eine Sekundärnutzung fest: »In der EHDS-Verordnung werden die Voraussetzungen für die datenschutzkonforme Nutzung von Gesundheitsdaten für Patienten- und Produktsicherheit, Forschung, Innovation und Politikgestaltung geregelt. Forschende, Innovatoren, aber auch öffentliche Einrichtungen sollen zukünftig über ein europaweit einheitliches System einen Antrag auf die Nutzung von de-identifizierten, individuellen Gesundheitsdaten stellen können, um diese für bestimmte, gesetzlich festgelegte Zwecke zu nutzen.« So ist es auf der BMG-Website nachzulesen.

Große Mengen an Gesundheitsdaten sollen in Europa für die Wissenschaft, für Forschung und Entwicklung, verfügbar gemacht werden, etwa zu seltenen Erkrankungen, Krebs oder neuen Medikamenten, auch Datensätze, die bisher nicht (da zu klein, zu unvollständig) oder nur einmal genutzt wurden und die erst zusammengeführt aussagekräftig werden. Zugleich sollen auch Unternehmen und staatliche Einrichtungen auf die Datensätze zugreifen können.

Die EU-Kommission rechnet, über den EHDS ließen sich in einem Zeitraum von zehn Jahren rund 11 Mrd. € einsparen: 5,5 Mrd. € durch einen »besseren« Zugang und Austausch von Gesundheitsdaten und weitere 5,4 Mrd. € durch eine »bessere« Nutzung

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2024

von Gesundheitsdaten. Das BMG schätzt, die EHDS-Verordnung werde voraussichtlich im Herbst/Winter in Kraft treten, die Vorschriften seien dann nach zwei bis zehn Jahren umzusetzen.

Mannigfaltige Zwecke

Doch schon mit dem Start der »ePA für alle« im kommenden Jahr werden die darin gespeicherten Daten pseudonymisiert an das seit 2019 am Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) angesiedelte Forschungsdatenzentrum (FDZ) Gesundheit übermittelt (§ 363 SGB V), um sie nach § 303e SGB V für folgende Zwecke bereitzustellen: (sektorenübergreifende) Versorgungsverbesserung, Leistungsressourcen-Planung, »Unterstützung politischer Entscheidungsprozesse zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung«, öffentliche Gesundheit/Epidemiologie, Weiterentwicklung und Nutzenbewertung von Arzneimitteln sowie Medizinprodukten, Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, Hilfs- und Heilmittel, digitale Gesundheits- und Pflegeanwendungen sowie Systeme Künstlicher Intelligenz, Berichtspflichten, Verhandlung von Vergütungsbeträgen, Forschung, zudem Steuerungsaufgaben durch »die Kollektivvertragspartner« – womit, laut Aussage des BMG gegenüber dem DFZ, die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sowie die gesetzlichen Krankenkassen gemeint sind. Damit sind die Zwecke mannigfaltig, zugleich sehr vage formuliert, gleichwohl entsprechen sie den EU-Vorstellungen der Bereitstellung von Gesundheitsdaten für Staat, Industrie und Forschung, wobei Letztere als »wissenschaftliche Forschung zu Fragestellungen aus den Bereichen Gesundheit und Pflege, Analysen des Versorgungsgeschehens [!] sowie Grundlagenforschung im Bereich der Lebenswissenschaften« nur ein Zweck ist unter insgesamt zehn aufgeführten Zwecken des Forschungsdatenzentrums.

Anders als das medizinische Personal haben gesetzlich Versicherte eine Wahl. Sie können die »ePA für alle« akzeptieren oder ihr widersprechen, sobald sie von ihrer Krankenkasse über Einrichtung und Widerspruchsrecht (Opt-out) informiert werden; dafür haben sie sechs Wochen Zeit. Doch auch wer die Frist versäumt oder seine Meinung ändert, kann widersprechen. Versicherte können auch einzelnen mit der ePA verknüpften Vorhaben widersprechen (vgl. Kasten »Widerspruchsmöglichkeiten«).

Risiko der Identifikation

Problematik Pseudonymisierung: Nicht nur medizinisches Personal stellt etwa Befunde und Diagnosen in die ePA ein, auch die Krankenkassen ihre Versicherten-Leistungsdaten, beispielsweise Abrechnungsdaten mit Diagnosecodes. In einem komplexen Verfahren nach §§ 303 a bis f SGB V sollen die Kassen quartalsweise an den Spitzenverband der GKV (GKV-SV) als Datensammelstelle die Leistungsdaten übermitteln, jeweils mit einem »Versichertenpseudonym, das eine kassenübergreifende eindeutige Identifizierung erlaubt (Lieferpseudonym)«. Der GKV-SV soll die Daten prüfen und diese ohne Lieferpseudonym (stattdessen mit »Arbeitsnummer«) und pseudonymisierten Angaben zu den Leistungserbringern an das FDZ transferieren. Parallel sollen die Daten mit Lieferpseudonym und Arbeitsnummer übermittelt werden an eine Vertrauensstelle – und damit, laut Aussage des BMG gegenüber dem DFZ, gemäß § 2 Datentransparenzverordnung (DaTraV) an die Vertrauensstelle am Robert Koch-Institut (RKI). Die Vertrauensstelle soll anschließend die Lieferpseudonyme in »periodenübergreifende Pseudonyme« überführen und mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) ein »schlüsselabhängiges Verfahren zur Pseudonymisierung« gestalten, sodass »für das jeweilige Lieferpseudonym eines jeden Versicherten periodenübergreifend immer das gleiche Pseudonym erstellt wird, aus dem Pseudonym aber nicht auf das Lieferpseudonym oder die Identität des Versicherten geschlossen werden kann«. Die Liste der Pseudonyme soll dem FDZ übermittelt werden, im Anschluss sollen Lieferpseudonyme, Arbeitsnummern und Pseudonyme gelöscht werden. Das FDZ soll das »spezifische Reidentifikationsrisiko« bewerten, dieses »unter angemessener Wahrung des angestrebten wissenschaftlichen Nutzens durch geeignete Maßnahmen minimieren« und die Daten nach 100 Jahren löschen (vgl. DFZ 5/2023).

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2024

Widerspruchsmöglichkeiten
Welche Daten die ePA enthält und wer darauf zugreifen kann – das entscheidet der Versicherte. Er hat jederzeit die Möglichkeit, in der ePA-App oder über die Ombudsstelle seiner Krankenkasse Befugnisse festzulegen.

Per ePA-App sind folgende Anpassungen möglich:
- Widerspruch gegen die Bereitstellung der ePA (gesamthaft)
- Widerspruch gegen das Einstellen von Daten der Krankenkassen (nach § 350 SGB V)
- Widerspruch gegen einen bestimmten Anwendungsfall der ePA, zum Beispiel den Medikationsprozess
- Widerspruch gegen die Bereitstellung von ePA-Daten für Forschungszwecke (gesamthaft oder bezogen auf bestimmte Zwecke)
- Widerspruch gegen den Zugriff einer Arztpraxis generell auf die ePA
- Widerspruch gegen den Zugriff einer Arztpraxis auf bestimmte Dokumente oder Daten eines Anwendungsfalls der ePA
- Anpassung der Dauer der Zugriffsberechtigung auf die Dokumente der ePA (1 Tag bis unendlich)
- Verbergen von Dokumenten oder Anwendungsfällen der ePA (gilt immer gesamthaft und kann nicht auf einzelne Arztpraxen bezogen werden)
- Löschen von Dokumenten oder eines kompletten Anwendungsfalls der ePA (Beispiel Medikationsprozess: Der Versicherte kann einzelne Daten oder einen Eintrag aus einem Medikationsplan nicht löschen, den gesamten Medikationsplan jedoch schon.)

Über die Ombudsstelle der Krankenkasse sind folgende Anpassungen möglich:
- Widerspruch gegen einen bestimmten Anwendungsfall der ePA, zum Beispiel den Medikationsplan
- Widerspruch gegen die Bereitstellung von ePA-Daten für Forschungszwecke (gesamthaft oder bezogen auf bestimmte Zwecke)
- Widerspruch gegen den Zugriff einer Arztpraxis generell auf die ePA

Quelle: KBV – Die elektronische Patientenakte ab 2025: Basisinformationen zu Aufgaben, Pflichten und Zugriffsrechten

Vertrauensstelle nicht unproblematisch

Demnach soll das FDZ als Weiterentwicklung des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) unter Einbeziehung der RKI-Vertrauensstelle auf Antrag pseudonymisierte Gesundheitsdaten zur Verfügung stellen – in einer »sicheren Verarbeitungsumgebung« für die Verknüpfung von Datensätzen aus unterschiedlichen Quellen. Diese »strukturierten Daten« sind nach Auffassung des BMG nötig, um auch Künstliche Intelligenz (KI) für Prävention, Diagnose und Behandlung nutzen zu können.

Im ersten Schritt stelle das FDZ »voraussichtlich ab Anfang 2025« auf Antrag Abrechnungsdaten der gesetzlich Versicherten zur Verfügung; »voraussichtlich ab Sommer 2025« auch die ePA-Daten, erläutert das BfArM dem DFZ. Künftig sollen zudem Daten des FDZ verknüpft werden mit Daten der klinischen Krebsregister. Dafür soll eine Datenzugangs- und Koordinierungsstelle für Gesundheitsdaten am BfArM eingerichtet werden. Sie soll im Rahmen des EHDS als nationale Datenzugangsstelle fungieren, europaweit verknüpft mit anderen nationalen Datenzugangsstellen. Bei der Verknüpfung und Verarbeitung der Daten auf dieser Ebene soll abermals die RKI-Vertrauensstelle mitwirken (§ 4 GDNG).

Einwände gegen die Vertrauensstelle hatte indes die Zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer (BÄK) schon Ende 2022 vorgetragen. Ihrer Auffassung nach müsse diese auch »Aufsichts-, Transparenz- und Rechenschaftspflichten« erfüllen. Auch der unbequeme ehemalige Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI), Prof. Ulrich Kelber (SPD), dem von der Ampelkoalition eine zweite Amtszeit verwehrt wurde, äußerte sich 2023, als er noch Bundesdatenschützer war, kritisch: Er plädiere für eine unabhängige Stelle, die Daten pseudonymisiere, und eine Stelle, die nicht selbst forsche, aber den Schutz, die Zugriffsrechte und das Forschungsinteresse kläre, sagte er beim Forum Bioethik. Hingegen sind sowohl das RKI als auch das BfArM, an dem das FDZ angesiedelt ist, dem BMG nachgeordnete Behörden; und der GKV-SV hat als Körperschaft des öffentlichen Rechts gesetzliche Aufgaben zu erfüllen.

GFF klagt
Gegen die pseudonymisierte Speicherung der vom GKV-SV an das FDZ transferierten Gesundheitsdaten klagt die Gesellschaft für Freiheitsrechte (GFF) mit der Informatikerin Constanze Kurz vom Chaos Computer Club (CCC) und einer Person, die an einer seltenen Erkrankung leidet. Die GFF tritt nicht allein ein für ein Widerspruchsrecht gegen die Datenverarbeitung, sie will eine Anonymisierung der Daten erwirken auf einem Niveau, das eine Profil-Zuordnung unmöglich machen soll. Das Verfahren vor dem Sozialgericht Berlin sei ruhend gestellt, da immer noch kein Sicherheitskonzept des FDZ vorliege, teilt die GFF auf DFZ-Anfrage mit. Was sagt das BfArM dazu? Das FDZ befinde sich noch im Aufbau, das Sicherheitskonzept werde parallel entwickelt und »zum Livegang des FDZ fertiggestellt sein«, lautet die Antwort an den DFZ.

Das Verwenden anonymisierter statt pseudonymisierter Gesundheitsdaten für Forschungszwecke wird prinzipiell auch von der Wissenschaft präferiert; dazu zählen die BÄK-Ethikkommission und der Wissenschaftsrat (WR), zwei prominente Stimmen. So hält der WR 2022 fest: »Auch wenn der Gesetzgeber den Zugang zu personenbezogenen Daten – entweder mit Einwilligung oder in pseudonymisierter Form – ermöglicht und erleichtert, empfiehlt der Wissenschaftsrat den Forschenden grundsätzlich, wo immer sinnvoll und möglich[,] Verfahren der Anonymisierung sensibler Daten einzusetzen. Dies entspricht auch den einschlägigen Forschungsklauseln im Bereich der Gesundheitsforschung.«

Das Dilemma ordnet Prof. Dr. Fabian Prasser ein, er ist Leiter der Abteilung für Medizininformatik am Center of Health Data Sciences am Berlin Institute of Health (BIH) der Charité: »Generell ist die Zusammenführung von Daten am FDZ in pseudonymisierter Form sinnvoll. Die Pseudonymisierung erlaubt es, Daten zu verknüpfen über den Ort und über die Zeit hinweg, um erst einmal die Grundlage dafür zu schaffen, übliche Forschungsfragestellungen beantworten zu können. Das passiert aber innerhalb stark abgesicherter und nicht für die Forschung zugängiger Bereiche. Anonymisierungsverfahren sind dann sinnvoll, wenn Sie Teile dieses Datenbestands fragestellungsspezifisch für einzelne Personen oder für einzelne Forschende öffnen, da haben Sie ja dann bereits die Daten longitudinal zusammengeführt und können jetzt einzelne Informationen wieder entfernen oder verändern. Allerdings haben Sie dabei wieder die Herausforderung, dass Sie den Schutz und die Nützlichkeit abwägen müssen. Grundsätzlich ist es so, dass Sie eine vollständige Anonymisierung – die garantiert, dass überhaupt kein Risiko, auch kein theoretisches besteht – nicht erreichen können, ohne alle Daten zu löschen. Jede Information über eine Person kann für eine Reidentifizierung zumindest theoretisch genutzt werden.«

Die Wege der Abrechnungsdaten
Problematik Krankenkassen: Versicherte haben zwar ein Widerspruchsrecht hinsichtlich der Übertragung von Leistungsdaten der Krankenkassen in die ePA (§ 350 SGB V; vgl. Kasten »Widerspruchsmöglichkeiten«), auch hinsichtlich der Weiterleitung der ePA-Daten an das FDZ – allerdings nicht hinsichtlich der von der ePA unabhängigen Übermittlung der Leistungsdaten der Krankenkassen an den GKV-SV. Dieser führt die Daten der einzelnen Kassen zusammen, prüft auf Vollständigkeit, Plausibilität, Konsistenz, klärt Auffälligkeiten mit der liefernden Stelle und übermittelt anschließend diese Daten an das FDZ sowie an die RKI-Vertrauensstelle (§ 303b SGB V). Die Regelung sei 2019 mit dem Digitale-Versorgungs-Gesetz in das SGB V aufgenommen worden, informiert die BÄK den DFZ. Folglich – ob ePA-Widerspruch oder nicht – werden die Leistungsdaten der Krankenkassen an das FDZ transferiert.

Position der freien Ärzteschaft
Wir lehnen die »ePA für alle« ab. Statt zu einer Zeitersparnis wird sie zu einem Zeitverlust der Ärztinnen und Ärzte führen. Doppeluntersuchungen werden nicht vermieden, kein einziges Röntgen- und kein CT-Bild wird abgelegt werden können beim derzeitigen Speichervolumen von 25 MB. Medikamentenwechselwirkungen werden auch heute schon mit Hilfe der Praxisverwaltungsprogramme vor allem von Haus- und Fachärzten festgestellt.

Das Schlimmste aber ist, dass künftig allein das Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte etwa beim Einlösen eines E-Rezeptes in der Apotheke ausreicht, damit die Mitarbeiter der Apotheke Zu-

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2024

griff auf Arztbriefe der ePA erhalten – drei Tage, automatisiert voreingestellt. Zugriff haben auch Kliniken, Physiotherapiepraxen, ambulante und stationäre Pflegedienste – gar 90 Tage, automatisiert voreingestellt. Das hat nichts mehr mit ärztlicher Schweigepflicht zu tun, diese ist aber immer noch Grundlage unserer Berufsordnung und auch des Strafgesetzbuches. Angesichts dieser Zugriffsrechte von rund zwei Millionen Mitarbeitern im Gesundheitswesen wird auch die informationelle Selbstbestimmung des Patienten ad acta gelegt.

Wer als Versicherter der ePA nicht widerspricht, über ein aktuelles Handy verfügt sowie über die ePA-App der eigenen Kasse, kann auch selbst die eigene Akte »managen«, Daten einfügen oder löschen, Zugriffsrechte verteilen oder löschen. Leider sind große Teile der Bevölkerung, und das sind die mit den meisten Krankheitsdaten, dazu nicht unbedingt in der Lage. Sie werden eine zentrale Datenspeicherung aller Krankheitsdaten erleben, die dann weitestgehend für jede Art von Forschung genutzt werden können – das heißt, ohne dass die Daten im Einzelfall mit einer echten informierten Entscheidung des Patienten freigegeben werden; und ohne jede Sicherheit darüber, was von dem, das in der Sprechstunde oder in der Klinik preisgegeben wurde, gespeichert wird und wer darauf zugreifen kann.

Lauterbach meint, Deutschland würde mit den neuen Datenbergen zum »Forschungsweltmeister« werden. Doch wird selbst in der Wissenschaft gezweifelt, dass diese Versorgungsdaten für wissenschaftliche Fragestellungen in jedem Fall geeignet sind.

Wir als FÄ informieren unsere Patienten vorab über die »ePA für alle« und die Möglichkeit des Widerspruchs; eine Initiative aus Patienten- und Datenschützern, Informatikern, Psychotherapeuten und Ärzten arbeitet an dem Thema: https://widerspruch-epa.de/

Diese »erlaubten Datenanalysen mit Abrechnungsdaten zu Forschungszwecken«, wie das BfArM es nennt, sind auch verankert im § 27 des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), wonach die Verarbeitung personenbezogener Daten auch ohne Einwilligung der betroffenen Personen »für wissenschaftliche oder historische Forschungszwecke oder für statistische Zwecke« zulässig ist. So wurden, nach Auskunft des BfArM gegenüber dem DFZ, seit 2013 Abrechnungsdaten aus dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) über das für dieses Verfahren »originär« zuständige Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) und über die GKV pseudonymisiert übermittelt an das DIMDI, wo sie aufbereitet und bereitgestellt wurden. Diese Abrechnungsdaten würden zwar weiterhin nach § 3 DaTraV »lückenlos« geliefert, allerdings nicht genutzt, da das 2019 am BfArM gegründete FDZ als »Weiterentwicklung« des DIMDI diese Datenanalysen übernehmen soll, wenn es arbeitsfähig ist.

»Empfehlung« der Kassen

Demnach transferieren die Krankenkassen seit 2013 Gesundheitsdaten ihrer Versicherten über die GKV an eine Datenaufbereitungsstelle (DIMIM/FDZ) für »wissenschaftliche/statistische Zwecke«. Jetzt sollen auf Grundlage des GDNG die Kassen diese Daten auch in die ePA übertragen. Nicht nur das ist neu. Zusätzlich sollen die Kassen zum »Gesundheitsschutz« Versichertendaten auswerten zu folgenden Zwecken: »Erkennung seltener Erkrankungen, Krebserkrankungen, Gesundheitsgefährdungen durch Arzneimitteltherapie, noch nicht festgestellter Pflegebedürftigkeit, ähnlich schwerwiegender Gesundheitsgefährdungen oder von Impfindikationen nach § 20 Abs. 2 des Infektionsschutzgesetzes«. Sofern eine »konkrete Gesundheitsgefährdung, das Risiko einer Erkrankung oder Pflegebedürftigkeit oder das Vorliegen einer Impfindikation identifiziert wird«, erhält der Versicherte eine »Empfehlung« – oder er widerspricht zuvor der Auswertung (§ 25b SGB V).

Ombudsstellen der Kassen

Auch sollen die Kassen »Ombudsstellen« einrichten, damit ein Widerspruch gegen die ePA eines zugriffsberechtigten Versicherten »durchgesetzt wird« – zugleich sollen die Ombudsstellen aber auch »Versicher-

te bei allen Fragen und Problemen bei der Nutzung der elektronischen Patientenakte beraten« (§ 342a SGB V). Verbraucherschützer und gematik verlautbaren unisono, die Krankenkassen hätten keinen Zugriff auf die Daten der ePA, könnten darin nicht lesen. Die gematik nennt das »Schreibrecht« im Unterschied zu einem »Leserecht« – das es gleichwohl nicht gibt, denn wenn der Patient eine Praxis für den ePA-Zugriff berechtigt, kann der (Zahn-)Arzt Dokumente in der ePA nicht allein lesen, sondern auch speichern.

Indes haben Krankenkassen neben dem Erheben, Übermitteln, Einstellen – und Auswerten von Leistungsdaten für ihre Versicherten-»Empfehlungen« von 2025 an auch die Aufgabe, für ihre Versicherten innerhalb von 24 Monaten zweimal bis zu zehn ältere Dokumente für die ePA zu digitalisieren (§ 350a SGB V). Ohne Lesen? Für das Einstellen der Dokumente reichten die für die Kassen vorgesehenen Schreibrechte aus, antwortet der GKV-SV dem DFZ. Wie aber ist mit Papierdokumenten umzugehen? In diesem Fall müssten die Kassen diese Dokumente »gegebenenfalls per Scanner« digitalisieren, »also außerhalb der ePA«, heißt es. Hingegen erhielten die Ombudsstellen eigene Identitäten, welche die technisch erforderlichen Zugriffe auf die ePA umfassten. Folglich können sowohl die Krankenkassen vom Versicherten ausgewählte Dokumente für die ePA »lesen«, gleichfalls die Ombudsstellen der Kassen in der ePA, da sie Zugriffsrechte erhalten, um Versicherte etwa über Protokolldaten zu informieren.

Wie jeder Zugriff werden auch Zugriffe der Ombudsstellen in der ePA dokumentiert. Die gematik hält fest: »Durch die Funktionalität ›Protokolle einsehen‹ wird jede Transaktion innerhalb der ePA dokumentiert, sodass der Patient sieht, wer und zu welcher Zeit etwas hochgeladen, heruntergeladen oder gelöscht hat.« Auch derjenige, der in der ePA lese, werde protokolliert, da es für das Lesen eines Dokuments nötig sei, dieses herunterzuladen; »erst dieser Vorgang erzeugt einen Eintrag im Protokoll«, teilt die gematik dem DFZ mit.

Interoperabilität

Um dem politischen Willen nachzukommen, sollen Vertrags(zahn-)ärzte für das Befüllen der ePA und das geforderte Datenmanagement ihr Praxisverwaltungssystem (PVS) mit einem Modul für die ePA aufrüsten (Softwareversion 3.0); alle Kosten sollen mit der seit Juli 2023 bestehenden Finanzierungspauschale zur Telematikinfrastruktur (TI) abgegolten sein, informiert die KBV. Und das bis zum ePA-Start. So weit die Theorie.

Knackpunkt ist indes das Kompetenzzentrum für Interoperabilität im Gesundheitswesen (KIG), eine Weiterentwicklung der Koordinierungsstelle bei der gematik. Sie soll die Interoperabilität (IOP) zwischen den ePA- und PVS-Systemen »im Einvernehmen« mit der gematik sicherstellen (§ 355 SGB V). Doch ist das für IOP-Zertifizierungen der PVS-Systeme zuständige KIG erst im Aufbau, bemerkt die KZBV. Wann wird es arbeitsfähig sein? Die gematik sagt dem DFZ, das KIG arbeite derzeit an den Prozessen zu den neuen gesetzlichen Aufgaben wie etwa der »Konformitätsbewertung«. Aufgrund dieser unabgeschlossenen Prozesse moniert die KZBV, die für Zertifizierungsverfahren der IOP erforderliche Rechtsverordnung liege erst im Entwurf vor, die Geschäfts- und Verfahrensordnung des KIG existiere noch nicht. Vorgesehen war gleichwohl nach dem Digital-Gesetz (DigiG), das nur noch bis Ende 2024 in Kraft ist, dass PVS-Hersteller bis dahin ihre Produkte an die IOP-Vorgaben angepasst und die Zertifizierungsverfahren durchlaufen haben sollten, um ihre Produkte weiter anbieten zu dürfen. Gegengesteuert werden soll nun über einen Mitte Juli von der Bundesregierung vorgelegten Kabinettsentwurf zur Schaffung einer Digitalagentur für Gesundheit (Gesundheits-Digitalagentur-Gesetz GDAG). Doch wann ist mit einer Rechtsverordnung sowie Geschäfts- und Verfahrensordnung des KIG zu rechnen? Die Rechtsverordnung liege in BMG-Hoheit und werde überarbeitet; sobald das BMG diese veröffentliche, werde seitens des KIG die Geschäfts- und Verfahrensordnung aktualisiert und veröffentlicht. Beides solle »noch 2024 erfolgen«, erklärt die gematik.

Dieser enorme Zeitdruck wäre für (kleinere) PVS-Hersteller existenzbedrohend und für Praxen könnte er bedeuten, auf ein neues PVS ausweichen zu

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2024

müssen – wodurch ihnen Zeitaufwand und Kosten entstehen, gar ein Abrechnungsverbot drohen würde. Daher forderte die KZBV im Juni den Gesetzgeber auf, die durch das DigiG bedingten §§ 372 Abs. 3 und 386 SGB V zu ändern und damit die Regelung, wonach von 2025 an für Praxen gelten soll, für Abrechnungen nur »informationstechnische, von den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen bestätigte Systeme« einzusetzen sowie an Versicherte Gesundheitsdaten im »interoperablen Format« herauszugeben.

Das Problem einer fehlenden PVS-Konformitätsbescheinigung für Leistungserbringer solle nun entschärft werden, berichtet die Bundesärztekammer (BÄK) dem DFZ, da § 372 Abs. 3 im GDAG-Kabinettsentwurf lautet: »Vertragsärzte und Vertragszahnärzte können ihre vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Leistungen nur dann bei den Kassenärztlichen Vereinigungen abrechnen, wenn sie solche informationstechnischen Systeme einsetzen, die ein Konformitätsbewertungsverfahren nach § 387 erfolgreich durchlaufen haben, sofern für das eingesetzte System verbindliche Festlegungen nach § 385 Abs. 2 Satz 1 Nummer 1 gelten. Wird ein Zertifikat eines informationstechnischen Systems nach § 387 Abs. 4 Satz 2 oder 3 zurückgenommen oder widerrufen, so können Vertragsärzte und Vertragszahnärzte dieses System noch acht Monate nach Veröffentlichung der Rücknahme oder des Widerrufs der Zertifizierung auf der Plattform nach § 385 Abs. 1 Satz 2 Nummer 5 nutzen.« Entsprechend soll auch § 386 SGB V geändert werden.

Nach BÄK-Auffassung, bestätigt durch DFZ-Nachfrage beim BMG, werde so Rechtsklarheit geschaffen: Der Einsatz eines nach § 387 zertifizierten Systems ist nur erforderlich, wenn für diese Art eines informationstechnischen Systems verbindliche Festlegungen bestehen und die Frist für deren Umsetzung verstrichen ist. Die Rechtsfolge eines Abrechnungsverbots könne daher frühestens beim kumulativen Vorliegen dieser tatbestandlichen Voraussetzungen eintreten, sagt die BÄK. Leistungserbringern solle eine »Übergangszeit eingeräumt werden, sofern diese ohne Möglichkeit der eigenen Einflussnahme ein nicht-zertifiziertes System nutzen«, sagt das BMG. Ein »Element des Vertrauensschutzes« sei zu ergänzen, damit noch [acht Monate nach § 372 GDAG-Kabinettsentwurf, d. Red.] abgerechnet werden kann, wenn das genutzte System nicht über ein gültiges Zertifikat verfüge. Das sei sinnvoll, sagt Dr. Christian Öttl, Zahnarzt und Bundesvorsitzender des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte (FVDZ), denn: »Wenn eine Praxis kurz vor ePA-Start gezwungen würde, ihr PVS gegen ein zertifiziertes System einzutauschen, wäre das für die Praxis nicht nur mit nicht unerheblichen Kosten verbunden, es würde auch viel Zeit benötigt, in der Regel braucht es ein halbes bis ein Jahr, bis ein System implementiert ist und die Mitarbeiter geschult sind.« Indes würden sich fast alle der vom DFZ angefragten Unternehmen verschärften Bedingungen stellen: der Verband Deutscher Dental-Softwareunternehmen (VDDS) unter ihrer Vorsitzenden Sabine Zude, Dr. Markus Heckner, stellvertretender VDDS-Vorsitzender und DENS-Geschäftsleiter, Dr. Andrej Teterin, Dampsoft-Prokurist und -Geschäftsbereichsleiter Produktentwicklung.

GKV-SV möchte Daten gerne selbst nutzen

Gleichwohl spricht sich der ehemalige Bundesdatenschützer Kelber klar gegen eine Einrichtung von Ombudsstellen an den Krankenkassen aus sowie gegen »Empfehlungen« der Kassen aufgrund des datenschutzrechtlichen Trennungsgebots, das die zweckgebundene Verarbeitung personenbezogener Daten sicherstellen soll, demzufolge Daten zu unterschiedlichen Zwecken nicht zusammengeführt werden dürfen, ausschließlich zweckbezogen zu verarbeiten sind, aber auch, um keine »Profilbildung« zu ermöglichen: »Leider überträgt der Gesetzentwurf [zum DigiG, d. Red.] entgegen meinem ausdrücklichen Rat die Aufgabe der Einrichtung dieser Stellen den Krankenkassen. Nach dem Gebot, dass Krankenkassen keine Gesundheitsdaten verarbeiten sollen, sollten die Ombudsstellen von den Krankenkassen getrennt sein«, heißt es im 32. Tätigkeitsbericht für den Datenschutz und die Informationsfreiheit, den Kelber am 20.03. der Präsidentin des Deutschen Bundestages, Bärbel Bas (SPD), für das Jahr 2023 übergeben hat. Wohl nicht zuletzt, um Kritiker verstummen zu las-

sen, wurde in der seit dem 26.03. geltenden Fassung des § 284 SGB V, der festlegt, zu welchen Zwecken und in welchem Umfang Krankenkassen Sozialdaten erheben und speichern dürfen, dieser auch erweitert auf »die Erfüllung der Verpflichtungen nach § 342a Abs. 2 bis 5 der Ombudsstellen nach § 342a«.

»Gläserner Versicherter«

Zu den »Empfehlungen« der Kassen sagt Kelber: »Die vorgesehene Befugnis der Krankenkassen, bei ihnen vorliegende Daten versichertenbezogen auszuwerten und den Versicherten darauf basierend Empfehlungen zu geben, verstößt gegen datenschutzrechtliche Grundsätze. Sie verletzt das sozialdatenschutzrechtliche Trennungsgebot und ermöglicht den Krankenkassen die Profilbildung (›gläserner Versicherter‹) und hat daher erhebliches Diskriminierungspotenzial. Es gibt zudem keinen Nachweis und keine Erfahrung dazu, ob die vorliegenden Daten nach Struktur und Validität überhaupt geeignet sind, die beabsichtigten Ergebnisse zuverlässig zu erbringen. Außerdem greift diese Auswertung in die ärztlichen Kompetenzen ein. Sie ist daher zu streichen.« Eine »Screening-Maßnahme mit unklarem Nutzen« erkennt auch die KBV in den »Empfehlungen« der Krankenkassen.

Valide Daten?

Gleichfalls kommt die BÄK zu dem Ergebnis, dass »Daten, die aus dem Abrechnungskontext stammen, die Morbidität des Versicherten nicht derart abbilden, dass valide Aussagen zu einer Früherkennung seltener Erkrankungen bzw. Krebsrisiken oder einer Identifizierung schwerwiegender Gesundheitsgefährdungen möglich wären. Vielmehr ist mit einer Verunsicherung von Patientinnen und Patienten und Ärztinnen und Ärzten hinsichtlich dieses Eingriffs in die bestehende Behandlungsbeziehung zu rechnen« (vgl. Kasten »Position der Freien Ärzteschaft«, aufgeschrieben von deren stellvertretender Vorsitzender Dr. Silke Lüder für den DFZ).

Die BÄK verweist auf die Stellungnahme des Bundesrats zum GDNG-Entwurf vom 20.10.2023, wonach Zweifel erhoben werden, ob die Daten brauchbar seien, um Finanzierungsbedarfe zu identifizieren: »Der Bundesrat gibt zu bedenken, dass Abrechnungsdaten aus einem anderen Grund (als zu Forschungszwecken) erhoben werden. Es werden teilweise versorgungsrelevante Diagnosen, die für einen Erlös beim Leistungserbringer nicht relevant sind, kaum oder nicht vergeben. Sie werden nur dann in der Kodierung vergeben, wenn bestimmte Leistungen nur mit einer bestimmten Ziffer extra budgetär [!] abgerechnet werden können. Dieses führt zu einem Auseinanderfallen von Daten- und Gesundheitslage. Diesem Auseinanderfallen wird in diesem sogenannten lernenden System nicht vorgebeugt. Folglich ist besonders zu beachten, dass bei der wissenschaftlichen Nutzung von Routine- beziehungsweise Sekundärdaten deren Potenziale und Limitationen gegeneinander abgewogen und die Auswertung des Datenkörpers immer im Kontext seiner inhärenten Limitation interpretiert werden. Diese Qualitätsanforderung ist insbesondere zu beachten, sofern aus Forschungsergebnissen mittels solcher Daten auch Rückschlüsse auf Finanzierungsbedarfe im Gesundheitswesen gezogen werden sollen.«

Die BÄK schlägt nun vor, »zunächst in einem Pilotprojekt, regional begrenzt und indikationsbezogen, unter Einbeziehung der ärztlichen Selbstverwaltung eine entsprechende automatisierte Datenauswertung zu evaluieren«.

Daten an Unikliniken spenden

Trotz all dieser Einwände sind dem BfDI-Sprecher auf Anfrage des DFZ keine Klagen gegen die Einrichtung von Ombudsstellen bei den gesetzlichen Krankenkassen sowie gegen »Empfehlungen« der Kassen bekannt, ebenfalls keine gegen die Einbindung der Vertrauensstelle am RKI in das Pseudonymisierungsverfahren von Gesundheitsdaten für das FDZ. Gleichwohl ist die Klage der GFF gegen die pseudonymisierte Speicherung der vom GKV-SV an das FDZ transferierten Gesundheitsdaten allein ruhend gestellt.

Aber auch der GKV-SV selbst klagt an und moniert, er wolle die Abrechnungsdaten, die er an das FDZ liefern müsse, selbst nutzen. Wofür? Die Daten würde man gerne nutzen »zur Erfüllung gesetzlicher Aufgaben und für die Realisierung zeitnaher Datenauswertungen zur Einhaltung gesetzlicher Fristen«, etwa für Vergütungsverhandlungen für Arzneimittel oder Digitale Gesundheitsanwendungen (DIGA), Berichtspflichten, Schätzerkreis-Analysen nach § 220 SGB V sowie »Zwecke der Qualitätssicherung oder Methodenbewertung«, antwortet der GKV-SV dem DFZ.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2024

Alles oder nichts

Problematik Zugriffsmanagement: Das »feingranulare Zugriffsmanagement« der Opt-in-ePA wird bei der Opt-out-ePA abgeschafft. »Zwar können Versicherte einzelne ärztliche Praxen oder Apotheken (Leistungserbringer) vom Zugriff auf die ePA ausschließen, die Möglichkeit, gezielt ein Dokument für eine bestimmte Praxis zu verbergen, wird es jedoch nicht geben«, ist auf der BfDI-Website zu lesen. Das heißt, alle zugriffsberechtigten Praxen können alle Dokumente einsehen (vgl. Kasten »Widerspruchsmöglichkeiten«). Der Ende Juni scheidende Bundesdatenschutzbeauftragte Kelber sagt in seinem mit dem änd geführten Abschiedsinterview voraus: »Inakzeptabel ist, dass jetzt in der neuen ePA die Möglichkeiten der Bürgerinnen und Bürger zur feingranularen Steuerung des Zugriffs reduziert werden. Das wird sich noch als Fehler in der Vertrauensbildung herausstellen. Da wird es zu Beispielen kommen, wo entweder Daten gesehen wurden – und nicht hätten gesehen werden sollen – oder umgekehrt.« Auch die Deutsche Aidshilfe (DAH) geht davon aus, dass Patienten Diagnosen mit stigmatisiertem Potenzial eher nicht mehr in die ePA hochladen werden, wenn sie nicht entscheiden können, welcher Arzt welche Informationen sehen darf. So kann auch dem »Medikationsprozess« als erstem »Anwendungsfall der ePA« nur in Gänze widersprochen werden, ein einzelnes E-Rezept nicht gelöscht werden. Hingegen können Versicherte der Übermittlung ihrer ePA-Daten an das FDZ zu »Forschungszwecken« (unter dem Begriff werden die vielfältigen Zwecke der Datenverarbeitung subsumiert) in Gänze oder auf einzelne Zwecke bezogen widersprechen (§ 363 Abs. 5 SGB V mit Bezug auf § 303e SGB V; vgl. Kasten »Widerspruchsmöglichkeiten«) – nicht aber den schon seit 2013 über die GKV und das BAS übermittelten Leistungsdaten an das DIGIM/FDZ zu »Forschungszwecken«. Auch für das, ursprünglich nicht vorgesehene, Widerspruchsrecht gesetzlich Versicherter gegenüber der EHDS-Sekundärdatennutzung werden Ausnahmen gemacht »für Zwecke des öffentlichen Interesses, der Politikgestaltung oder der Statistik sowie zum Schutz von geistigem Eigentum und Geschäftsgeheimnissen«, betont netzpolitik.org (vgl. GDNG § 6; Verordnung EU 2016/679 Artikel 9 Abs. 2 g bis i; BDSG § 27).

Das heißt, der ePA-Nutzer kann zwar einzig den Zweck der »wissenschaftlichen Forschung« (§ 303e SGB V) freigeben und allen übrigen neun Zwecken widersprechen, doch ist die Verarbeitung von Patientendaten erlaubt aus Gründen eines »erheblichen öffentlichen Interesses« wie auch der »Gesundheitsvorsorge« wie auch eines »öffentlichen Interesses im Bereich der öffentlichen Gesundheit, wie dem Schutz vor schwerwiegenden grenzüberschreitenden Gesundheitsgefahren oder zur Gewährleistung hoher Qualitäts- und Sicherheitsstandards bei der Gesundheitsversorgung und bei Arzneimitteln und Medizinprodukten, auf der Grundlage des Unionsrechts oder des Rechts eines Mitgliedstaats, das angemessene und spezifische Maßnahmen zur Wahrung der Rechte und Freiheiten der betroffenen Person, insbesondere des Berufsgeheimnisses, vorsieht« (DSGVO Art. 9 Abs. 2 g bis i). Da dieses »öffentliche Interesse« schon verankert war in der 1995 erlassenen Richtlinie 95/46/EG, die 2018 von der Datenschutz-Grundverordnung abgelöst wurde, konnten bereits Leistungsdaten der Krankenkassen für »Forschungszwecke« genutzt werden, wie es seit 2013 auch geschieht und wie es auch mit den ePA-Daten für »Forschungszwecke« (des EHDS) geplant ist.

Einen Antrag an das FDZ stellen kann prinzipiell jede Person, jedes Unternehmen, jede öffentliche Institution (§§ 303d und 303e SGB V), darauf weist auch der ehemalige BfDI hin in seiner GDNG-Stellungnahme; den konkret benannten, begrenzten Kreis Nutzungsberechtigter gibt es nicht mehr. Eine Nutzungsberechtigung soll sich aus den erwähnten, in § 303e SGB V festgelegten, vage formulierten Zwecken ergeben, die vor allem einen umfangreichen Zugriff des Gesetzgebers erlauben.

Mannigfaltige Orte

Und wie sicher ist die ePA? Die Daten der ePA würden zentral auf Servern in Deutschland gespeichert und verschlüsselt, teilt die gematik auf DFZ-Anfrage mit. Jeder Datenverarbeitungsschritt in einer ePA-Akte werde innerhalb der geschützten Rechenzentren ausgeführt, in einem nochmals abgesicherten Bereich der Vertrauenswürdigen Ausführungsumgebung (VAU). Verarbeitet werden dürfen die Daten allerdings nach § 393 SGB V »im Wege des Cloud-Computing-Dienstes« im Inland, in einem EU-Mitgliedstaat oder in einem »diesem nach § 35 Abs. 7 des Ersten Buches gleichgestellten Staat oder, sofern ein Angemessenheitsbeschluss gemäß Artikel 45 der Verordnung (EU) 2016/679 vorliegt, in einem Drittstaat und sofern die datenverarbeitende Stelle über

eine Niederlassung im Inland verfügt«. Das heißt, wie bei den festgelegten Zwecken der Datenverarbeitung sind auch die Orte der Datenverarbeitung weit gefasst.

Abschließend noch einmal der ehemalige Bundesdatenschützer Kelber im änd: »Es war sicherlich ein völliger Fehler, Sicherheitsmaßnahmen herauszunehmen. Sowohl beim Zugriff auf die Akte als auch für die Aufgabe der individuellen Verschlüsselung im System. Wir können alle nur hoffen, dass es wegen dieser nicht ergriffenen Maßnahmen nicht irgendwo zu einem Sicherheitsvorfall kommt, der dann über Jahre das Vertrauen in das System beschädigt.«

Welche Sicherheitsmaßnahmen wurden entfernt? Die gematik teilt dem DFZ mit, keines der »Sicherheitsziele« sei aufgegeben worden, lediglich sei deren für die Umsetzung benötigte »Sicherheitsarchitektur« geändert worden. Die Daten, die »in jedem Fall individuell verschlüsselt« blieben und durch die VAU gesichert seien, müssten nun »aus technischen und funktionalen Gründen auch serverseitig« geprüft werden können.

Wem Zwecke wie Orte der ePA-Datenverarbeitung zu vage, zu weit gefasst sind, wer zugleich aber seine Gesundheitsdaten für medizinisch-wissenschaftliche Forschungsvorhaben spenden möchte an Universitäten, Forschungsinstitute und forschende Unternehmen für ausschließlich wissenschaftliche Zwecke mit dem ausschließlichen Ziel, Prävention, Versorgung und Behandlung voranzutreiben, der kann zumindest als Patient an einer der 36 Universitätskliniken seine Daten (mitsamt seiner Krankenkassendaten) der Medizininformatik-Initiative zur Verfügung stellen mittels einer »Patienteneinwilligung« (https://tinyurl.com/2kanfey7) und die Studien online verfolgen, die dadurch realisiert werden; versichert wird auch, dass die Krankenkassen keine Kenntnis von diesen Forschungsergebnissen erhalten. Sollte aber ein Auswertungsergebnis von »erheblicher Bedeutung« sein, kontaktiert, unter vorheriger Einwilligung des Patienten, diesen ein Arzt oder Forscher – keine Krankenkasse.

Dr. Pascale Anja Dannenberg

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2024

2.2. Elektronische Ersatzbescheinigung (eEB)

Haben Patienten ihre elektronische Gesundheitskarte (eGK) vergessen oder ist die Karte defekt, besteht seit Oktober 2024 die Möglichkeit, via App der Krankenkasse eine Ersatzbescheinigung anzufordern. Alternativ kann dies auch über ein Online-Konto der Patienten bei ihrer Kasse geschehen. Die Patienten übermitteln dabei mit der Anforderung der Ersatzbescheinigung auch die KIM-Adresse der Praxis an die Versicherung. Um Übertragungsfehler zu vermeiden, kann die KIM-Adresse beispielsweise als QR-Code durch die Praxis zur Verfügung gestellt werden.

Die Ersatzbescheinigung wird dann automatisch durch die Krankenkasse erstellt und via KIM-Postfach in das Praxisverwaltungssystem (PVS) übertragen. Hierdurch kann die bisherige papierbasierte Ersatzbescheinigung umgangen werden, womit die händische Übertragung in das PVS entfällt. Trotzdem bleibt das papierbasierte Verfahren weiter möglich.

Wichtig: Im Gegensatz zu Ärztinnen und Ärzten, für die die Annahme seit 01.07.2025 verpflichtend ist, können zahnärztliche Praxen die elektronische Ersatzbescheinigung annehmen, müssen es aber nicht.

Die eEB gilt für das betreffende Quartal als vollwertiger Versicherungsnachweis. Obwohl über die eEB das normalerweise verpflichtende Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) nicht möglich ist, müssen die Patientinnen und Patienten nicht extra für das spätere Einlesen der eGK erneut einbestellt werden. Dabei ist zu beachten, dass die eEB keinen Zugriff auf die elektronische Patientenakte (ePA) ermöglicht. Hierfür muss die Berechtigung für die Praxis über die App bzw. das Online-Konto der Patientinnen und Patienten separat bei der Krankenkasse erteilt werden.

Die elektronische Ersatzbescheinigung ist prinzipiell nur eine Ausnahmelösung. Die gesetzliche Verpflichtung zur Vorlage der Versichertenkarte durch die Patientinnen und Patienten bleibt weiterhin bestehen.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2025

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2025

Grundstückswerte auf der Grundlage der ImmoWertV ermittelten, sonstigen für die Wertermittlung erforderlichen Daten unter Berücksichtigung des Grundsatzes der Modellkonformität weiterhin bei der Grundbesitzbewertung für Zwecke der Erbschaft- und Schenkungsteuer sowie Grunderwerbsteuer sachgerecht angewendet werden können.

Insbesondere werden die Liegenschaftszinssätze (§ 188 Abs. 2 Satz 2 BewG) und die Wertzahlen für das **Sachwertverfahren** (§ 191 Satz 2 BewG i.V.m. Anlage 25 zum BewG) an das aktuelle Marktniveau angepasst. Die Anpassungen **können bei Übertragungen von Ein- und Zweifamilienhäusern sowie Eigentumswohnungen zum Anstieg der Schenkung- und Erbschaftsteuer führen**, soweit im Einzelfall das Sachwertverfahren einschlägig ist. Betroffen sind auch Mehrfamilienhäuser, bei denen regelmäßig der Ertragswert herangezogen wird.

Auch in Zukunft hat das Vergleichswertverfahren Vorrang, das im Wesentlichen auf Vergleichsfaktoren oder Vergleichspreisen der örtlich zuständigen Gutachterausschüsse basiert. Nur wenn keine Vergleichswerte vorliegen, ist nach § 182 Abs. 4 Nr. 1 BewG das Sachwertverfahren einschlägig.

Corona-Steuergesetze ab 2020

Aufgrund der Vielzahl der steuerlichen Förderungen werden hier nur die für die Praxis wichtigsten herausgegriffen, soweit sie noch aktuell sind.

- *(nur zur Info, da ausgelaufen)* **Pflegebonus bis 31.12.2022** (§ 3 Nr. 11b neu EStG): Beschäftigte in medizinischen Einrichtungen aller Art können 4.500 € steuerfrei und sozialversicherungsfrei erhalten. Auch Minijobber können sie erhalten. Die Zuwendung muss zusätzlich zum ohnehin geschuldeten Arbeitslohn ausgezahlt (keine Lohnumwandlung) und vertraglich zugesagt sein (durch besondere Vereinbarung, einseitige Erklärung des Arbeitgebers, individuelle Lohnabrechnungen oder Überweisungsbelege). Die Zuwendung wird nicht auf der Lohnsteuerbescheinigung ausgewiesen und ist nicht in der Einkommensteuererklärung anzugeben.
- *(nur zur Info, da ausgelaufen)* **Corona-Prämie § 3 Nr. 11 EStG bis 31.03.2022**: Sonderzahlungen für Arbeitnehmer aller Berufsgruppen bis zu maximal 1.500 € (als Geld oder Sachlohn) waren befristet im Zeitraum 2020 bis Ende März 2022 steuerfrei sowie beitragsfrei in der Sozialversicherung gestellt. Voraussetzung ist die Gewährung zusätzlich zum vereinbarten Arbeitslohn.
- *(nur zur Info, da ausgelaufen)* Vorübergehende Wiedereinführung der **degressiven AfA**: Als steuerlicher Investitionsanreiz wird eine degressive Abschreibung für Abnutzung (AfA) mit dem Faktor 2,5 gegenüber der derzeit geltenden AfA und maximal 25 % pro Jahr für bewegliche Wirtschaftsgüter des Anlagevermögens eingeführt (§ 7 Abs. 2 EStG). Soweit für ein bewegliches Wirtschaftsgut auch die Voraussetzungen zur Inanspruchnahme von Sonderabschreibungen z. B. nach § 7g Abs. 5 EStG vorliegen, können diese neben der degressiven Abschreibung in Anspruch genommen werden (gilt für Neuinvestitionen im VZ 2020 bis 2022).
- Fristen bei der **Nutzung/Auflösung von Investitionsabzugsbeträgen**: Investitionsabzugsbeträge nach § 7g EStG sind grundsätzlich bis zum Ende des 3. auf das Wirtschaftsjahr des jeweiligen Abzuges folgenden Wirtschaftsjahres für begünstigte Investitionen zu verwenden oder für das Jahr der Bildung rückgängig zu machen. Für in den Jahren 2017 und 2018 gebildete Abzugsbeträge wird die Investitionsfrist bis Ende 2023 verlängert.
- **Digital-AfA ab 2021 (bleibt auch 2023 ff)**: Abweichend von der regelmäßigen Abschreibung von drei Jahren kann für bestimmte Computerhardware (einschließlich der dazu gehörenden Peripheriegeräte) und die für die Dateneingabe und -verarbeitung erforderliche Betriebs- und Anwendersoftware eine Nutzungsdauer von einem Jahr angesetzt werden (Wahlrecht). Das gilt auch für in Vorjahren angeschaffte digitale Wirtschaftsgüter (BMF-Schreiben v. 26.02.2021).
- **Steuererklärungsfristen**: Die Frist zur Abgabe von Steuererklärungen 2020–2024 wird verlängert. Für »beratene« Fälle und den Veranlagungszeitraum (VZ) 2021 bis 31.08.2023, für den VZ 2022 bis 30.07.2024, für den VZ 2023 bis 02.06.2025.
  Die Verzinsung von Steuernachforderungen beginnt ebenfalls verzögert.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2023

- **Aufhebung des Steuergeheimnisses** im Zusammenhang mit **aufgrund der Covid-19-Pandemie zu Unrecht erlangten Leistungen aus öffentlichen Mitteln** (§ 31a Abs. 1 Satz 2 AO). Die Finanzbehörden dürfen solche Daten in den Fällen von § 31a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Buchst. b Doppelbuchst. bb oder Nr. 2 AO auch für die Durchführung eines Strafverfahrens (aber nicht Bußgeldverfahrens) wegen einer zu Unrecht erlangten Leistung aus öffentlichen Mitteln offenbaren.

Neuregelung der Verzinsung von Steuernachforderungen und Steuererstattungen (Stand Dez. 2022)

Nach der Entscheidung des BVerfG vom Juli 2021 wurde die Verzinsung von Steuernachforderungen und Steuererstattungen im Juli 2022 mit Wirkung für die Vergangenheit neu geregelt (§ 233a AO).

- Der Zinssatz für Zinsen nach § 233a AO wird nach dem Änderungsgesetz für Verzinsungszeiträume **ab dem 01.01.2019** rückwirkend auf 0,15 % pro Monat (1,8 % pro Jahr) gesenkt (§ 238 Abs. 1a neu AO). Für die Vorjahre bleibt es bei einer Verzinsung von 0,5 % pro Monat.
- Die Neuregelung gilt für **alle Steuern**, auf die die Vollverzinsung anzuwenden ist, und **in allen Fällen, in denen Zinsen festgesetzt werden**.
- Der Zinssatz ist unter Berücksichtigung der Entwicklung des Basiszinssatzes nach § 247 BGB alle zwei Jahre mit Wirkung für nachfolgende Verzinsungszeiträume zu evaluieren, erstmals zum 01.01.2024.
- Bei freiwilligen Zahlungen vor Ergehen eines Steuerbescheides sind die sonst automatisch entstehenden Nachzahlungszinsen nun laut gesetzlicher Regelung zu erlassen. Das stand bisher im Ermessen des jeweiligen Finanzamtes.
- Die Neuregelung gilt nicht für Stundungs-, Hinterziehungs- und Aussetzungszinsen nach den §§ 234, 235 und 237 AO. Hier sind jedoch auch schon Steuerverfahren anhängig.
- **Zur Höhe der Säumniszuschläge**, soweit diese nach dem 31.12.2018 entstanden sind, bestehen laut BFH-Beschluss (v. 11.11.2022, VIII B 64/22) ernstliche verfassungsrechtliche Zweifel.

Wichtige Änderungen im Personalkostenbereich 2022 ff

- **Inflationsausgleichsprämie**: Der Arbeitgeber kann seinen Mitarbeitern **zusätzlich zum geschuldeten Arbeitslohn** eine steuer- und sozialversicherungsfreie Sonderzuwendung bis zu 3.000 € steuer- und abgabenfrei gewähren (§ 3 Nr. 11c EStG), um die inflationsbedingten hohen Lebenshaltungskosten zumindest einmalig abzufedern. Begünstigt ist eine Auszahlung (als Ganzes oder in Teilbeträgen) im Zeitraum 26.10.2022 (= Tag nach der Verkündung des Gesetzes) bis zum 31.12.2024.
- Erhöhung des **Mindestlohns** von 9,60 auf 9,82 € ab 01.01.2022, auf 10,45 € ab 01.07.2022 und auf 12,00 € ab 01.10.2022.
- Erhöhung der **Minijobgrenze** ab 01.10.2022 auf 520 €: Das entspricht etwa dem aktuellen Mindestlohn und zehn Stunden die Woche.
- Für bisherige **Midijobber** mit einem Verdienst über 450 € bis 520 € monatlich gibt es einen Bestandssschutz in der Krankenversicherung bis 2024: Sie können gesetzlich versichert bleiben, sofern keine Familienversicherung möglich ist. In der Rentenversicherung und Lohnsteuer gibt es keinen Bestandschutz, was aber nicht schlimm ist: Bei einem Entgelt bis zur neuen Minijobgrenze wird die pauschale Steuer von 2 % berechnet und der Job wird steuerfrei. Die Rentenversicherungspflicht kann, muss aber nicht abgewählt werden.
- Die Lohngrenze bei **kurzfristig Beschäftigten** steigt zum 01.01.2023: Die Arbeitslohngrenze je Arbeitstag beträgt dann 150 € (bisher 120 €). Die Stundenlohngrenze beträgt 19 € (bisher 15 €).
- Die **elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU)** wird zum 01.01.2023 Pflicht. Der Arbeitgeber muss diese selbst bei der zuständigen Krankenkasse abrufen. Die **Beschäftigten müssen aber ihrerseits den Arbeitgeber darüber informieren, dass sie arbeitsunfähig sind und dass die entsprechende Bescheinigung über die Krankenkasse abrufbar ist**. Empfehlenswert ist eine **Information der Beschäftigten** z. B. durch einen betriebsüblichen Aushang oder eine Anlage zur nächsten Entgeltabrechnung, da die Umstellung auf die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung noch nicht überall bekannt sein dürfte. Einer

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2023

Ergänzung oder Änderung eines bestehenden Arbeitsvertrags bedarf es hierzu nicht.

- **Elektronische Bescheinigung an die Arbeitsagentur (BEA) ab dem 01.01.2023**:
  Diese Bescheinigungen grundsätzlich nur noch digital, nicht mehr in Papierform, an die Agentur für Arbeit übermitteln: Arbeitsbescheinigung, EU-Arbeitsbescheinigung, Nebeneinkommensbescheinigung.

Doppelbesteuerung von Rentenbezügen – Berechnung und Maßnahmen

- Der BFH (Urteil v. 19.05.2021, X R 33/19 und Urteil v. 19.05.2021, X R 20/19) hält den mit dem Alterseinkünftegesetz eingeleiteten Systemwechsel zur nachgelagerten Besteuerung von Altersbezügen und die Übergangsregelungen grundsätzlich für verfassungskonform. Allerdings darf es im konkreten Einzelfall nicht zu einer doppelten Besteuerung von Renten kommen. Der Steuerpflichtige kann nachweisen, dass es in seinem konkreten Einzelfall zu einer doppelten Besteuerung von Altersvorsorgeaufwendungen und Altersbezügen kommt: Dann hat er Anspruch auf eine Milderung des Steuerzugriffs in der Rentenbezugsphase.
- Eine solche doppelte Besteuerung liege regelmäßig vor, wenn die Summe der aus dem bereits versteuerten Einkommen aufgebrachten Rentenversicherungsbeiträge höher ist als die Summe der voraussichtlich steuerfrei bleibenden Rentenzuflüsse (steuerfreier Rentenbezug).
- Verfahrensrechtlich werden die Finanzämter alle offenen oder zu ändernden Steuerbescheide ab 2005 diesbezüglich für vorläufig erklären, in denen eine Leibrente oder eine andere Leistung aus der Basisversorgung nach § 22 Nr. 1 Satz 3 Buchst. a Doppelbuchst. aa EStG erfasst wird.
- Gegen die beiden Grundsatzurteile des BFH sind beim BVerfG Verfassungsbeschwerden anhängig (2 BvR 1140/21 und 2 BvR 1143/21), Steuerpflichtige sollten daher die weiteren Entwicklungen beobachten (insbesondere vor dem Hintergrund des Zusatzes im Vorläufigkeitsvermerk).
- Steuerpflichtigen, die sich noch in der Ansparphase befinden, ist anzuraten, ihre Unterlagen wie Steuerbescheide, Erwerbsbiografien, aus denen die gezahlten Vorsorgebeträge hervorgehen, entsprechend aufzubewahren, um später bei Rentenbezug eine etwaige Doppelbesteuerung auch geltend machen zu können.

Aktuelle Steuerrechtsprechung im Fokus (Stand Dezember 2022)

Gefahr der »gewerblichen Infizierung« von freiberuflich tätigen Personengesellschaften
Die freiberufliche Tätigkeit ist grundsätzlich nicht gewerbesteuerpflichtig. Bei Zusammenschlüssen von Freiberuflern kann jedoch eine »gewerbliche Infizierung« durch bestimmte Sachverhalte eintreten, die dann für die gesamte Tätigkeit Gewerbesteuer auslöst, so die langjährige Finanzrechtsprechung (siehe auch im Kap. Gewerbesteuer). Folgende Sachverhalte sind hinzugetreten:

Übt **ein Mitunternehmer** einer zahnärztlichen Partnerschaftsgesellschaft **nur in geringem Umfang eigene Beratungs- und Behandlungsleistungen unmittelbar an Patienten** und ganz überwiegend Tätigkeiten in den Bereichen Organisation, Verwaltung und Leitung der Gesellschaft aus, so entspricht das nicht mehr dem Leitbild der selbstständig ausgeübten Tätigkeit als Zahnarzt. Die Folge ist die gewerbliche Infizierung der gesamten Einkünfte der Partnerschaft (FG Rheinland Pfalz vom 16.09.2021, Revision BFH VIII R 4/22).

Eine **nur geringfügige Beteiligung an einer gewerblich tätigen Gesellschaft** kann die Einkünfte der freiberuflich tätigen Gesellschaft infizieren (FG Hamburg v. 25.02.2021; Revision BFH VIII R 1/22). Entscheidet das Finanzamt auf »gewerbliche Infizierung«, so ist ein Einspruch notwendig. In dem Zusammenhang könnte eine Beteiligung an einer Gesellschaft zum Betrieb einer Photovoltaikanlage kritisch sein. Hinweis: Ab 2022 könnte bei kleineren Anlagen eine Ertragssteuerbefreiung vorliegen.

Leasingsonderzahlung und Kostendeckelung bei beruflich genutztem PKW – Ende des Steuersparmodells
Werden PKW von selbstständig Tätigen überwiegend beruflich genutzt, so wird der private Eigenverbrauch häufig nach der 1 %-Methode ermittelt. Sind die tat-

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2023

sächlichen Kosten niedriger, so kommen diese zur Versteuerung. Werden die laufenden Kosten durch eine hohe anfängliche Leasingsonderzahlung gedrückt, so ist diese Kostenobergrenze in einem späteren Jahr sehr gering, was einen Steuerspareffekt auslöste. Der BFH hat nun entschieden, dass die Leasingsonderzahlung zur Ermittlung der Kostenobergrenze auf die Laufzeit verteilt werden muss (BFH v. 17.05.2022 VIII R 11/20). Unabhängig davon kann jedoch die Sonderzahlung im Zahlungszeitraum als Betriebsausgaben angesetzt werden.

Aktuelle Steuerparameter und Freibeträge

Die Zahlen zum Aufbau des Einkommensteuertarifs gelten für alle zu versteuernden Einkommen:

	Veranlagungsjahr			
	2021	**2022**	**2023**	**2024**
Grundfreibetrag Grundtabelle	9.744,– €	10.347,– €	10.908,– €	11.604,– €
Ab einem Einkommen von (2023)	Einzelveranlagung 10.909,– € bis 62.810,– € Einzelveranlagung 62.811,– € bis 277.825,– € Bei Zusammenveranlagung verdoppeln sich die Werte jeweils			
Steuersatz in der Progressionszone	14 % bis 42 % 45 % auf Gewinneinkünfte (Reichensteuer)			

Stb./WP Gabriela R. Scholz

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2023

2.2.1. Elektroauto als Mitarbeitermagnet?

Wie schaffe ich es, gutes Personal zu finden und zu halten? Diese Frage stellen sich derzeit viele Zahnarztpraxen in Deutschland. Praxisinhaber*innen suchen daher nach kreativen Mitteln und Wegen, um Mitarbeiter*innen etwas Gutes zu tun, ohne weiter das Gehaltsniveau nach oben zu schrauben. Die Lösung könnte die Überlassung eines Elektroautos sein.

Der Gesetzgeber will den Verkauf und die Zulassungszahlen von Elektroautos steigern. Daher wurden Vorschriften eingeführt, um die steuerliche Behandlung von Elektroautos zu begünstigen.

Überlässt der Arbeitgeber seinen Arbeitnehmer*innen einen Dienstwagen, muss hierfür vom Arbeitnehmer ein geldwerter Vorteil versteuert werden. Beim konventionellen Verbrenner wird dieser geldwerte Vorteil pauschal mit 1 % vom Bruttolistenneuwagenpreis bemessen.

Übergibt der Arbeitgeber hingegen ein Elektroauto als Dienstwagen, beträgt der geldwerte Vorteil, der monatlich zu versteuern ist, lediglich 0,25 % des Bruttolistenpreises. Allerdings darf der Bruttolistenpreis des Elektroautos höchstens 70.000 € betragen.

Bei Elektrofahrzeugen mit einem höheren Bruttolistenpreis werden 0,5 % des Bruttolistenneuwagenpreises als monatlicher Vorteil angesetzt. Gleiches gilt für extern aufladbare Elektro-Hybridfahrzeuge (Plug-in-Hybrid), soweit diese bestimmte Voraussetzungen erfüllen.

Bei einem Dienstwagen trägt der Arbeitgeber alle Kosten für das Elektroauto, das heißt die Anschaffungskosten bzw. Leasingraten, Versicherung, Reparaturen und die Kosten für die Aufladung.

Beispielrechnung für die Überlassung eines Elektro-Pkws an ein Teammitglied mit Lohnsteuerklasse I oder IV, das ganz in der Nähe der Praxis wohnt:

Pkw-Anschaffungskosten/Bruttolistenpreis		30.000 €
Ansatz für die private Nutzung		0,25 % p. m.
Bemessungsgrundlage für Lohnsteuer + Sozialversicherung		75 € p. m.
Tatsächliche Kosten für den Pkw:		p. m.
Leasingraten		260 €
– Strom bei 10.000 km p. a.		75 €
– Versicherung/Reparaturen		100 €
Gesamtkosten		**435 €**
Arbeitgeberaufwand für den Pkw		435 €
plus Arbeitgeberanteil Sozialversicherung 21 % von 75 €		16 €
Gesamtaufwand Arbeitgeber für Pkw-Überlassung	**= 100 %**	**451 €**
Abzüglich Lohnsteuer und Arbeitnehmeranteil Sozialversicherung = ca. 60 % von 75 €		–45 €
Nettovorteil Arbeitnehmer durch Pkw-Überlassung	**= 86 %**	**390 €**

Vom Gesamtaufwand des Arbeitgebers kommen beim Arbeitnehmer 86 % netto an.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2025

Im Vergleich dazu:

Erhöhung Bruttolohn		435 €
zuzüglich Arbeitgeberanteil Sozialversicherung 21 %		91 €
Gesamtaufwand Arbeitgeber	**= 100 %**	526 €
Erhöhung Bruttolohn Arbeitnehmer		435 €
abzüglich Lohnsteuer und Arbeitnehmeranteil Sozialversicherung		–261 €
Erhöhung Nettolohn	**= 33 %**	**174 €**

Entscheidend ist die Relation der Nettolohnerhöhung des Arbeitnehmers zum Gesamtaufwand des Arbeitgebers. Bei einer Bruttolohnerhöhung erhalten Beschäftigte netto in unserem Beispiel nur 33 % des Gesamtaufwands des Arbeitgebers, bei der Überlassung eines Elektroautos aber 86 %.

Überlassung kann gestaltet werden

Die Überlassung eines Elektroautos, insbesondere bei einem niedrigen Bruttolistenpreis, ist vorteilhaft für Arbeitgeber und Arbeitnehmer. Durch eine teilweise oder volle Gehaltsumwandlung sind »maßgeschneiderte Lösungen« machbar.

Werden die Elektroautos entsprechend gestaltet, können damit auch Werbeeffekte erzielt werden. Außerdem gilt der eigene Firmenwagen als Statussymbol. Diese Außenwirkung führt dazu, in Zukunft neues Personal für die eigene Praxis gewinnen zu können.

Bei der Überlassung von Dienstwagen empfiehlt es sich, eine entsprechende schriftliche Vereinbarung mit den Arbeitnehmer*innen abzuschließen. In dieser Vereinbarung sollten die rechtlichen und wirtschaftlichen Spielregeln festgehalten werden. Um die Kosten für die Dienstwagenüberlassung im Griff zu behalten, ist eine Begrenzung der jährlichen Kilometerleistung ratsam.

Fazit

Die Überlassung eines Elektroautos ist ein sehr gutes Mittel, um Mitarbeiter*innen zu binden. Im dargestellten Beispiel sind für einen Nettovorteil von 390 € monatlich lediglich 451 € vom Arbeitgeber aufzuwenden. Deshalb sollten Sie diese Möglichkeit nutzen, zumal die Dienstwagenüberlassung von vielen Mitarbeiter*innen mehr geschätzt wird als ein höheres Gehalt.

Michael Stolz
Steuerberater

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2025

2.2.2. Investition in vermietete Wohnimmobilien aus steuerlicher Sicht

In Deutschland herrscht ein Mangel an Wohnraum. Das politisch angestrebte Ziel, jährlich 400.000 neue Wohnungen zu schaffen, wird seit Jahren deutlich verfehlt. Dies hat verschiedene Gründe. Einer davon ist die hohe Inflation der letzten Jahre, die zu einer Steigerung der Herstellungskosten geführt hat. Um die Bauaktivität anzukurbeln, hat der Gesetzgeber steuerliche Anreize geschaffen, die Immobilieninvestitionen fördern sollen. Der folgende Beitrag zeigt grundlegende Überlegungen zur Investition in vermietete Wohnimmobilien und fasst die neuen steuerlichen Regelungen zusammen.

Investition in Mietwohnungen

Um die nach Beginn des russischen Angriffskrieges in der Ukraine stark gestiegene Inflation einzudämmen, hat die Europäische Zentralbank den Leitzins im Jahr 2022 stark angehoben. Die Zinsen für Immobilienkredite hatten sich zuletzt auf 3,5 bis 4 % eingependelt. Die Zoll-Politik unter Präsident Trump in den USA und die Lockerung der Schuldenbremse in Deutschland beeinflussen die zukünftige Zinsentwicklung. Experten gehen von langfristig steigenden Bauzinsen aus.

Die Zinsentwicklung der letzten Jahre hatte auch Auswirkungen auf die Immobilienpreise. Diese sind zuletzt gesunken. Die steigenden Zinsen könnten nun zu höheren Renditeerwartungen der Immobilienkäufer führen. Außerdem gibt es weiterhin einen eklatanten Mangel an Wohnraum. Das heißt, die Mieten bleiben hoch und werden weiter steigen.

Steuerliche Anreize für den Neubau und den Kauf von neuen Mietwohnungen

Um den Wohnungsbau anzutreiben, wurde 2023 mit dem Wachstumschancengesetz eine neue degressive Abschreibung eingeführt. Sie erlaubt eine Abschreibung von 5 % vom Gebäude im ersten Jahr und danach jährlich vom Restwert. Es gibt auch die Möglichkeit, zur linearen Abschreibung zu wechseln, was regelmäßig nach 14 Jahren vorteilhaft ist.

Neben dieser degressiven Abschreibung für neue Mietwohnungen gibt es eine zusätzliche Abschreibung für die Schaffung von neuem, preisgünstigem Wohnraum nach § 7b EStG. Um die Abschreibung nach § 7b EStG in Anspruch nehmen zu können, sind bestimmte Voraussetzungen erforderlich. So dürfen beispielsweise die Anschaffungs- oder Herstellungskosten je Quadratmeter nicht mehr als 5.200 € betragen. Viele der am Markt angebotenen Immobilien erfüllen diese Voraussetzungen jedoch nicht.

Beispielrechnung

Im folgenden Beispiel soll eine Immobilieninvestition dargestellt werden:

Kauf Immobilie	
Wohnfläche 80 m² Kaufpreis 6.500 € je m² Kaltmiete 15 € je m²	
Kaufpreis 80 m² x 6.500 €	520.000 €
Kaufnebenkosten 7 % (Notar und Grundsteuer)	36.400 €
Gesamtaufwand	556.400 €
Anteil Grund und Boden 10 % Anteil Immobilie 90 %	55.640 € 500.760 €
Steuerliche Betrachtung	
Mieteinnahmen	
Miete p. a. kalt (80 m² x 15 € x 12 Monate)	14.400 €
Werbungskosten	
Zinsen 4 % auf 556.400 €	22.256 €
Nicht umlagefähige Nebenkosten 1 € je m²	960 €
Sondereigentumsverwaltung 40 € mtl.	480 €
Degressive Abschreibung Bemessungsgrundlage 500.760 € 5 % p. a. für 15 Jahre vom jeweiligen Restwert Entspricht durchschnittlich	17.918 €
Werbungskosten gesamt	41.614 €
Steuerlicher Verlust	–27.214 €
Steuerersparnis ca. 45 % p. a. im 1. bis 15. Jahr	12.246 €
Steuerersparnis ca. 45 % p. a. im 16. bis 33. Jahr	9.601 €
Liquidität	
Zufluss Miete p. a.	14.400 €
Werbungskosten Abfluss (Zinsen, Nebenkosten, Verwaltung)	–23.696 €
Liquiditätsunterdeckung vor Steuern	–9.296 €
Steuerersparnis 1. bis 15. Jahr	12.246 €
Liquiditätsüberdeckung nach Steuern 1. bis 15. Jahr	2.950 €
Liquiditätsüberdeckung nach Steuern 16. bis 33. Jahr	305 €

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2025

Im dargestellten Beispiel wird davon ausgegangen, dass das Immobiliendarlehen während der Laufzeit nicht getilgt wird. Wird die Immobilie nach Ablauf der 33 Jahre zum ursprünglichen Kaufpreis veräußert, das heißt ohne Berücksichtigung der Kaufnebenkosten, ergibt sich über den gesamten Betrachtungszeitraum, also nach Tilgung des Immobilienkredites, ein Liquiditätsüberschuss von 13.340 €. Eine mögliche Wertsteigerung der Immobilie bleibt bislang unberücksichtigt.

Die Erfahrung zeigt aber, dass der Wert von Immobilien im Laufe der Zeit erheblich zunimmt. Die Immobilienpreise steigen in der Regel in Höhe der Inflationsrate. Bei einer durchschnittlichen Inflationsrate von 2,5 % p. a. würde sich der Wert der Immobilie nach 33 Jahren auf 1.145.000 € erhöhen. Bei einer Veräußerung würde sich eine Liquiditätsüberdeckung von 638.340 € ergeben.

Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass die Miete über den Betrachtungszeitraum ebenfalls zulegt, was einen weiteren positiven Effekt auf die Liquidität hätte.

Fazit

Aktuell ist ein guter Zeitpunkt, um über eine Investition in Immobilien nachzudenken. Die Preise haben sich stabilisiert, die Mieten bleiben hoch und werden weiter steigen. Die durch den Gesetzgeber geschaffenen steuerlichen Anreize machen den Erwerb besonders interessant. Hinzu kommt die langfristige Wertsteigerung durch die Inflation. Der Veräußerungsgewinn aus dem Verkauf der Immobilie ist nach Ablauf der Spekulationsfrist von zehn Jahren steuerfrei. Wer jetzt eine Immobilie in einer guten Lage kauft, kann mit einer soliden Rendite und steuerfreien Gewinnen rechnen. Die drei »L's« – Lage, Lage, Lage – bleiben jedoch entscheidend.

Michael Stolz
Steuerberater

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2025

2.2.3. Wenn die Familie in der Praxis mitarbeitet

Familienangehörige helfen häufig in der Praxis mit – sei es, dass die Tochter die Website gestaltet oder der Ehemann die Verwaltung in Vollzeit übernimmt. Grundsätzlich steht es den Beteiligten frei, die Mitarbeit unentgeltlich, teilentgeltlich oder voll entgeltlich im Rahmen eines Anstellungsverhältnisses zu regeln. In jedem Fall sollten die steuerlichen und sozialversicherungsrechtlichen Auswirkungen sorgfältig geprüft werden.

Wichtiger Hinweis zur Entlohnung von Angehörigen
Eine entgeltliche Mitarbeit sollte beispielsweise unterbleiben, wenn das Einkommen den Bezug staatlicher Leistungen – etwa Elterngeld – negativ beeinflussen würde. In allen anderen Fällen ist eine (teil-)entgeltliche Beschäftigung meist vorteilhaft, da sich steuerliche und sozialversicherungsrechtliche Vorteile ergeben.

Zu den typischen Angehörigen im Sinne solcher Beschäftigungen zählen:
- Ehepartner
- eingetragene Lebenspartner
- Eltern
- Kinder
- Enkelkinder
- Geschwister
- Großeltern

Die Beschäftigung von Kindern ist ab dem vollendeten 15. Lebensjahr zulässig.

Jeder Fall ist individuell zu beurteilen
Sobald feststeht, welche Person beschäftigt werden soll, muss im Einzelfall geprüft werden, welche Form der Anstellung am sinnvollsten ist. Dabei stellt sich zunächst die Frage, ob eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung oder ein Minijob geeigneter ist. Entscheidend ist hierbei die Krankenversicherungssituation der betreffenden Person.

Soll der Krankenversicherungsstatus unverändert bleiben – etwa bei bestehender privater Krankenversicherung oder beitragsfreier Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) –, bietet sich in der Regel eine geringfügige Beschäftigung an. Ist dies nicht der Fall, empfiehlt sich ein sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis, da so ein umfassender Krankenversicherungsschutz gewährleistet ist.

Ein Wechsel von der privaten Krankenversicherung in die GKV ist ab dem vollendeten 55. Lebensjahr in der Regel nur noch in Ausnahmefällen möglich.

Auch der Minijob bietet Vorteile
Trotz der Arbeitgeberabgaben von rund 30 % kann eine Minijob-Anstellung netto bis zu 1.800 € jährlich einbringen. Das Gehalt sowie die darauf entfallenden Abgaben sind für den Arbeitgeber vollständig steuerlich abziehbar, was zu einer Steuerersparnis von bis zu 45 % führen kann (Einkommensteuer, Solidaritätszuschlag, Kirchensteuer). Der Gehaltseingang ist beim Minijobber steuerfrei. Zusätzlich besteht die Möglichkeit, freiwillig Beiträge zur Rentenversicherung zu leisten und so die spätere Rente geringfügig zu erhöhen.

Günstiger Krankenversicherungsschutz durch Teilzeit-Anstellung
Bei sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungen mit hohen Gehältern entstehen entsprechend hohe Abgaben – bei einem Bruttogehalt von 3.000 € monatlich summieren sich diese auf rund 14.400 € jährlich. Ein Großteil dieser Beiträge bringt jedoch kaum einen Mehrwert: Eine Arbeitslosenversicherung ist in vielen Fällen entbehrlich, die gesetzliche Rente bleibt trotz hoher Beiträge begrenzt und der Krankenversicherungsschutz kann auch mit niedrigerem Einkommen gesichert werden.

Daher ist es sinnvoll, nur so viele Arbeitsstunden zu vereinbaren, dass ein Gehalt zwischen 700 und 1.200 € pro Monat gezahlt werden kann. Bei einem monatlichen Gehalt von 1.000 € fallen für die gesetzliche Krankenversicherung etwa 150 € an (rund 15 %). Zum Vergleich: Eine private Krankenversicherung oder freiwillige Mitgliedschaft in der GKV kostet oft um die 600 € monatlich. Das Einsparpotenzial einer (teil-)entgeltlichen Beschäftigung ist somit erheblich.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2025

Sollten über die Leistungen der GKV hinausgehende Absicherungen gewünscht sein, können diese durch private Zusatzversicherungen ergänzt werden.

Zusätzlich profitiert der Beschäftigte vom Arbeitnehmerpauschbetrag in Höhe von 1.230 € jährlich, was bei der Zusammenveranlagung von Ehepaaren zu einer Steuerersparnis von etwa 550 € pro Jahr führt. Unabhängig von der Beschäftigungsart können auch »begünstigte Lohnbestandteile« wie Erholungsbeihilfen oder Gutscheinkarten gewährt werden.

Fazit

Eine (teil-)entgeltliche Beschäftigung von Familienangehörigen in der Praxis ist in den meisten Fällen sinnvoll. Um eine steuerlich und sozialversicherungsrechtlich einwandfreie Gestaltung sicherzustellen, sollte jedoch stets ein Steuerberater hinzugezogen werden. Die Anerkennung solcher Arbeitsverhältnisse mit Angehörigen erfordert eine besonders sorgfältige Dokumentation und Nachweisführung.

Michael Stolz
Steuerberater

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2025

2.3. Die neue PAR-Behandlungsstrecke im BEMA

Der gangbare Weg

Was lange braucht, wird endlich gut – oder so ähnlich heißt es doch, wenn Dinge besonders lange brauchen, um etwas zu werden. Ob es gut wird, muss sich noch erweisen. Das gilt für die neue PAR-Behandlungsstrecke im BEMA.

Es gab schon viele Veröffentlichungen zu diesem Thema, auch kontroverse. So war bis vor Kurzem unklar, wie BEMA-Positionen aussehen und wie sie honoriert werden. Die neue Richtlinie zur Behandlungsstrecke ist bekannt, und die Umsetzung ist auf dem Weg zu den KZVen und Vertragszahnärzten, wenn seitens des Ministeriums und der Manteltarifvertragsparteien keine Widersprüche mehr kommen. Wegen dieser kleinen Unsicherheit soll es hier noch nicht um die BEMA-Nummern gehen, sondern um das Grundsätzliche.

Früher kam es bei der PAR-Behandlung auf die Vorbehandlung und die Mitarbeit des Patienten an, sodass die Arbeit des Zahnarztes mit der Kürettage oder der chirurgischen Therapie getan war. Der Patient hatte Glück, wenn die Praxis ein Nachsorgekonzept erstellt hatte und einen Recall mit regelmäßiger PZR. Nur damit war die frühere PAR-Behandlung zu einem Erfolg zu führen. Dieses Vorgehen während der PAR-Behandlung und die gesamte Ausrichtung auf die Vorarbeit und die Mitarbeit des Patienten hat die Wissenschaft längere Zeit schon als suboptimal angesehen. Viele Ansätze wurden verfolgt, um Gehör bei der Politik zu finden. Neue Ansätze wurden gefunden und schlussendlich sogar eine neue Nomenklatur zur Parodontitis. Die Fachgesellschaften und die Lehre haben sich auf diese geeinigt, und damit war ein neues Parodontitiszeitalter eingeläutet.

Behandlungsstrecke von drei Jahren

Die Patientenvertreter im gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) waren sehr sensibel, was die Neuerungen der Wissenschaft anging, und hatten diesen Fokus aufgegriffen, um Patientinnen und Patienten in der GKV diese Wohltat zukommen zu lassen.

Sicher wäre ein Anreizmodell über Festzuschüsse und Boni die Ideallösung gewesen. Jedoch kann man das nicht erwarten, wenn Sozialpolitik mit Patientenvertretern die Zukunft planen. Also wurde ein Sachleistungspaket geschnürt.

Die Wissenschaft geht immer noch davon aus, dass die Parodontitis eine lebenslang zu behandelnde oder zumindest zu betreuende Erkrankung ist. Ein lebenslanger Ansatz ist aber für gesetzliche Krankenkassen ein unkalkulierbares Risiko, das so nicht sein darf. Deshalb hat man sich für eine Behandlungsstrecke (siehe oben, mit freundlicher Genehmigung der KZVB) mit einer Dauer von zirka drei Jahren entschieden.

Die UPT-Frequenz steht ab PAR-Planung fest

Eine verpflichtende Vorbehandlung und eine Compliance des Patienten sind nicht mehr vorgesehen. Vielmehr baut man auf die »Adhärenz«, das »Klebenbleiben« des Patienten an der Praxis während der Dauer der Therapie. Elemente der »sprechenden Zahnmedizin« haben in diese Behandlungsstrecke ebenfalls Einzug gefunden, um den Patienten mit seinen Erkrankungen und der Parodontitis zu einem verstehenden und aktiven Mitgestalter für seine orale Gesundheit zu machen. Nicht zuletzt die Nachbehandlungsphase mit einer am Grad der Erkrankung festgemachten Frequenz der unterstützenden Parodontitistherapie (UPT) soll nachhaltig die Parodontalgesundheit fördern. Wie sehr diese gefördert wurde, wird vom Bundesgesundheitsministerium nach rund zwei Jahren reevaluiert.

Bleibt zu hoffen, dass dabei herauskommt, dass eine deutliche Verbesserung zu verzeichnen ist und die Kosten dafür angemessen waren, dass der gesamte Wandel in der Therapie ein voller Erfolg ist.

In der nächsten Ausgabe geht es intensiver um die BEMA-Leistungen.

Dr. Christian Öttl

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2021

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2021

2.3.1. Die neuen Leistungen der PAR-Behandlungsstrecke

Der gangbare Weg

Nachdem in einem früheren Artikel die neue PAR-Behandlungsstrecke, die Intention dahinter und die wissenschaftliche Grundlage im Fokus standen, geht es dieses Mal um die neuen Leistungen beziehungsweise die Leistungen im BEMA und deren Bewertung.

Der Einstieg in die neue PAR-Behandlungsstrecke ist nicht mehr an die Mitarbeit des Patienten gebunden und kann ohne Vorbehandlung begonnen werden. Natürlich will die gesetzliche Krankenkasse vorab wissen, wer bei wem was macht, und ein Wörtchen mitreden. Zuerst muss ein Behandlungsplan eingereicht werden.

Die Befunderhebung und Erstellung eines Parodontalstatus werden jetzt mit 44 Punkten honoriert, da gegenüber der alten BEMA-Nr. 4 der Umfang der auszufüllenden Felder und medizinischen Feststellungen zugenommen hat.

Als Nächstes folgt die neue BEMA-Nr. ATG – das ärztliche Aufklärungs- und Therapiegespräch. Es wird mit 28 Punkten honoriert und ist Teil der genehmigungsbedürftigen Leistungen in der Behandlungsstrecke. Im ATG soll der Patient über Befund und Diagnose informiert werden. Mögliche Therapiealternativen sollen erörtert werden. Daraufhin soll gemeinsam eine Therapieentscheidung getroffen werden, natürlich einschließlich der unterstützenden Parodontitistherapie. Er muss über die Bedeutung eines gesundheitsbewussten Verhaltens mit der Reduktion exogener und endogener Risikofaktoren genauso aufgeklärt werden wie über die Wechselwirkungen mit anderen Erkrankungen.

Mundhygieneunterweisung
Der nächste Schritt ist die MHU, die patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung. Sie ist mit 45 Punkten bewertet und umfasst viele Punkte. So soll dabei herausgefunden werden, was der Patient sowohl über Mundhygiene als auch über die Erkrankung weiß, welche Ziele er bezüglich seiner Mundgesundheit verfolgt und wie er bis dato seine Zähne pflegt. Es folgen die Bestimmung des Entzündungszustandes der Gingiva, das Anfärben der Plaque, die individuelle Mundhygieneinstruktion und die praktische Darstellung der zur individuellen Patientensituation passenden Mundhygiene sowie auch der dazu notwendigen Hilfsmittel und deren Anwendung am Patienten.

Dann kommt die antiinfektiöse Therapie, die AIT, die den früheren Positionen P200, P201 entspricht und mit 14 Punkten je einwurzeligen Zahn und mit 26 Punkten je mehrwurzeligen Zahn honoriert wird. Hierbei sollen alle supragingivalen und klinisch erreichbaren subgingivalen weichen und harten Beläge sowie Biofilm und Konkremente jeweils bei Zahnfleischtaschen von vier Millimetern und mehr entfernt werden. Die Therapie soll innerhalb von vier Wochen abgeschlossen sein.

Neue Leistung: Befundevaluation
Eine neue Leistung ist wiederum die Befundevaluation BEV. Diese ist drei bis sechs Monate nach der AIT und gegebenenfalls drei bis sechs Monate nach der chirurgischen Therapie, der CPT, vorgesehen. Sie ist jeweils mit 32 Punkten bewertet und umfasst die Dokumentation der Sondierungstiefen und -blutungen, die Zahnlockerung, den Furkationsbefall, den röntgenologischen Knochenabbau sowie den Knochenabbauindex (Prozent/Alter). Es erfolgt der Vergleich mit den Befunddaten des Parodontalstatus zu Beginn der Behandlungsstrecke. Die Daten werden mit dem Patienten besprochen sowie das weitere Vorgehen auch mit den folgenden unterstützenden Parodontitisbehandlungen (UPT) und deren Nutzen.

Dr. Christian Öttl

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2021

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2021

2.3.2. Sind parodontologische Privatleistungen möglich?

PAR-Behandlungsstrecke

Die neue GKV-PAR-Behandlungsstrecke hat große Veränderungen bei der systematischen Behandlung von Parodontitiden mit sich gebracht. Nicht nur, dass neue Gebührennummern geschaffen worden sind, auch eine ganz neue Systematik der Behandlungsabfolge bei der parodontologischen Behandlungsstrecke wurde etabliert. Sind damit alle denkbaren parodontologischen Leistungen abgedeckt? Oder können zusätzliche private im Sinne der Gebührenordnung für Zahnärzte medizinisch notwendige parodontologische Therapieoptionen mit einem GKV-Patienten vereinbart werden?

Paragraf 10 der neuen PAR-Richtlinie zur adjuvanten Antibiotikatherapie schließt die mikrobiologische Diagnostik sowie eine lokale Antibiotikatherapie von der vertragszahnärztlichen Versorgung aus. Abschnitt V der allgemeinen Behandlungsrichtlinie definiert den Leistungsumfang der Behandlung von Parodontalerkrankungen außerhalb der systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen und gibt dabei die Behandlung von Parodontalabszessen, nekrotisierenden Parodontalerkrankungen und endodontal-parodontalen Läsionen vor. Explizit heißt es in Abschnitt V: »Nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört die Behandlung der Rezessionen, des Fehlens keratinisierter Gingiva und der verkürzten angewachsenen Schleimhaut.« Die gesamte plastische und auch die gesamte regenerative Parodontologie, die nirgendwo im BEMA Erwähnung findet, sind daher vereinbarungsfähige Privatleistungen. Weitere nicht vom Leistungsumfang der Vertragszahnheilkunde umfasste Bereiche der Parodontologie sind antiinfektiöse Therapieverfahren, die den Leistungsinhalt nicht sicher voll umfassen, zum Beispiel photodynamische Therapie, Laser, Pulverstrahlgeräte als Ersatz für die nichtchirurgischen Interventionen mit Handinstrumenten (Küretten) und/oder maschinell betriebenen Instrumenten (Schall/Ultraschall).

»Parodontale« Behandlungen an Implantaten (abgesehen von den Ausnahmefällen im Sinne von § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V, siehe hierzu Behandlungsrichtlinie B. VII.) gehören ebenfalls nicht zu den Vertragsleistungen.

Liste außervertraglicher Parodontaltherapien
Damit ergibt sich im Überblick eine Liste außervertraglicher Parodontaltherapien, die jeweils mit dem GKV-Patienten nach § 8 Abs. 7 zuvor schriftlich vereinbart werden müssen:

Mikrobiologische Diagnostik (GOÄ-Nr. 298)
Testung der Wirtsreaktion (sogenannte Gentests)
Lokale Antibiotikatherapie (GOZ-Nr. 4025 und Analogien wie etwa CHX-Lacke oder FMD)
Plastische und regenerative Verfahren (GOZ-Nrn. 4110 ff oder 3240/3250)
Maßnahmen an Implantaten

Anders verhält es sich, wenn Privatleistungen angeboten werden müssen, weil Teile der systematischen PAR-Therapie dem Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V entgegenstehen. Dies ist beispielsweise dann der Fall, wenn einzelne oder mehrere Zähne eine ungünstige Prognose aufweisen. Die parodontale Prognose hängt von einer Reihe von Einflussfaktoren ab, die sich – treten sie in Kombination auf – gegenseitig verstärken können. Deswegen wurde in § 4 der PAR-Richtlinie festgehalten, dass bei weit fortgeschrittenem Knochenabbau von über 75 Prozent oder einem Furkationsbefall von Grad III bei gleichzeitigem Vorliegen eines Lockerungsgrades III in der Regel die Entfernung des Zahnes angezeigt ist. Eine etwaige PAR-Behandlung solcher Zähne ist grundsätzlich als außervertraglich eingestuft. Die BEMA-Nrn. ATG, MHU, AIT, CPT, BEV und UPT kommen für diese Zähne nicht in Betracht. Wobei durch die Formulierung »in der Regel« auch Ausnahmen zugelassen werden sollen bei der beschriebenen Kombination von fortgeschrittenem Furkationsbefall, Knochenabbau und Lockerungsgrad.

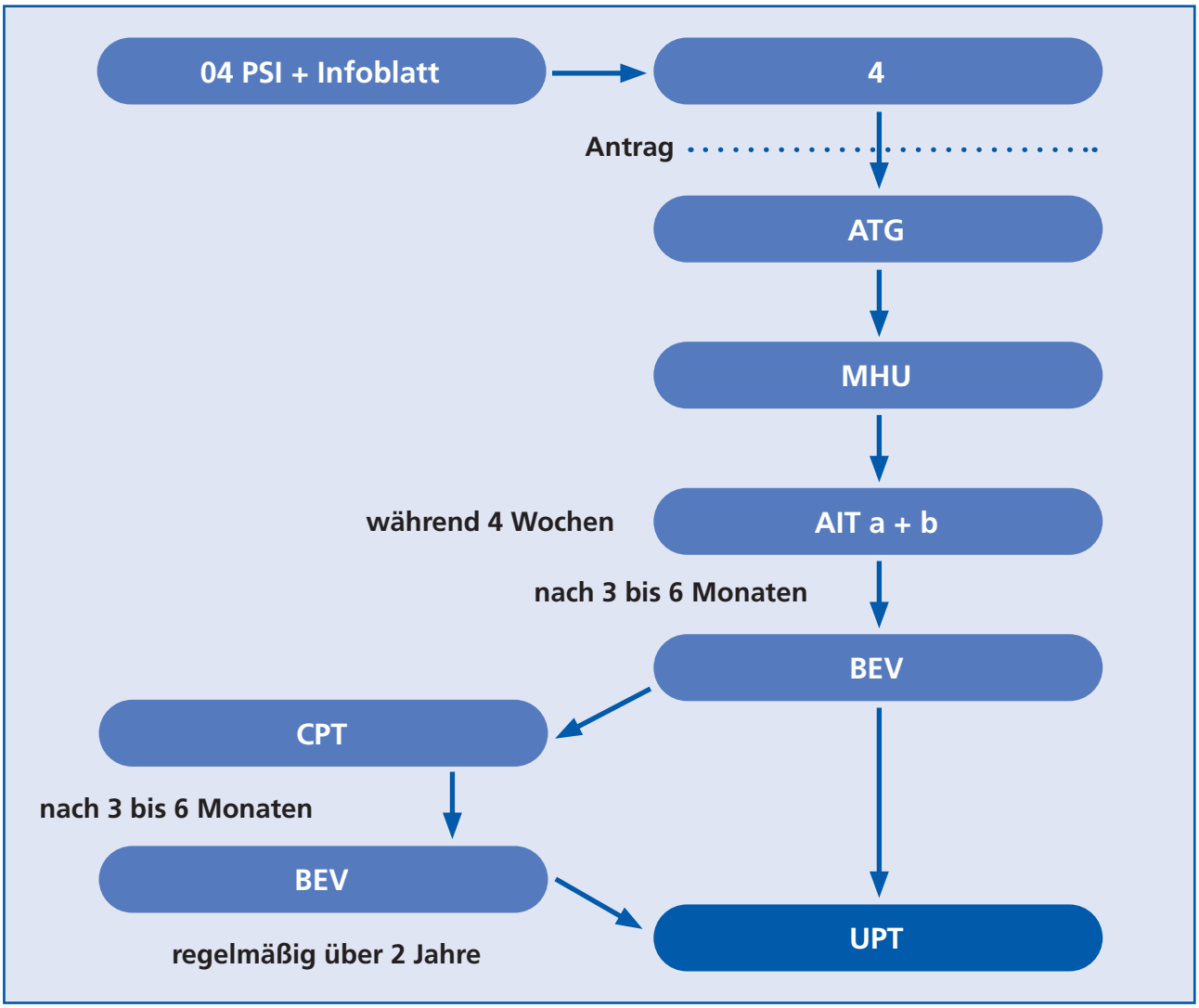
Der Zahnarzt ist bei seiner Therapie nicht nur dem Patienten gegenüber verantwortlich, sondern unterliegt auch dem Wirtschaftlichkeitsgebot. Letztlich muss es

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2021

ihm zusammen mit seinem Patienten überlassen werden, die Grenzen zu ziehen, da nur er in der Zusammenschau der Befunde in der Lage ist, die Prognose zu stellen. Keiner dieser Faktoren führt zwingend zum Behandlungsausschluss.

Jeder kann jedoch – sowohl einzeln als auch verstärkt in Kombination – Anlass sein, aus Gründen des Wirtschaftlichkeitsgebots die PAR-Therapie aus der gesetzlichen Krankenversicherung auszugliedern und – falls der Patient dies wünscht – privat zu vereinbaren.

Dr. Dr. Alexander Raff



PAR-Grad	A	B	C
Leistungserbringung	einmal pro Jahr, Mindestabstand 10 Monate	einmal pro Halbjahr, Mindestabstand 5 Monate	einmal je Jahresdrittel, Mindestabstand 3 Monate
Abrechnung	2 × UPT möglich, a/b/c/e/f	4 × UPT möglich, a/b/c/e/f; bei 2. und 4. UPT zusätzlich d	6 × UPT möglich, a/b/c/e/f; bei 2. und 3. sowie 5. und 6. UPT zusätzlich d
	im 2. Jahr zusätzlich einmal UPT g	im 2. Jahr zusätzlich einmal UPT g	im 2. Jahr zusätzlich einmal UPT g

PAR-Behandlungsstrecke

Quelle: Liebold/Raff/Wissing BEMA+GOZ-Kommentar 130. Lieferung Juli 2021

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2021

2.3.3. Die neue PAR-Strecke und die Dokumentation

Der gangbare Weg

»Wo Licht ist, ist auch Schatten«, so kann man die PAR-Behandlungsstrecke sehen. Wir haben uns bislang mit den Grundlagen und den Leistungen auseinandergesetzt. Jetzt geht es um die Rahmenbedingungen.

Nachdem die Behandlungsstrecke für die PAR-Behandlung jetzt mindestens zweieinhalb Jahre alt und sehr komplex aufgebaut ist und auch noch ohne kontrolliertes mundhygienisches Zutun oder gar die verpflichtende konservierend-chirurgische Vorbehandlung des Patienten beginnen kann, wird es für die angekündigte Evaluation der Erfolge dieser Neuerung auf einige wichtige Punkte ankommen. Zunächst wird es unabdingbar sein, zu dokumentieren, dass man Patienten, bei denen der Parodontalzustand bei der Befunderhebung eine PAR-Behandlung notwendig erscheinen lässt, auch einer Behandlung zuführt. Auf alle Fälle ist zu empfehlen, auch eine Weigerung des Patienten, diese über sich ergehen lassen zu wollen, in der Dokumentation festzuhalten.

Hohe Belastung der Krankenkassen

Die Behandlung muss bei der Krankenkasse genehmigt werden. Wie schon in vergangenen Artikeln beschrieben, sind durchaus höhere Honorare in der Behandlungsstrecke hinterlegt als in der alten PAR-Behandlung. Damit wird die Belastung der Krankenkassen gerade in der durch Corona angespannten Lage hoch werden. Ein Behandlungsbeginn vor Genehmigung wird so als formaler Fehler gerne Anlass zur Streichung aller Leistungen geben, wie heute schon bei einigen Kassen bei PAR-Behandlung (alt) Kieferbruch und Zahnersatz. Auch räumen die Krankenkassen keinerlei Gestaltungsspielraum ein. Je weniger Geld zur Verfügung steht, desto schwieriger ist es, dieses für erbrachte Leistungen zu bekommen. Basis für die Honorierung über die KZVen ist wie immer eine korrekte Abrechnung auf der Grundlage einer ausreichenden Dokumentation. Dies meint nicht die Note 4 (für die Dokumentation).

Jeder Behandlungsschritt muss nachvollziehbar sein

Es muss jeder Behandlungsschritt für einen Fachkundigen aus den Aufzeichnungen nachvollziehbar sein. Wenn sich Zahnärztinnen und Zahnärzte unter diesen Vorgaben die Leistungen der Behandlungsstrecke ansehen, dann werden sie viel Dokumentationsaufwand erkennen. Auch der Freie Verband hat Dokumentationshilfen auf den Weg gebracht. Mit freundlicher Freigabe der KZVB und dem Urheber, Dr. Florian Kinner, sind im Praxishandbuch des FVDZ Dokumentationsbögen zu finden, mit denen dieser Dokumentationspflicht nachgekommen werden kann. Auch die Industrie hat schon reagiert und Dokumentationshilfen auf den Markt gebracht. Außerdem bieten Fachgesellschaften und KZVen Vordrucke an. Jeder sollte für sich aus dem Wust an Hilfsmitteln entscheiden, womit er dieser Dokumentationspflicht nachkommen kann. So sollte man auf dem Dokumentationsbogen für das Aufklärungs- und Therapiegespräch auf alle Fälle einen Punkt haben, der abfragt, ob denn eine gültige Genehmigung seitens der Krankenkasse vorliegt. Auch wichtig: Was war der genaue Inhalt des Gesprächs? Wie lange hat eine Behandlung gedauert? Wie viele Termine, was wird gemacht, was muss man zusätzlich eventuell noch an gesundheitsbewusstem Verhalten ändern und was können zusätzliche Optionen inklusive Kosten sein? Sowohl die Entscheidung über die Therapie als auch die Folgen einer eventuellen Nichtbehandlung müssen dokumentiert werden. Die Mitarbeit des Patienten sollte extra dokumentiert werden. Eventuell wäre es sogar ratsam, dem Patienten eine Kopie dieses Dokumentes zu überreichen, nachdem er es unterschrieben hat.

Aufklärung in Sachen Mundhygiene

Auch die Mundhygieneunterweisung sollte natürlich den Ansprüchen an die Dokumentation genügen. Angefangen von den Ursachen der Erkrankung, kann man die passenden Mundhygienehilfsmittel erklären, nachdem man die ganze Palette der Hilfsmittel gezeigt hat. Die praktische Unterweisung in der Handhabung der Hilfsmittel beendet diese Leistung. Bei der unterstützenden Parodontitistherapie (UPT) werden je nach der Form, also a, b, c, d, e, f oder g, alle durchgeführten Arbeiten und Aufklärungen nach der Leistungsbeschreibung dokumentiert.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2021

Jetzt erschließt sich auch das Mehrhonorar in der Behandlungsstrecke. Es scheint im Dokumentationsaufwand zu stecken. Lassen Sie sich nicht abschrecken, denn die Zahnärzteschaft ist hier gefordert, der deutschen Mundgesundheit Nutzen zu bringen. Das ist der Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA).

Dr. Christian Öttl

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2021

2.3.4. Muster Dokumentationsbögen PAR-Behandlungsstrecke

Mit freundlicher Genehmigung durch Dr. Florian Kinner und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns.

Behandler: _____

Datum: _____

Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns

Aufklärungs- und Therapiegespräch (ATG)

Vor- und Nachname Patientin/Patient: _____

Geburtsdatum: _____

☐ Genehmigung der GKV für PAR vorhanden

Folgendes wurde mit dem Patienten ausführlich besprochen:

☐ 1. Befund und Diagnose gemäß PA-Status, insbesondere _____

☐ 2. Therapie und deren Ablauf, insbesondere
- ☐ Dauer der Initialtherapie ca. 1 Monat
- ☐ Terminfolge (MHU, AIT, BEV, ggf. CPT, UPT)
- ☐ Befundevaluation (BEV) 3 – 6 Monate nach AIT/CPT
- ☐ Mögliche chirurgische Therapie (CPT, bei TST > = 6 mm)
- ☐ Anschließende UPT, deren Bedeutung und Nutzen
- ☐ ggf. adjuvante Antibiotische Therapie
- ☐ Einschränkungen durch Behandlung/Anästhesie (Fahrfähigkeit etc.)
- ☐ Risiken der Behandlung (Schmerzen, mögliche Verschlechterung, Schädigung benachbarter Strukturen, Nervschädigung, Blutung, Allergie etc.)

☐ 3. Mögliche Behandlungsalternativen _____

Mögliche zusätzliche Privatleistungen _____

☐ gemeinsame Entscheidung _____

☐ 4. Bedeutung gesundheitsbewussten Verhaltens, beispielsweise

_____

☐ 5. Wechselwirkungen mit anderen Erkrankungen, Medikamenten oder möglicher Schwangerschaft, insbesondere

_____

_____

MUSTER

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2021

Behandler: _____

Datum: _____

Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns

Patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung (MHU)

Vor- und Nachname Patientin/Patient: _____

Geburtsdatum: _____

☐ ATG abgeschlossen

☐ erforderliche KCH-Therapie ist erfolgt, überstehende Kronen- und Füllungsränder und Schmutznischen wurden beseitigt

☐ 1. Mundhygieneaufklärung

Wissen des Patienten zu PA

☐ Ursache Knochenabbau ☐ verstanden

_____

☐ Zusammenhang Allgemeine Gesundheit/Medikamente ☐ verstanden

_____

☐ Mögliche Maßnahmen ☐ verstanden

_____

übliche Zahnpflege des Patienten

☐ Bürste _____ ____-mal täglich

☐ Druckkontrolle entspr. 40 – 80 g _____

☐ Zungen- und Schleimhautreinigung _____ ____-mal täglich

☐ Zahnseide _____ ____-mal täglich

☐ Interdentalbürste _____ ____-mal täglich

☐ Zahnpasta _____

☐ Mundspülung _____

☐ ggf. Prothesenreinigung _____

☐ ggf. Hilfsperson _____

_____

langfristiges Ziel des Pat. _____

☐ mögliche negative Auswirkungen der Erkrankung:

_____

☐ 2. Entzündungszustand der Gingiva

_____

_____ ggf. weitere Sitzung

MUSTER

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2021

Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns

☐ 3. Anfärben Plaque, vorwiegende Lokalisation
- ☐ interdental
- ☐ posterior
- ☐ Brückenglieder
- ☐ Gingivalrand

_____

☐ 4. Indiv. Instruktion _____
- ☐ Bürste _____ ____-mal täglich
- ☐ Druckkontrolle entspr. 40 – 80 g _____
- ☐ Zungen- und Schleimhautreinigung _____ ____-mal täglich
- ☐ Zahnseide _____ ____-mal täglich
- ☐ Interdentalbürste _____ ____-mal täglich
- ☐ Zahnpasta _____
- ☐ Mundspülung _____
- ☐ ggf. Prothesenreinigung _____
- ☐ ggf. Hilfsperson _____

_____

☐ 5. Praktische Übung

Patient _____ Erklärung _____ umsetzen_____

Bemerkung _____

MUSTER

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2021

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2021

2.3.4.1. 5070a: PAR-Reevaluation, nicht Brückenglied

Die neuen PAR-Analogien Teil II. Durch die S3-Leitlinie »Die Behandlung von Parodontitis Stadium I bis III« vom Dezember 2020 ist es zu Weiterentwicklungen und Veränderungen in der Gewichtung der Therapie der Parodontitis gekommen. Das hat auch Auswirkungen auf die Privatabrechnung.

Das Hauptziel der PAR-Leitlinie ist, die Bedeutung und Notwendigkeit wissenschaftlicher Evidenz im klinischen Entscheidungsprozess bei der Therapie von Patienten mit Parodontitis der Stadien I bis III hervorzuheben. Es wurde dabei eine vier Stufen umfassende Stufentherapie definiert. Im Zuge dieser Entwicklung hat sich nach der zweiten Stufe (antiinfektiöse nichtchirurgische Therapie) und gegebenenfalls dritten Stufe (chirurgische Therapie) jeweils eine genaue parodontale Befundevaluation etabliert.

In der GKV wird mit der BEMA-Nr. BEVa nach AIT und BEVb nach CPT diese Befundevaluation abgerechnet. Der 59. Beschluss des Beratungsforums aus BZÄK, PKV-Bundesverband und der Beihilfe bestimmt, dass die Leistung der parodontalen Befundevaluation nach der GOZ-Nr. 5070a berechnet werden soll. Inhaltlich hat die Heranziehung der GOZ-Nr. 5070 zur Analogberechnung natürlich überhaupt nichts mit einem Brückenglied oder einem Prothesensattel (originärer Leistungsinhalt) zu tun.

GOZ-Nr. kann binnen eines Jahres dreimal erbracht werden

Bekanntermaßen stellt die parodontale Reevaluation nach erfolgter zweiter oder dritter Therapiestufe die Grundlage dafür dar, inwieweit mit welcher Frequenz und welchen Mitteln die weitergehende unterstützende Parodontaltherapie (vorerst) festgelegt wird. Über die Maßnahmen der geplanten UPT ist der Patient aufzuklären. Die GOZ-Nr. 5070a kann innerhalb eines Jahres bis zu dreimal erbracht werden. Sie entspricht damit nicht nur der Reevaluation im Sinne der BEMA-Nrn. BEVa und BEVb, sondern auch der BEMA-Nr. UPT g, also der Reevaluation im Rahmen der Verlaufskontrolle der vierten Therapiestufe, der nachsorgenden unterstützenden Parodontaltherapie.

Da im Konsensbeschluss keine In-toto-Berechnungshäufigkeiten angesprochen sind, ist davon auszugehen, dass die GOZ-Nr. 5070a auch über den weiteren Therapieverlauf einer UPT immer wieder maximal dreimal pro Jahr berechnet werden kann, wenn eine Befundevaluation im Rahmen der fortdauernden UPT medizinisch notwendig wird. Die Wissenschaft betont, dass die UPT gegebenenfalls als lebenslängliche zahnärztliche Betreuung eines PAR-Patienten zu betrachten ist.

Individuelle Analogziffern sind möglich, aber nicht sicher

Auch wenn die Aufklärungsumfänge in der Sitzung der Befundevaluation über die parodontale UPT-Thematik hinausgehen mögen, so ist es doch gebührentechnisch laut Konsensbeschluss nicht möglich, daneben andere Gesprächs- und Beratungsleistungen zu berechnen. Ebenfalls nicht möglich ist es, daneben die »alte« GOZ-Nr. 4000 für das Erstellen und Dokumentieren eines PAR-Status oder die Erhebung eines originären oder analogen Parodontalindex mit der GOZ-Nr. 4005(a) zu berechnen.

Verpflichtend ist bei dieser Art der Analogberechnung laut Konsensbeschluss folgender Text in der Liquidation: GOZ-Nr. »5070a« mit der Beschreibung »Befundevaluation – PAR«.

Natürlich kann die Zahnärztin oder der Zahnarzt auch eine eigene, ihm als besser geeignet erscheinende analoge Gebührennummer für die PAR-Reevaluation aussuchen und berechnen. Man muss dann nur damit rechnen, dass die eigene individuelle von der aktuellen allgemein konsentierten Empfehlung abweichenden Analogziffer von der PKV kritisch hinterfragt und die erbrachte Leistung unter Umständen nicht oder nur teilweise erstattet werden wird.

Dr. Dr. Alexander Raff

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

2.3.5. Faktor 5,5 entspricht BEMA-Honorar

GOZ-Nr. **2180**. *Durch die fehlende Punktwertanpassung in der GOZ und die jährliche kontinuierliche Anhebung des Punktwertes (in Relation zur Grundlohnsumme) im BEMA sind viele Leistungen im BEMA erheblich besser honoriert als in der GOZ. Ein typisches Beispiel ist die GOZ-Nr. 2180, die Vorbereitung eines zerstörten Zahnes mit plastischem Aufbaumaterial zur Aufnahme einer Krone.*

Die GOZ-Nr. 2180 liegt bei 2,3-fachem Faktor deutlich unter der BEMA-Bewertung vergleichbarer Aufbaufüllungen. Auch unter Berücksichtigung der gegebenenfalls zusätzlichen Berechnungsmöglichkeit der adhäsiven Befestigung (GOZ-Nr. 2197) ist die Bewertung keinesfalls angemessen. Die sehr niedrige Bewertung dieser Leistung, die insbesondere bei der Verwendung von Adhäsivtechniken im absoluten Missverhältnis zum oftmals tatsächlich gegebenen Aufwand steht, kann daher in der Regel nur durch die Wahl entsprechend hoher Steigerungsfaktoren und/oder mit einer freien Honorarvereinbarung nach § 2 Abs. 1 und 2 GOZ, also mittels Faktoren oberhalb des 3,5-fachen Satzes, ausgeglichen werden.

Entgegen der Absicht bei dessen Einführung in die Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte 1988 ist der Punktwert nie zum Inflationsausgleich angepasst worden. Auch zehn Jahre nach Einführung der GOZ 2012 ist er gleich geblieben bei 5,62421 Cent. Die Schere der Vergütung zwischen BEMA und GOZ öffnet sich weiter Jahr für Jahr. So ist mit dem Punktwert der AOK Baden-Württemberg von 2022 der Vergleich in der Tabelle unten vorzunehmen: Auch wird gebührentechnisch bei der GOZ-Nr. 2180 nicht berücksichtigt, dass es gegebenenfalls auch mehr als eines Aufbaus bedarf, um die zerstörte Zahnhartsubstanz wiederherzustellen. So schreibt die vierte Berechnungsbestimmung der GOZ-Nr. 2180 vor, dass diese Nummer nur jeweils einmal je Zahn berechnet werden kann, auch wenn mehrere Aufbauten benötigt werden. Im BEMA gibt es diese einschränkende Regelung nicht. Dies bedeutet, dass zum Erzielen eines Äquivalenzfaktors zu notwendigen zwei zweiflächigen Aufbaufüllungen der Faktor 11 nötig wird.

Bereits 2004 hat das Bundesverfassungsgericht entschieden, dass die unter sozialversicherungsrechtlichen Konditionen, also im BEMA, bezahlte Honorierung wohl kaum noch als angemessen für Leistungen der GOZ bezeichnet werden kann (BVerfG AZ 1 BvR 1437/02 vom 25.10.2004). Diese Aussage kann nicht anders verstanden werden, als dass bei Leistungen, die in der GOZ unter dem GKV-Niveau bewertet sind, eine Faktorsteigerung und gegebenenfalls eine freie Honorarvereinbarung nach § 2 Abs.1 und 2 getroffen werden muss, damit die Angemessenheit der Honorierung dadurch wiederhergestellt wird.

Jeder Zahnarzt sollte sich dieser Aufforderung des Bundesverfassungsgerichtes immer bewusst sein, ganz besonders auch bei der GOZ-Nr. 2180.

GOZ 2012			BEMA	GOZ-Faktor für BEMA-Honorar 2022
	2,3-fach	3,5-fach		
GOZ-Nr. 2180	19,40 €	29,53 €	13a (F1) 38,33 €	4,5 (37,98 €)
			13b (F2) 46,71€	5,5 (46,42 €)

Dr. Dr. Alexander Raff

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

2.3.6. Private Chirurgie in Not

GOZ-Leistungen. Es muss sich weiter herumsprechen: Durch die jahrzehntelange fehlende Punktwertanpassung in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und die jährliche kontinuierliche Anhebung des Punktwertes (in Relation zur Grundlohnsumme) im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) sind viele Leistungen im BEMA besser honoriert als in der GOZ.

Bereits im Oktoberheft des DFZ wurde auf die chirurgischen Leistungen hingewiesen, bei denen nur noch eine Honorarvereinbarung gemäß § 2 Abs. 1 GOZ abhilft. Dies betrifft auch folgende Leistungen – unter Angabe der für die BEMA-Honorarhöhe nötigen Faktoren:

- die beiden Exzisionen (GOZ-Nr. 3070 und 3080, Faktor 4,7 und 5,3),
- der plastische Verschluss einer Kieferhöhle bei Extraktion (GOZ-Nr. 3090, Faktor 4,6),
- die Hemisektion (GOZ-Nr. 3130, Faktor 5,5),
- die Zystektomien (GOZ-Nr. 3190 und 3200, Faktor 3,8 und 5,1),
- das Beseitigen störender Schleimhautbänder (GOZ-Nr. 3210, Faktor 7,3),
- die Vestibulumplastik (GOZ-Nr. 3240, Faktor 4,6),
- die Diastema-Operation (GOZ-Nr. 3280, Faktor 5,7),
- die chirurgische Wundrevision (GOZ-Nr. 3310, Faktor 4,5).

Privatpatient bleibt auf Kosten sitzen

Die mittlerweile real existierenden Äquivalenz-Faktoren verschlagen einem die Sprache. So muss das Beseitigen von Lippen- oder Wangenbändchen nach der GOZ-Nr. 3210 inzwischen so hoch frei privat vereinbart werden (Faktor 7,3), dass der Patient selbst bei Erstattung bis zum 3,5-fachen Satz auf mehr als der Hälfte, nämlich auf den »restlichen 3,8«, sitzen bleibt. Da kommt »Freude« auf bei der zu erwartenden Diskussion mit den von dieser Schieflage betroffenen privatversicherten Patienten.

Leistungen unter BEMA-Niveau

Jeder Zahnarzt sollte sich selbstbewusst der Situation stellen. Das gilt für die freie Honorarvereinbarung bei den genannten Leistungen ebenso wie für etwaige Diskussionen, wenn Erschwernisse eine Erhöhung bis zum 3,5-fachen Faktor rechtfertigen. Gerade bei chirurgischen Leistungen ist genau zu prüfen, ob besondere Erschwernisse und/oder eine längere Behandlungsdauer vorliegen. Denn alle Arten von Zahnentfernung – von der Frontzahnextraktion bis zur Osteotomie verlagerter Zähne – sind, wenn Faktor 2,3 angesetzt wird, bedeutend schlechter bewertet als im BEMA (Äquivalenzfaktor meist 3,1). Dasselbe gilt beispielsweise für die Wurzelspitzenresektionen (Faktor 3,3 beim Frontzahn und 3,5 beim Seitenzahn), für die Blutungsstillung (Faktor 2,9), das operative Freilegen (Faktor 3,1) und die Nachbehandlung (Faktor 3,3).

Inflationsausgleich fehlt

Es kann nicht oft genug wiederholt werden: Entgegen der Absicht bei dessen Einführung in die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und GOZ 1988 ist der Punktwert nie zum Inflationsausgleich angepasst worden. Das Bundesverfassungsgericht entschied 2004, dass das GOZ-Honorar, das niedriger liegt als unter sozialversicherungsrechtlichen BEMA-Konditionen, kaum noch als angemessen für GOZ-Leistungen bezeichnet werden kann (BVerfG AZ 1 BvR 1437/02 vom 25.10.2004). Das kommt einer Aufforderung zur freien Honorarvereinbarung nach § 2 Abs.1 und 2 – auch bei chirurgischen Leistungen – gleich.

Dr. Dr. Alexander Raff

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2023

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2023

2.3.7. Ohne Druck ist Abweichendes möglich

Freie Honorarvereinbarung. Die Scheu vor einer Privatliquidation ist unberechtigt – wenn der § 2 genau gekannt wird und auch die sich darauf beziehenden Gerichtsurteile. Rechtsprechung Teil 1.

Die hohe Inflationsrate prekarisiert das, was schon lange schwärt: die Nichtanpassung des GOZ-Punktwerts seit mittlerweile 35 Jahren. Die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) entschwindet zusehends als tragfähige Gebührenordnung in Relation zum allgemeinen Preisverfall. § 2 Abs. 1 und 2 – die freie Honorarvereinbarung – muss immer mehr ins Zentrum der Privatliquidation geraten. Doch viele Kolleginnen und Kollegen scheuen sich davor. Wohl auch, weil sie rechtliche Konsequenzen fürchten, wenn etwa versehentliche Form- oder Verfahrensfehler bei der Honorarvereinbarung deren Gültigkeit in Frage stellen.

Häufig erwachsen Unsicherheiten aus formalen Erfordernissen – der Frage nach der korrekten Individualabrede, dem richtigen Zeitpunkt der Vereinbarung, der Angemessenheit der Honorarhöhe, dem Umgang mit einer etwaigen Begründungspflicht oder der Frage danach, was passiert, wenn etwa eine falsche Gebührennummer nach § 2 Abs. 1 berechnet wurde. Daher ist es gut, den Verordnungstext genau zu kennen. § 2 Abs. 2 lautet: »Eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 ist nach persönlicher Absprache im Einzelfall zwischen Zahnarzt und Zahlungspflichtigem vor Erbringung der Leistung des Zahnarztes schriftlich zu treffen. Dieses muss neben der Nummer und der Bezeichnung der Leistung, dem vereinbarten Steigerungssatz und dem sich daraus ergebenden Betrag auch die Feststellung enthalten, dass eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. Weitere Erklärungen darf die Vereinbarung nicht enthalten. Der Zahnarzt hat dem Zahlungspflichtigen einen Abdruck der Vereinbarung auszuhändigen.« Dieser Vertragstext enthält Passagen, die durch (Ober-)Landesgerichte näher definiert worden sind, zum Beispiel die Definition einer »persönlichen Absprache im Einzelfall« und einer »Vereinbarung vor Erbringung der Leistung«.

Zusatzvereinbarungen trotz HKP

So führt das Landgericht (LG) Frankfurt in seinem Urteil vom 15.05.2019 (Az.: 2-15 S 7/19) über die Wirksamkeit einer Honorarvereinbarung aus, für diesen Aspekt sei vor allem maßgeblich, ob der Patient vor der Behandlung beziehungsweise dem jeweiligen Behandlungsabschnitt ausreichend Zeit gehabt habe, zu überlegen, ob er die angebotene Behandlung/Leistung zu den angebotenen Gebührensätzen durchführen lassen wolle. Das LG erläuterte, es führe nicht zur Unwirksamkeit der Vereinbarung, wenn der Zahnarzt mit dem Patienten eine vom Heil- und Kostenplan (HKP) abweichende Gebührenvereinbarungen schließt und teils auch andere Leistungen vereinbart (zuerst Faktor 4,6, dann Faktor 7). Zwar sei der HKP vor Behandlungsbeginn zu erstellen, »vor Erbringung der Leistung«. Das bedeute aber nicht, dass die Parteien eines solchen Vertrages keine weitere Vereinbarung treffen könnten, im Verlauf auch andere Gebührensätze oder geänderte Leistungen zu vereinbaren. Denn auch dann könne die der Verordnung zugrunde liegende Zielrichtung eingehalten werden, den Patienten über die geplanten Maßnahmen und die voraussichtlichen Kosten zu informieren – wenn dies vor der Behandlung erfolge.

Landgericht erkennt keine »Drucksituation«

Dies war der Fall gewesen: Der Patient hatte die streitgegenständlichen Vereinbarungen jeweils vor Beginn der jeweiligen Behandlung, vor Erbringung der jeweiligen Leistungen, erhalten. Mithin habe er nach Ansicht des LG Zeit gehabt, sich diese durchzulesen und sich über die Annahme des Angebots Gedanken zu machen. Von einer »Drucksituation« könne nicht gesprochen werden. Es habe dem Patienten freigestanden, die Behandlung zu den im HKP ursprünglich vereinbarten Bedingungen zu verlangen, die Durchführung der geänderten Leistungen abzulehnen oder aber den erhöhten Gebührensatz vor der jeweiligen Behandlung/Leistungserbringung zu unterschreiben. Daraus ergebe sich nicht, betonte das LG, Zeit zum Überlegen allein vor der Gesamtbehandlung einzuräumen. Dies folge schon daraus, dass sich aufgrund eines Ereignisses oder Zeitablaufs Änderungen in der Behandlung ergeben könnten, was auch hier der Fall gewesen sei. Auch dann müsse es möglich sein, die jeweils geänderte Behandlungsmaßnahme

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2023

dem Patienten vorzuschlagen und sein Einverständnis hierzu zu erbeten, ohne dass der HKP unwirksam werde.

Patienten informieren und Zeit einräumen

Fazit: In der Praxis sind Honorarvereinbarungen mit dem Patienten immer ohne »Drucksituation« zu treffen. Je mehr Zeit dem Patienten für seine Überlegungen eingeräumt wird, desto besser – idealerweise in einer gesonderten Sitzung für die Honorarvereinbarung, bevor in weiteren Sitzungen die vereinbarten Leistungen erbracht werden. Auch Änderungen im weiteren Behandlungsverlauf sind möglich, aber immer nur ohne »Drucksituation« im Vorfeld der Durchführung der jeweiligen Leistung.

Dr. Dr. Alexander Raff

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2023

2.3.8. Sehr gute Leistung, sehr hoher Preis

Honorarfaktor. Die Scheu vor einer Privatliquidation ist unberechtigt – im Wissen um die Angemessenheit des Gebührensatzes und wann dieser zu begründen ist. Rechtsprechung Teil 2.

Die hohe Inflationsrate prekarisiert das, was schon lange schwärt: die Nichtanpassung des GOZ-Punktwerts seit mittlerweile 35 Jahren. Die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) entschwindet zusehends als tragfähige Gebührenordnung in Relation zum allgemeinen Preisverfall. § 2 Abs. 1 und 2 – die freie Honorarvereinbarung – muss immer mehr ins Zentrum der Privatliquidation geraten. Doch viele Kolleginnen und Kollegen scheuen sich davor. Wohl auch, weil sie unsicher sind, wie hoch der Faktor einer Honorarvereinbarung angesetzt werden kann und ob und wenn ja, wie dieser zu begründen ist.

Objektiver Wert durch Marktvergleich
So führt das Landgericht (LG) Frankfurt in seinem Urteil vom 15.05.2019 (Az.: 2-15 S 7/19) über die Wirksamkeit einer Honorarvereinbarung aus, dass der Ansatz des siebenfachen Gebührensatzes entgegen der Meinung des Beklagten nicht unangemessen sei, allein weil der 2,3-fache Gebührensatz um ein Vielfaches überschritten werde. Maßstab für die Beurteilung der Angemessenheit der Gegenleistung sei ihr objektiver Wert, der durch einen Marktvergleich zu bestimmen sei. So sei dem vereinbarten Entgelt der marktübliche Preis, den die Mehrzahl der übrigen Anbieter für vergleichbare Leistungen fordere, gegenüberzustellen.

Im Klartext: Die Bezugsgröße bei einer Honorarvereinbarung ist nicht der 2,3-fache Gebührenfaktor, der nur eine durchschnittliche Leistung abbildet. Die Bezugsgröße ist der objektive Wert der Leistung, also die Angemessenheit zwischen Leistung und verlangtem Honorar hierfür. Eine sehr gute Leistung hat also auch einen sehr hohen Preis. Dann sind Leistung und Preis angemessen. Geht die erbrachte Leistung über den Durchschnitt hinaus, weil sie besonderen Aufwand oder entsprechende Fachkenntnisse erfordert, ist diese Leistung für die Frage der Angemessenheit mit vergleichbaren Leistungen und Entgelten zu vergleichen.

Der Fokus der Honorarvereinbarung richtet sich also auf den ausgewiesenen Honorarbetrag in Euro, der vereinbart ist. Der hierfür zur Multiplikation des Einfachsatzes notwendige Steigerungsfaktor ist kein bedeutsames Kriterium bei der Beurteilung der Angemessenheit, sondern nur ein rechnerisches Hilfsmittel.

Schriftliche Individualabrede
Das Oberlandesgericht (OLG) Düsseldorf bestätigte in seinem Urteil vom 25.10.2019 (Az.: 4 U 70/17) im Wesentlichen die Vorinstanz. Diese hatte die der Abrechnung zugrunde liegenden Gebührenvereinbarungen zwischen Zahnarzt und klagender Patientenseite als wirksam eingestuft und den gegenüber der beklagten privaten Krankenversicherung (PKV) geltend gemachten Erstattungsanspruch überwiegend bejaht (vgl. Landgericht [LG] Duisburg, Urteil vom 14.02.2017, Az.: 1 O 86/16).

Zwar sei der Gebührenrahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) deutlich überschritten worden – dies führe indes in diesem konkreten Einzelfall nicht zur Unwirksamkeit der Vereinbarungen. Da eine Überschreitung des Gebührenrahmens der GOZ in Allgemeine Geschäftsbedingungen allerdings gegen § 307 Abs. 1 Satz 1 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) verstoße, könne ein Zahnarzt eine Honorarvereinbarung oberhalb des gesetzlich vorgesehenen Gebührenrahmens nur in Form einer vor der Leistungserbringung des Zahnarztes getroffenen schriftlichen Individualabrede treffen.

In Anwendung der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (BGH) zu Wuchertatbeständen ist ein geeignetes Mittel für die Bestimmung des objektiven Werts ein Marktvergleich. Dabei ist das vereinbarte Entgelt dem marktüblichen Preis, den die Mehrzahl der übrigen Anbieter für vergleichbare Leistungen fordere, gegenüberzustellen (vgl. BGH, Urteil vom 12.03.2003, Az.: IV ZR 278/01).

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2023

§ 2 GOZ nicht begründungspflichtig

Im Übrigen stellt das Oberlandesgericht (OLG) Köln in seinem Urteil vom 14.01.2020 (Az.: 9 U 39/19) klar, dass die Überschreitung des 2,3-fachen Satzes in den Rechnungen nicht begründet werden müsse. § 10 Abs. 3 Satz 1 GOZ beschränke die Begründungspflicht nur auf zahnärztliche Vergütungen, die unter Berücksichtigung der in § 5 GOZ enthaltenen Regelungen nach dem Gebührenverzeichnis abgerechnet würden. Honorarvereinbarungen im Sinne von § 2 GOZ würden von der Begründungspflicht nicht erfasst.

Dies sieht das AG Düsseldorf in seinem Urteil vom 21.01.2016 (Az.: 27 C 11833/14) ebenso. Eine schriftliche Begründungspflicht bestehe für den Zahnarzt im Hinblick auf die von ihm in Ansatz gebrachten Steigerungssätze nach § 10 Abs. 3 Satz 1 GOZ nur dann, wenn keine Gebührenvereinbarung nach § 2 GOZ getroffen werde.

Im selben Urteil entscheidet das Amtsgericht (AG) Düsseldorf, dass die Honorarvereinbarung mit hohen Steigerungssätzen (im vorliegenden Fall zwischen 3,6 und 8,2) rechtswirksam war. Dies gelte auch für Vereinbarungen, die denkbare zahnärztliche Leistungen erfassen, die gegebenenfalls in der Behandlung nicht alle erbracht werden.

Überdurchschnittliche Qualität

Angesichts des mitunter von den privaten Krankenversicherungen (PKVen) geforderten Begründens bedeutet dies, dass die üblichen Kriterien des erhöhten Zeitaufwandes, der erhöhten Schwierigkeiten oder der besonderen Umstände der Leistung (Kriterien des § 5,2 der GOZ) gerade nicht als Begründung für die Wahl einer Honorarvereinbarung gelten können und dürfen. Das Kriterium für eine Honorarvereinbarung ist, dass es für das Erbringen eines bestimmten überdurchschnittlichen Qualitätsgrades oftmals einer Honorarhöhe bedarf, die nur mittels einer Honorarvereinbarung nach § 2,1 erzielt werden kann.

Der oft in diesem Zusammenhang erwähnte § 10,3 GOZ zur Rechnungslegung weist nur darauf hin, dass es zulässig und geboten ist, die Bemessungskriterien nach § 5,2 bei der Liquidation mit anzugeben (und damit dem Patienten gegebenenfalls eine höhere Erstattung als Faktor 2,3 zu ermöglichen), wenn ein erhöhter Zeitaufwand, erhöhte Schwierigkeiten oder besondere Umstände bestanden haben. Dies hat aber mit der Honorarvereinbarung und der Tatsache, warum diese angewendet wurde, nichts zu tun.

Dr. Dr. Alexander Raff

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2023

2.3.9. 3010a und 4138a: Subgingival nichtchirurgisch unterwegs

Die neuen PAR-Analogien. Durch die S3-Leitlinie »Die Behandlung von Parodontitis Stadium I bis III« vom Dezember 2020 ist es zu Weiterentwicklungen und Veränderungen in der Gewichtung der Therapie der Parodontitis gekommen. Das hat auch Auswirkungen auf die Privatabrechnung.

Das Hauptziel der PAR-Leitlinie ist, die Bedeutung und Notwendigkeit wissenschaftlicher Evidenz im klinischen Entscheidungsprozess bei der Therapie von Patienten mit Parodontitis der Stadien I bis III hervorzuheben. Es wurde dabei eine vier Stufen umfassende Stufentherapie definiert. Im Zuge dieser Entwicklung hat sich die antiinfektiöse Therapie des parodontalen Sulkus in Stufe 2 etabliert, die keine chirurgischen Züge mehr trägt. Nunmehr wird bei der AIT einerseits gewebeschonend, andererseits aber sehr gründlich der subgingivale Biofilm und mineralisierte Ablagerungen entfernt oder disruptiert, was als »nichtchirurgische subgingivale Instrumentierung« oder im englischen Sprachgebrauch als »non-surgical periodontal therapy« bezeichnet wird. Diese umfasst ausdrücklich nicht die übermäßige Bearbeitung der Wurzeloberflächen mit gezielter Zententfernung oder Weichgewebskürettage. Dieses nichtchirurgische Vorgehen ersetzt die alte Trias, wie sie in der GOZ-Nr. 4070/4075 explizit als parodontalchirurgische Leistungseinheit definiert ist: subgingivale Konkrententfernung, Wurzelglättung und parodontale Weichgewebskürettage (»geschlossene Kürettage«).

Erstattungsproblemen vorbeugen

In der GKV wird mit der BEMA-Nr. AIT der Leistungsinhalt der nichtchirurgischen subgingivalen Reinigung abgerechnet. In der PKV kann hierfür die chirurgisch definierte GOZ-Nr. 4070/4075 nicht angesetzt werden. Stattdessen erfolgt hierfür eine Analogberechnung nach § 6 Abs. 1 GOZ, da in der GOZ von 2012 keine Leistung beschrieben ist mit dem Leistungsinhalt der nichtchirurgischen subgingivalen PAR-Reinigung.

Der Beschluss Nr. 55 des Beratungsforums (BZÄK, PKV-Verband und Beihilfeträger) vom Dezember 2022 empfiehlt für die nichtchirurgische subgingivale Instrumentierung am einwurzeligen Zahn die GOZ-Nr. 3010a und am mehrwurzeligen Zahn die GOZ-Nr. 4138a als Analogziffer und betont dabei: »Um Erstattungsschwierigkeiten vorzubeugen, ist verpflichtend auf der Rechnung anzugeben: ›GOZ-Nr. 3010a‹ bzw. ›4138a‹ mit der Beschreibung ›Subgingivale Instrumentierung – PAR (AIT)‹.«

Eine Nebeneinanderberechnung von diesen neuen Analogien und der alten GOZ-Nr. 4070/4075 kann schon sachlogisch wegen Leistungsüberschneidung nicht möglich sein. Was dagegen aber sehr wohl medizinisch sinnvoll und berechnungstechnisch am selben Zahn nebeneinander möglich ist, ist die gleichzeitige Entfernung der gingivalen/supragingivalen als auch der subgingivalen harten und weichen Beläge.

Da für die Entfernung supragingivaler Beläge die PZR-GOZ-Nr. 1040 (oder ggf. 4050/4055) vorhanden ist, bedeutet dies also, dass zukünftig bei einer Komplettreinigung des Zahnes die GOZ-Nr. 1040 (ersatzweise 4050/4055) und die analogen GOZ-Nummern 3010a oder 4138a nebeneinander liquidiert werden können.

Auch individuelle Analogien möglich

Natürlich kann der Zahnarzt auch eine eigene, ihm als besser geeignet erscheinende analoge Gebührennummer für die subgingivale Reinigung aussuchen und berechnen. Er muss dann nur damit rechnen, dass seine individuelle von der aktuellen allgemein konsentierten Empfehlung abweichenden Analogziffer von der PKV kritisch hinterfragt und die erbrachte Leistung gegebenenfalls nicht oder nur teilweise erstattet werden wird.

Dr. Dr. Alexander Raff

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

2.3.10. Und tschüss 4000

PAR-Leitlinie. Durch die S3-Leitlinie »Die Behandlung von Parodontitis Stadium I bis III« vom Dezember 2020 ist es zu Weiterentwicklungen und Veränderungen in der Gewichtung der Therapie der Parodontitis gekommen. Das hat auch Auswirkungen auf die Privatabrechnung.

Staging und Grading

In der neuen Leitlinie der Parodontalerkrankungen sind hinsichtlich der Klassifikation der Parodontitis zwei Begriffe von zentraler Bedeutung: Staging und Grading. Staging beschreibt in diesem Zusammenhang das Stadium (den Schweregrad, die Komplexität sowie die Ausdehnung) der Erkrankung anhand der Stadien I, II, III und IV. Entscheidende Parameter zur Einstufung sind: klinischer Attachmentverlust, Menge und prozentualer Anteil des Knochenverlusts, Sondierungstiefe, Existenz und/oder Anzahl vertikaler Knocheneinbrüche, Lockerungsgrade, Furkationsbeteiligungen und die Zahl der durch Parodontitis verlorenen Zähne. Grading beschreibt die Progressions(-geschwindigkeit) der Erkrankung anhand der Einteilung A (langsam), B (durchschnittlich, moderat) und C (rasch). In der GKV wird für diese moderne Befunderhebung mit Staging und Grading die BEMA-Nr. 4 berechnet.

GOZ-Nr. 8000A statt Nr. 4000

Der 57. Beschluss des Beratungsforums aus BZÄK, PKV-Bundesverband und der Beihilfe bestimmt, dass die parodontale Befunderhebung auf einem S3-leitliniengerechten wissenschaftlichen Formblatt und deren Dokumentation analog berechnet werden können nach der GOZ-Nr. 8000a. Zur Diagnostik gehören dann das Staging und Grading der Parodontitis zwingend hinzu. Wird das ausgefüllte Formblatt dem Patienten noch übergeben, so ist die GOZ-Nr. 4030a zusätzlich berechnungsfähig. Die Bewertung der Nr. 8000a ist deutlich höher als die der 4000. Somit reduzieren sich die Bedeutung und der Gebrauch der Nr. 4000 für den PAR-Status mit der wissenschaftlichen und gebührenrechtlichen Etablierung der GOZ-Nr. 8000a auf spezielle Einzelfälle.

Keine definierten Zeitvorgaben

Einmal je parodontaler Behandlungsstrecke (Abfolge der wissenschaftlich beschriebenen vier Therapiephasen) kann die GOZ-Nr. 8000a angesetzt werden. Befundreevaluationen fallen unter die GOZ-Nr. 5070a. Eine exakte Zeitdauer der Strecke – zum Beispiel nach Monaten unterteilt, so wie in der GKV – ist wissenschaftlich nicht untermauert. Grundlage für die Berechnung der PAR-Strecke in der GOZ können immer nur die medizinische Notwendigkeit und die medizinischen Vorgaben einer evidenzbasierten PAR-Therapiestrecke sein. Dies bedeutet, dass eine erneute parodontologische Befundung nach den Vorgaben der GOZ-Nr. 8000a dann berechnet werden kann, wenn der Zahnarzt die Notwendigkeit sieht, eine neue PAR-Strecke einzuleiten. Dies kann nach einem mehr oder weniger langen Zeitraum einer UPT dann der Fall sein, wenn – aus welchen Gründen auch immer – ein Erkrankungsrezidiv eingetreten ist. Dies kann aber auch vorzeitig der Fall sein, wenn die PAR-Strecke insoweit unterbrochen worden ist, dass nochmals von vorne mit einem neuen Therapieansatz begonnen werden muss.

Verpflichtend ist bei dieser Analogberechnung folgender Text in der Liquidation: GOZ-Nr. »8000a« mit der Beschreibung »PAR-Diagnostik, Staging/Grading, Dokumentation« sowie GOZ-Nr. »4030a« mit der Beschreibung »Ausfertigung PAR-Formblatt«.

Natürlich können Zahnärztinnen und Zahnärzte auch eine eigene, als besser geeignet erscheinende analoge Gebührennummer für die PAR-Befundung aussuchen und berechnen. Man muss dann nur damit rechnen, dass die eigene individuelle von der aktuellen allgemein konsentierten Empfehlung abweichende Analogziffer von der PKV kritisch hinterfragt und die erbrachte Leistung gegebenenfalls nicht oder nur teilweise erstattet werden wird.

Dr. Dr. Alexander Raff

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2024

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2024

2.3.11. Subgingivale Instrumentierung – UPT

Beschluss 56. Mit der S3-Leitlinie »Die Behandlung von Parodontitis Stadium I bis III« vom Dezember 2020 sind Weiterentwicklung und Neugewichtung der Parodontitis-Therapie (PAR-Therapie) verbunden. Das hat auch Auswirkungen auf die Privatabrechnung, etwa bei der unterstützenden Parodontitis-Therapie (UPT) als Stufe 4 der PAR-Therapie.

Das Hauptziel der PAR-Leitlinie ist, die Bedeutung und Notwendigkeit wissenschaftlicher Evidenz im klinischen Entscheidungsprozess bei der Therapie von Patienten mit Parodontitis der Stadien I bis III hervorzuheben. Dafür wurden vier Stufen definiert – mit der UPT und der darin enthaltenen subgingivalen Nachreinigung als Stufe 4.

Therapiestufe UPT
Beschluss 56 des gemeinsamen Beratungsforums von Bundeszahnärztekammer (BZÄK), Privater Krankenversicherung (PKV) und Beihilfe gibt vor, dass im Rahmen der UPT für die nichtchirurgische subgingivale Instrumentierung bei Resttaschen einwurzeliger Zähne die GOZ-Nr. 0090a, bei mehrwurzeligen die GOZ-Nr. 2197a angesetzt werden kann. Im Unterschied zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) gelten in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) keine schematischen Vorgaben hinsichtlich der Ein- oder Mehrwurzeligkeit eines Zahnes, sondern die tatsächliche Anatomie. Verpflichtend ist bei dieser Analogberechnung folgender Text in der Liquidation: GOZ-Nr. »0090a« bzw. »2197a« mit der Beschreibung »Subgingivale Instrumentierung – UPT«.

Der Hinweis auf die UPT als vierte Therapiestufe bedeutet, dass die GOZ-Nrn. 0090a und 2197a nicht ohne Einbindung in die PAR-Stufentherapie berechnungsfähig sind. Falls die Therapiestufen 1, 2 und 3 schon vor dem Konsentieren der PAR-Analogien erbracht und liquidiert worden sind, sollte darauf in der neuen Liquidation hingewiesen werden, um Rückfragen bei der Erstattung vorzubeugen.

UPT – unbegrenzt für Privatpatienten
Die BEMA-Fristen der PAR-Therapiestrecke, insbesondere die Zeitabstände bei den Leistungen UPTa bis UPTg, sind für Privatpatienten nicht anzuwenden. Grundlage für die PAR-Berechnung in der GOZ können immer nur die medizinische Notwendigkeit und die Vorgaben einer evidenzbasierten PAR-Therapiestrecke sein.

So ist die UPT nach wissenschaftlicher Auffassung unbegrenzt und gegebenenfalls lebenslänglich einzustufen, sodass die subgingivalen Resttascheninstrumentierungen unbefristet erbracht werden können. Zudem ist im Unterschied zum BEMA keine vertraglich bindende Häufigkeit in der GOZ vorgegeben. Auch ist es möglich, bei gegebener Indikation früher oder später erneut eine PAR-Therapiestrecke zu beginnen.

Was ansetzbar ist, was nicht
Neben den GOZ-Nrn. 0090a und 2197a sind supragingivale/gingivale Belagsentfernungen nach den GOZ-Nrn. 1040 und 4050/4055 an demselben Zahn in derselben Sitzung möglich. Wegen Leistungsüberschneidung nicht möglich ist es allerdings, neben der Berechnung der GOZ-Nrn. 0090a und 2197a auch noch die GOZ-Nrn. 4070/4075 anzusetzen (parodontalchirurgische Therapie, insbesondere Entfernung subgingivaler Konkremente und Wurzelglättung, geschlossenes Vorgehen).

Alle weiteren selbstständigen parodontaltherapeutischen Maßnahmen, etwa die GOZ-Nrn. 4020, 4025, 4040, 4080, sind möglich neben der subgingivalen Resttascheninstrumentierung nach den GOZ-Nrn. 0090a und 2197a. Eine Kombination mit den GOZ-Nrn. 4090/4100 ist sachlogisch nicht möglich, da es sich dann nicht um eine nichtchirurgische Resttascheninstrumentierung handeln kann.

Nicht mehr Leistungsinhalt der subgingivalen Instrumentierung bei Resttaschen im Rahmen einer unterstützenden PAR-Therapie sind darüber hinausgehende Verfahren der Biofilmentfernung, beispielsweise der Einsatz der antimikrobiellen photodynamischen Therapie (aPDT) oder der Einsatz verschiedener Laser. Auch nicht mehr Leistungsinhalt der subgingivalen

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2024

Instrumentierung bei Resttaschen im Rahmen einer unterstützenden PAR-Therapie ist die unmittelbare Nachkontrolle oder auch Nachreinigung in getrennter Sitzung. Für diesen Leistungsinhalt steht die GOZ-Nr. 4060 zur Verfügung, die »Kontrolle nach Entfernung harter und weicher Zahnbeläge«.

Zähne, nicht Implantate

Der Beschluss 56 betrifft nur Zähne, nicht Implantate, weshalb er sich nicht auswirkt auf die Berechnung nichtchirurgischer subgingivaler Instrumentierung bei Resttaschen im Rahmen der UPT am Implantat, hier muss vom Zahnarzt ohne Vorgabe analogisiert werden.

Wichtig: Entgegen dem Beschluss 56 kann der Zahnarzt für die subgingivale Nachreinigung an Zähnen im Rahmen der UPT auch seine eigene, ihm als besser geeignet erscheinende analoge Gebührennummer wählen und berechnen. Er muss dann allerdings damit rechnen, dass die PKV eine von der konsentierten Empfehlung abweichende Analogziffer kritisch hinterfragt und die erbrachte Leistung möglicherweise nicht oder nur teilweise erstattet.

Dr. Dr. Alexander Raff

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2024

2.3.12. UPT jetzt besser durchdacht

Gangbarer Weg. Zum 1. Juli ist die Anpassung der PAR-Richtlinie durch den Gemeinsamen Bundesausschuss in Kraft getreten. Die wichtigste Änderung betrifft die Aufhebung der Kalenderzeiträume, innerhalb derer die Leistungen im Zweijahreszeitraum zu erbringen waren. Zu beachten bleiben nur noch die Mindestabstände. Die Leistungen nach den BEMA-Nrn. UPT a–g können weiter über den UPT-Zeitraum von zwei Jahren hinaus verlängert werden, soweit dies indiziert ist.

Die UPT-Vorgaben aus der PAR-Richtlinie haben bislang trotz umfassender Erläuterungen Spielräume offengehalten, aber auch ein enges Zeitkorsett geschaffen. So konnte es zu Missinterpretationen bei der Anzahl erbringbarer UPT-Leistungen oder zu terminlichen Komplikationen bei den Abläufen der UPT-Phase kommen – und damit zu Schwierigkeiten mit Patienten, Praxisabläufen und Krankenkassen.

Vom Juli an bleibt mit der Neuerung zwar die Dauer der Leistungserbringung unverändert: So beträgt der Zeitraum der UPT-Phase ohne Verlängerung weiterhin zwei Jahre und beginnt mit der ersten erbrachten UPT-Leistung. Doch die bisherige Zuordnung der UPT auf Kalenderzeiträume entfällt künftig, was zu einer größeren Flexibilität in der Behandlungsplanung führt.

Wesentliche Neuerungen
Geregelt ist nun, dass die Leistungen nach den BEMA-Nrn. UPT a, b, c, e und f innerhalb des Zweijahreszeitraums – abhängig vom Grad der Erkrankung – zweimal, viermal oder sechsmal erbracht werden können.

Grad A: bis zu zweimal mit einem Mindestabstand von zehn Monaten zur zuletzt erbrachten identischen UPT-Leistung

Grad B: bis zu viermal mit einem Mindestabstand von fünf Monaten zur zuletzt erbrachten identischen UPT-Leistung

Grad C: bis zu sechsmal mit einem Mindestabstand von drei Monaten zur zuletzt erbrachten identischen UPT-Leistung

Die festgelegten Mindestabstände gelten auch für eine UPT-Verlängerung. Die neuen Regelungen gelten vom Juli an auch für schon begonnene UPT-Behandlungen.

Die Messung der Sondierungstiefen nach der BEMA-Nr. UPT d ist wie bisher bei Patienten mit Grad B oder C zwei- beziehungsweise viermal möglich. Auch hier ist die Bindung an zeitliche Intervalle aufgehoben worden, sodass allein die vorgegebenen Mindestabstände einzuhalten sind.

Die Untersuchung des Parodontalzustands nach BEMA-Nr. UPT g kann innerhalb des Zweijahreszeitraums einmal erfolgen, dabei sind die vorgegebenen Mindestabstände ebenfalls einzuhalten.

Evaluation verschoben
Die Regelung, dass die Leistung erst mit Beginn des zweiten UPT-Jahres erbracht und abgerechnet werden kann, entfällt somit. Eine weitere Regelung betrifft die Evaluierung der PAR-Strecke. Der Beginn der Evaluation wird, um eine bessere und ausreichende Datenlage zu haben, auf den 01.07.2026 verschoben.

Zu hoffen bleibt, dass mit dem Überdenken der Rahmenbedingungen auch an eine Entbudgetierung der PAR-Strecke gedacht wird.

Dr. Christian Öttl

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2025

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2025

2.4. Nachwuchsprogramm

2.4.1. yd² – young dentists

Was ist yd² »young dentists«?

Wer seine Niederlassung als selbstständiger Zahnarzt erfolgreich gestalten möchte oder eine vielversprechende Position in einer Universitätsklinik anstrebt, der muss sein Handwerkszeug sicher beherrschen.

Ohne Frage – die Hürden für den Einstieg in den Beruf und die Gründung einer Praxis sind höher geworden. Veränderte gesetzliche Rahmenbedingungen bringen härteren Wettbewerb bei abgesenkten Honoraren und erschwerten Abrechnungsbedingungen. Eine Praxis wirtschaftlich zu führen, setzt nicht nur fachliches Können, sondern betriebswirtschaftliches Denken voraus.

Am Anfang steht also eine Reihe von Fragen: Wo erwerbe ich dieses Wissen in Kürze? Wer hilft mir dabei? Soll ich mich später wirklich selbstständig machen? Was habe ich bei der Praxisneugründung zu beachten? Wie gewinne ich erfolgreich Patienten für meine Praxis? Darf ich Praxismarketing betreiben und welche Bestimmungen muss ich dabei beachten?

Diese und weitere grundlegende Fragen kommen auf junge Zahnärzte zu. Hinzu gesellen sich bei vielen Absolventen Unsicherheiten wegen der fehlenden Praxis und bei der Behandlung schwieriger Patientenfälle. Die theoretische Ausbildung an den Universitäten ist zweifelsohne erstklassig. Doch oftmals fehlt die praktische Übung.

yd² »young dentists« macht fit im ökonomischen und fachlich-praktischen Bereich.

Was bedeutet das?

praxisnah
Laut einer in der Zielgruppe durchgeführten Umfrage verfügen junge Zahnmediziner zwar über eine erstklassige fachlich-theoretische Ausbildung, jedoch bestehen Unsicherheiten bei der praktischen Anwendung des erworbenen Wissens. Außerdem existieren Wissensdefizite im Bereich des Praxismanagements und ökonomischer Fragestellungen. Diese Kenntnisse haben wir als Grundlage für unser stetig wachsendes Kursangebot genommen. Sie finden deutschlandweit verschiedene fachlich-praktische und ökonomische Kurse.

begleitend
yd² »young dentists« baut ein Netzwerk auf, um den Jungzahnarzt während der ersten Jahre seines Berufslebens als Ansprechpartner bei berufsbezogenen Fragen und Problemen zu begleiten. Während der yd² »young dentists«-Mitgliedschaft soll zukünftig alles im Angebot enthalten sein, was ein erfolgreicher Zahnarzt benötigt, um trotz stetig schwieriger werdender gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen gute Arbeit leisten zu können.

unabhängig
Die Initiative **yd² »young dentists«** ist von Zahnärzten für Zahnärzte gemacht. Durch die Kooperation zwischen der Akademie Praxis und Wissenschaft (APW) und dem Freien Verband Deutscher Zahnärzte (FVDZ) kommen fachliches Know-how und berufliche Vertretung von erfahrenen und bewährten Händen.

Natürlich braucht dieses Projekt dazu auch Unterstützung – also Träger, die hinter dieser Idee stehen. Dies jedoch neutral und nicht produkt- oder vertriebsbezogen.

Mitmachen?

So einfach geht's:
Registrieren Sie sich kostenfrei unter **www.young-dentists.de** und profitieren Sie von unserem umfangreichen Angebot.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2021

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2021

2.4.2. Angestellt vs. Selbstständig

Zunächst ist die Entscheidung zu treffen, ob man lieber angestellt oder selbstständig tätig sein möchte. Die nachstehende Tabelle listet die Argumente, die für oder gegen die Selbstständigkeit sprechen, auf. Wir – das Redaktionsteam – sind übrigens davon überzeugt, dass sich die Selbstständigkeit lohnt, und möchten gerne dazu motivieren, den Schritt in die Selbstständigkeit zu gehen.

Angestellt	Selbstständig	Lösungsansätze für Selbstständige
Keine örtliche Bindung	Örtliche Bindung	
Tendenziell geringerer gesellschaftlicher Status	Chance auf höheren gesellschaftlichen Status	
Angst, den Anforderungen einer Selbstständigkeit nicht gewachsen zu sein	Benötigt unternehmerisches Wissen	Das benötigte Wissen kann sich jeder aneignen. Entsprechende Kurse bietet z. B. das Existenzgründerprogramm des FVDZ: https://www.fvdz.de/existenzgruenderprogramm.html.
Administration einer eigenen Praxis wird als zu belastend/zeitaufwendig empfunden	Mehr Bürokratie	Nicht jeder muss alles selbst machen. Der FVDZ bietet in Zusammenarbeit mit seinen Kooperationspartnern eine Vielzahl an Dienstleistungen für die Zahnarztpraxis an, die zu einer deutlichen Verwaltungsentlastung führen.
Geringere Arbeitsbelastung	Höhere Arbeitsbelastung	Dito
Geringere Verantwortung	Höhere Verantwortung	Die Verantwortung ist beherrschbar, wenn man sich z. B. mit dem Existenzgründerprogramm des FVDZ im Vorfeld fit macht.
Kein finanzielles Risiko/Angst, sich als Selbstständiger im Wettbewerb nicht durchsetzen zu können/zu scheitern	Finanzielles Risiko	Das finanzielle Risiko ist angesichts der aktuellen Zinssituation überschau- und beherrschbar. Eine Bank finanziert nur Vorhaben, von denen sie selbst überzeugt ist, insofern ist eine Finanzierungszusage auch eine Gewähr dafür, dass das Projekt tragfähig ist.
Abhängig vom Arbeitgeber	Unabhängig von Fehlentscheidungen Dritter (sein eigener Chef sein/für sich selbst arbeiten)	
Geringere Verdienstchancen	Hohe Verdienstchancen	
Geringe Work-Life-Balance	Hohe Freiheits- und Gestaltungsgrade	

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2021

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2021

2.4.2.1. Checklisten für die Phasen ab der Existenzgründung

Existenzgründer oder junge Zahnarztpraxen werden mit einer Vielzahl von Aufgaben konfrontiert. Diese Aufgaben sind je nach dem Tätigkeitsstadium der Zahnarztpraxis sehr unterschiedlich. Um nichts zu vergessen, können Aufgabenlisten hilfreich sein. Diese Checklisten sind bewusst kurz gehalten und verweisen auf entsprechende Sachbeiträge in diesem Handbuch.

Bereich	Maßnahme und Hintergrund	Verweis auf Hilfsmittel oder Kapitel im Praxishandbuch
PHASE DER EXISTENZGRÜNDUNG		
Grundlegende Entscheidungen	Selbstständigkeit oder Anstellung? • Prüfung der eigenen Lebensvorstellung • Bereitschaft zum wirtschaftlichen Risiko • Lebensplanung (Kinder, Freizeit usw.)	Existenzgründervorträge bei Berufsorganisationen Kollegenerfahrungen
	Entscheidung Neugründung versus Übernahme • Kosten der Existenzgründung • Möglichkeit der Neuausrichtung	KZBV-Jahrbuch Existenzgründungsberatung
Zulassungsvoraussetzungen	• Zweijährige Assistenzzeit • Antrag auf Eintragung in das Zahnarztregister • Antrag auf Zulassung	KZV
Suche nach geeigneten Praxen	• Praxisbörse der Berufsorganisationen • Eigener Arbeitgeber • Praxispool des FVDZ	
Prüfung des wirtschaftlichen Umfelds einer Praxis	• Standortanalyse • Besondere Praxisschwerpunkte • Praxisbewertung vorhanden? • Unterlagen anfordern: BWAs der letzten 3 Jahre Leistungsstatistiken der letzten 3 Jahre • Liste der Mitarbeiter (aktive und inaktive): Praxiszugehörigkeit, Ausbildungsstand Gehaltsaufwand prüfen Risiken durch Mitarbeiter in Elternzeit • Investitionsbedarf	Kap. 5.8.
Prüfung des rechtlichen Umfelds einer Praxis	Liste der fortzuführenden Verträge verlangen • Gesellschaftsvertrag • Mietvertrag erstellen oder überprüfen: Laufzeit und Verlängerungsoptionen Eintritt von Partnern Rückbauverpflichtung • Arbeitsverträge • Leasingverträge • Vertrag Telefonanlage • Telefonnummer übertrag- und fortführbar	Kap. 8.3., 8.7. Kap. 8.4.
Prüfung der Praxisorganisation	• QM-System vorhanden	Kap. 4.2.2.1.
Finanzierungsanfrage	• Beschreibung des Investitionsplans • Festlegung des Finanzierungsbedarfs • Planrechnung Ertrag und Liquidität • Sicherheiten • Vergleich von Darlehenskonditionen	Kap. 5.5.1. Kap. 5.4.3. Gespräch Existenzgründungs-berater oder Bank

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2021

Bereich	Maßnahme und Hintergrund	Verweis auf Hilfsmittel oder Kapitel im Praxishandbuch
AUFNAHME DER TÄTIGKEIT		
Amtliche Anzeigen	Anzeige der Praxisübernahme • Kammer • KZV • Gewerbeaufsichtsamt (Betrieb und Röntgengeräte) • Zahnärztliche Röntgenstelle (Röntgengeräte) • Finanzamt: innerhalb eines Monats ab Aufnahme der Tätigkeit	
PRAXISORGANISATION		
Marketingkonzept	Auftreten nach außen • Schild • Briefpapier • Homepage • Anschreiben des Abgebers an die Patienten • Praxissoftware bzw. Daten übernehmbar? • Datenübernahme nach dem »Münchner Modell«	
	Internes Marketingkonzept • Ansprache durch die Mitarbeiter • Patienteninformationen • Recall-System	
Telekommunikation	• Telefon und Fax-Nummer • E-Mail	
Kontenführung	Geschäftskonto und Privatkonto einrichten/trennen • Gebühren abfragen • Verfügungsberechtigung festlegen • Steuerliche Vorlagepflichten prüfen	
	Vereinfachung der Verwaltungsarbeiten • Lastschriften erteilen für u. a. Kapitaldienst Darlehen, Gebühren, Telefonkosten, Abgaben Steuern und Versicherungen • Daueraufträge einrichten für u. a. private Ausgaben, Miete	Gespräch mit Hausbank
	Vertretungsvollmacht für Abwesenheiten einrichten	Gespräch mit Hausbank
Abrechnung	• Zahnarztsoftware kennen/auswählen • Aktualisierung, Update-Stand prüfen • Kenntnisstand Mitarbeiter prüfen und eventuell Schulung planen • Rechnungserstellung prüfen: Umsatzsteuer programmiert?	
Buchhaltung und Controlling	Grundlegende Entscheidung: Buchführung selbst erstellen oder delegieren, Aspekte: • Personal- und Zeitkontingent • Kosten (Angebot einholen)	Kap. 5.3.3., siehe auch Steuerberatergebührenverordnung
Belegorganisation	• Festlegung der Ablage und des Verantwortlichen • Ablage/Archivierung notwendiger Unterlagen: Verträge, Bankunterlagen, Einzelbelege	Kap. 4.2.1.3. Ablagekonzepte Buchhaltung und Vertragswesen (neu)
	Planerfolgsrechnung und Planliquiditätsrechnung • Festlegung Mindestumsatz zur Erfüllung aller finanziellen Verpflichtungen • Zeitplan und Verantwortlichkeit Kontrolle	Kap. 5.4. Gespräch Steuerberater

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2021

Bereich	Maßnahme und Hintergrund	Verweis auf Hilfsmittel oder Kapitel im Praxishandbuch
QM-System und Hygiene-vorschriften	• Aufnahme des vorhandenen QM-Systems • Dokumentationsstand • Umsetzungsplan • Festlegung der Verantwortlichen	Kap. 4.2.2.1.
Einhaltung der Hygiene-vorschriften	• Medizinproduktegesetz (MPG) • RKI-Empfehlung Robert-Koch-Institut (RKI)	Kap. 4.2.2.2.
Personalbereich	• Einführungsgespräch mit dem Personal • Prüfung der Verantwortlichkeiten in der Praxis • Prüfung der Vertretungsregelung bei Abwesenheit • Urlaubsplan	
Auslagepflicht	• Liste der auslagepflichtigen Praxisvorschriften	Kap. 8.6.
Risikovorsorge	• Notwendige Versicherungen festlegen, Angebote einholen und abschließen • Forderungsausfall vorbeugen	Kap. 5.7. Kap. 3.4. und 5.9.
Steuerliche Gestaltung	Planrechnung und Prognose Steuern der nächsten Jahre	Kap. 6.1. und Gespräch Steuerberater
	Gewerbesteuerpflicht prüfen	Kap. 6.1.3.
	Umsatzsteuerpflicht prüfen: • Umsatzprognose erstellen • Abrechnung mit Zahnarztsoftware-Betreuung einrichten • Umsatzsteuervoranmeldung besprechen	Kap. 6.1.4.
LAUFENDE VERWALTUNGSAUFGABEN		
Abrechnung	• Regelmäßiger Abrechnungszeitpunkt und Verantwortlichen bestimmen • Vertretung bestimmen	
Finanzen	• Offene-Posten-Kontrolle und Mahnwesen • Prüfung und Zahlung offener Eingangsrechnungen • Ablage Bankauszüge	
Buchhaltung	• Vorbereitung durch geordnete Ablage • Belegprüfung auf Vollständigkeit • Belegprüfung aus steuerlicher Sicht • Regelmäßige Erledigung • Aufbewahrungspflichten beachten	Kap. 6.2. Kap. 5.3.5.
Ertrags- und Liquiditäts-kontrolle	Durchsicht der BWA: • Ergebnis • Profit-Center-Kontrolle • Einhaltung Mindestumsatz Gesamtpraxis • Einhaltung Mindestumsatz Behandler • Liquiditätsplan • Finanzstatus	Checkliste Buchhaltung Kap. 5.4. Downloads
Mitarbeiterführung	• Regelmäßige Teambesprechung • Fortbildung planen • Mitarbeitergesprächstermine festlegen	Kap. 4.3.3.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2021

Bereich	Maßnahme und Hintergrund	Verweis auf Hilfsmittel oder Kapitel im Praxishandbuch
	Gehaltsanpassungen planen und gestalten: • Nutzung der steuerlichen Gestaltungsmöglichkeiten • Kalkulation der Mehrbelastungen • Vertragsanpassung	Kap. 7.1.–7.3.
Fortbildungspflicht	• Fortbildungsjahresplan	Kap. 8.5.4.
Steuererklärungen	• Feststellung des Umfangs der Steuererklärungen • Fristenplan • Liste der abzugebenden Unterlagen, durch wen? • Steuerrücklage prüfen	Gespräch Steuerberater
VON FALL ZU FALL		
Einstellung von Mitarbeitern	• Vorstellungsgespräch • Vergütungsgestaltung • Arbeitsvertrag • Aushändigung der Schlüssel mit Protokoll • Mitarbeiterbelehrungen • Einrichtung Mitarbeiter in Software	Kap. 4.3.1. Kap. 7.1.–7.3. Downloads
Mitarbeiteraustritt	• Kündigung • Schlussabrechnung Lohn: Abrechnung von Rest-Urlaubsansprüchen, Rückzahlung von Fortbildungskosten, sonstiges • Arbeitszeugnis • Verschwiegenheitserklärung • Rückgabe von Schlüsseln • Rückgabe von Unterlagen • Passwörter sperren	Kap. 7.3.8. Downloads
Mutterschutz in der Zahnarztpraxis	• Beschäftigungsverbote • Kündigungsschutz	Kap. 7.4.6.
Investition	• Ziel der Investition • Angebote einholen • Investitionsrechnung • Finanzierung oder Leasing	Kap. 5.6. Kap. 5.5.3.
Kooperation	Vor der Kooperation: • Planrechnung der Wirtschaftlichkeit • Verschwiegenheitserklärung • Vertragsgespräch	
	Während der Kooperation: • Kontrolle der gemeinsamen Finanzführung • Erstellung der Steuererklärungen • Abrechnung von Gewinn und Entnahmen	
	Beendigung der Kooperation: • Vertragsregelung durchsehen • Rechnungsabgrenzung Einnahmen und Ausgaben • Steuerdeklaration der Beendigung/des Austrittes	
Betriebsprüfung	• Zulässigkeit, Ablauf und Inhalt der Betriebsprüfung • Checkliste Prüfungsvorbereitung	Kap. 6.3., 6.4. Downloads

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2021

2.4.2.2. Checkliste Praxisgründung

Mit dem Schritt in die Selbstständigkeit mit einer eigenen Zahnarztpraxis schlägt man ein neues Kapitel im Leben auf. Die beruflichen und privaten Perspektiven ändern sich von Grund auf. Auf diesem Weg werden einem viele Herausforderungen begegnen – und so etwas wie »Welpenschutz« gibt es für Existenzgründer nicht:

Mit der Entscheidung zur eigenen Praxis trägt man die Verantwortung für den Erfolg oder Misserfolg. Doch dieser Schritt bietet genauso viele Chancen wie Herausforderungen. Chancen, das Leben nach den eigenen Wünschen zu gestalten, sei es die Optik der Praxis, die Arbeitsabläufe, der Umgang mit Mitarbeitenden und Patienten. Um fundierte Entscheidungen treffen zu können, brauchst Du einen »roten Faden« auf dem Weg zur Praxiseröffnung.

Die Checkliste soll als ein »roter Faden« und zur Orientierung dienen. Natürlich lassen sich nicht sämtliche individuelle und praxisspezifische Belange berücksichtigen. Sie soll Dir jedoch eine erste Hilfe für Dein persönliches Vorgehen sein:

Checkliste Praxisgründung

Eigene Vorbereitung

- Bücher zur Existenzgründung lesen
- Ideenbuch anlegen – Gedanken aufschreiben!
- Seminare besuchen, die mit Gründung und Praxisführung zusammenhängen
- Austausch mit Kollegen und anderen Gründern
- Persönlichen Lernplan erstellen
- Messen und Veranstaltungen besuchen

Praxis finden

- Konkrete Objektsuche: Neugründung oder zu übernehmende Praxis
- Standorteinschätzung
- Praxisbewertung mit Honorarscan
- Klärung: Kauf oder Miete der Praxisimmobilie
- Erste finanzielle Grobplanung
  - ○ Prognose Investitionsbedarf
  - ○ Schätzung – Finanzbedarf
  - ○ Honorar- und Gewinnschätzung
- Vorläufige Praxisentscheidung
- Externe Unterstützung: ○ ja ○ nein?

Vorphase

- Erstgespräche mit Banken führen
- Übergabeplan gemeinsam mit dem Abgeber erarbeiten
- Grundsätzliche Klärung mit dem potenziellen Vermieter (Mietvertrag)
- Zukünftige Rechtsform (ÜBAG, Einzelpraxis, Gemeinschaftspraxis, MVZ)

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2021

Praxis – Gründungskonzept

- Installationsplanung (bei Neu- oder Umbau)
- Mietvertrag – Beim Mietvertrag immer auf Nummer sicher gehen und juristisch prüfen lassen!
- Praxisübernahmevertrag
- Evtl. Gesellschaftsvertrag
- Arbeitsverträge, Übernahme Mitarbeiter
- Grundsätzliches Leistungs- und Behandlungskonzept erstellen
- Grobplanung Praxis – Investitionen: Umbau, Farbkonzept (Skizzierung zukünftiger Praxis)
- Vergütungsmodell für Übergangsphase (Abgeber/Übernehmer)
- Entscheidung über Umfang der Digitalisierung
- Marketingkonzept/Positionierung
- Praxissoftware – Bitte beachten: Die Praxissoftware begleitet einen jeden Tag!

Finanzkonzept (5-Jahres-Planung)

- Investitionsplanung
- Umsatz, Kosten, Gewinn
- Personalplanung
- Steuerplanung – Die Steuerfalle schnappt nach 3 Jahren zu! Rücklage planen!
- Privatbedarf
- Rücklagenplanung
- Finanzierungsbedarf ermitteln (Inkl. Betriebsmittelkredit und nicht zu knapp!)
- Entschuldungs- bzw. Rückführungskonzept festlegen

Praxistipp:
Auch wenn es viele Berater empfehlen, bitte jetzt mit Altersvorsorgekonzepten zurückhalten. Die Praxis ist die beste Form der Alterssicherung und Liquidität geht dabei vor!

Bankgespräch

- Vorstellung Gesamtkonzept
- Fördermittel für Gründung eruieren
- Einholen einer festen Finanzzusage

Praxistipp:
Sammle von Anfang an alle gründungsrelevanten Belege – ganz wichtig für die Steuern, die Gründungsaufwendungen –, z. B. Fahrtkosten, Telefon, Beraterkosten, Fortbildung usw. lassen sich steuerlich absetzen.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2021

Umsetzung

- Antrag auf Zulassung
- Innenarchitekt/Bauleiter – Bei größeren Maßnahmen ist ein erfahrener Bauleiter unerlässlich.
- Umsetzung Marketingkonzept (Logo, Homepage, Farbgebung, Briefpapier …)
- Auftrag Controlling für die Praxissteuerung
- Zukunftsteam aufstellen (Team- und Mitarbeitergespräche)
- Versicherungen für Praxis und privat
- Auftrag Finanz- und Lohnbuchhaltung
- Patienteninfo
- Eröffnungsfeier

Erfolgreich werden

- Patienten binden & gewinnen – Beim Kauf eines Patientenstammes ist die direkte Bindung der Patienten der wichtigste Punkt im Marketingkonzept!
- Stabile Finanzen aufbauen
- Kompetenter Existenzgründungsberater
- Steuerberater/Buchhaltungsbüro
- Praxisspezifisches Controlling
- Fachkundiger Anwalt/Notar
- Expertennetzwerk
- Kontakt zu anderen Existenzgründern
- Festlegung eines klaren Kontenmodells (Bank- und Geldkonten)
- Mitarbeiter führen & entwickeln
- Einfache/klare Abläufe einführen
- Selbstmanagement stärken
- Zukunftsentwicklung immer im Blick

Quellenangabe:
Eine grafisch aufbereitete Checkliste findest DU unter: https://www.praxis-plus-gruendung.de/360-checkliste-2/

»75 % der existenziellen Krisen haben ihren Ursprung in den ersten drei Jahren NACH der Gründung. Daher muss die Gründungsplanung auch diese Zeit berücksichtigen!« Daher ist auch ein zahnarztspezifisches Controlling und auch eine Begleitung in dieser wichtigen Phase für jeden Existenzgründer sehr wichtig.

Weitere Infos:
Detlef Diehr
DIEHR PRAXISPLUS GmbH
E-Mail: info@diehr-praxisplus.de

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2021

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2021

2.4.3. Checkliste Werbungskosten

Das Wichtigste zur Steuererklärung für angestellte Zahnärzte

Sobald man ein regelmäßiges Gehalt verdient, werden vom Bruttolohn Steuern einbehalten. Zwar ist die Abgabe einer Steuererklärung nicht zwingend.* Es lohnt sich aber in den meisten Fällen, die beruflichen Kosten (und auch privaten Abzugsbeträge) durch Abgabe einer Steuererklärung geltend zu machen.

Grundsätzliche Regeln für die Steuererklärung von Angestellten:

- Frist für die Abgabe: 4 Jahre nach Ablauf des Veranlagungsjahrs
- Form der Abgabe: Ausgedruckte Formulare mit Belegen **oder** elektronische Abgabe über ELSTER oder entsprechende Steuersoftware (Belege sind dann nachzureichen)
- Grundsätzlich gilt für alle Einnahmen und Ausgaben das Zu- bzw. Abflussprinzip, d. h., die Kosten sind nur im Jahr der tatsächlichen Zahlung steuermindernd zu berücksichtigen (§ 11 EStG). Ist für dieses Jahr keine Steuererklärung mehr möglich, dann sind die Ausgaben »verloren«.
- Übersteigen die geltend gemachten Kosten die Einnahmen in einem Jahr, wird der Verlust im Wege der Verlustfeststellung durch das Finanzamt entweder **auf Antrag** auf das Vorjahr zurückgetragen oder **automatisch** auf die Folgejahre vorgetragen. Der Verlust wirkt sich also im Folgejahr steuerlich aus, übersteigen auch hier die Werbungskosten oder (vorweggenommenen) Betriebsausgaben die Einnahmen, wird der Verlust wiederum auf das nächste Jahr vorgetragen. Somit wird sichergestellt, dass keine Kosten verloren gehen.
- Nachweis von Ausgaben:
  Rechnungen, Quittungen, Zahlungsbelege oder Eigenbelege (Bsp.: Trinkgeld, Reisekostenaufstellung, Angaben über berufliche Telefonkosten usw.)

** Anmerkung: Zwingend ist die Abgabe einer Steuererklärung bei Angestellten nur in bestimmten Fällen, wenn z. B. die Lohnsteuerklasse 3 (für Verheiratete) gewählt wird, ein sogenannter Faktor oder Freibeträge eingetragen sind oder unversteuerte Einkünfte vorliegen.*

Checkliste Werbungskosten	
Ausbildungskosten versus Fortbildungskosten	Ausbildungskosten in einem nicht ausgeübten Beruf sind nur als Sonderausgaben steuerlich absetzbar, und zwar bis 6.000,– € im Kalenderjahr (§ 10 Abs. 1 Nr. 7 EStG). Sie bringen in der Systematik des Einkommensteuergesetzes nur dann eine Steuerersparnis, wenn positive steuerpflichtige Einkünfte vorliegen. Als **Ausbildung** wird eine tatsächliche erste Ausbildung bzw. ein Erststudium angesehen. Jedes weitere Studium oder jede zusätzliche Ausbildung wird hingegen steuerlich als **Fortbildung** und damit als Werbungskosten qualifiziert. Da es sich beim Facharzt niemals um eine Erstausbildung handeln kann, liegen dann immer Fortbildungskosten vor. Hierzu zählen neben der Facharztausbildung auch Master-Studiengänge, die auf einem Bachelor-Studium folgen. Sind die Kosten als Werbungskosten oder (vorweggenommene) Betriebsausgaben zu qualifizieren, können Aufwendungen in unbegrenzter Höhe angesetzt werden. Ein Höchstbetrag bzw. eine Kostendeckelung existiert nicht.
Arbeitsmaterialien	Alles, was im Zusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit benötigt wird, z. B. zahnärztliche Behandlungsmaterialien, Lupenbrille, sonstige medizinische Geräte, Büromaterial, Computer und Mobiltelefon, Drucker, Aktenkoffer, Reisekoffer, Bücherregal, Schreibtisch und Stuhl, Leselampe etc. Anschaffungen (nicht Verbrauchsmaterialien) mit einem Wert über 410,– € zuzüglich Umsatzsteuer (in der Regel bis 487,90 €) müssen »abgeschrieben« werden. Der Wert wird auf die Jahre der Nutzungsdauer verteilt steuerlich angesetzt (siehe AfA-Tabellen).

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2021

Checkliste Werbungskosten	
Berufskleidung	Kosten für typische Berufskleidung, die in einem Berufskleidungsfachgeschäft erworben wurde bzw. deren private Verwendung nahezu ausgeschlossen ist: Arbeitskittel und außerberuflich nicht verwendbare weiße Hosen, T-Shirts mit Aufdruck usw. Abzugsfähig sind auch die Reinigungskosten, und zwar sowohl Kosten einer externen Reinigung (Quittung) wie auch Kosten der Reinigung in der privaten Waschmaschine (Kostenschätzung). Ohne Beleg werden in der Regel anerkannt 10,– € pro Monat.
Arbeitszimmer	Arbeitszimmer in der häuslichen Wohnung oder in einem anderen Gebäude sind dann absetzbar, wenn für die Tätigkeit kein anderer Arbeitsplatz zur Verfügung steht. Z.B. Fortbildung in größerem Umfang, Promotion, Gutachten verfassen, Vorträge und Fachveröffentlichungen vorbereiten. Zu den Einzelheiten siehe Kap. 6.2. ABC der kritischen Betriebsausgaben.
Beiträge	Beiträge zu Berufsorganisationen wie Zahnärztekammer, Freier Verband Deutscher Zahnärzte e.V., Marburger Bund usw.
Bewerbungskosten	Auflistung der Organisationen oder Zahnarzt-Praxen, bei denen man sich beworben hat, am besten mit Nachweis. Alle Kosten im Zusammenhang mit der Bewerbung (z. B. Bewerbungsfotos, Zeugniskopien, Präsentationsmappen, Fahrtkosten zum Vorstellungsort, Verpflegungskostenpauschalen und Übernachtungskosten).
Kosten einer doppelten Haushaltsführung	Die Voraussetzungen dürften für angestellte Zahnärzte schwer zu erfüllen sein. Dazu gehören: Unterhalt einer Zweitwohnung neben der Wohnung am Lebensmittelpunkt aus beruflichen Gründen. Am Lebensmittelpunkt muss der Ehepartner wohnen (nicht möglich für Lebenspartner ohne Trauschein; in der Regel nicht möglich für Wohnung bei den Eltern). Umfang der Kosten siehe Kap. 6.2. ABC der kritischen Betriebsausgaben.
Fahrtkosten	Steuerlich absetzbar sind (a) Fahrtkosten von der eigenen Wohnung zur Arbeitsstelle oder zum Studienort (Pendlerpauschale): Diese sind für jeden Arbeitstag mit 0,30 € je Entfernungskilometer ansetzbar. Dies gilt unabhängig von den tatsächlichen Kosten oder dem benutzten Fortbewegungsmittel (zu Fuß, Fahrrad, Moped, Kfz). Höhere Kosten mit öffentlichen Verkehrsmitteln sind auf Nachweis zulässig. (b) sonstige berufliche Fahrten: Die nachgewiesenen Fahrten sind mit den Kosten des jeweils benutzten Fortbewegungsmittels anzusetzen. Für Kfz sind dies ohne Nachweis 0,30 € je gefahrenen Kilometer. Höhere Kosten je gefahrenen Kilometer können nachgewiesen werden (gesamte Kosten/gesamte Fahrleistung pro Jahr). Auch Kosten für geliehene Kfz sind abzugsfähig.
Fachliteratur	Nach Beleg; bitte unbedingt den Titel des erworbenen Buches/der DVD usw. aufführen.
Fortbildungen und Kongresse	Fortbildungen können sein: • Seminare und Kurse • Lern- und Arbeitsgruppen mit Berufskollegen • Fachkongresse • Promotionskosten oder Kosten eines Zweitstudiums/Weiterbildung Zu den absetzbaren Kosten gehören u. a. die Seminar- oder Studienkosten selbst, Fahrt-Unterkunftskosten, Verpflegungspauschalen, Parkgebühren vor Ort usw. Auch Fortbildungen im Ausland sind steuerlich abzugsfähig. Das Finanzamt prüft hier allerdings die berufliche Veranlassung etwas genauer. Siehe auch Kap. 6.2. ABC der kritischen Betriebsausgaben.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2021

Checkliste Werbungskosten	
Kontoführungsgebühren	Ohne Nachweis 16,– € pro Jahr
Promotionskosten	Siehe Fortbildungen
Prozesskosten, Rechtsanwaltskosten	Kosten sind absetzbar, falls der Prozess ausschließlich mit der beruflichen Tätigkeit zusammenhängt, z. B. Verfahren vor dem Arbeitsgericht, Dienststraf- oder Disziplinarverfahren. Die Kosten für die Strafverteidigung gehören nur zu den Werbungskosten, wenn der strafrechtliche Schuldvorwurf im Rahmen der beruflichen Tätigkeit ausgelöst ist.
Reisekosten	Wenn die Reise beruflich veranlasst war (z. B. Fortbildung; Bewerbung), sind alle damit im Zusammenhang stehenden Kosten abzugsfähig. Dokumentation/Nachweis des Datums, Reisezwecks und der besuchten Personen/Orte erforderlich.
Steuerberatungskosten	Anschaffung von Steuererklärungssoftware; Beiträge zum Lohnsteuerhilfeverein; Honorarrechnung eines Steuerberaters. Nachweis durch Quittung oder Rechnung.
Telekommunikationskosten	Beruflich veranlasste Kosten sind abzugsfähig. Für Angestellte wird in der Regel eine Pauschale von 20 %, max. 20,– € pro Monat gewährt (sofern höhere Kosten grundsätzlich vorliegen). Eine steuerfreie Erstattung durch den Arbeitgeber ist empfehlenswert (siehe Kap. 7.3.1. Steuer- und sozialversicherungsgünstige Mitarbeiterzuwendungen).
Versicherungen	Beiträge zu beruflichen Versicherungen wie Berufshaftpflicht, Rechtsschutz usw. in voller Höhe gegen Nachweis (Beitragsrechnung, Kontoauszug). Nicht Beiträge zu privaten Versicherungen wie Kranken- und Pflegeversicherung, Rentenversicherung, Unfall- und Berufsunfähigkeitsversicherung, Lebensversicherung usw. Diese sind als Sonderausgaben nach anderen Regeln abzugsfähig.
Umzugskosten	Nur wenn und soweit sie durch einen beruflich veranlassten Umzug entstehen und die berufliche Tätigkeit des Steuerpflichtigen als Arbeitnehmer der Anlass ist. Siehe Kap. 6.2. ABC der kritischen Betriebsausgaben.
Unfallkosten	Bei Dienstfahrt oder Fahrt zwischen Wohnung und Arbeitsstätte, sofern nicht der Arbeitgeber, der Schädiger oder die Haftpflicht- und Kaskoversicherung die Kosten ersetzt. Siehe Kap. 6.2. ABC der kritischen Betriebsausgaben.
Vorweggenommene Betriebsausgaben	Kosten, die sich nicht auf die derzeit ausgeübte angestellte Tätigkeit beziehen, sondern auf eine spätere selbstständige Tätigkeit, z. B. • Kosten der Praxissuche (Reisekosten, Makler, Telefon und Porto usw.) • Seminare zur Praxisgründung • Anschaffungen für die spätere Praxis Diese Kosten müssen zwingend im Jahre der Verausgabung in einer Steuererklärung angesetzt werden (Verausgabungszeitpunkt nach § 11 ESTG).

Stb./WP Gabriela R. Scholz

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2021

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2021

2.5. Serviceangebot des FVDZ

2.5.1. Rechtsberatung

Kostenloser praxisbezogener Rechtsberatungs-Service

Zahnärztinnen und Zahnärzte sehen sich in der täglichen Praxis zunehmend mit rechtlichen Problemen konfrontiert. Aus diesem Grund bietet der Freie Verband seinen Mitgliedern eine durch den Mitgliedsbeitrag abgedeckte Rechtsberatung in praxisbezogenen Rechtsfällen und bei berufsspezifischen Problemen an. Sie werden durch Rechtsanwälte beraten, die auf das Heilberufsrecht spezialisiert sind. Kostenersparnis für Mitglieder: Allein zwei bis drei mündliche oder schriftliche Ratschläge können bei einem Rechtsanwalt mehr kosten als der jährliche Mitgliedsbeitrag für niedergelassene Zahnärzte im Freien Verband. Mitglieder des Freien Verbandes können telefonische und schriftliche Anfragen unter Angabe ihrer Mitgliedsnummer an folgende Adresse richten:

Freier Verband Deutscher Zahnärzte e.V.
– Rechtsabteilung –
Mallwitzstraße 16, 53177 Bonn
Telefon: 02 28 / 85 57 - 0
Telefax: 02 28 / 34 79 67

Montag bis Donnerstag von 8.00 bis 17.00 Uhr
Freitag von 8.00 bis 12.00 Uhr

Sie haben auch die Möglichkeit unter **www.fvdz.de** – Beratung – Ihre Rechtsanfrage online zu formulieren. Sie werden umgehend kontaktiert.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2021

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2021

2.5.2. Praxisbezogene Steuerberatung

Der Freie Verband Deutscher Zahnärzte bietet seinen Mitgliedern eine durch den Mitgliedsbeitrag abgedeckte spezialisierte steuerliche Erstberatung im Zusammenhang mit dem Betrieb der Praxis und den daraus generierten Einnahmen an. Die Beratung erfolgt durch in der Besteuerung von Einnahmen aus heilberuflicher Tätigkeit spezialisierte Steuerberater.

Telefon-Hotline: 02 28 / 85 57-0
Montag bis Donnerstag von 8.00 bis 17.00 Uhr
Freitag von 8.00 bis 12.00 Uhr

Die schriftliche Anfrage richten Sie bitte unter Angabe Ihrer Mitgliedsnummer an folgende Adresse:

Freier Verband Deutscher Zahnärzte e.V.
– Rechts- und Steuerabteilung –
Mallwitzstraße 16
53177 Bonn
Fax: 02 28 / 34 79 67

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2021

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2021

2.5.3. FVDZ control-doc

Exklusiv-Programm für Mitglieder FVDZ control-doc bringt Mehrwert für die Praxis

Ein Zahnarzt ist nicht nur Zahnarzt, er ist auch Unternehmer und muss seine Zahlen im Blick behalten.

Zahlen sind für die meisten Zahnärzte nichts, womit sie sich gern beschäftigen. Doch am Ende müssen sie stimmen, und am Ende hängt von ihnen Wohl und Wehe für die Praxis ab. Mit FVDZ control-doc, das FIBU-doc Praxismanagement exklusiv für den FVDZ entwickelt hat, ist es möglich, die wichtigsten Kennzahlen der Praxis ganz leicht im Blick zu behalten: Das Programm wird mit den Zahlen der betriebswirtschaftlichen Auswertung (BWA) »gefüttert« und liefert dann Berechnungen, die sofort den Gewinn und – wichtiger noch – die Rentabilität und die Kostenkennzahlen der Praxis aufzeigen. Grüne und rote Pfeile oder Punkte machen es dabei leicht zu erkennen, an welchen Stellen sich negative oder positive Veränderungen ergeben haben oder wo noch Handlungsbedarf besteht. Dabei können einzelne Quartale oder Jahre aufgerufen und verglichen werden.

Wichtiger aber noch als der Vergleich der eigenen Zahlen ist der Vergleich mit den Zahlen der Kollegen. Da jedoch wohl kaum jemand ganz offen mit seiner BWA durch die Lande spaziert, gibt es bei FVDZ control-doc die Möglichkeit, sich mit den Ergebnissen anderer FVDZ-Mitglieder zu vergleichen – anonym natürlich, aber verlässlich. Zunächst wird mit Kennzahlen des Statistischen Bundesamtes gestartet, bis »echte« Kennzahlen zur Verfügung stehen. Das macht einen Vergleich viel lebendiger und glaubwürdiger, zumal sich jeder mit den Kollegen der gleichen Praxisform und Umsatzklasse vergleichen kann. Leben wird das Programm allerdings davon, dass möglichst viele Kollegen mitmachen – und sich nicht scheuen, das Programm mit ihren Zahlen zu füttern.

Das intelligente Online-Controlling für die zukunftsorientierte Zahnarztpraxis

- ✓ BWA-Analyse
- ✓ Quartalsvergleiche
- ✓ Jahresvergleiche
- ✓ Rentabilität
- ✓ Kostenkennzahlen
- ✓ Benchmarking

So funktioniert's:

1. Starten Sie auf der Seite www.fvdz.de und gehen Sie im Oberpunkt FVDZ Ökonomie zu FVDZ control-doc.
2. Loggen Sie sich mit Ihren FVDZ-Angaben ein. Sie gelangen zur Erstregistrierung/Bestellmöglichkeit für FVDZ control-doc bei der FIBU-doc Praxismanagement GmbH.
3. Nach Abschluss der Registrierung erhalten Sie eine Bestätigungs-E-Mail und eine Rechnung der FIBU-doc Praxismanagement GmbH.
4. Jetzt können Sie starten! Sie haben ein Jahresabo für FVDZ control-doc zum Preis von 120,– € zzgl. MwSt.
5. Bei Problemen steht Ihnen eine

   Telefon-Hotline unter 06126/50191-0 von Montag bis Freitag von 9.00 bis 15.00 Uhr

   zur Verfügung.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2021

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2021

2.5.4. Kostenlose Buchhaltungs- und Controllinghotline

FIBU-doc – Die einfache Buchhaltungssoftware für Zahnärzte

FIBU-doc ist der einfache Weg vom Zahlungsverkehr zum Praxiscontrolling. Es ist eine All-in-one-Buchhaltungssoftware, deren Funktionen weit über die eines normalen Buchhaltungsprogramms hinausgehen und speziell auf die Informationsbedürfnisse von Zahnarztpraxen ausgerichtet sind.

Sie möchten Klarheit und Transparenz in der Buchführung und dem Praxiscontrolling oder haben Fragen zur Arbeitsweise mit FIBU-doc?

Telefon-Hotline: 0 61 26 / 50 19 19
Montag bis Freitag von 9.00 bis 16.00 Uhr

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2021

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2021

2.5.5. Exklusive Versicherungsangebote für FVDZ-Mitglieder

Zusammen mit seinem **Kooperationspartner auxmed** hat der **FVDZ** für seine Mitglieder aktuelle Versicherungsangebote in drei wichtigen Bereichen initiiert, die neue und sehr praxisrelevante Bausteine für die Zahnarztpraxis beinhalten. Ansatzpunkt war, die Angebote so auszugestalten, dass auf die spezifischen Belange der Zahnarztpraxen eingegangen wird. Im Bereich **Rechtsschutz** (Versicherer ERGO) wurde z. B. in Zusammenarbeit mit dem FVDZ-Justiziariat darauf geachtet, dass praxisrelevante und neue Entwicklungen berücksichtigt werden (z. B. Beratung bei Auseinandersetzungen mit Arztbewertungsportalen; Hilfe bei Vorsorgevollmachten). Gegen die immer stärker werdenden **Cyber- und Datenschutzrisiken** auch angesichts der Telematik-Infrastruktur wurde eine Cyberversicherung speziell für Zahnarztpraxen konzipiert, die auch die technische Absicherung der Zahnarztpraxen im Auge hat (Angebot der Viktor). Zudem wurde eine **Berufsunfähigkeitsversicherung** mit der Nürnberger Versicherung initiiert, die exklusive, transparente und unbürokratische Regelungen für FVDZ-Mitglieder enthält.

Die Angebote im Versicherungsbereich für FVDZ-Mitglieder werden zukünftig noch durch weitere Bausteine erweitert. Nachfolgend ein Überblick über die wesentlichen Bausteine der drei exklusiven Versicherungsangebote, wobei die Versicherungsdetails beim Kooperationspartner des FVDZ auxmed (www.auxmed.de, FVDZ Versicherungshotline: 05207/951216) erfragt werden können:

Rechtsschutz

Wesentliche Bausteine:

- Exklusiv für FVDZ-Mitglieder
- Streitigkeiten vor deutschen Sozialgerichten
- Arbeits-Rechtsschutz im außergerichtlichen und gerichtlichen Bereich
- Absicherung vorgeschaltete Widerspruchsverfahren, auch bei KZV-Regressen
- Verwaltungsgerichtsverfahren, auch gegen Versorgungswerke
- Rechtsschutz im Vertrags- und Sachenrecht, z. B. Honorarforderungen oder Kauf medizinischer Geräte
- Streitigkeiten wegen Maßnahmen der Datenschutzbehörde
- Web-Check für die eigene Homepage
- Urheberrecht bei privater Internet-Nutzung
- Prüfung der rechtlichen Anforderungen an Gestaltung, Impressum, Datenschutzbelehrung
- Streitigkeiten mit Arztbewertungsportalen
- Spezial-Straf-Rechtsschutz – Vollkonzept-Beauftragung mehrerer Rechtsanwälte/Steuerberater möglich bei freier Honorarvereinbarung
- Juristische Hilfe bei Vorsorgeverfügungen (Vorsorgevollmacht, Betreuungs-, Patienten-, Sorgerechtsverfügung)
- Juristische Hilfe bei der Testamentserstellung

Cyberabsicherung

Wesentliche Bausteine

- Exklusiv für FVDZ-Mitglieder
- Spezielle Branchenlösung für Zahnmediziner, z. B. Herausnahme nicht notwendiger Versicherungsbestandteile, wie Kreditkartenzahlung, was sich positiv auf den Tarif auswirkt
- Eine Deckungssumme für Schadensfälle ohne Sublimite (Sublimite = Unterschiedliche Deckungshöhen für verschiedene Schadensfälle)
- Umfangreiche Servicedienstleistungen im Schadensfall
- Hilfe durch IT-Forensiker und IT-Sicherheitsunternehmen
- Integration bestehender IT-Servicepartner in den Lösungsprozess
- Im Hinblick auf IT-Nutzung/IT-Infrastruktur der Praxen Implementierung von IT-Audits in die Police
- Drei Jahre Preisgarantie und Halbierung des Selbstbehalts im Schadensfall
- IT-Support, Datenschutzaudits und externe Datenschutzbeauftragte sind kombiniert mit anbietbar
- Weitere Präventivmaßnahmen wie Mitarbeiterschulungen werden zusätzlich in einem Onlineportal zur Verfügung gestellt

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2021

Berufsunfähigkeitsversicherung

Wesentliche Bausteine:

- Es kann eine Berufsunfähigkeitsrente bis zu 18.000,–€ jährlich unabhängig von bestehenden Versicherungen abgeschlossen werden
- Antrag ohne Gesundheitsprüfung, nur mit sogenannter Dienstobliegenheitserklärung (nicht mehr als zwei Wochen krank im Zeitraum von zwei Jahren vor Versicherungsabschluss)
- Keine Anrechnung von bestehenden Versicherungen und der Versorgungswerksleistungen
- Keine ärztlichen Untersuchungen notwendig
- Erweiterte BU-Absicherung unabhängig von den Versorgungswerken (keine abstrakte Verweisung/ eingeschränkter Verzicht auf konkrete Verweisung; Sonderklausel für Kammerberufe)
- Garantiert 1.500,–€ Monatsrente mit anpassbarer Dynamik (max. 10% jährlich bis max. 4.500,–€ Monatsrente)
- Höchsteintrittsalter 50 Jahre
- Zusätzliche optionale Bausteine: Arbeitsunfähigkeitsklausel, Pflege-Baustein, Leistungsdynamik möglich

Der FVDZ hat zudem sein Portfolio um ein **weiteres Serviceangebot** für Mitglieder erweitert: **eine von einzelnen Versicherungen unabhängige Beratung**, die Zahnärztinnen und Zahnärzten in jeder Lebensphase einen Überblick über nötige und nützliche Absicherung gibt. Weitere Informationen bekommen Sie bei dem Kooperationspartner des FVDZ auxmed.

Dr. Peter Bührens,
Michael Lennartz

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2021

2.5.6. FVDZ-Info-Mail »Unter der Lupe«

Exklusiv-Angebot für Mitglieder:

Kompakt, kritisch, kompetent

Unter diesem Motto präsentiert der Freie Verband Deutscher Zahnärzte die Info-Mail **»Unter der Lupe«**.

Der FVDZ setzt sich in **kompakter** Form, **kritisch** und **kompetent** mit akuten Problemen für Zahnarztpraxen auseinander und gibt praxisrelevante Tipps. Alles nach dem Motto »Aus der Praxis – für die Praxis«. Die FVDZ-Info-Mail »Unter der Lupe« erscheint vierteljährlich via E-Mail.

Sie sind interessiert? Als FVDZ-Mitglied können Sie die aktuelle Ausgabe online unter

www.fvdz.de/unter-der-lupe-aktuelle-ausgabe

abrufen und sich dort direkt für den Erhalt der nächsten Ausgabe registrieren.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2021

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2021

2.5.7. Finanz-Service GmbH

Zu den Angeboten der FVDZ-Finanz-Service GmbH zählen:
das FVDZ-Forderungsmanagement (detaillierte Informationen finden Sie unter 3.4.3.)

FVDZ:factoring



Unsere Angebote

Factoring Wir entlasten Sie vom gesamten Rechnungsmanagement. Sie bestimmen, wann Sie Ihr Geld erhalten und wie hoch Ihr Ausfallschutz sein soll (50% oder 100%). Um das gesamte Mahnwesen, die Korrespondenz mit Patienten und Kostenerstattern und alles Weitere kümmern wir uns.

Start Up Startschuss für die eigene Praxis. Als Existenzgründer unterstützen wir Sie in den ersten 24 Monaten mit Sonderkondititionen und Abrechnungswissen.

Inkasso Wir übernehmen für Sie den Versand Ihrer Rechnungen und das Mahnwesen.

Teilzahlung Steigern Sie Ihren Privatumsatz mit attraktiven Teilzahlungskonzepten für Ihre Patienten.

Ihre Vorteile

Entlastung Lösen Sie sich von aufwändigen Verwaltungsarbeiten und deligieren Sie die Auseinandersetzungen mit Kostenerstattern und Patienten an uns.

Liquidität Schaffen Sie Freiräume für unternehmerische Entscheidungen. Ihre Rechnungen werden binnen 48 Stunden bezahlt.

Sicherheit Unbezahlte Rechnungen gehören der Vergangenheit an. Sie sind vor Forderungsausfällen auf Wunsch zu 100% geschützt, damit Ihre Arbeit auch tatsächlich bezahlt wird.

Sonderkonditionen Als Mitglied des FVDZ erhalten Sie besonders günstige Startkonditionen.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2021

FVDZ:factoring

Factoring 100 % **2,85 %**

- 100 % Ausfallschutz
- Sofortauszahlung
- Ankaufanfrage
- Rechnungsprüfung
- GOZ-Beratung
- Verwaltungsentlastung
  - Kaufmännisches und gerichtliches Mahnwesen
  - Korrespondenz mit Kostenerstattern und Patienten
- Patiententeilzahlung

Factoring 50 % **2,75 %**

- 50 % Ausfallschutz
- Sofortauszahlung
- Ankaufanfrage
- Rechnungsprüfung
- GOZ-Hotline
- Verwaltungsentlastung
  - Kaufmännisches und gerichtliches Mahnwesen
  - Korrespondenz mit Kostenerstattern und Patienten
- Patiententeilzahlung

Start Up (Existenzgründer) **ab 0,00 %**
+ 1,99 € je RG.

Inkasso

- inkl. kaufm. Mahnwesen **1,95 %**
  + 1,99 € je RG.

Alle Konditionen zzgl. MwSt.

Telefax: 02 28 / 34 06 71

Fordern Sie jetzt per Fax unsere ausführlichen Informationen an!

FVDZ-Mitgliedsnummer: _____
Name: _____
Straße / Nr.: _____
PLZ / Ort: _____
E-Mail: _____
Telefon / Fax: _____

operated by: ZA AG

FVDZ Finanz GmbH Service

Mallwitzstraße 16 • 53177 Bonn • Tel.: 02 28 / 85 57 60 • Fax.: 02 28 / 34 06 71 • E-Mail: info@fvdz-finanz.de

Informationen erhalten Sie auch über die FVDZ-Finanz-Service GmbH, Frau Treu, Mallwitzstraße 16, 53177 Bonn, Telefon 02 28/85 57-25, Fax 02 28/85 51-130, E-Mail: info@fvdz-finanz.de sowie über das Internet unter www.fvdz.de/factoring.html

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2021

2.5.8. FVDZ-Praxispool

Hilfe bei der Praxisabgabe und Praxisübernahme

Sie wollen Ihre Praxis abgeben? Oder Sie möchten sich eine eigene Existenz aufbauen und suchen geeignete Räume? Dann nutzen Sie jetzt das Online-Suchportal des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte (FVDZ).

So funktioniert der FVDZ-Praxispool:
Sie füllen direkt online einen Fragebogen aus. Ihre angegebenen Daten werden anonym und unter strengen Datenschutzbestimmungen direkt im Portal gespeichert.

Gibt es eine Übereinstimmung zweier Nutzer, wird Ihnen dies angezeigt und der Kontakt kann per E-Mail hergestellt werden.

Ihre Vorteile:
- Anonymität
- präzise Auswertung
- schnelle Vermittlung
- gebührenfrei inserieren – auch für Nichtmitglieder

Mitglieds-Vorteil für Praxisübernehmer
Als Mitglied im Freien Verband können Sie die passenden Praxisangebote direkt einsehen und mit den Praxisabgebern Kontakt aufnehmen. Nichtmitglieder sehen nur die Anzahl der Praxisangebote.

Rechtlicher Hinweis:
Bei dem Online-Suchportal „Praxispool" des FVDZ besteht die Möglichkeit einer kostenfreien Anzeigenaufgabe. Detaillierte Informationen über die Angebote mit direkter Kontaktaufnahmemöglichkeit erhalten nur Mitglieder des FVDZ. Nichtmitgliedern wird angezeigt, ob und wie viele passende Angebote es für sie gibt. Von Seiten des FVDZ erfolgt ausdrücklich **keine Praxisvermittlung** und es werden damit **keine Vermittlungsgebühren** fällig. Bei Zustandekommen eines Kontaktes zwischen Praxisübernehmer und Praxisabgeber liegt die weitere Korrespondenz und etwaige Vertragsabwicklung ausdrücklich in eigener Verantwortung der Vertragspartner. Der FVDZ übernimmt hierfür keinerlei Haftung und auch keine Gewähr dafür, dass ein Vertragsabschluss zustande kommt.

Weitere Informationen erhalten Sie unter:

http://www.fvdz.de/praxispool.html

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2021

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2021

2.5.9. Liquidität während der Coronakrise

Die wirtschaftlichen Folgen der Pandemie

Liquidität in der Praxis
Die zahnärztliche Leistungserbringung wurde durch COVID-19 in einem bisher unvorstellbaren Ausmaß getroffen. Von einem Tag auf den anderen verzeichneten die Praxen einen starken Rückgang der Patientenzahlen. Auch war zunächst unklar, welche Leistungen unter Berücksichtigung der jeweiligen Hygienevorschriften überhaupt noch erbracht werden durften. Das wirkte sich natürlich auf die Liquiditätsentwicklung aus.

In dieser Anfangsphase der Pandemie hatten einzelne Praxen einen Umsatzrückgang von nahezu 90 % zu verkraften. Im Laufe des Monats April pendelte sich der durchschnittliche Rückgang der Leistungserbringung nach unseren Erhebungen zwischen 35 und 50 % ein (Quelle: solvi Leistungsindex in der Coronavirus-Pandemie, »SLIC«). Beginnend mit der 18. Kalenderwoche und den schrittweisen Lockerungen der Kontaktverbote, setzte Ende April eine Erholung ein, jedoch ist aktuell das Vorkrisenniveau noch nicht wieder erreicht.

Nach unserer Schätzung haben die deutschen Zahnarztpraxen bisher einen Umsatzverlust in Höhe von rund 1,5 Mrd. € erlitten, der sich bis zum Jahresende nicht wieder aufholen lassen wird.

Auch wenn sich für Viele mittlerweile wieder ein erstes Alltagsgefühl eingestellt hat, so sollten die Zahnärzte nicht aus den Augen verlieren, dass sich die Auswirkungen zeitlich verzögert auf ihrem Girokonto niederschlagen werden.

Das liegt zum einen daran, dass Privatanteile von den Patienten im Schnitt erst mit einem Verzug von vier bis sechs Wochen nach Leistungserbringung bezahlt werden. Zum anderen erfolgt die Auszahlung der Kassenanteile durch die quartalsweise Abrechnung von KCH-/KFO-Leistungen sowie durch die monatlich nachträgliche Abrechnung der anderen Leistungen ebenfalls mit einem durchschnittlichen zeitlichen Verzug von zirka zwölf Wochen für KCH/KFO und etwa sieben Wochen für alle anderen Leistungsarten.

Das Pferd nicht von hinten aufzäumen
Viele Praxen haben sehr schnell Maßnahmen ergriffen, um die Ausnahmesituation zu bewältigen. Ob jeweils die richtigen Mittel ausgewählt wurden, wird sich gegebenenfalls im Laufe des Jahres erst zeigen.

Kurzarbeit zur Senkung der Personalkosten, Beantragung staatlicher Hilfsgelder oder das Einschießen privater Gelder in die Praxis – diese Optionen haben nach einer Studie der apoBank jeweils rund die Hälfte der Zahnarztpraxen in Erwägung gezogen. Dabei müssen wir jedoch häufig das Fehlen nachhaltiger Analysen und Pläne zur Liquiditätsentwicklung der Praxis bemängeln.

- Die staatlichen Soforthilfen sind ein einmaliger Zuschuss, gegebenenfalls droht sogar die Verpflichtung der Rückzahlung,
- Kurzarbeit senkt kurzfristig die Personalkosten, bei Wiederansteigen der Praxisleistung werden ansteigende Personalkosten und rückläufige Liquidität aber zusammentreffen und die Praxen belasten,
- ähnlich ist die Situation bei reduziertem Materialeinkauf, der mit Ansteigen der Behandlungszahlen ebenfalls wieder steigen wird.
- Die Ausweitung des Überziehungsrahmens bei der Bank ist teuer,
- das Einschießen von Eigenmitteln keine nachhaltig tragfähige Lösung für den/die Praxisinhaber/in.
- Stundung von Steuern und Sozialabgaben setzt nur kurzfristig an.

Bis hierhin lässt sich also festhalten, dass vielen Praxen das genaue Ausmaß der finanziellen Einbußen ebenso wenig bekannt ist wie der Zeitraum, in dem sich diese materialisieren werden.

Umso wichtiger ist die Analyse und Planung der Praxisliquidität – und zwar nicht nur zum aktuellen Zeitpunkt, sondern auch im weiteren Jahresverlauf oder in das Jahr 2021 hinein, denn so weit können die Auswirkungen des Schutzschirms und eventuell in Anspruch genommener, rückzahlbarer Unterstützungsleistungen reichen. Erst wenn die Liquiditäts-

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2021

entwicklung abschätzbar ist, können geeignete Maßnahmen ausgewählt und zeitlich optimal durchgeführt werden.

Liquidität verstehen

Wenn man die Liquidität in ihren Auswirkungen und zeitlichen Verzögerungseffekten verstehen will, ist es notwendig, den »Weg des Geldes« von der Honorarerbringung bis zum Zahlungseingang auf dem Bankkonto abzubilden. Denn häufig versickert schon zu Beginn dieses Prozesses ein Teil des Leistungshonorars. Ein erheblicher Teil der erbrachten Leistungen wird zunächst gar nicht oder nicht vollständig dokumentiert. Von den dokumentierten Leistungen werden wiederum rund 7 bis 8 % nicht abgerechnet. Bis zu weitere 5 % fallen dann als abgerechnet, aber »nicht einbringbare« Leistung aus. Gründe hierfür liegen zum Beispiel in ausgebliebenem Behandlungserfolg, aber vor allem auch in optimierungsfähigen Verwaltungsprozessen in den Praxen. Der nicht mehr zeitgemäße, manuelle Abgleich der Patientenzahlungen mit den offenen Rechnungen ist aufwändig und fehleranfällig und führt regelmäßig zu vergessenen Zahlungserinnerungen – leider ist er in vielen Praxen noch anzutreffen.

Ein Blick auf die BWA der Zahnarztpraxis zeigt das steuerliche Ergebnis der Praxis zum jeweiligen Stand der Buchhaltung. Um ein besseres Bild davon zu haben, wie viel Liquidität in einem Zeitraum operativ erwirtschaftet wurde, müssen die Abschreibungen wieder zum Praxisergebnis hinzugerechnet werden, da es sich dabei lediglich um die steuerliche Berücksichtigung der Abnutzung von Anlagegütern handelt und nicht um eine Ausgabe in der Periode.

Im nächsten Schritt sind die Darlehens- und Anlagenveränderungen zu berücksichtigen. Werden Darlehen getilgt, so fließt hier Geld ohne Niederschlag in der BWA ab. Wird ein neues Darlehen aufgenommen, fließt Geld zu und verbessert die Liquidität der Praxis – ganz unabhängig vom Praxiserfolg, wie man an dieser Stelle gut erkennen kann. Auch der Zukauf oder Verkauf von Anlagegütern wirkt sich auf diese Art in der Liquidität aus.

Das Zwischenergebnis an dieser Stelle der Liquiditätsberechnung ist die sogenannte »Veränderung der verfügbaren Liquidität« – also die im Grundsatz für die Periode entnehmbare Summe. Zieht man von dieser noch die Entnahmen des beziehungsweise der Praxisinhaber/s ab, so stellt sich die »Veränderung der freien Liquidität« als positive oder negative Entwicklung der zur Verfügung stehenden Finanzmittel dar.

Liquiditätsverläufe modellhaft simulieren

Dies ist jedoch eine historische Betrachtung, deren Ergebnis lediglich die Ist-Situation der Praxis spiegelt. Um auch die Entwicklung in der Zukunft planen zu können, hat »solvi GmbH« gemeinsam mit »Die ZA« eine Liquiditätstabelle entwickelt, mit der die Praxen durch Eingabe ihrer individuellen Kosten- und Erlösdaten die zukünftigen Liquiditätsverläufe modellhaft simulieren können. Das Modell wird fortlaufend aktualisiert und an die aktuellen Entwicklungen angepasst. Als Hilfestellung für alle Zahnarztpraxen wurde das Tool Liqui-Check kostenlos bereitgestellt und kann jederzeit auf www.solvi.de/liqui-check angefordert werden.

Alle weiteren Maßnahmen sollten erst nach individueller Situationsanalyse ergriffen werden. Sofern benötigt, ist Geld günstig und in ausreichendem Maße vorhanden, Praxisinhaber müssen es jetzt sinnvoll beschaffen und die Praxis dann für die Zukunft aufstellen. Dabei sollten sie sich auf unabhängige Berater verlassen, die nur auf Honorarbasis und somit frei von Interessenkonflikten beraten und handeln.

Um keine Abhängigkeiten entstehen zu lassen und stets handlungsfähig zu bleiben, empfiehlt sich spätestens jetzt eine proaktive Beschäftigung mit den betriebswirtschaftlichen Themen der Praxis und eine Bereitschaft, die Unternehmerrolle als Praxisinhaber anzunehmen. Dafür eignen sich flankierende und oftmals kostenfreie oder kostengünstige Angebote wie Podcasts (z. B. »Aufgebohrt – Der Podcast für nachhaltigen Praxiserfolg«), Webinare, Videoschulungen und, sobald wieder möglich, Präsenzfortbildungen.

Christian Brendel

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2021

2.5.10. Mitglied in der DZG werden

Mitglied in der Deutschen Zahnärztegenossenschaft (DZG) werden!

Die vom FVDZ initiierte Deutsche Zahnärztegenossenschaft DZG eG hält ein einzigartiges **Dienstleistungs- und Serviceangebot** vor, das Zahnärztinnen und Zahnärzten in jeder Phase ihres Praxisbetriebs praktische Hilfe – u. a. **mit Sonderkonditionen für FVDZ-Mitglieder** – bietet. **Die Mitgliedschaft in der DZG mit vielen Vorteilen können Sie einfach unter www.dzg-eg.de beantragen.**

Ob jemand eine Praxis gründen oder sie abgeben will, ob er oder sie die Praxis erweitern oder den laufenden Betrieb optimieren will – über die Webseite findet sich alles, was man für die Umsetzung braucht. Gemeinsam mit langjährigen **Partnerorganisationen** ABZ, Die ZA, lennmed.de Rechtsanwälte und solvi GmbH werden in der DZG eG juristische und betriebswirtschaftliche Beratung und Dienstleistungen gebündelt.

Zurzeit umfasst der Katalog **rund 30 Leistungen**, z. B.:

- sichere, neu entwickelte IT-Tools für die Praxiskommunikation und Datensicherheit
- Tools, die die Buchhaltung oder das Personalmanagement erleichtern
- Tools für Finanzcontrolling oder Zeiterfassung mit wenigen Klicks
- Factoring (Outsourcing des Rechnungs- und Mahnwesens)
- Praxiswertermittlungen (z. B. bei Gründung einer Gemeinschaftspraxis, im Falle einer Scheidung, bei Kauf oder Verkauf einer Praxis)
- Standortanalysen
- Rechtsberatung
- Führungskräfteschulungen

Alle Leistungen sind einzeln buchbar oder können nach eigenem Bedarf zu Paketlösungen zusammengestellt werden.

»Mit der DZG machen wir den Kolleginnen und Kollegen in den Praxen ein einmaliges Angebot«, sagte Dr. Frank Wuchold, Vorstandsvorsitzender der DZG eG und Mitglied des FVDZ-Bundesvorstandes, bei der Vorstellung der Servicegenossenschaft in Berlin. »Die Idee ist, den Kolleginnen und Kollegen alles, was sie für die Organisation ihrer Praxis brauchen, aus einer Hand zu liefern. Denn das ist doch oft das Problem: Wir sind Zahnärzte, müssen uns aber für den Praxisbetrieb immer wieder mit Fragen abmühen, die unheimlich viel Zeit kosten und die wir – ehrlicherweise – manchmal auch nur mit größter Mühe überblicken. Zum Beispiel wenn digitale Abrechnungsprozesse eingerichtet werden sollen. Oder wenn jemand seine Praxis erweitern möchte und einen neuen Kollegen oder eine neue Kollegin reinholen möchte. Wie organisiert man das? Was muss man da alles bedenken? Dafür braucht man Spezialisten, und die haben wir in der DZG.«

»Alle unsere Partnerorganisationen sind langjährig mit dem Freien Verband verbunden und haben sich als seriöse und verlässliche Partner für die freiberuflichen Zahnärztinnen und Zahnärzte erwiesen«, sagte Wuchold. »Gerade die kleineren Zahnarztpraxen stehen zunehmend unter wirtschaftlichem Druck. Wir treten gemeinsam an, um diese Praxen zu unterstützen, um sie zukunftsfest zu machen.«

Wenn Sie mehr erfahren wollen, finden Sie in der Zeitschrift Der Freie Zahnarzt (DFZ): Kurzporträts der fünf DZG-Partnerorganisationen; Rechenbeispiele, um wie viel günstiger das DZG-Angebot für Sie wird, wenn Sie Mitglied in DZG oder FVDZ sind; ein Interview mit dem Vorstandsvorsitzenden Dr. Frank Wuchold über die Pläne der DZG und wie man seriöse Dienstleister erkennt: https://www.fvdz.de/files/DATEIANHAENGE/DFZ/DFZ0121_DZG.pdf.

RA Michael Lennartz

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2021

2.6. Die digitale Praxis

Die Digitalisierung ist heutzutage nicht mehr aus den deutschen Zahnarztpraxen wegzudenken. Sie hat viele Arbeitsabläufe vereinfacht, beschleunigt oder präziser vorhersagbar gemacht. Doch nicht jeder Zahnarzt oder jede Zahnärztin benötigt jede digitale Anwendung. Deshalb ist es wichtig, dass jedes Praxisteam für sich analysiert, wo es von der Digitalisierung einzelner Arbeitsabläufe profitieren kann.

Beginnen kann man eine solche Analyse beispielsweise mit den Optionen, die das genutzte Praxisverwaltungssystem (PVS) bietet beziehungsweise bieten kann. Da jede Praxis über ein solches System verfügt, ist es eine allgemeingültige Empfehlung, die einzelnen Module, die in der Regel für die PVS verfügbar sind, auf ihre Tauglichkeit für die Praxisabläufe zu überprüfen. Weil diese Anwendungen normalerweise zusätzliches Geld kosten und die Einarbeitung kostbare Praxiszeit in Anspruch nimmt, ist eine möglichst individuelle Zusammenstellung sinnvoll. Dadurch verhindert man auch unnötige Verwirrungen durch zu viele Optionen, die den Praxisablauf im Zweifelsfall gar nicht verbessern.

Meistens sind die PVS mit einem elektronischen Terminbuch verknüpft. Auch hier sind Erweiterungen oder gar Verknüpfungen mit Online-Termin-Services möglich. Jede Praxis sollte vor der Einführung oder auch Ablehnung solcher Möglichkeiten den Aufwand und die Kosten gegen einen potenziellen Nutzen abwägen, bevor eine Entscheidung getroffen wird.

Seit Jahren nehmen die Aufzeichnungs- und Dokumentationspflichten in den Praxen stetig zu. Computerprogramme helfen etwa bei der Aufbereitung und Sterilisierung von Instrumenten, notwendige Aufzeichnungen automatisiert zu gewinnen und in geeigneter Form zu archivieren. So ist eine lückenlose Dokumentation im praxisindividuellen Umfang und gleichzeitig eine Entlastung der Mitarbeitenden möglich. Genauso kann es für das Team hilfreich sein, wenn die Lagerhaltung und das Bestellwesen mit digitaler Hilfe strukturiert wird. So kann der Lagerbestand in Echtzeit überwacht und im Bedarfsfall das notwendige Material online nachbestellt werden.

Digitale Röntgengeräte sind mittlerweile in den meisten Zahnarztpraxen Standard. Neben der Anfertigung von klassischen 2D-Aufnahmen findet auch die digitale Volumentomographie zunehmende Verbreitung. Diese 3D-Röntgentechnik bietet neben der verbesserten Diagnostik viele zusätzliche Optionen in der Behandlungsplanung. Digitale Röntgenaufnahmen lassen sich auch gut archivieren und können bei Bedarf kurzfristig an Kollegen zur Weiterbehandlung geschickt werden, ohne dass das Original verloren geht. In ähnlicher Weise können Intraoral-Scanner den Behandlungsablauf sinnvoll ergänzen. Dabei ersetzen sie nicht nur die manchmal als unangenehm empfundene Abformung. In Verbindung mit der Möglichkeit zur computergestützten Fertigung von Zahnersatz oder Alignersystemen sind sie aus vielen Arbeitsabläufen nicht mehr wegzudenken.

Seit einigen Jahren kommen auch immer mehr verpflichtende Anwendungen der Telematikinfrastruktur (TI) in den Zahnarztpraxen an. Hier besteht zwar nicht die Möglichkeit der individuellen Zusammenstellung von einzelnen Anwendungen, da ihr Einsatz gesetzlich vorgeschrieben wird. Trotzdem lohnt sich auch hier die sorgfältige Planung einer Integration der TI-Anwendungen in die täglichen Abläufe.

Diese kurze Darstellung ohne Anspruch auf Vollständigkeit soll einen Impuls darstellen, sich offen und praxisindividuell mit dem Thema Digitalisierung zu beschäftigen. Nur so können Erleichterungen im Praxisalltag sinnvoll erreicht werden. Generelle Ablehnung, Standardlösungen, aber auch übereifrige Einführungen eigentlich nicht benötigter Komponenten werden diesem chancenreichen Thema definitiv nicht gerecht.

Kai Peter Zimmermann

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

2.7. Ihre neue Mitarbeiterin heißt Digitalisierung

Beim Durchscrollen der sozialen Medien springt es einen förmlich an. Wir sehen und spüren es überall in den Zahnarztpraxen: Der Fachkräftemangel ist da und fordert Inhaber, Behandler, Patienten und vor allem die Mitarbeiter heraus. Wenn weniger Kollegen da sind, erhöhen sich der Workload und die Arbeitszeit für jeden Einzelnen. Das setzt die ohnehin schon schwierige Situation weiter unter Druck. Der Beginn eines circulus vitiosus. Wir werden uns damit abfinden müssen: Der Fachkräftemangel ist »the new normal«.

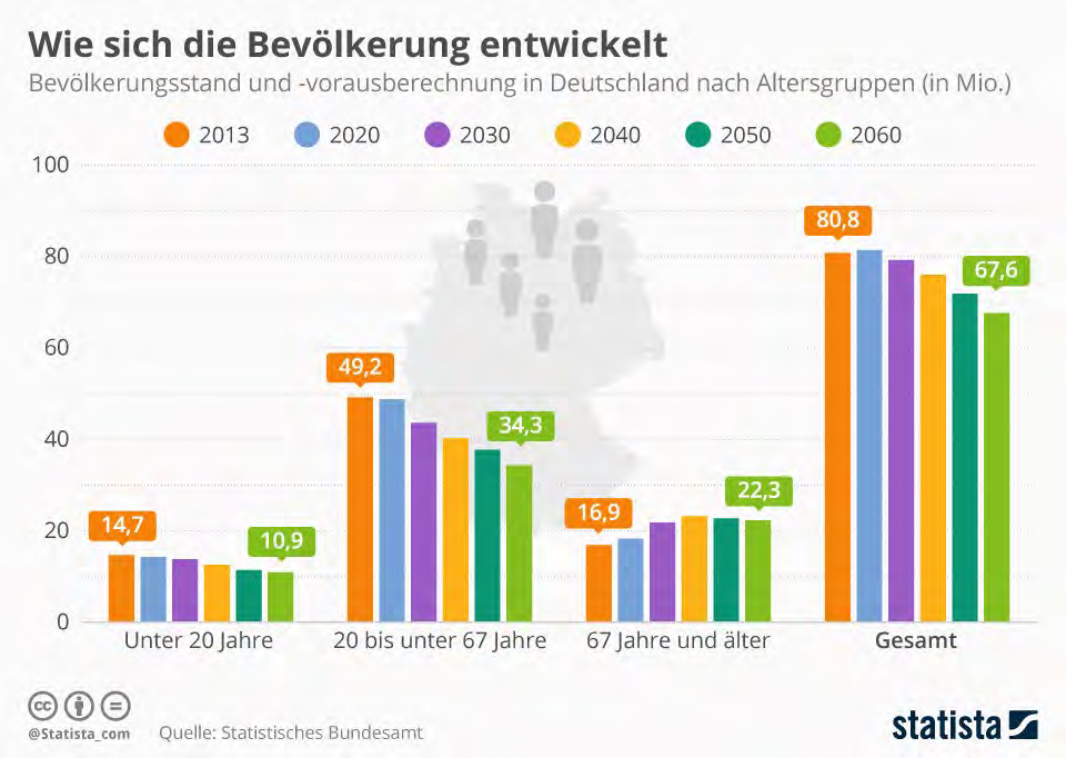
Ständig neue Stellenanzeigen schalten? Das kann keine dauerhafte und nachhaltige Lösung sein. Vor allem, weil die große Baby-Boomer-Generation an gestandenen, erfahrenen Mitarbeiterinnen in den nächsten rund fünf Jahren in den Ruhestand geht. Das wird ein weiteres großes Loch in die Fachkräftelosigkeit reißen.

Die bisherigen Prozesse einer Praxis bauen historisch auf einer Praxisorganisation auf, in der es keinen Mangel an Mitarbeitern gab – auf eine Stellenanzeige kamen schnell zehn Bewerbungen oder mehr zusammen. Entsprechend wurde die Ressource »Mitarbeiterzeit« eingesetzt, auch dank der explodierenden administrativen Aufgaben. Jetzt gilt es, den Gürtel enger zu schnallen und langfristig mit weniger Mitarbeitern den gleichen Workload zu bewerkstelligen. Ohne Frustration, Burnout und Fluktuation.

Wie also damit umgehen? Statt den Blick nach außen zu richten, ständig neue Mitarbeiter zu suchen und mit anderen Praxen um Benefits und Lohnhöhe zu konkurrieren, heißt es jetzt: den Blick in die Praxis richten und auf das bauen, was es an Tatkraft in der Praxis schon gibt.

Die Auswirkungen der Bevölkerungsentwicklung auf die Zahnarztpraxis

Der demografische Wandel stellt die Praxisführung vor immer neue Herausforderungen. Es wird in Zukunft nicht mehr darum gehen, ständig ausreichend Mitarbeiter zu finden, sondern mit dem Praxisbetrieb und dem bestehenden Team im Flow zu bleiben. Neben dem Verständnis von »König Kollege«, wie es beispielsweise die Hotelkette Ritz Carlton lebt, spielt die Digitalisierung als Teammitglied eine zentrale Rolle.



Die Digitalisierung hilft dabei, eintönige Arbeit und unliebsame, zeitintensive Prozesse zu minimieren, um so eine attraktivere Arbeit zu kreieren. Ein Beispiel: Die Praxis lässt Neupatienten einen Anamnesebogen in Papierform ausfüllen – gerne auch jährlich von den Stammpatienten. Die Patientendaten werden dann händisch in den Praxisrechner eingegeben. Eine anspruchslose Tätigkeit, die Zeit bindet und das Know-how einer qualifizierten Mitarbeiterin nicht effektiv einsetzt.

Die Einführung von KIM im Jahr 2021 war ein Schritt in die richtige Richtung. Neben der Abrechnung und der Kommunikation mit Krankenkassen sollten alle anderen Bereiche der Praxis angegangen und aufwandstechnisch verschlankt werden. Wie können die Terminplanung und -vereinbarung vereinfacht werden? Wie kann der Empfang, der das Anrufaufkommen nicht planen kann ohne Besetztzeichen und dadurch genervte Patienten, stressfreier gestaltet werden? Wie können die Anamnese, der Datenschutz, das Qualitäts-Management, die Aufklärung, die Dokumentation sowie die interne und externe Kommunikation vereinfacht werden? Welche digitalen Produkte können in der Behandlung und Prophylaxe unterstützen? Welche Leistungen in der Praxis können (teilweise) outgesourct werden, z. B. Abrechnung?

Es gibt schon vielerlei Produkte und Dienstleistungen für die Praxis am Markt. Darunter fallen auch Firmen, die beim Aufbau digitaler Prozesse in allen Bereichen unterstützen. Mit der weiteren Notwendigkeit der Digitalisierung und dem Einsatz von Künstlicher Intelligenz wird es neue Lösungen geben, um einen effizienten, wertschätzenden und interessanten Arbeitsplatz zu schaffen.

Digitalisierung ist nicht für jede Praxis?
Vielleicht, aber bestimmt für die Mitarbeiterinnen der Generationen Y und Z. Warum? Die neuen Generationen der Mitarbeiterinnen sind Digital Natives, d. h., sie sind in einem digitalen Zeitalter aufgewachsen und kennen die Welt in Papierform mit surrenden Faxgeräten und Falt-Stadtplänen nicht mehr. Sie verfügen über hervorragende digitale Skills und sind im Umgang mit digitalen Technologien, E-Commerce, Internet und Social Media routiniert.

Generation Y, auch Millennials genannt, ist zwischen 1981 und 1998 geboren. Sie sind die ersten Digital Natives, schreiben Flexibilität groß, legen Wert auf ihre persönliche Entwicklung und sind weltoffen. Aus mehreren Job-Optionen wählen? Das sind sie gewohnt und sie möchten mit ihrer Arbeit etwas bewegen.

Wer ungefähr zwischen 1997 und 2012 zur Welt gekommen ist, zählt zur Generation Z oder Gen Z. Sie kennen keine analoge Welt, sind supertechnologieaffin und immer online. Diese Gruppe profitiert besonders vom Fachkräftemangel. Sie hat verstanden, dass es nicht mehr nötig ist, die Hochschulreife zu erlangen oder Bestnoten zu erzielen, um ein gutes Einkommen zu erwirtschaften. Die Gen Z wünscht sich im Leben eine klare Trennung zwischen Beruf und Privatleben, weshalb sie auf die Einhaltung von Arbeitszeiten achtet. Auch im Recruiting von Gen Z macht sich die Digitalisierung bemerkbar: Anschreiben mit Lebenslauf sind passé – ganz sicher auch in Papierform. Es muss schnell gehen und sie erwarten Instant-Feedback.

Mehr als digitalisierte Prozesse
Es gibt viele gute Gründe, warum sich Praxen mit der Digitalisierung auseinandersetzen sollten:

- **Qualität der Arbeit verbessern,** z. B. durch weniger eintönige Routinearbeiten und mehr produktive Tätigkeiten
- **Freiräume kreieren,** um mehr Platz für ein selbstständiges und sinnerfülltes Schaffen zu entwickeln
- **Unterstützung bei der Einhaltung von Arbeitszeiten,** damit Mitarbeiter vor einer ständigen Überlastung geschützt bleiben und das lästige Überstunden-Thema wegfällt
- Und natürlich: **mehr Zeit für wichtige Dinge**

Fazit
Erinnern Sie sich noch an die Zeiten ohne Navigationsgeräte oder Google Maps? Der raffiniert gefaltete Stadtplan lag auf dem Beifahrersitz und mit einem Blick darauf haben wir uns selbst durch den Stadtverkehr navigiert. Fast unvorstellbar, oder?

Die Digitalisierung einer Praxis ist nicht mehr modern, innovativ oder optional, sondern inzwischen essenziell für die Ausgestaltung eines attraktiven Arbeitsplatzes und zur Mitarbeiterbindung – und damit wesentlich für eine gut funktionierende Praxis.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

Digitalisierung ist teuer? Hier hilft es, eine andere Perspektive einzunehmen, denn die Kosten für die ständige Suche nach neuen Mitarbeitern, Einarbeitungs- und Ausfallzeiten, Lohn, Lohnnebenkosten und Boni summieren sich auf. Statt neue Mitarbeiter zu finden, sollte die Arbeitszeit clever genutzt werden. Eine Mitarbeiterin, die erfahren hat, wie angenehm und erfüllend das Arbeiten mit digitalen Tools sein kann, und dadurch eine Vereinfachung und Qualitätssteigerung ihres Tuns erlebt, wird wahrscheinlich nicht in eine Praxis wechseln, die sich diesem digitalen Komfort verweigert.

Über kurz oder lang muss eine Praxis »lernen«, mit weniger Mitarbeitern und Mitarbeiterstunden zu funktionieren. Oder anders gesagt: Die Arbeitskraft der Mitarbeiter muss sinnvoller eingesetzt werden. Dabei können die Digitalisierung sowie verschiedene digitale Produkte und Dienstleistungen unterstützen. Und ein kleiner Nutzen on top: Für die Patienten geht die Digitalisierung mit mehr Komfort und Service einher.

Sabine Nemec
Dipl.-Wirtsch.-Ing.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

2.8. Entsorgung einer Praxis bei Auflösung

Es ist nicht ganz einfach, in Deutschland eine komplette Zahnarztpraxis loszuwerden. Man kann versuchen, einzelne Teile einer Praxiseinrichtung zu verkaufen. Hierbei sollte man beachten, dass man hier Gewinne erwirtschaftet und diese auch versteuern muss. Sprechen Sie diesbezüglich auch mit Ihrem Steuerberater, vor allem, wenn Sie viele Einzelteile veräußern.

Da aber im Moment sehr viele Praxen den Betrieb einstellen, sind die Chancen, hier einen Abnehmer zu finden, eher schlecht. Ein kurzer Blick auf »ebay« offenbart das breite Angebot.

Es gibt natürlich gewerbliche Aufkäufer von Praxisinhalten. Diese bieten meist einen pauschalen Preis für die gesamte Praxis und hinterlassen besenrein. Das hat natürlich seinen Preis. Bitte achten Sie hier auf den genauen schriftlich fixierten Leistungsinhalt. Nicht, dass Sie den »Schrott« behalten und das »Wertvolle« verschwindet. Zusätzlich sollte der Vertrag eine Klausel beinhalten, dass das Equipment einer zweckentsprechenden Weiternutzung zugeführt wird oder fachgerecht und rechtskonform entsorgt wird.

Damit wären wir beim Kernproblem angelangt. Die rechtskonforme Entsorgung ist nicht ganz einfach. Die DSGVO und die Aufbewahrungsvorschriften für Unterlagen müssen eingehalten werden, also auch eine entsprechende Lagerung und Wiedererlangung von Patientenunterlagen. Elektronische Datenträger müssen speziell behandelt, also auch hier die zeitlichen Vorgaben einhaltend gelagert und wieder zugänglich zu machen sein. Patienten sind da inzwischen fordernd und aufgeklärt.

Bei der endgültigen Entsorgung gibt es Vorgaben für Verbrauchsmaterialien, die analog zur Entsorgung der laufenden Betriebsstoffe erfolgen muss. Eine andere Form der Entsorgung ist definitiv nicht möglich und wird strafrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen.

Alle Möbel, die Wohnmöbel oder auch Büromöbel sein können, können Sie wie auch im Privaten möglich an den entsprechenden Wertstoffhöfen abgeben, wenn es keine örtliche Einschränkung gibt.

Der schwierigste Teil sind die dentalen Gerätschaften, die nicht an den Wertstoffhöfen entsorgt werden können. Hier helfen nur zertifizierte Entsorger, die sich auf solche Entsorgungsaufgaben spezialisiert haben. Die entsprechenden Firmen wissen ihre Depots oder ihre Servicetechniker.

Sie müssen sich über die Entsorgung auf alle Fälle Dokumente aushändigen lassen, damit Sie bei der Überprüfung durch die Behörden nachweisen können, dass Sie rechtskonform Ihre Praxis aufgelöst haben.

Zu guter Letzt müssen Sie je nach den Absprachen im Mietvertrag die Räume rückbauen oder sanieren oder eben nur besenrein übergeben.

Sie sehen, dass es nicht ganz einfach ist, eine Praxis loszuwerden, und vielleicht ist der niedrigpreisige Verkauf der bessere Weg, auch für die Versorgung im Land, um die Patienten versorgt zu wissen und gegebenenfalls auch noch etwas Geld zu bekommen. Planen Sie Ihr berufliches Ende also langfristig!

Viel Erfolg!

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2024

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2024

2.9. Informationsschreiben Paragraf 2

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

Sie wundern sich, warum wir Sie vor einer zahnmedizinischen Behandlung schriftlich informieren? Wie Sie sicher mitbekommen haben, hat es wegen der schlechten Rahmenbedingungen in Deutschland Verteuerungen an diversen Stellen gegeben. Das ist auch an den Zahnarztpraxen nicht vorbeigegangen. Uns betreffen Preissteigerungen bei den Materialien um bis zu 50 Prozent, Mietsteigerungen um zehn Prozent und mehr sowie Personalkostensteigerungen um mindestens zehn Prozent.

Sie werden sagen: »Was hat das mit mir zu tun?« In der heutigen Situation sehr viel. Der Gesetzgeber hat es die vergangenen 35 Jahre unterlassen, die Gebührenordnung für Zahnärzte anzupassen, und die gesetzlichen Krankenkassen steigern die Honorierung nur weit unter der Inflationsrate. Das alles unter dem Aspekt einer Hochleistungszahnmedizin betrachtet, die nicht mehr mit Techniken und Materialien aus dem Jahr 1988 arbeitet und natürlich auch ganz andere ästhetische Ansprüche erfüllen kann – das alles ist nicht mehr zu diesen Konditionen leistbar.

Deshalb hat der Gesetzgeber vorgeschrieben, dass für schwierigere, zeitaufwändigere und unter besonderen Umständen zustande gekommene zahnmedizinische Behandlungen auch besondere Regeln für die Berechnung einzuhalten sind. Deshalb müssen wir mit Ihnen eine Vereinbarung über abweichende Vergütung – so heißt das – treffen, um diese Versorgung anbieten zu können. Leider bezahlen in der Regel die privaten Krankenkassen als Zusatz- oder Vollversicherung diese gesteigerten Vereinbarungen nicht immer vollständig. Das unterscheidet sich je nach gewähltem Versicherungsvertrag.

Wir sorgen für die beste Versorgung zu fairen Konditionen, und Sie bekommen Ihre gewünschte Leistung zum adäquaten Preis. Damit können wir Qualitätszahnmedizin »up to date« anbieten.

Ihre Zahnarztpraxis

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2024

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2024

2.10. Hintergrund ePA

Schon 2004 wurde die Einführung einer elektronischen Patientenakte (ePA) im GKV-Modernisierungsgesetz festgeschrieben. Zwar wurde 2005 die gematik als Betreibergesellschaft der zukünftigen Telematikinfrastruktur (TI) gegründet, doch das eHealth-Gesetz, das die Anwendungen der Digitalisierung im Gesundheitswesen konkretisierte, wurde erst 2015 beschlossen. Bald darauf hielt die Digitalisierung mit ihren TI-Komponenten und dem Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) Einzug in den Praxen der niedergelassenen (Zahn-)Ärztinnen und (Zahn-)Ärzte.

Nach der verpflichtenden Einführung von eRezept und eAU folgt nun im kommenden Jahr die »ePA für alle«. Das bedeutet, die gesetzlichen Krankenkassen legen für ihre Versicherten elektronische Patientenakten an, solange die Versicherten nicht aktiv widersprechen. Dieses Opt-out-Verfahren soll dafür sorgen, dass 80 % der Versicherten eine ePA haben werden. Zwar hatten die Versicherten schon seit 2021 einen Anspruch auf eine ePA, aber durch bürokratische Hürden blieb der Verbreitungsgrad dauerhaft unter einem Prozent.

Dabei standen von Beginn an konkrete Vorteile in der Patientenversorgung im Vordergrund. Durch die digitale Verfügbarkeit von Befunden und Diagnosen, Röntgenaufnahmen, Medikationsplänen sowie Laborbefunden und Briefen sollen Doppeluntersuchungen vermieden, Wechselwirkungen von Medikamenten vermieden und Informationen unkompliziert und schnell ausgetauscht und verfügbar gemacht werden.

Mit dem Digitalgesetz (Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens – DigiG) wurde der Starttermin für die »ePA für alle« auf den 15. Januar 2025 festgelegt. Beginnend in den Testregionen Franken und Hamburg, soll der bundesweite Rollout am 15. Februar folgen. Nach den Erfahrungen vergangener Pflichteinführungen digitaler Anwendungen der TI wurde aber bereits auf die Möglichkeit einer Verschiebung des Februartermins verwiesen, sollte es in den Testregionen zu größeren Schwierigkeiten kommen.

Für uns Zahnärzte wird sich der Mehrwert der ePA zumindest anfangs sehr in Grenzen halten. Arzt- und Entlassbriefe sowie Laborwerte sind in der täglichen Praxis eher selten von therapierelevanter Bedeutung. Im Gegensatz dazu können die elektronische Medikationsliste (eML) beziehungsweise der elektronische Medikationsplan (eMP) bei der Entscheidung über eine notwendige Verordnung oder Vorsichtsmaßnahmen vor chirurgischen Eingriffen hilfreich sein. Doch Vorsicht: Nicht alle eingenommenen Medikamente landen auf der eML, da u. a. Over-the-counter-Medikamente nicht vom eRezepte-Dienst erfasst und übermittelt werden.

Da die Versicherten auch eigene Daten in die ePA laden dürfen und die Sichtbarkeit von Befunden und Diagnosen verhindern können, können behandelnde Zahnärzte nie 100-prozentig sicher sein, dass die Informationen in der ePA korrekt und vollständig sind.

Im Juni 2024 sagte Susanne Ozegowski vom BMG, dass neben der Möglichkeit, einzelne Inhalte der ePA zu verbergen, auch einzelnen Praxen der Zugriff auf die Patientenakte verwehrt werden kann. Hier scheint sich eine Option abzuzeichnen, der ePA in der Praxis auszuweichen, ohne eine Grundsatzdebatte über Sinn und Unsinn einer Opt-out-ePA führen zu müssen. Dafür müsste der Patient über eine Ombudsstelle seiner Krankenkasse oder über seine ePA-App seinem Zahnarzt den Zugriff verweigern. Die Anamnese erfolgt dann wie gewohnt über die analogen oder digitalen Erhebungsbögen in den Praxen, ohne die Verpflichtung, alle Dokumente der ePA zu sichten.

Technische Voraussetzungen der Praxis für die ePA:

- Anschluss an die Telematikinfrastruktur mit einem Konnektor der Produkttypversion 5 (PTV 5)
- ePA-Modul im PVS (neue Version soll ab Januar 2025 bereitgestellt werden)
- elektronischer Heilberufsausweis

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2024

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2024

2.11. Informationspflichten zur elektronischen Patientenakte (ePA)

Die mit dem Digitalgesetz (Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens – DigiG) beschlossene Einführung der ePA bringt für die zahnärztlichen Praxen auch einige Verpflichtungen zur Patientenaufklärung über die Nutzung der ePA und die Einstellung von Gesundheitsdaten mit sich, sofern die Patientinnen und Patienten der Anlage der ePA durch die Krankenkasse oder der Nutzung durch die entsprechende Praxis nicht widersprochen haben. Die Aufklärungspflicht betrifft dabei das gesetzlich verpflichtende Hochladen von Patientendaten in die elektronische Patientenakte.

Prinzipiell sind alle (Zahn-)ärztinnen und -ärzte verpflichtet, selbst erhobene Befunde aus der aktuellen Behandlungssituation in die ePA einzustellen, sofern sie elektronisch vorliegen. Dies gilt auch für Befunddaten aus bildgebender Diagnostik, Laborbefunde oder Arztbriefe.

Weil Patientinnen und Patienten das Recht haben, dem Einstellen von Gesundheitsdaten in die ePA zu widersprechen, müssen sie über die gesetzlichen Regelungen informiert werden. Dies gilt auch für den Anspruch, weitere Unterlagen, wie beispielsweise Heil- und Kostenpläne, in die ePA einstellen zu lassen.

Achtung: Besondere Informationspflichten bestehen im Zusammenhang mit sensiblen und potenziell stigmatisierenden Informationen (z. B. psychischen Erkrankungen, sexuell übertragbare Erkrankungen). Hier sind die Patienten gesondert auf ihr Widerspruchsrecht hinzuweisen.

Die Patientenaufklärung zu all diesen Punkten ist beispielsweise durch einen Aushang in der Praxis möglich. Der FVDZ wird hierfür einen Musteraushang im Downloadbereich seiner Homepage zur Verfügung stellen.

Widersprüche der Patienten gegen das Hochladen von Daten in die ePA bzw. deren Nutzung durch den (Zahn-)arzt sind durch diesen zu dokumentieren.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2025

2.11. Informationspflichten zur elektronischen Patientenakte (ePA)

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2025

2.12. Cybercrime-Angriffe und Hacking des Online-Bankings – Möglichkeiten der vorausschauenden Prävention in der Arztpraxis

Ein Beitrag von Rechtsanwalt Dr. Ulrich Schulte am Hülse

Seit dem Frühjahr 2025 kennen wir Online-Banking-Schadensfälle aus einer Angriffswelle von Hacking-Angriffen, die sich erstmals zielgerichtet gegen Kunden der Deutschen Apotheker- und Ärztebank e. G. richteten. In einer Pressemitteilung vom 25.06.2025 warnte auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) »vor einer groß angelegten Betrugswelle«, bei der Kriminelle im Namen der Bank Briefe mit einem darin enthaltenen »QR-Code« an Arztpraxen verschicken. Auch die Ärztezeitung berichtet hierüber Ende Juni 2025. Natürlich gab es davor und danach weitere Angriffswellen auf Online-Banking-Systeme sehr vieler anderer Banken. Die Berufsgruppe der Heilberufe sind insofern nicht die einzigen Betroffenen. Allerdings sind die Schadenshöhen im unternehmerischen Bereich grundsätzlich die größten, da hier begrenzende Tageslimits, wie im Privatkundenbereich, von wenigen tausend Euro oft nicht reichen, um die monatlichen Betriebsausgaben zu stemmen. Dies wirft die Frage auf, welche Banking-Systeme besonders gefährdet erscheinen und was man präventiv unternehmen kann; kurzum: worauf man achten sollte.

Die Auswertung der letzten großen Schadenswelle von 2/2021–12/2024

Als, beginnend ab Februar 2021, sich vermehrt Betroffene von Phishing-Sachverhalten in unserer Fachanwaltskanzlei ilex Rechtsanwälte meldeten, haben wir ein wissenschaftliches Forschungsprojekt gestartet und bis Ende 2024 insgesamt 539 Einzelfälle mit strukturierten Fragebögen systematisch ausgewertet, bei denen unbekannte oder bekannte Täter einen nicht unerheblichen Geldbetrag vom Bankkonto von 539 Bankkunden abverfügt haben. Das Ergebnis dieses Forschungsprojektes, bei denen hunderte Ermittlungsakten und diverse Urteile studiert wurden, haben wir in der Maiausgabe 5/2025 der im Beck Verlag erscheinenden Fachzeitschrift Multimedia und Recht (MMR) veröffentlicht (U. Schulte am Hülse/K. Bremm/N. Steinsdörfer/C. Rößler/J. Kunz, Angriffe auf Online-Banking-Systeme, MMR 5/2025 S. 336–342). Der Gesamtbetrag aller Abverfügungen in allen 539 Fällen von Giralgeld lag bei 8,79 Mio. €. Die Schäden im unteren Bereich bei ca. 5.000 € bis hin zu über 300.000 €. Der durchschnittliche Schadensbetrag lag pro Fall bei 16.308 €. Aus der Auswertung ergeben sich Erkenntnisse, wie man sich als Freiberufler, Unternehmer oder auch als Privatperson derzeit sinnvoll schützen sollte.

Es sind alle Zahlungsdienstleister betroffen

Betrachtet man nur die 539 von uns ausgewerteten Fälle, so entfallen diese auf 13 namentlich bekannte Zahlungsdienstleister. Darunter sind Banken von »A«, wie die Advanzia Bank S. A., über diverse Genossenschaftsbanken bis hin zu »T«, wie die Targobank AG. Die Sparkassen, die sich in Deutschland nochmals auf circa 348 eigenständige Institute aufteilen, haben wir dabei als einen Zahlungsdienstleister zusammengefasst. Doch faktisch sind noch viel mehr Institute betroffen, denn wir haben »nur« 539 Fälle ausgewertet, bei denen wir die Ermittlungsakten einsehen, mit dem Bankkunden sprechen oder sonst ein Urteil oder eine Gerichtsentscheidung lesen konnten. Schätzungen gehen davon aus, dass allein 2024 rund 90.000 Fälle von Online-Banking-Betrug existierten, ein Anstieg um 14 % im Vergleich zum Vorjahr (Quelle: StarMoney). Die Dunkelziffer liegt vermutlich höher. Dies berücksichtigend, wird es vermutlich keinen Zahlungsdienstleister geben, der noch keinen Fall der nichtautorisierten Zahlungsanweisungen erlebt hat.

Welche Banking-Systeme sind betroffen?

Viel interessanter als die Frage, welche Zahlungsdienstleister betroffen sind, ist die Frage, welche Online-Banking-Systeme betroffen sind. Oft bieten Banken ihren Kunden mehrere Systeme an. Eine deutliche Mehrzahl der Angriffsszenarien spielt sich institutsübergreifend bei Systemen ab, welche als appbasiertes Banking auf dem Smartphone konzipiert sind und damit grundsätzlich das Banking nur noch auf einem einzigen Hardwareträger ermöglicht. Gemeint ist damit, dass der Ablauf eines Zahlungsvorganges prinzipiell mittels einer Banking-App und zumeist einer gesonderten TAN-App auf einem sogenannten Mehrzweckgerät mit Internetverbindung (meist dem Smartphone) betrieben werden kann oder jedenfalls die Autorisierung auf der TAN-App stattfindet. Eine Minderheit der Fälle entfiel auf ein Banking-System, bei dem die Autorisierung der Zahlungsanweisung ausschließlich durch das Übersenden einer TAN, über den Übertragungsweg SMS, auf das hinterlegte

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2025

Smartphone des Zahlers erfolgte (sog. SMS-TAN-Verfahren oder mobiles TAN-Verfahren). Das SMS-TAN-Verfahren gilt als veraltet und als sehr leicht überwindbar und ist deshalb kaum noch im Gebrauch; was die geringen Fallzahlen erklärt. Eine weitere Gruppe der betroffenen Banking-Systeme betrifft Systeme wie beispielsweise QR-Code-Verfahren. An dieser Stelle schließt sich der Kreis zum Angriffsszenario gegenüber den Kunden der Deutschen Apotheker- und Ärztebank. In den inzwischen ausgewerteten Fällen sandten die Betrüger einen gut nachgeahmten Brief der Bank an die Praxen mit einem QR-Code und einer Aufforderung, darüber Änderungen der Bank (z. B. den Wechsel des Sicherheitsverfahrens) zu bestätigen. Dieser QR-Code vermittelte den Zugang zu einer identisch nachgeahmten Webseite der Bank, auf der die Zugangsdaten eingegeben werden sollten.

Zum Modus Operandi der Täter

Auffällig war, dass bei 71 % der erfolgreichen Angriffe im Untersuchungszeitraum ein sog. »Social-Engineering-Angriff« (»soziale Manipulation«) festzustellen war. Soziale Manipulation bedeutet, dass der Zahler, ohne Verdacht zu schöpfen, auf eine Art und Weise, die im Einzelfall sehr unterschiedlich verlaufen kann, derart manipuliert wird, dass er für den Tatverlauf wesentliche Daten unbewusst an die Täter preisgibt. Häufig ruft ein vermeintlicher Bankmitarbeiter mittels des sogenannten Call-ID-Spoofing auf dem Mobilfunkgerät des Arztes an. Call-ID-Spoofing bedeutet, dass die Absenderrufnummer immer die nachgeahmte korrekte Rufnummer des Zahlungsdienstleisters ist. Die betrügerischen Anrufer besaßen regelmäßig detaillierte kontobezogene Informationen und kannten den Kontostand, den Verfügungsrahmen und die Anzahl der Konten. Im Einzelfall kannte der Anrufer auch die letzten regulären Zahlungen, kannte im Einzelfall den Wohnort des Zahlers und seine Rufnummer. Sofern der Zahlungsdienstleister das Konto einem bestimmten Bankmitarbeiter als Kontobetreuer zugeordnet hat, kannte der Anrufer auch seinen Namen etc. Die Informationslage des Anrufers war derart umfassend, dass die Täter offensichtlich in allen Fällen, bei denen ein Telefonanruf stattgefunden hat, bereits im Bankkonto eingeloggt gewesen sein müssen, bevor der Anruf stattfand.

Wie kann man die Praxis schützen?

Wer Wert auf IT-Sicherheit legt, sollte gemeinsam mit seinem IT-Dienstleister eine ganze Serie an Handlungsschritten in der eigenen Praxis umsetzen, die sich aus der Erfahrung von hunderten Fällen der letzten Jahre speist. Dabei existiert ein Grundkonflikt zwischen dem Wunsch nach Benutzerfreundlichkeit und leichter Bedienbarkeit eines Banking-Systems und den Anforderungen an die IT-Sicherheit, die den Täter Hürden setzen möchte. Da der Zahlungsverkehr ein enormes Schadenspotenzial aufweist, sollte der Konflikt im Zweifel zugunsten der IT-Sicherheit aufgelöst werden:

- Webseiten im Internet können gefälscht sein. Eine Webseite ist nur ein HTML-Code, den Betrüger kopieren und unproblematisch ein zweites Mal in das Internet stellen können. Insofern meidet der auf IT-Sicherheit bedachte Unternehmer das Online-Banking über eine Webseite. Nutzen Sie stattdessen eine Banking-Software innerhalb Ihrer IT, die von Ihrem Zahlungsdienstleister zugelassen ist.
- Vergeben Sie Zugriffsrechte in der Banking-Software für die beteiligten Personen (Buchhaltung, Rechnungswesen), bei der idealerweise nur eine oder wenige Personen das Recht der Autorisierung (Freigabe) von Zahlungsanweisungen erhalten und alle anderen beschränkte Lese- und Einstellungszugriffe erhalten, wenn diese Mitarbeiter Zahlungen einstellen und verarbeiten müssen.
- Achten Sie bei der Auswahl Ihres Zahlungsdienstleisters darauf, dass dieser durchgängig die sog. starke Kundenauthentifizierung (= doppelte Freigabe) einhält. Das bedeutet, bereits beim Zugriff auf das Zahlungskonto, beim Auslösen eines elektronischen Zahlungsvorganges und bei allen Handlungsschritten, die das Risiko eines Betrugs im Zahlungsverkehr oder anderen Missbrauchs beinhaltet, muss der Zahlungsdienstleister die starke Kundenauthentifizierung abverlangen. Zahlungsdienstleister, die das nicht bieten, sind nicht zu gebrauchen. Schalten Sie diese starke Kundenauthentifizierung nicht aus, auch wenn Ihnen Ihr Zahlungsdienstleister beispielsweise einen »Komfort-Login« anbietet.
- Arbeiten Sie mit dem Tageslimit im Tagesrhythmus, der auch den Verfügungsrahmen der Täter begrenzt: Setzen Sie also den täglichen Verfügungsrahmen immer auf den niedrigsten Wert. Muss ich im Einzelfall größere Summen überweisen (zum Beispiel am Monatsende die Löhne), setze ich das

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2025

Tageslimit für diese Serienüberweisungen für wenige Stunden rauf und danach sofort wieder runter.

- Straftäter mögen Stand heute Banking-Systeme tendenziell eher nicht, wie das ChipTAN-Verfahren, bei dem die Autorisierung mittels eines vom PC getrennten Kartenlesers stattfindet. Da dieser Kartenleser in der Regel keinen Online-Zugang hat, kann man seinen Datenbestand eher schwierig »hacken«.
- Meiden Sie zum heutigen Zeitpunkt Banking mit dem Smartphone, auch wenn man Ihnen sonst was von der überragenden Sicherheit dieser Systeme berichtet. Das wird man ggf. in einigen Jahren technisch neu beurteilen müssen, sobald die Software anders aufgestellt ist. Derzeit ist bei deutlich über 50 % der Angriffsszenarien Banking mit dem Smartphone beteiligt.
- IT-Sicherheit ist wie das Glied einer Kette: Das schwächste Glied bildet das Einfallstor. Deshalb nützt es wenig, wenn Sie eine Banking-Software installieren, in der Praxis mit ChipTAN-Verfahren arbeiten, Zugriffsrechte durchdacht festgelegt haben, aber am Ende des Tages als Inhaber doch wieder das appbasierte Banking mit dem Smartphone nutzen.
- Generelle Skepsis ist auch bei QR-Code-Systemen angezeigt. Auch Betrüger verwenden QR-Codes und Sie haben den Nachteil, dass man nicht sehen kann, welche Daten man auf das Gerät lädt, bevor man sie lädt.
- Das SMS-TAN-Verfahren bietet keine ausreichende Sicherheit.
- Gerade Ärzte haben meist mehrere Konten: private Konten, Geschäftskonten etc. Meiden Sie Multibanking auf einer webbasierten Plattform, bei denen viele Konten in einem Online-Banking mit nur einem Login zusammengeführt werden. Wenn Sie die Konten in Ihrer Banking-Software zusammenführen, ist dies in Ordnung. Aber achten Sie auf unterschiedliche Login-Zugriffe im Rahmen der starken Kundenauthentifizierung beim Zugriff auf das Konto.
- Social-Engineering-Angriffe: Misstrauen Sie allen Anrufen von Bankmitarbeitern mit Dringlichkeit, bei denen bei Ihnen eine Handlung unter dem Druck oder unter dem Vorwand von dringenden Problemen ausgelöst werden soll.
- Schulen Sie 1x pro Jahr sich und Ihre Mitarbeiter im Bereich Cybercrime über Gefahren in der täglichen Arbeitspraxis.
- Schnelles Handeln: Wenn Sie bereits Daten preisgegeben oder Überweisungen durchgeführt haben, kontaktieren Sie unverzüglich die offizielle Betrugs-Hotline Ihrer Bank.

Über den Autor:
Dr. Ulrich Schulte am Hülse ist Fachanwalt für Bank- und Kapitalmarktrecht und für Informationstechnologierecht und Gründer von ilex Rechtsanwälte Berlin & Potsdam. Er beschäftigt sich seit 2007 mit Rechtsfragen rund um Hacking-Angriffe auf Online-Plattformen mit dem Anspruch, die Fälle wissenschaftlich auszuwerten, um Schadensszenarien zukünftig einzudämmen.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2025

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2025

3

3.0. Inhaltsverzeichnis

3.1. Einleitung

3.2. Moderne Zahnheilkunde für gesetzlich Versicherte – Freie Vertragsgestaltung

3.2.1. Einleitung

3.2.2. Rechtliche und vertragliche Grundlagen der Freien Vertragsgestaltung bei Kassenpatienten

3.2.2.1. Rechtliche Grundlagen – Freie Vertragsgestaltung
3.2.2.1.1. Behandlungsvertrag
3.2.2.1.2. Freie Vereinbarungen des Vertragszahnarztes im GKV-Bereich
3.2.2.1.3. Patienten schätzen Wahlfreiheit
3.2.2.2. Kostenerstattung nach § 13 (2) SGB V
3.2.2.3. Kostenerstattung 2.0
3.2.2.4. Sich wie privat versichert fühlen

3.2.3. Freie Vertragsgestaltung im konservierend-chirurgischen Bereich

3.2.3.1. Füllungstherapie
3.2.3.1.1. Mehrkostenvereinbarung für Füllungen und Beispiel-Rechnungen
3.2.3.1.2. Honorarschätzung am Behandlungsstuhl
3.2.3.2. Endodontie

3.2.4. Freie Vertragsgestaltung bei Individualprophylaxe

3.2.4.1. Private Abrechnung bei Individualprophylaxe
3.2.4.2. Musterformulare/Beispiele
3.2.4.3. Zeitliches Orga-Schema zur Individualprophylaxe
3.2.4.4. Sich nicht täuschen lassen
3.2.4.5. Sachleistung und kein Ende
3.2.4.6. Hyaluronsäure – wie berechnen?

3.3. GOZ 2012

3.3.1. Vorbemerkungen

3.3.1.1. GOZ-Novellierung 2012
3.3.1.2. Falsche Versprechen der Kassen

3.3.2. Analogleistungen in der GOZ 2012

3.3.2.1. Analogie nach § 6,1 GOZ

3.3.3. GOZ 2012 – Tipps · Fragen · Infos

3.3.3.1. Fragen aus der Praxis zur GOZ 2012
3.3.3.2. GOZ-Kommentar und Katalog analog zu berechnender Leistungen der BZÄK

3.3.4. GOZ-Navigator plus

3.3.5. Die GOZ in Zeiten der Inflation

3.3.5.1. Das Problem mit Festzuschuss-Boni

3.3.6. Ein Drahtseilakt

3.3.7. Formalien, immer wieder Formalien

3.3.8. Alles retro!

3.3.9. GOZ meistern – kein Honorar verschenken – Versorgung sichern

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2025

3. Abrechnung
3.0. Inhaltsverzeichnis

3.4. FVDZ-Forderungsmanagement

3.4.1. Freiberuflichkeit und effektives Forderungsmanagement

3.4.2. Vorteile des FVDZ-Forderungsmanagements

3.4.3. FVDZ-Forderungsmanagement – Der Ablauf

3.5. Honorarordnung der Zahnärzte (HOZ)

3.5.1. Die Honorarordnung der Zahnärzte (HOZ)

3.5.2. Honorarkalkulation mit der HOZ

3.5.2.1. Vergleiche BEMA – GOZ – HOZ
3.5.2.2. Grundlagen der betriebswirtschaftlichen Honorarkalkulation
3.5.2.3. Honorarvereinbarung: Begründung vergessen?
3.5.2.4. In der Person des Betroffenen liegende Besonderheit

3.6. Rechtssichere Vereinbarungen

3.7. Ergänzungsleistungen zum BEMA – der gangbare Weg

3.7.1. So wird Ihre Rechnung fällig

3.7.1.1. BEMA – grenzenlos?

3.7.2. Mehrkosten in der Füllungstherapie

3.7.3. Moderne Materialien für Aufbaufüllungen

3.7.3.1. Richtige Berechnung von dentinadhäsiven Aufbaufüllungen nach der GOZ
3.7.3.2. Befestigung Füllungsmaterial

3.7.4. Wurzelkanalbehandlungen

3.7.4.1. Richtige Berechnung von qualitätsfördernden zusätzlichen endodontischen Behandlungsmaßnahmen
3.7.4.2. Vereinbarung einer privaten Wurzelkanalbehandlung
3.7.4.3. Der Kampf der Krankenkassen gegen die Kostenerstattung

3.7.5. Revision von Wurzelkanalbehandlungen in der GKV

3.7.5.1. Berechnung der Entfernung einer insuffizienten Wurzelfüllung

3.7.6. Der gesetzlich versicherte Prophylaxepatient

3.7.6.1. Professionelle Zahnreinigung nach GOZ: Beachtenswerte Besonderheiten

3.7.7. Kassenkrone und Zusatzleistungen

3.7.7.1. Gleichartige Kronenversorgung

3.7.9. Die Totalprothese als Kassenleistung

3.7.9.1. Besonderheiten von Totalprothesen in der Privatliquidation
3.7.9.2. Wurzelspitzenresektion – der letzte Weg?
3.7.9.2.1. Zwischenlösung mit Stolperfalle
3.7.9.3. Viele Kanäle, viel Widerstand
3.7.9.3.1. Berechnung der Wurzelspitzenresektion
3.7.9.4. Stressabbau auf Kasse
3.7.9.4.1. Stressabbau auf Kasse – Teil 2
3.7.9.4.2. Mehr Stress, mehr CMD-Screening
3.7.9.5. Hygienekosten – Übersicht
3.7.9.5.1. Kürzung Hygienepauschale COVID-19
3.7.9.5.2. How to – Umgang mit der Hygienepauschale in der GOZ
3.7.9.6. Anhebung der Festzuschüsse
3.7.9.7. Reparaturen Kassenleistungen
3.7.9.8. Dokumentation – was ist notwendig?

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2025

3.7.9.9. Videosprechstunde bei der PKV
3.7.9.10. Die zahnärztliche Untersuchung im BEMA
3.7.9.11. Alles eine Frage der Nr. 0010?
3.7.9.12. Kariesdetektor: Leistungsdefinition und Abrechnung

3.7.10. Entfernung und Abrechnung einer Zyste

3.7.11. Röntgen bei Endo-Behandlung

3.7.12. Rund um die Endodontie beim GKV-Patienten – Kasse oder privat?

3.7.13. Endo und dann schon Ende?

3.7.14. Endo mit Einsatz: LAI, PIPS und SWEEPS

3.7.15. Vestibulumplastik, eine selbstständige Leistung

3.7.16. Elektrometrische Längenbestimmungen

3.7.17. Raritäten im Katalog der GKV

3.7.18. Rund um den Scan nach GOZ-Nummer 0065

3.7.19. Schlafapnoebehandlung beim Zahnarzt (Teil 1)
3.7.19.1. Schlafapnoeschienen im BEMA (Teil 2)

3.7.20. Berechnung der Behandlung mit Chlorhexidin-Lack

3.7.21. »Angemessener kalkulatorischer Gewinnanteil« im Eigenlabor

3.7.22. Systemvergleich bei der Unterkieferprotrusionsschiene

3.7.23. Von Tieren und Menschen

3.7.24. An der Wurzel gepackt

3.7.25. Auf das Detail kommt es an

3.7.26. BEMA plus

3.8. Digitales in der Abrechnung

3.8.1. Digitales in der Abrechnung Teil 2

3.9. Neue Kürzel im Antragsverfahren

3.10. Beratungsleistung

3.11. Die Kassenprüfung

3.11.1. Kleine Fehler, große Folgen

3.12. Unser geliebter Privatversicherter oder Beihilfeberechtigter – der neue Besserleistungsempfänger und -zahler

3.13. Mehrkostenregelungen nach dem Amalgamverbot

3.13.1. Abrechnung neu gedacht

3.14. Honorarvereinbarung, ganz ohne »Feilschen«

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2025

3. Abrechnung
3.0. Inhaltsverzeichnis

3.15. Die Freiheit der Wahl

3.16. In 5 einfachen Schritten zur Kostenerstattung

3.17. Zahnfarbenbestimmung im Gebührenrecht

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2025

3.1. Einleitung

Das Thema Abrechnung gehört zum Spannendsten und Widersprüchlichsten in der Zahnarztpraxis. Da es in Deutschland nicht liberaler Brauch ist, mit seinem Patienten einfach einen fairen Preis zu vereinbaren, sondern in einer Atmosphäre des Misstrauens gewaltige Regelwerke zur Abrechnung der zahnärztlichen Leistungen errichtet worden sind, ist auf diesem Gebiet vom Praxisinhaber Kenntnis verlangt.

Denn eine freiberuflich geführte Praxis muss auf gesunden wirtschaftlichen Füßen stehen. Den Gegenwert für seine Arbeit bekommt aber nur der, welcher sich im Dschungel der Taxordnungen, Richtlinien und Bestimmungen auskennt.

Die große Mehrheit unserer Patienten ist im System der gesetzlichen Krankenversicherung versichert. Hier ist die Domäne des BEMA und des SGB V. Die Abrechnung erfolgt in der Regel über die KZV. Fragen der Wirtschaftlichkeitsprüfung können das Leben schwer machen. Die Formel »ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich« aus dem § 12 SGB V steckt enge Grenzen. Die Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung erläutern diese Grenzen.

Da liegt die Chance für die freiberufliche Praxis. Gute Zahnheilkunde ist mehr als nur »ausreichend und wirtschaftlich«. Gute Zahnheilkunde ist auch für GKV-Patienten möglich.

Das Thema »Freie Vertragsgestaltung« dominiert dieses Kapitel. Weiterer Schwerpunkt ist die GOZ als notwendiges Handwerkzeug für Privatvereinbarungen. Als Ausblick auf eine moderne, den wissenschaftlichen und wirtschaftlichen Anforderungen gerechter werdende Gebührenordnung findet die Honorarordnung der Zahnärzte HOZ Würdigung.

Das Forderungsmanagement des Freien Verbandes zur Einlösung der gestellten Rechnungen wird vorgestellt.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

3. Abrechnung
3.1. Einleitung

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

3.2. Moderne Zahnheilkunde für gesetzlich Versicherte – Freie Vertragsgestaltung

3.2.1. Einleitung

Das Sozialgesetzbuch V **(SGB V)** bestimmt für die gesetzlich versicherten Patienten enge Grenzen der Leistungspflicht der Krankenkassen. Moderne Zahnheilkunde kann wesentlich mehr. Wer eine umfassend qualitativ hochstehende und fortschrittliche Zahnmedizin möchte, kann sie nur außerhalb der GKV erlangen. In manchen Sektoren mit **Mehrkosten** oder **Festzuschüssen**, in anderen nur als **Privatleistung**.

Das folgende Kapitel beschäftigt sich mit den rechtlichen und vertraglichen Grundlagen der **Freien Vertragsgestaltung** und **Kostenerstattung** bei Kassenpatienten. Beispiele aus verschiedenen zahnärztlichen Fachgebieten runden das Kapitel ab.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 02/2015

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 02/2015

3.2.2. Rechtliche und vertragliche Grundlagen der Freien Vertragsgestaltung bei Kassenpatienten

3.2.2.1. Rechtliche Grundlagen – Freie Vertragsgestaltung

3.2.2.1.1. Behandlungsvertrag

Mit dem Patientenrechtegesetz wurden im Februar 2013 die Regelungen des BGB zum Dienstvertrag für die medizinischen Behandlungen präzisiert und gesetzlich definiert:

§ 630 a Vertragstypische Pflichten beim Behandlungsvertrag

(1) Durch den Behandlungsvertrag wird derjenige, welcher die medizinische Behandlung eines Patienten zusagt (Behandelnder), zur Leistung der versprochenen Behandlung, der andere Teil (Patient) zur Gewährung der vereinbarten Vergütung verpflichtet, soweit nicht ein Dritter zur Zahlung verpflichtet ist.

(2) Die Behandlung hat nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards zu erfolgen, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist.

§ 630 b Anwendbare Vorschriften

Auf das Behandlungsverhältnis sind die Vorschriften über das Dienstverhältnis, das kein Arbeitsverhältnis im Sinne des § 622 ist, anzuwenden, soweit nicht in diesem Untertitel etwas anderes bestimmt ist.

Rechtsnatur des Behandlungsvertrages

In Anlehnung an die bisherige Einordnung des Behandlungsvertrages als Dienstvertrag sieht auch die Neuregelung vor, dass der Behandelnde nicht einen bestimmten Erfolg schuldet, sondern das fachgerechte Bemühen um diesen. Diese Einordnung trägt dem Umstand Rechnung, dass der menschliche Körper sehr komplex und in seinen Reaktionen nicht vollständig beherrschbar ist. Die Grundsätze gelten auch für prothetische Arbeiten.

Gegenstand von Rechtsstreitigkeiten ist immer wieder die Frage, ob und in welchem Umfang bei einer zahnprothetischen Versorgung das geleistete Zahnarzthonorar zurückverlangt werden kann. Allgemein geteilt wird die bereits vom Bundesgerichtshof (BGH) mit Urteil vom 09.12.1974 (VII ZR 182/73) vertretene Auffassung, dass der auf die zahnprothetische Behandlung gerichtete Vertrag zwischen Zahnarzt und Patient ein Dienstvertrag ist. Auch wenn regelmäßig im Rahmen eines Werkvertrages die Prothetik durch einen Zahntechniker hergestellt wird, sind die zahnärztlichen Behandlungsmaßnahmen (u. a. Behandlungsplanung, vorbereitende Maßnahmen wie Entfernen von Zähnen etc.) jederzeit kündbare Dienste »höherer Art«. Der Zahnarzt verspricht dabei nicht den gewünschten Erfolg, sondern nur die sachgerechte Behandlung des Patienten.

Die Vergütung im Rahmen eines Behandlungsvertrages über Privatleistungen bestimmt sich nach den Regelungen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), die auf der Regelung des § 15 Zahnheilkundegesetz beruht. Dort heißt es:

»Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Entgelte für zahnärztliche Tätigkeit in einer Gebührenordnung zu regeln. In dieser Gebührenordnung sind Mindest- und Höchstsätze für die zahnärztlichen Leistungen festzusetzen. Dabei ist den berechtigten Interessen der Zahnärzte und der zur Zahlung der Entgelte Verpflichteten Rechnung zu tragen.«

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 02/2015

3. Abrechnung

3.2. Moderne Zahnheilkunde für gesetzlich Versicherte – Freie Vertragsgestaltung

3.2.2. Rechtliche und vertragliche Grundlagen der Freien Vertragsgestaltung bei Kassenpatienten

3.2.2.1. Rechtliche Grundlagen – Freie Vertragsgestaltung

3.2.2.1.1. Behandlungsvertrag

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 02/2015

3.2.2.1.2. Freie Vereinbarungen des Vertragszahnarztes im GKV-Bereich

Der Vertragszahnarzt ist durch seine Zulassung an die »Spielregeln« der gesetzlichen Krankenversicherung gebunden, wobei mit dem BEMA-Z eine eigenständige Vergütungssystematik besteht. Für private Vereinbarungen mit Kassenpatienten ist es wichtig folgende Regelungen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung zu kennen:

1. Das Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 SGB V)

»Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.«

Aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot folgt, dass alle Leistungen, die diesem Gebot nicht entsprechen, grundsätzlich privat mit dem Patienten zu vereinbaren sind. Dabei gelten grundsätzlich die Bedingungen der GOZ, u. a. § 2 Abs. 1 und 2 GOZ (Abweichende Vereinbarung). Zu beachten ist auch, dass vertragszahnärztliche Behandlungen den Richtlinien zu entsprechen haben. Sind die Leistungen im Einzelfall nicht richtlinienkonform und widersprechen sie dem Wirtschaftlichkeitsgebot, so sind die Behandlungen nach Prüfung des Einzelfalls privat zu vereinbaren.

2. Grundsätzlich besteht Zuzahlungsverbot

Nach einer Entscheidung des Bundessozialgerichtes (BSG) vom 14. 03. 2001 (B 6 KA 67/00 R) widersprechen Zahlungen der Versicherten an Ärzte und Zahnärzte außerhalb der im SGB V geregelten Ausnahmen dem gesetzlich vorgegebenen Sachleistungssystem. Den Versicherten sollen finanzielle Aufwendungen vielmehr grundsätzlich nur in Gestalt der Sozialversicherungsbeiträge entstehen. Machen daher Ärzte und Zahnärzte Behandlungsmaßnahmen von (zusätzlichen) Zahlungen der einzelnen Versicherten abhängig, so verstoßen sie nach Auffassung des BSG gegen ein zentrales Prinzip der GKV und handeln der von ihnen mit ihrer Zulassung gemäß § 95 Abs. 3 Satz 1 SGB V übernommenen Verpflichtung zuwider, die ärztlichen Leistungen gemäß den Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung zu erbringen.

3. Ausnahmen vom Zuzahlungsverbot

Im BMV-Z und EKV-Z sind die Ausnahmen vom Zuzahlungsverbot näher geregelt worden. Dort heißt es u. a.:

§ 7 EKV-Z Rechte und Pflichten der Vertragszahnärzte

(7) …
Darüber hinaus darf der Vertragszahnarzt von einem Versicherten eine Vergütung für Leistungen, die im BEMA enthalten sind, nur fordern, wenn der Versicherte vor Beginn der Behandlung ausdrücklich wünscht, die Behandlung auf eigene Kosten durchführen zu lassen. Der Vertragszahnarzt soll sich den Wunsch des Versicherten, die Behandlung auf eigene Kosten durchführen zu lassen, schriftlich bestätigen lassen. Die gesetzlichen Mehrkostenregelungen bleiben unberührt.

§ 8 Abs. 7 BMV-Z:

Der Vertragszahnarzt darf von einem Versicherten eine Vergütung nur fordern:
1) Der Vertragszahnarzt rechnet gegenüber dem Versicherten die Eigenanteile an den Kosten der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen und der kieferorthopädischen Behandlung sowie die Mehrkosten für Zahnfüllungen nach § 28 Absatz 2 Satz 2 SGB V und für Zahnersatz und Zahnkronen nach § 55 Absatz 4 und 5 SGB V ab.
2) Im Übrigen darf der Vertragszahnarzt von einem Versicherten eine Vergütung nur fordern, solange der Versicherte die gültige elektronische Gesundheitskarte (eGK) nicht vorlegt oder die Anspruchsberechtigung nicht auf andere Weise nachweist oder wenn und soweit der Versicherte ausdrücklich verlangt, auf eigene Kosten behandelt zu werden.
3) Verlangt der Versicherte eine Behandlung auf eigene Kosten, soll hierüber vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem Vertragszahnarzt und dem Versicherten getroffen werden; darin soll sich der Vertragszahnarzt den Wunsch des Versicherten, die Behandlung auf eigene Kosten durchführen zu lassen, bestätigen lassen.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

4. Privatvereinbarungen nach BMV-Z § 8 Abs. 7

Folge dieser Regelungen ist, dass auch eine Privatbehandlung eines Kassenpatienten möglich ist, wenn er dies ausdrücklich wünscht. Voraussetzung dafür ist eine private Vereinbarung nach BMV-Z § 8 Abs. 7. Diese ist vor Beginn der Behandlung schriftlich zwischen dem Vertragszahnarzt und dem Berechtigten zu treffen. Der Zahnarzt soll sich den Wunsch des Berechtigten, die Behandlung auf eigene Kosten durchführen zu lassen, schriftlich bestätigen lassen.

Werden Vereinbarungen geschlossen, deren Gegenstand Regelversorgung, gleichartiger oder andersartiger Zahnersatz sind, läuft der Versicherte einer gesetzlichen Krankenkasse Gefahr, seine Festzuschussansprüche zu verlieren, wenn der vereinbarte Heil- und Kostenplan nicht verwendet wird und der Krankenkasse damit nicht die Gelegenheit gegeben wird, vor Beginn der Behandlung eine Bewilligung auszusprechen.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Vereinbarung einer Privatbehandlung nach § 8 Abs. 7 BMV-Z

Name des Versicherten: _____

Mir ist bekannt, dass ich als Patient der gesetzlichen Krankenversicherung das Recht habe, unter der Vorlage der Krankenversicherungskarte nach den Bedingungen der gesetzlichen Krankenversicherung behandelt zu werden. Unabhängig davon wünsche ich ausdrücklich auf Grund eines privaten Behandlungsvertrages gemäß der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) privat behandelt zu werden.

Nachfolgende Behandlung wurde vereinbart:

(gemäß dem Heil- und Kostenplan vom _____)

Zusammenstellung der voraussichtlichen Kosten:

Zahnärztliches Honorar gesamt ca.: EUR _____

Material- und Laborkosten gesamt ca.: EUR _____

Gesamtkosten der Behandlung ca.: EUR _____

Die aufgeführte Behandlung

- ☐ ist **nicht** im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung enthalten.
- ☐ geht weit über das Maß der ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung hinaus (§§ 12. 70 SGB V).
- ☐ geht über die Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung hinaus.
- ☐ wird auf Wunsch des Patienten durchgeführt.

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass eine Erstattung der Vergütung oben genannter Leistungen durch die Krankenkasse nicht gewährleistet ist.

_____ (Ort, Datum)

_____ Unterschrift des Versicherten/Patienten

_____ Unterschrift des Zahnarztes

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

5. Mehrkostenvereinbarungen

Daneben besteht die Möglichkeit mit dem Patienten eine Mehrkostenvereinbarung in den gesetzlich vorgesehenen Fällen zu treffen. § 28 Abs. 2 Satz 2 f. SGB V lautet wie folgt:

»Wählen Versicherte bei Zahnfüllungen eine darüber hinausgehende Versorgung, haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen. In diesen Fällen ist von den Kassen die vergleichbare preisgünstigste plastische Füllung als Sachleistung abzurechnen. In Fällen des Satzes 2 ist vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem Zahnarzt und dem Versicherten zu treffen. Die Mehrkostenregelung gilt nicht für Fälle, in denen intakte plastische Füllungen ausgetauscht werden.«

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Vereinbarung nach § 28 Abs. 2 Satz 4 SGB V

Für den Versicherten/Zahlungspflichtigen _____

§ 28 Abs. 2 SGB V lautet:
Die zahnärztliche Behandlung umfasst die Tätigkeit des Zahnarztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist. Wählen Versicherte bei Zahnfüllungen eine darüber hinausgehende Versorgung, haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen. In diesen Fällen ist von den Kassen die vergleichbare preisgünstigste plastische Füllung als Sachleistung abzurechnen. In den Fällen des Satzes 2 ist vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem Zahnarzt und dem Versicherten zu treffen. Die Mehrkostenregelung gilt nicht für Fälle, in denen intakte plastische Füllungen ausgetauscht werden.

Heil- und Kostenplan

Zahn	GOZ-Nr.	Leistung	Anzahl	Satz	Betrag €
		Betrag ca.: Material- und Laborkosten geschätzt ca.: * Summe 1			

abzüglich:

BEMA-Position	Anzahl	Bew. Zahl	Betrag €
13 a			
13 b			
13 c			
13 d			
Summe 2			

Voraussichtliche Mehrkosten ca. (Summe 1 abzüglich Summe 2)	

Erklärung des Versicherten:
Ich bin von meinem behandelnden Zahnarzt über die nach den gesetzlichen Bestimmungen (§ 28 Abs. 2 SGB V) und den Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung mit Zahnfüllungen unterrichtet worden. Ich wünsche eine darüber hinausgehende Versorgung und verpflichte mich, die vorstehend aufgeführten Mehrkosten, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, selbst zu tragen.

_____ _____
(Ort, Datum) Unterschrift des Versicherten/Patienten

_____
Unterschrift des Zahnarztes

* Der vorliegende Heil- und Kostenplan ist aufgrund derzeitiger diagnostischer Unterlagen erstellt. Art und Umfang der Leistungen sowie die Höhe des Steigerungssatzes können sich im Laufe der Behandlung durch besondere Umstände ändern. Laborkosten können nur geschätzt werden. Sie werden in der tatsächlich entstandenen Höhe nachgewiesen.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

6. Leistungsausschlüsse und Zuzahlungen

In der gesetzlichen Krankenversicherung gibt es zudem Leistungsausschlüsse, die speziell den zahnärztlichen Bereich (§ 28 Abs. 2 Satz 8 ff. SGB V) und kieferorthopädischen Bereich (§§ 28, 29 SGB V) betreffen, wobei zudem die Zuzahlungsmöglichkeiten definiert sind:

- Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen gehören nicht zur zahnärztlichen Behandlung; sie dürfen von den Krankenkassen auch nicht bezuschusst werden.
- Das Gleiche gilt für implantologische Leistungen, es sei denn, es liegen seltene vom Gemeinsamen Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 festzulegende Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle vor, in denen die Krankenkasse diese Leistung einschließlich der Suprakonstruktion als Sachleistung im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung erbringt.
- Versicherte leisten zu der kieferorthopädischen Behandlung einen Anteil in Höhe von 20 vom Hundert der Kosten an den Vertragszahnarzt. Dieser Kostenanteil reduziert sich bei der Behandlung von mindestens zwei versicherten Kindern, die bei Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und mit ihren Erziehungsberechtigten in einem gemeinsamen Haushalt leben, für das zweite und jedes weitere Kind auf 10 %.
- Nicht zur zahnärztlichen Behandlung gehört die kieferorthopädische Behandlung von Versicherten, die zu Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr vollendet haben (Ausnahme: schwere Kieferanomalien, die ein Ausmaß haben, das kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen erfordert).

RA Michael Lennartz, Bonn

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

3.2.2.1.3. Patienten schätzen Wahlfreiheit

Kostenerstattung. In Zeiten, in denen die Ansprüche der Patienten wachsen, zugleich die gesetzlichen Krankenkassen Not leiden, müssen Praxen sich die Möglichkeiten zunutze machen, die das Sozialgesetzbuch eröffnet, die aber in der Öffentlichkeit eher unbekannt sind. In mehreren Teilen soll in der Kolumne »Gangbarer Weg« aufgezeigt werden, was die Kostenerstattung ist und wie sie funktioniert.

Zuerst einmal ein Blick auf das Fundament, auf das Sozialgesetzbuch V, auf das, was der Gesetzgeber dort verankert hat.

Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie ihre Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistung in Kenntnis zu setzen. Der Leistungserbringer hat die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung darüber zu informieren, dass Kosten, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, von dem Versicherten zu tragen sind. Eine Einschränkung der Wahl auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen ist möglich. Nicht im Vierten Kapitel genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Krankenkasse in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist. Die Inanspruchnahme von Leistungserbringern nach § 95b Absatz 3 Satz 1 im Wege der Kostenerstattung ist ausgeschlossen. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte. Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. Sie kann dabei Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten in Höhe von höchstens 5 Prozent in Abzug bringen. Im Falle der Kostenerstattung nach § 129 Absatz 1 Satz 5 sind die der Krankenkasse entgangenen Rabatte nach § 130a Absatz 8 sowie die Mehrkosten im Vergleich zur Abgabe eines Arzneimittels nach § 129 Absatz 1 Satz 3 und 4 zu berücksichtigen; die Abschläge sollen pauschaliert werden. Die Versicherten sind an ihre Wahl der Kostenerstattung mindestens ein Kalendervierteljahr gebunden.
Quelle: Bundesgesetzblatt Jahrgang 2010, Teil I, Nr. 68 vom 31.12.2010, S. 2309 ff.

Zu beachten ist dabei, dass nicht die Praxis, sondern der Patient das Wahlrecht hat. Es muss also der Patient, der überzeugt ist, als Privatpatient behandelt werden zu wollen, bei seiner Krankenkasse die Kostenerstattung aktiv wählen.

Die gesetzlichen Krankenkassen werden den Patienten erfahrungsgemäß überzeugen wollen, dass dieser Schritt nicht richtig und mit unkalkulierbaren Kostenrisiken verbunden sei.

Praxisinformationsblatt des FVDZ
Durch gezielte, umfassende Information in der Praxis kann dem vorgebaut werden. Der Freie Verband Deutscher Zahnärzte (FVDZ) hat dazu ein Patienteninformationsblatt entwickelt, das im FVDZ-Praxishandbuch zu finden und zu nutzen ist.

Auch sollte gegenüber dem Patienten erwähnt werden, dass es möglich ist, diese Wahl nur für ein Kalendervierteljahr und nur für die zahnärztliche Behandlung zu treffen. Alle anderen medizinischen Bereiche bleiben in der Sachleistung und damit dem Kostenrisiko überschaubar.

GOZ-App des FVDZ
Der Patient weiß, dass er über die Behandlung einen Behandlungsplan mit einem Kostenvoranschlag erhält. Die Wahlfreiheit der Versorgung wird geschätzt, so dass Patienten meist bei der Kostenerstattung bleiben. Es ist darauf zu achten, dass nicht wenige Leistungen im Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) teils deutlich besser honoriert sind als Leistungen zum 2,3-fachen und sogar 3,5-fachen Satz der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Als Hilfsmittel zur Einordnung können FVDZ-Mitglieder kostenfrei die GOZ-App herunterladen und nutzen. In der Januar-Ausgabe des DFZ folgen das Prozedere und weitere Hilfsmittel zur Umsetzung der Kostenerstattung.

Dr. Christian Öttl

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2023

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2023

Abs. 2 SGB V bestünde nur ein Anspruch auf Erstattung der Kosten von Zahnkronen, wenn die Versorgung vor Beginn der Behandlung von der Krankenkasse genehmigt worden sei. Auch das Sozialgericht Aachen sieht in seiner Entscheidung vom 29. 03. 2011 (S 13 KR 4/10) eine ZE-Genehmigungserfordernis auch bei Kostenerstattung. Auch wenn diese Urteile Einzelfallentscheidungen sind, besteht deshalb für den Patienten ein Risiko der Nichtübernahme von Kosten durch die Krankenkasse, wenn der Zahnersatz nicht im Vorfeld von der Krankenkasse genehmigt wurde.

Weitere Informationen zur Kostenerstattung (Infoblätter, Meldeformulare) können von der Internetseite des Freien Verbandes www.fvdz.de heruntergeladen werden.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Erklärung über die Wahl der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V – Formular für Familienangehörige

Name, Vorname Versicherter _____

Straße _____

Ort _____

für das familienversicherte Mitglied _____
(Name und Vorname Familienmitversicherter)

bei der Krankenkasse _____

Versicherungsnummer _____

Mir ist bekannt, dass meine (nach § 10 SGB V) versicherten Familienangehörigen gemäß § 13 Abs. 2 SGB V anstelle der Sach- und Dienstleistungen Kostenerstattung wählen können.

Nach eingehender Information über die Auswirkungen dieser Entscheidung habe ich meine Krankenkasse über die Ausübung meines Kostenerstattungswahlrechts in Kenntnis gesetzt.

Mir ist bekannt, dass die Liquidation auf der Grundlage der Amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erfolgt. Mir ist des Weiteren bekannt, dass mein Anspruch auf Erstattung der Behandlungskosten höchstens in Höhe der Vergütung besteht, die meine Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte. Ich bin darüber informiert, dass ich an die Wahl der Kostenerstattung gemäß § 13 Abs. 2 mindestens ein Kalendervierteljahr gebunden bin. Mir ist dabei bewusst, dass die Wahl der Kostenerstattung unbefristet gilt und frühestens zum Ablauf des gewählten Kalendervierteljahres mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann.

Ich bestätige ausdrücklich, dass ich vor Inanspruchnahme der Leistung von meiner/meinem Zahnärztin/Zahnarzt _____ darüber informiert wurde, dass Kosten, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, von mir selbst zu tragen sind.

_____ _____
Datum/Ort Unterschrift Versicherter

_____ _____
Datum/Ort Unterschrift Familienmitversicherte(r)

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Erklärung über die Wahl der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V – Versicherter

Name, Vorname _____

Straße _____

Ort _____

Ich bin ☐ Mitglied

bei der Krankenkasse _____

Versicherungsnummer _____

Mir ist bekannt, dass ich als Versicherter in der gesetzlichen Krankenversicherung gemäß § 13 Abs. 2 SGB V anstelle der Sach- und Dienstleistungen Kostenerstattung wählen kann.

Nach eingehender Information über die Auswirkungen dieser Entscheidung habe ich meine Krankenkasse über die Ausübung meines Kostenerstattungswahlrechts in Kenntnis gesetzt.

Mir ist bekannt, dass die Liquidation auf der Grundlage der Amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erfolgt. Mir ist des Weiteren bekannt, dass mein Anspruch auf Erstattung der Behandlungskosten höchstens in Höhe der Vergütung besteht, die meine Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte. Ich bin darüber informiert, dass ich an die Wahl der Kostenerstattung gemäß § 13 Abs. 2 mindestens ein Kalendervierteljahr gebunden bin. Mir ist dabei bewusst, dass die Wahl der Kostenerstattung unbefristet gilt und frühestens zum Ablauf des gewählten Kalendervierteljahres mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann.

Ich bestätige ausdrücklich, dass ich vor Inanspruchnahme der Leistung von meiner/meinem Zahnärztin/Zahnarzt _____ darüber informiert wurde, dass Kosten, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, von mir selbst zu tragen sind.

_____ Datum/Ort

_____ Unterschrift

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Erklärung über die Wahl der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V

Name, Vorname des Mitgliedes _____ Geburtsdatum _____ Versichertennummer _____

Bankverbindung für künftige Kostenerstattungen:

IBAN _____ BIC _____

Ich wähle

☐ für mich
☐ für meine(n) familienversicherte(n) Ehefrau/Ehemann

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

☐ für die familienversicherten Kinder

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

☐ **Kostenerstattung**
☐ für alle Sach- und Dienstleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung
☐ für die ärztliche Versorgung
☐ für die zahnärztliche Versorgung (einschließlich kieferorthopädischer Leistungen)
☐ für stationäre Leistungen
☐ für veranlasste Leistungen

An die Wahl der Kostenerstattung bin ich mindestens ein Kalendervierteljahr gebunden. Sie gilt unbefristet und kann frühestens zum Ablauf des gewählten Kalendervierteljahres mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Ort, Datum _____ Unterschrift des Mitgliedes _____

Unterschrift der/des familienversicherte(n) Angehörigen _____

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Patienteninformation

Direktabrechnung mit Kostenerstattung – Ihre Chance für eine Behandlung auf höchstem Niveau

Sehr geehrte Frau _____/Herr _____,

seit Beginn dieses Jahres bietet sich für Sie die Möglichkeit, sich als gesetzlich Krankenversicherter in einem unkomplizierten und unbürokratischen Verfahren über den Weg der Direktabrechnung mit Kostenerstattung als Privatpatient behandeln zu lassen. Damit stehen Ihnen die gesamten Behandlungsmöglichkeiten der modernen Zahnheilkunde zur Verfügung.

Ein für Sie in vielen Behandlungsbereichen schon bekanntes Verfahren, denn bei allen Maßnahmen, die nicht im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung enthalten sind (z. B. professionelle Zahnreinigungen, zahnfarbene Füllungen, prothetische Versorgungen über dem Regelleistungsniveau), erhalten Sie bereits eine Direktabrechnung.

Neu ist seit dem 01. 01. 2011, dass Sie sich über einen für Sie wählbaren Zeitraum – mindestens ein Kalendervierteljahr – in der gesamten zahnärztlichen Behandlung als Privatpatient behandeln lassen können. Dies bedeutet für Sie eine Behandlung auf höchstem fachlichem Niveau, ohne dass Sie durch Leistungseinschränkungen Ihrer Krankenkasse auf bestimmte Behandlungsformen verzichten müssen.

Sollten Sie sich für eine Privatbehandlung entscheiden, erhalten Sie für die gesamte Behandlung für den von Ihnen gewählten Zeitraum eine für Sie nachvollziehbare Gesamtrechnung, basierend auf der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Diese Rechnung reichen Sie bei Ihrer Krankenkasse ein, um den Ihnen zustehenden Anteil Ihrer Krankenkasse zu erhalten. Sollten Sie im Besitz einer Zusatzversicherung sein, können Sie mit dieser Rechnung ebenfalls Ihren Anspruch geltend machen.

Sicherlich haben Sie noch Fragen zu diesem neuen Verfahren.
Wenden Sie sich vertrauensvoll an uns – wir werden Ihnen Ihre Fragen gerne beantworten!

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Zahnarztpraxis _____

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

3.2.2.3. Kostenerstattung 2.0

Der gangbare Weg. Schon seit Langem gibt es die Sonderform der Behandlung von gesetzlich Versicherten in der »Kostenerstattung«. Wie in den jüngsten DFZ-Ausgaben bereits dargestellt, sind diese im Sozialgesetzbuch V verankert. Jetzt geht es um das Procedere. Auf vielfachen Wunsch ist das Patienteninformationsblatt nicht nur im Praxishandbuch zu finden, sondern auch an dieser Stelle.

Damit sind wir schon am »Knackpunkt« der Kostenerstattung. Der Patient oder der Versicherte ist der Herr im System. Er muss überzeugt werden, dass das Prinzip Kostenerstattung gut für ihn und richtig ist. Nicht die Krankenkasse bestimmt über die beschriebenen Vertragsleistungen, die Behandlung und die Ausführung, sondern der Patient. Natürlich kann der behandelnde Zahnarzt wesentlich mehr Behandlungsalternativen anbieten, ohne auf die Beschränkungen Rücksicht nehmen zu müssen.

Patienteninformation

Direktabrechnung mit Kostenerstattung – Ihre Chance für eine Behandlung auf höchstem Niveau

Sehr geehrte Frau _____/Herr _____,

es bietet sich für Sie die Möglichkeit, sich als gesetzlich Krankenversicherter in einem unkomplizierten und unbürokratischen Verfahren über den Weg der Direktabrechnung mit Kostenerstattung als Privatpatient behandeln zu lassen. Damit stehen Ihnen die gesamten Behandlungsmöglichkeiten der modernen Zahnheilkunde zur Verfügung.

Ein für Sie in vielen Behandlungsbereichen schon bekanntes Verfahren, denn bei allen Maßnahmen, die nicht im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung enthalten sind (z. B. professionelle Zahnreinigungen, zahnfarbene Füllungen, prothetische Versorgungen über dem Regelleistungsniveau), erhalten Sie bereits eine Direktabrechnung.

Sie können sich über einen für Sie wählbaren Zeitraum – mindestens ein Kalendervierteljahr – in der gesamten zahnärztlichen Behandlung als Privatpatient behandeln lassen. Dies bedeutet für Sie eine Behandlung auf höchstem fachlichem Niveau, ohne dass Sie durch Leistungseinschränkungen Ihrer Krankenkasse auf bestimmte Behandlungsformen verzichten müssen.

Sollten Sie sich für eine Privatbehandlung entscheiden, erhalten Sie für die gesamte Behandlung für den von Ihnen gewählten Zeitraum eine für Sie nachvollziehbare Gesamtrechnung, basierend auf der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Diese Rechnung reichen Sie bei Ihrer Krankenkasse ein, um den Ihnen zustehenden Anteil Ihrer Krankenkasse zu erhalten. Sollten Sie im Besitz einer Zusatzversicherung sein, können Sie mit dieser Rechnung ebenfalls Ihren Anspruch geltend machen.

Sicherlich haben Sie noch Fragen zu diesem neuen Verfahren.
Wenden Sie sich vertrauensvoll an uns – wir werden Ihnen Ihre Fragen gerne beantworten!

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Zahnarztpraxis _____

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2023

Behandlungsplan mit konkreter Kostenaufstellung

Der Erstattungsanspruch des Patienten lässt sich vorab bei der Krankenkasse erfahren. Der von der Praxis aufgestellte Behandlungsplan mit Kostenaufstellung auf Basis von GOZ und BEB wird vom Patienten vor Behandlungsbeginn eingereicht, und er bekommt eine konkrete Höhe der Kostenübernahme genannt, nach Abzug der Verwaltungskosten der Krankenkasse, der nicht höher als fünf Prozent sein darf.

Eigentlich eine perfekte Ausgangsposition für den Patienten. Anders als bei der normalen Kassenbehandlung, bei der nicht klar ist, welche Kosten eine gesetzliche Krankenkasse übernimmt, erhält der Patient bei der Kostenerstattung stets einen Behandlungsplan mit Kostenaufstellung und kann auch genau sehen, wie viel (oder wie wenig) von seiner Krankenkasse dafür erstattet wird. Ausschlaggebend ist bei dieser Form der Abrechnung mit dem Patienten/Versicherten, dass er über alles aufgeklärt ist und die Formalia eingehalten sind. Dafür gibt es aber den Freien Verband Deutscher Zahnärzte.

Im Praxishandbuch, wie auch in der Abrechnungsserie »Der gangbare Weg« in dieser Zeitschrift, wird die Kostenerstattung erklärt und die notwendigen Formulare zugänglich gemacht.

Patienten können frei entscheiden

Ein großer Vorteil der Kostenerstattung ist die gnadenlose Ehrlichkeit, die dahintersteht. Die Praxis legt von vornherein transparent fest, welche Kosten auf den Patienten zukommen, und die Krankenkassen müssen genau offenlegen, wie viel sie genau erstatten. Insofern kann der Patient einschätzen, wie gut seine beziehungsweise die gesetzliche Krankenkasse allgemein ist. Für den Patienten liegen die Vorteile auf der Hand.

Transparenz über Kosten und Erstattung

Das Beste aber ist, dass sich der gesetzlich versicherte Patient frei (wie ein Privatpatient) für eine Therapieoption entscheiden kann. Wenn das kein Argument für die Kostenerstattung ist!

Dr. Christian Öttl

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2023

3.2.2.4. Sich wie privat versichert fühlen

Der gangbare Weg. Schon seit Langem gibt es die Sonderform der Behandlung gesetzlich Versicherter über die »Kostenerstattung«. Wie in den jüngsten DFZ-Ausgaben bereits dargestellt, ist diese im Sozialgesetzbuch V verankert und beschrieben. Jetzt geht es um das Procedere.

Nachdem der Patient über die »Kostenerstattung« aufgeklärt wurde und sie bei seiner Krankenkasse 14 Tage vor Quartalsbeginn für die zahnmedizinische Versorgung dieses beginnenden Quartals beantragt hat, wird ihm die Krankenkasse eine Bestätigung über die Gewährung der Kostenerstattung zusenden.

Formale Vorgaben einhalten

Im Anschluss muss der Patient unten stehendes Musterformular zur »Kostenerstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung« auf der Homepage der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) ausfüllen und unterschreiben. Damit sind die Vorgaben für die Anwendung der Kostenerstattung erfüllt, und in der Zahnarztpraxis kann der Patient wie ein Privatpatient behandelt werden (und sich natürlich auch so fühlen).

Wichtig ist in jedem Fall das Einhalten aller formalen Vorgaben, wie bereits beschrieben. Dann steht dem Kostenerstattungsmodell nichts im Wege, und ein Kassenpatient wird über die Kostenerstattung zum zufriedenen Privatpatienten.

In den nächsten Kolumnen zum »Gangbaren Weg« werden wir uns mit der Leistungserbringung und der Abrechnung beschäftigen.

Dr. Christian Öttl

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2023

Kostenerstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung

Was ist Kostenerstattung?
Als Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung sind Sie es gewohnt, in der Zahnarztpraxis Ihre Krankenversichertenkarte bzw. Gesundheitskarte vorzulegen. Der Zahnarzt erhält so Ihre Versichertendaten und rechnet die Behandlung über die Kassenzahnärztliche Vereinigung mit der Krankenkasse ab. Allerdings übernimmt die Krankenkasse nur bestimmte Therapien. Für Behandlungsmethoden, die über das Ausreichende, Zweckmäßige und Wirtschaftliche hinausgehen, können auf Grundlage der gesetzlichen Regelungen keine Kosten übernommen werden. Einige Leistungen müssen vor der Behandlung genehmigt werden.

Wenn Sie von der Möglichkeit der Kostenerstattung Gebrauch machen, können Sie sämtliche zahnmedizinischen Leistungen in Anspruch nehmen. Sie brauchen Ihre Versichertenkarte nicht mehr vorzulegen. Stattdessen erhalten Sie eine Rechnung nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), die Sie bei der Krankenkasse einreichen. Die Kasse erstattet die Kosten, die für die Behandlung über die Versichertenkarte angefallen wären. Sie kann vom Erstattungsbetrag Verwaltungskosten in Höhe von höchstens fünf Prozent abziehen. Etwaige Mehrkosten für aufwendige Behandlungen tragen Sie selbst. Haben Sie eine Zusatzversicherung, übernimmt diese unter Umständen auch einen Teil der Rechnung.

Wie wählen Sie Kostenerstattung?
Sie können die Kostenerstattung für sich selbst und/oder mitversicherte Familienangehörige für die Dauer von mindestens drei Monaten wählen. Dabei steht es Ihnen frei, die Kostenerstattung auf die zahnmedizinische Versorgung zu beschränken. Zuerst müssen Sie die Krankenkasse über Ihre Entscheidung informieren. Ihr Zahnarzt wird Sie über die Kostenerstattung aufklären.

Erklärung des Versicherten:
Als Versicherter der gesetzlichen Krankenversicherung habe ich Anspruch auf Erstattung der Behandlungskosten in Höhe des üblicherweise als Sachleistung von meiner Krankenkasse abgerechneten Betrages. Von diesem Recht möchte ich zukünftig Gebrauch machen und wünsche als Privatpatient auf der Grundlage der GOZ behandelt zu werden. Ich werde Kosten, die nicht von meiner Krankenkasse oder einer Zusatzversicherung übernommen werden, selbst tragen.

Ich wurde von meinem Zahnarzt umfassend über die Kostenerstattung informiert.

Außerdem bestätige ich, dass ich meine Krankenkasse bereits darüber informiert habe, dass ich Kostenerstattung für

☐ meine zahnärztliche Versorgung
☐ die zahnärztliche Versorgung von _____
Name des mitversicherten Familienmitglieds

gewählt habe.
(bitte ankreuzen)

Ort, Datum	Name in Druckbuchstaben	Unterschrift Patient/Zahlungspflichtiger

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2023

3.2.3. Freie Vertragsgestaltung im konservierend-chirurgischen Bereich

3.2.3.1. Füllungstherapie

3.2.3.1.1. Mehrkostenvereinbarung für Füllungen und Beispiel-Rechnungen

Der **§ 28 SGB V** eröffnet die Möglichkeit, bei über das Maß einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Therapie hinausgehenden Füllung eine **Mehrkostenvereinbarung** anzuwenden. Dies trifft im GKV-Bereich regelmäßig auf **dentinadhäsive Compositefüllungen** oder **Inlayversorgungen** zu. Die Ausnahmen sind mit den Leistungen BEMA 13e–13g erfasst. Des Weiteren ist der Austausch intakter plastischer Füllungen, z.B. beim Amalgamaustausch, oder die Erneuerung verfärbter, aber intakter Frontzahnfüllungen im Rahmen der GKV ausgeschlossen. In diesem Fall erfolgt eine reine **Privatleistung**.

Die Versorgungen mit dentinadhäsiven Compositefüllungen in Mehrschichttechnik finden sich in der GOZ 2012 unter den Gebührenziffern 2060, 2080, 2100 und 2120. Ein Vergleich mit den BEMA-Gebühren 13e–g ergibt folgendes Bild:

Einzelleistung	GOZ-Ziffer	Punktzahl	GOZ-Faktor	BEMA-Honorar[1)]	Praxis-Faktor	EUR	Mehrkosten
F1 Einflächige Füllung (BEMA 13e)	2060	527	1,70	50,33 €	2,3	68,17	**17,84 €**
F2 Zweiflächige Füllung (BEMA 13f)	2080	556	1,98	61,94 €	2,3	71,92	**9,98 €**
F3 Dreiflächige Füllung (BEMA 13g)	2100	642	2,25	81,30 €	2,3	83,05	**1,75 €**

In der amtlichen Begründung zur GOZ wird zwar auf eine Abrechnung der durchschnittlichen Leistung mit dem Faktor 2,3 verwiesen. Dieses kann aber nicht in jedem Falle den betriebswirtschaftlichen Erfordernissen entsprechen. Der preisliche Abstand zum Kassensatz ist dermaßen gering geworden, dass von »Mehrkosten« kaum noch die Rede sein kann. Das zieht die Notwendigkeit nach sich, neben der Mehrkostenvereinbarung nach § 28 SGB V gegebenenfalls auch eine abweichende Vereinbarung nach § 2(1) GOZ zur Überschreitung des 3,5-fachen Satzes abzuschließen.

Dies wird auch durch die Tatsache illustriert, dass die KZBV schon im Jahre 2010 mit den Bundesministerien für Verteidigung und Inneres eine Vereinbarung zur Versorgung der Anspruchsberechtigten mit **dentinadhäsiven Compositefüllungen** abgeschlossen hatte. Hier wurden wesentlich andere Honorarsätze vereinbart:

	Bundeswehr		GOZ 2012	
	Leistung	Preis	Leistung	Faktor
Einflächige Compositefllg., dentinadhäsiv	HR1	70,98 €	2060	**2,4**
Zweiflächige Compositefllg., dentinadhäsiv	HR2	106,00 €	2080	**3,4**
Dreiflächige Compositefllg., dentinadhäsiv	HR3	155,22 €	2100	**4,3**
Vierflächige Compositefllg., dentinadhäsiv	HR4	196,85 €	2120	**4,5**

Inzwischen wurde die Vereinbarung nach Erscheinen der GOZ 2012 durch die zuständigen Ministerien gekündigt.

Die Zugrundelegung dieser Preiskalkulation erfordert bereits ab der dreiflächigen Compositefüllung (Faktor 4,3) die Anwendung einer **abweichenden Vereinbarung nach § 2(1) GOZ** neben der **Mehrkosten-**

[1)] durchschnittlicher BEMA-Punktwert von 0,9678 €

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

vereinbarung nach § 28 SGB V. **(Beispiel 3 Austausch intakter Amalgamfüllungen)**. Hier bewegen wir uns außerhalb der GKV-Leistungen. Deshalb ist alles privat nach §8 Abs. 7 BMV-Z zu vereinbaren.

Nach den gültigen Richtlinien sind im Frontzahnbereich in der Regel adhäsiv befestigte Füllungen das Mittel der Wahl. Mehrfarbentechnik im Sinne einer ästhetischen Optimierung ist jedoch nicht Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung (Behandlungsrichtlinien III Ziffer 5). Die Mehrkostenregelung gilt also auch für adhäsive Füllungen im Frontzahnbereich bei Anwendung von Mehrfarbentechnik **(Beispiel 1)**.

Inlays aus Gold, Keramik oder Kunststoff sind ebenfalls auf dem Wege der **Mehrkostenvereinbarung** mit dem Patienten abrechenbar. Bei adhäsiv befestigten Inlays ist zu beachten, dass die GOZ 2012 eine Gebührenziffer dafür kennt: 2197 (130 Punkte, 7,31 € 1-fach). Bei allen Inlays kann jetzt auch das Provisorium mit den Gebührenziffern 2260 bzw. 2270 in Ansatz gebracht werden **(Beispiel 2)**.

Da inzwischen jedes EDV-Praxisverwaltungssystem diese Mehrkostenvereinbarungen ohne Schwierigkeiten erstellen kann, sehen wir von der Veröffentlichung einer Kopiervorlage zur Mehrkostenvereinbarung ab.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Beispiel 1

Vereinbarung gemäß § 28 Abs. 2 Satz 4 SGB V

Für den Versicherten/Zahlungspflichtigen _____

§ 28 Abs. 2 SGB V lautet:
Die zahnärztliche Behandlung umfasst die Tätigkeit des Zahnarztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist. Wählen Versicherte bei Zahnfüllungen eine darüber hinausgehende Versorgung, haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen. In diesen Fällen ist von den Kassen die vergleichbare preisgünstigste plastische Füllung als Sachleistung abzurechnen. In den Fällen des Satzes 2 ist vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem Zahnarzt und dem Versicherten zu treffen. Die Mehrkostenregelung gilt nicht für Fälle, in denen intakte plastische Füllungen ausgetauscht werden.

Heil- und Kostenplan

Zahn	GOZ-Nr.	Leistung	Anzahl	Satz	Betrag €
11	2100		1	2,3	83,05
		Betrag ca.: Material- und Laborkosten geschätzt ca.: * Summe 1			

abzüglich:

BEMA-Position		Anzahl	Bew. Zahl	Betrag €
13a				
13b				
13c		1	49	47,42
13d				
			Summe 2	

Voraussichtliche Mehrkosten ca. (Summe 1 abzüglich Summe 2)	35,63

Erklärung des Versicherten:
Ich bin von meinem behandelnden Zahnarzt über die nach den gesetzlichen Bestimmungen (§ 28 Abs. 2 SGB V) und den Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung mit Zahnfüllungen unterrichtet worden. Ich wünsche eine darüber hinausgehende Versorgung und verpflichte mich, die vorstehend aufgeführten Mehrkosten, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, selbst zu tragen.

_____ _____
(Ort, Datum) Unterschrift des Versicherten/Zahlungspflichtigen

_____
Unterschrift des Zahnarztes

* Der vorliegende Heil- und Kostenplan ist aufgrund derzeitiger diagnostischer Unterlagen erstellt. Art und Umfang der Leistungen sowie die Höhe des Steigerungssatzes können sich im Laufe der Behandlung durch besondere Umstände ändern. Laborkosten können nur geschätzt werden. Sie werden in der tatsächlich entstandenen Höhe nachgewiesen.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Beispiel 2

Vereinbarung gemäß § 28 Abs. 2 Satz 4 SGB V

Für den Versicherten/Zahlungspflichtigen _____

§ 28 Abs. 2 SGB V lautet:
Die zahnärztliche Behandlung umfasst die Tätigkeit des Zahnarztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist. Wählen Versicherte bei Zahnfüllungen eine darüber hinausgehende Versorgung, haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen. In diesen Fällen ist von den Kassen die vergleichbare preisgünstigste plastische Füllung als Sachleistung abzurechnen. In den Fällen des Satzes 2 ist vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem Zahnarzt und dem Versicherten zu treffen. Die Mehrkostenregelung gilt nicht für Fälle, in denen intakte plastische Füllungen ausgetauscht werden.

Heil- und Kostenplan

Zahn	GOZ-Nr.	Leistung	Anzahl	Satz	Betrag €
46	2160	Einlagefüllung, zweiflächig	1	2,3	175,41
46	2197	Adhäsive Befestigung	1	2,3	16,82
46	2260	Provisorium direkt, ohne Abf.	1	2,3	12,94
		Betrag ca.: Material- und Laborkosten geschätzt ca.			250,00
		* Summe 1			455,17

abzüglich:

BEMA-Position	Anzahl	Bew. Zahl	Betrag €
13a			
13b	1	39	36,36
13c			
13d			
Summe 2			36,36

Voraussichtliche Mehrkosten ca. (Summe 1 abzüglich Summe 2)	418,81

Erklärung des Versicherten:
Ich bin von meinem behandelnden Zahnarzt über die nach den gesetzlichen Bestimmungen (§ 28 Abs. 2 SGB V) und den Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung mit Zahnfüllungen unterrichtet worden. Ich wünsche eine darüber hinausgehende Versorgung und verpflichte mich, die vorstehend aufgeführten Mehrkosten, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, selbst zu tragen.

_____ _____
(Ort, Datum) Unterschrift des Versicherten/Zahlungspflichtigen

_____
Unterschrift des Zahnarztes

* Der vorliegende Heil- und Kostenplan ist aufgrund derzeitiger diagnostischer Unterlagen erstellt. Art und Umfang der Leistungen sowie die Höhe des Steigerungssatzes können sich im Laufe der Behandlung durch besondere Umstände ändern. Laborkosten können nur geschätzt werden. Sie werden in der tatsächlich entstandenen Höhe nachgewiesen.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Beispiel 3 Austausch intakter Amalgamfüllungen (Vereinbarung einer Privatbehandlung nach §8 Abs. 7 BMV-Z als Voraussetzung erforderlich)

Herrn
Mustermann

Heil- und Kostenplan

Behandlungsplan:

OK	rechts	18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28	OK	links
UK	rechts	48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38	UK	links
Plan			**F3**	**F2**																

Dabei sind folgende Leistungen geplant:

Lstg.	Beschreibung	Anzahl	GOZ Euro	Faktor	Gesamtbetrag	Zähne/ Begründung
0030	Heil- und Kostenplan	1	11,25	2,1	23,63 €	
0090	Infiltrationsanästhesie	1	3,37	2,0	6,75 €	
0100	Leitungsanästhesie	1	3,94	2,3	9,05 €	
2030	bes. Maßn. beim Präp. o. Füllen	1	3,66	3,0	10,97 €	
2040	Anlegen von Spanngummi	2	3,66	2,3	8,41 €	
2080	Composite-Füllung, zweiflächig	1	31,27	3,4	106,32 €	46
2100	Composite-Füllung, dreiflächig	1	36,11	4,3	155,26 €	47
	Zahnärztliches Honorar				320,39 €	
	Geschätzte Material- und Laborkosten				1,34 €	
	Geschätzter Gesamtbetrag				**321,73 €**	

Dieser Heil- und Kostenplan wird aufgrund der vorliegenden Befunde und der geplanten Behandlung erstellt. Nicht vorhersehbare Umstände bei der Behandlung sowie im Laufe der Behandlung zusätzlich notwendige Leistungen werden gesondert berechnet.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Beispiel 3

Vergütungsvereinbarung § 2 Abs. 1 und 2 GOZ

zwischen

Herrn/Frau _____
(Patient/Zahlungspflichtiger)

und

Herrn/Frau _____
(Zahnarzt/Zahnärztin)

Der o. g. Patient/Zahlungspflichtige und der o. g. Zahnarzt/die o. g. Zahnärztin vereinbaren nach § 2 Absatz 1 und 2 GOZ die Höhe der Vergütung für die nachfolgend aufgeführten Leistungen aus dem Leistungsverzeichnis der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) wie folgt:

GOZ/GOÄ-Ziffer	Anzahl	Zahn	Leistungstext (abgekürzt)	Steigerungs-faktor	Betrag
2030	1	46,47	bes. Maßn. beim Präp. o. Füllen	3,0	10,97 €
2080	1	46	Composite-Füllung, zweiflächig	3,4	106,32 €
2100	1	47	Composite-Füllung, dreiflächig	4,3	155,26 €
			Material- und Laborkosten		
			Gesamtbetrag		**272,55 €**

Eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen ist möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet.

_____ _____
(Ort, Datum) Unterschrift des Patienten/Zahlungspflichtigen

_____
Unterschrift des Zahnarztes

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

3.2.3.1.2. Honorarschätzung am Behandlungsstuhl

Erläuterung

1. Bei dem **Patientengespräch** über Behandlungsmethoden, die nicht Bestandteil der »Kassenversorgung« sind, stellt der Zahnarzt immer wieder fest, dass er bei der **Preisbestimmung** unsicher ist. Die nachstehende Tabelle gibt Ihnen die Möglichkeit, für einfache und immer wiederkehrende Behandlungen einen preislichen Anhaltspunkt zu ermitteln.

2. Bei komplizierteren und umfangreicheren Wunschbehandlungen außerhalb der Richtlinien, z. B. kosmetischen Frontzahnfüllungen, ist es angezeigt, einen regelrechten Heil- und Kostenplan zu errechnen.

3. Auch bei Composite-Restaurationen im Seitenzahngebiet benötigen Sie für die Mehrkostenberechnung eine Preiskalkulation für das Beratungsgespräch mit Ihrem Patienten. Hierbei ist die einfachste Möglichkeit sich an den BEMA-Positionen 13e–g für Composite-Füllungen zu orientieren und diese auf GOZ umzurechnen. Um das gleiche Gebührenniveau zu erreichen, sind Steigerungssätze zwischen 1,64 und 2,17 anzusetzen. In den Beispielen wurde von einem durchschnittlichen BEMA-Punktwert von 0,9322 € ausgegangen. Bei Primärkassen müssen je nach Punktwertunterschied bei den Mehrkosten ca. 8 % bis 10 % mehr kalkuliert werden.

4. In den dunklen Spalten des Blanko-Musters sollten Sie sich den Faktor und die Preise eintragen, die in Ihrer Praxis betriebswirtschaftlich erforderlich sind. Die entscheidenden Kalkulationsfaktoren sind der erforderliche Zeitaufwand und der von Ihnen zu berechnende Honorar-Stundensatz. Der GKV-Punktwert ist veränderbar und die Excel-Tabelle errechnet dann die sich ergebenden Mehrkosten.

5. Oberstes Gebot: Fair entsprechend dem Schwierigkeitsgrad und dem Zeitaufwand abrechnen: Wer immer den Höchstbetrag abrechnet, gibt Anlass zu berechtigtem Zweifel und wird nach dem § 5 der GOZ 2012 in Begründungsnöte kommen.

6. Zahlungsmodalitäten sofort klären. Zahlbar sofort (bar, Scheck, EC-cash, Lastschriftverfahren) oder per Überweisung.
   Die Rechnung muss nach der Behandlung sofort vorliegen, daher rechtzeitig an die Rezeption die durchgeführten Leistungen und die benötigte Zeit durchgeben.

7. Bei diesem Vorgehen gibt es in der Regel so gut wie keine Probleme mit den Patienten, weil der Behandlungsablauf noch frisch in Erinnerung ist.

☺ Verwaltung: Es entsteht kein Rechnungsstau
☺ Betriebswirtschaft: Ihre Liquidität wächst

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Honorarschätzung am Stuhl – Muster –

Beispiel, von uns ausgefüllt, Blanko-Muster bitte selbst ergänzen!

Vergleich Composite-Mehrschicht-Restauration nach GOZ und BEMA

Einzelleistung		GOZ-Ziffer	Punktwert	GOZ-Faktor	BEMA-Honorar[1)]	Praxis-Faktor	EUR ca.	Mehrkosten
I	Infiltrationsanästhesie [2)]	0009	60	2,21	7,46			
L1	Leitungsanästhesie [2)]	0100	70	2,84	11,19			
bMF	besondere Maßnahmen	2030	65	2,55	9,32			
	Kofferdam	2040	65	2,55	9,32			
CP	indirekte Überkappung	2330	110	0,90	5,59			
P	direkte Überkappung	2340	200	0,50	5,59			
F1	Einflächige Füllung (BEMA 13 e)	2060	527	1,64	48,47	2,3	68,17	**19,70**
F2	Zweiflächige Füllung (BEMA 13 f)	2080	556	1,91	59,66	2,3	71,92	**12,26**
F3	Dreiflächige Füllung (BEMA 13 g)	2100	642	2,17	78,30	2,3	83,05	**4,75**

Berechnung dentinadhäsive Restauration nach § 28 SGB V

Einflächig (zu BEMA 13 a)	2060	527	1,01	29,83	2,3	68,17	**38,34**
Zweiflächig (zu BEMA 13 b)	2080	556	1,16	36,36	2,3	71,92	**35,56**
Dreiflächig (zu BEMA 13 c)	2100	642	1,27	45,68	2,3	83,05	**37,37**
Mehrflächige Füllung (zu BEMA 13 d)	2120	770	1,25	54,07	2,3	99,60	**45,53**

Berechnung Einlage-Füllungen nach § 28 SGB V

Einzelleistung	GOZ-Ziffer	BEMA-Honorar[1)]	Praxis-Faktor	Honorar	Mat.-Lab.	Gesamt	Mehrkosten
Gold-Inlay einflächig	2150	29,83	2,30	147,60	190,00	337,60	**307,77**
Gold-Inlay zweiflächig	2160	36,36	2,30	175,41	230,00	405,41	**369,05**
Gold-Inlay mehr als zweiflächig	2170	45,68	2,30	221,07	270,00	491,07	**445,39**
Keramik-Inlay einflächig, adhäsiv befestigt	2150 + 2197	29,83	2,30	164,41	250,00	414,41	**384,58**
Keramik-Inlay zweiflächig, adhäsiv befestigt	2160 + 2197	36,36	2,30	192,22	270,00	462,22	**425,86**
Keramik-Inlay mehr als zweiflächig, adhäsiv befestigt	2170 + 2197	45,68	2,30	237,89	275,00	512,89	**467,21**

[1)] durchschnittlicher BEMA-Punktwert von 0,9322 €

[2)] zuzüglich Kosten für Anästhesiemittel

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Neue Gebührenziffer in GOZ 2012, also nicht mehr analog!

In der jetzt gültigen GOZ 2012 haben die adhäsiv befestigten Füllungen eigene Gebührenziffern (GOZ 2060, 2080, 2100 und 2120) bekommen. Es gibt bereits auch erste Amtsgerichtsurteile, welche die zusätzliche Berechnung der Gebührenziffer 2187 (adhäsive Befestigung) zulassen. Damit ist die Möglichkeit der Analogberechnung entfallen und wir haben weniger Möglichkeiten das Honorar einfach an die wirtschaftlichen Erfordernisse anzupassen. Bei Zugrundelegung des postulierten mittleren Schwierigkeitsgrades, durch Faktor 2,3 ausgedrückt, ergeben sich nur sehr mäßige Mehrkosten. Eine Begründung für einen höheren Steigerungssatz muss sich nach § 5 GOZ an den Kriterien Schwierigkeit, Zeitaufwand und Umstände bei der Ausführung orientieren. Herangezogen werden können z. B.

Zusätzlicher Aufwand durch

- Entfernen einer Füllung
- Kombinierte Schmelz-Dentinkonditionierung in mehreren Teilschritten
- Kombination unterschiedlich visköser Materialien
- Mehrfarbentechnik
- Voluminöse Restauration in komplexer Mehrschichttechnik
- Subgingivale Ausdehnung der Kavität
- Wurzelkaries
- Verwendung oszillierender, ultraschallgetriebener oder lasergestützter Präparationsinstrumente (ggf. nach § 2)
- Einsatz chemomechanischer Mittel bei der Kariesentfernung (ggf. nach § 2)
- Besondere Verfahren zur Verdichtung des Füllungsmaterials
- Feinanatomische Gestaltung der Füllungsoberfläche
- Besonderer Aufwand bei Kontrolle der statischen und dynamischen Okklusion

(Quelle: GOZ-Kommentar der Bundeszahnärztekammer)

Frontzahnfüllungen mehrflächig

Das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) und die daraus abgeleiteten Richtlinien haben hinsichtlich der **Frontzahnfüllungen** präzisierend festgestellt, was der Standard einer Kassenleistung ist: **Schmelzätzung** ist in jedem Fall gefordert, die Füllung allerdings nur in einer Farbe. Sofern also eine dentinadhäsive Versorgung in mehreren Farben erfolgt, kann auch hier eine Mehrkosten-Berechnung erfolgen.

Ob der Zahnarzt im Frontzahngebiet bei jeder kleinen Füllung die Mehrkosten-Berechnung anwendet, muss er nach seinem Aufwand entscheiden. Ästhetische Sonderwünsche lassen sich sicherlich nur mittels Mehrkosten erfüllen. Sofern die Neuversorgung bei intakter, aber verfärbter Alt-Versorgung aus überwiegend ästhetischen/kosmetischen Gründen erfolgt, ist das Ganze sowieso – samt aller Begleitleistungen – privat und schont so das Budget!

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

3. Abrechnung

3.2. Moderne Zahnheilkunde für gesetzlich Versicherte – Freie Vertragsgestaltung

3.2.3. Freie Vertragsgestaltung im konservierend-chirurgischen Bereich

3.2.3.1. Füllungstherapie

3.2.3.1.2. Honorarschätzung am Behandlungsstuhl

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

3.2.3.2. Endodontie

Die endodontische Behandlung im Rahmen der GKV ist durch die Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung (Behandlungs-Richtlinien) vom 04. 06. 2003 und 24. 09. 2003 in der ab 18. 06. 2006 gültigen Fassung geregelt. In diesen Richtlinien wird die endodontische Behandlung von Molaren einer kritischen Wertung unterzogen. Nach Richtlinie Nr. 9 ist eine Wurzelkanalbehandlung bei Molaren nur angezeigt, wenn:

- damit eine geschlossene Zahnreihe erhalten werden kann
- eine einseitige Freiendsituation vermieden wird
- der Erhalt von funktionstüchtigem Zahnersatz möglich wird

Bei allen endodontischen Maßnahmen im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung gilt, dass die Aufbereitbarkeit und Möglichkeit der Füllung des Wurzelkanals bis bzw. bis nahe an die Wurzelspitze gegeben sein muss (RL 9.1).

Die Revision von Wurzelkanalfüllungen ist ebenfalls besonders kritisch zu betrachten. Eine Revision ist in der Regel nur bei im Röntgenbild erkennbaren nicht randständigen oder undichten Wurzelkanalfüllungen angezeigt. Die drei oben genannten Grundvoraussetzungen sind auch bei der Revision von Wurzelkanalfüllungen zu beachten.

Wünscht ein Patient eine endodontische Behandlung, obwohl die aufgeführten einschränkenden Voraussetzungen nicht vorliegen und daher nicht richtlinienkonform behandelt werden kann, gehört diese Behandlung **nicht** zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Das gilt dann auch für eine sich eventuell unmittelbar anschließende prothetische Versorgung an demselben Zahn (z. B.: Eingliederung einer Krone).

In diesen Fällen ist mit den Patienten eine Vereinbarung nach § 4, Abs. 5 BMV-Z (Primärkassen), bzw. § 7, Abs. 7 EKV-Z (Ersatzkassen) (siehe Kapitel 3.2.2.1.2.), zu schließen. Zur Leistungsberechnung gelten die Bedingungen der GOZ. Auf die Möglichkeiten des § 2, Abs. 1 und 2 »Abweichende Vereinbarung« und § 6, Abs. 1 »Analogberechnung« sei hier ausdrücklich verwiesen.

Bei privat vereinbarten Wurzelbehandlungen werden auch die Begleitleistungen (z. B. Anästhesien, Kofferdam) zu Privatleistungen.

Zuzahlungsverbot

Durch das SGB V ist ein Zuzahlungsverbot festgelegt. Das bedeutet, dass bei im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung beschriebene und ausgeführte Leistungen nicht zusätzlich privat berechnet werden dürfen. Wurzelbehandlungen sind demnach nicht mehrkostenfähig. Dieses Prinzip wird leider in einigen KZV-Bereichen durch entsprechende Vereinbarungen mit einzelnen Kassen ohne Not aufgeweicht.

Das gilt zum Beispiel für den erhöhten Aufwand bei der maschinellen Aufbereitung des Wurzelkanals, die Kosten für die Verwendung teurer NiTi-Instrumente oder aufwendiger Wurzelfüllmethoden. Hier gibt es nur die Möglichkeit, dann die gesamte Wurzelbehandlung privat zu vereinbaren.

Zusatzleistungen

Etwas anders stellt sich die Situation dar, wenn zusätzliche Leistungen, welche nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehören, bei der Wurzelbehandlung erbracht werden. Hier kann, ebenfalls nach vorheriger schriftlicher Vereinbarung nach § 4, Abs. 5 BMV-Z, bzw. § 7, Abs. 7 EKV, eine Extraberechnung nur dieser Leistungen nach der GOZ im Rahmen der vertragszahnärztlichen Wurzelbehandlung erfolgen.

Dazu eignen sich folgende Leistungen:
- Elektronische Längenbestimmung des Wurzelkanals, GOZ 2400 (je Kanal)
- Anwendung physikalisch-chemischer Methoden, GOZ 2420 (je Kanal)

Die Anwendung eines Lasers ist als Zuschlagleistung nur in Verbindung mit einer GOZ-Gebühr (2410) berechenbar. Die Anwendung der GOZ für einzelne Behandlungsschritte verstößt gegen das Zuzahlungsver-

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

bot. Eine sogenannte Lasersterilisation kann man aber als Analogleistung berechnen. Damit wird sie wieder zur zusätzlich zu vereinbarenden Privatleistung.

Gleiches gilt für die Anwendung eines OP-Mikroskops. Auch sie ist als Zuschlag an eine GOZ-Gebühr (z. B. 2360, 2410, 2440) gebunden und kann nicht zu einer GKV-Wurzelbehandlung vereinbart werden.

Zahnmedizinische Bescheinigung

Trotz Aufklärung und eindeutiger Formulierung in den Vereinbarungen versuchen Patienten immer wieder einen Zuschuss von ihrer Krankenkasse zu erlangen. Dann kommt es oft zu unliebsamen und zeitraubenden telefonischen Auseinandersetzungen mit Krankenkasse und Patienten. Da hat sich eine bei Vertragsabschluss ausgehändigte Bescheinigung bewährt, welche begründenden Bezug auf die Behandlungsrichtlinien nimmt.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Zahnmedizinische Bescheinigung

für den Patienten Frau/Herrn _____

gemäß den Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung (Behandlungs-Richtlinien) vom 4. Juni 2003 und 24. September 2003 in der ab 1. Januar 2004 gültigen Fassung, Abschnitt III. »Konservierende Behandlung«

Nach einer umfassenden Befunderhebung gemäß den anerkannten Regeln der Zahnheilkunde wird/werden folgende Einstufung(en) vorgenommen:

Es handelt sich bei dem Zahn _____

- ☐ um einen Zahn, dessen Wurzel(n) nicht bis zur bzw. nahe an die Wurzelspitze aufbereitbar und zu füllen ist (sind) und der deshalb im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung nicht zu erhalten ist.
- ☐ um einen Zahn, der aus parodontalen Gründen kritisch zu sehen ist und der deshalb im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung nicht zu erhalten ist.
- ☐ um einen wurzelgefüllten Zahn mit im Röntgenbild erkennbarer nicht randständiger oder undichter Wurzelfüllung, deren Revision nicht angezeigt ist und welcher deshalb im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung nicht zu erhalten ist:
  - ☐ weil mit Erhalt des Zahnes dennoch keine geschlossene Zahnreihe erhalten wird.
  - ☐ weil mit Erhalt des Zahnes keine einseitige Freiendsituation vermieden wird.
  - ☐ weil mit Erhalt des Zahnes kein funktionstüchtiger Zahnersatz erhalten bleibt.

(die folgenden verschärften Kriterien sind nur gültig für Molaren/große Backenzähne)

- ☐ um einen Molaren mit akuter Erkrankung bzw. traumatischer Schädigung der Pulpa oder nekrotischem Zahnmark, der richtliniengemäß im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung nicht zu erhalten ist:
  - ☐ weil mit Erhalt des Molaren dennoch keine geschlossene Zahnreihe erhalten wird.
  - ☐ weil mit Erhalt des Molaren keine einseitige Freiendsituation vermieden wird.
  - ☐ weil mit Erhalt des Molaren kein funktionstüchtiger Zahnersatz erhalten bleibt.

Das Zutreffende der oben angekreuzten Diagnose(n) und der/den daraus resultierenden Feststellung(en) wird hiermit ausdrücklich bescheinigt:

_____

Ort Datum Unterschrift des Zahnarztes

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Vereinbarung einer Privatbehandlung nach § 8 Abs. 7 BMV-Z

Name des Versicherten: _____

Mir ist bekannt, dass ich als Patient der gesetzlichen Krankenversicherung das Recht habe, unter der Vorlage der Krankenversicherungskarte nach den Bedingungen der gesetzlichen Krankenversicherung behandelt zu werden.

Unabhängig davon wünsche ich ausdrücklich auf Grund eines privaten Behandlungsvertrages gemäß der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) privat behandelt zu werden.

Nachfolgende Behandlung wurde vereinbart:
(gemäß dem Heil- und Kostenplan vom _____)

Zusammenstellung der voraussichtlichen Kosten:

Zahnärztliches Honorar gesamt ca.: EUR _____

Material- und Laborkosten gesamt ca.: EUR _____

Gesamtkosten der Behandlung ca.: **EUR** _____

Die aufgeführte Behandlung

- ☐ ist **nicht** im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung enthalten.
- ☐ geht weit über das Maß der ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung hinaus (§§ 12. 70 SGB V).
- ☐ geht über die Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung hinaus.
- ☐ wird auf Wunsch des Patienten durchgeführt.

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass eine Erstattung der Vergütung oben genannter Leistungen durch die Krankenkasse nicht gewährleistet ist.

_____ _____
(Ort, Datum) Unterschrift des Versicherten/Patienten

_____
Unterschrift des Zahnarztes

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

3.2.4. Freie Vertragsgestaltung bei Individualprophylaxe

3.2.4.1. Private Abrechnung bei Individualprophylaxe

Die Leistungen zur **Individualprophylaxe** im Rahmen der GKV sind durch den BEMA und die Richtlinien beschrieben. Es stehen die Gebührenziffern FU, IP 1–IP 5 zur Verfügung.

Zu beachten ist, dass die Leistungen nach IP 4 (Fluoridierung) in ihrer Häufigkeit abhängig vom Kariesrisiko erbracht werden können.

Es gilt ansonsten auch hier:
- Alle Prophylaxeleistungen bei Versicherten oberhalb der Anspruchsberechtigungsgrenze, also bei Erwachsenen ab vollendetem 18. Lebensjahr, sind außervertragliche Leistungen.
- Alle Prophylaxemaßnahmen außerhalb des Leistungskatalogs FU und IP 1–5 bei Kindern und Jugendlichen sind außervertragliche Leistungen.

Damit bietet der Bereich **Individualprophylaxe** ein weites Feld für **Privatleistungen** und freie Vertragsgestaltung:
- Prophylaxeleistungen bei Kindern und Jugendlichen außerhalb des Leistungskataloges IP 1–IP 5, z. B. Versiegelung Prämolaren **(Beispiel 1 und 2)**.
- Prophylaxeleistungen bei Kindern, die nicht in die Risikogruppen fallen.
- Prophylaxeleistungen, die über die im BEMA beschriebenen Zeitfrequenzen hinausgehen, wie zusätzliche Fluoridierung, Remotivation (z. B. quartalsweise).
- Prophylaxeleistungen bei Versicherten oberhalb der Anspruchsberechtigungsgrenze, also bei Erwachsenen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr, wie z. B. die **professionelle Zahnreinigung** (PZR) **(Beispiel 3)**.

In diesem Zusammenhang ist auf die Änderung der BEMA-Position 107 **(Zahnsteinentfernung)** im Jahr 2004 hinzuweisen. Die neue Abrechnungsbestimmung lautet jetzt: Entfernung harter Zahnbeläge ist 1 × pro Kalenderjahr abrechnungsfähig. Diese einschränkende Abrechnungsbestimmung ist ein zusätzlicher Motivationsschub zum Einstieg in die Individualprophylaxe. Auch Patienten, die bisher schwer motivierbar waren, können jetzt mit dem Argument, dass ihre Kasse nicht mehr zahlt, leichter für eine professionelle Zahnreinigung (PZR) gewonnen werden.

Empfehlungen zur professionellen Zahnreinigung (PZR):

Zuerst die Position 107 (Zst) am Beginn des Jahres erbringen. In dem Zusammenhang erfolgt die Darstellung, Erklärung und Vereinbarung des privaten Präventionsangebotes mit einer **Vereinbarung einer Privatbehandlung gemäß § 4 Abs. 5 BMV-Z bzw. § 7 Abs. 7 EKV-Z**.

Die früher gegebene einfache Möglichkeit, zumindest bei GKV-Patienten, die Kosten für die PZR nach betriebswirtschaftlicher Kalkulation (je nach Stunden-/Minuten-Satz ZMF, Prophylaxehelferin oder Zahnarzt) dem Patienten als Pauschalsatz in Rechnung zu stellen, ist mit der GOZ 2012 entfallen.

Für die PZR gibt es jetzt die Gebührenziffer 1040 (pro Zahn, Einfachsatz 1,57 €). Sie umfasst das Entfernen der supragingivalen/gingivalen Beläge auf Zahn- und Wurzeloberflächen einschließlich Reinigung der Zahnzwischenräume, das Entfernen des Biofilms, die Oberflächenpolitur und geeignete Fluoridierungsmaßnahmen. Eine Fluoridierung (GOZ 1030) und Zahnsteinentfernung (GOZ 4050 und 4055) sind neben GOZ 1040 nicht berechnungsfähig. Gleiches gilt für die Gebührenziffern GOZ 4060, GOZ 4070 und 4075 sowie GOZ 4090 und 4100. Die PZR stellt ggf. eine Vorbehandlungsmaßnahme für eine weitergehende Parodontalbehandlung dar.

Die **subgingivale Belagentfernung** im Sinne einer PZR, z. B. im Rahmen einer parodontalen Nachsorge, ist von der Gebühr 1040 nicht umfasst und muss daher auf dem Wege der **Analogberechnung** berechnet werden. Dabei ist zu beachten, dass eine subgingivale Reinigung **nicht** zeitgleich mit GOZ 1040 berechnet werden darf. Diese sogenannte Umgehungsanalogie ist bereits per Gerichtsurteil verworfen worden. Wenn GOZ 1040 nicht alleine indiziert ist, kann man **anstelle** von GOZ 1040 die Gebührenziffern GOZ

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 02/2015

4050/4055 plus analog GOZ 2130 a (voll delegierbar) oder GOZ 4050/4055 plus GOZ 4070/4075 (partiell delegierbar) berechnen. Die Bezeichnung für GOZ 2130 a wäre »Entfernung klinisch erreichbarer subgingivaler Beläge«.

Die PZR an Verbindungselementen wie Stegen, Geschieben usw. ist nicht beschrieben und unterliegt daher der **Analogberechnung**. Kontrollmaßnahmen bzw. Nachreinigungen in einer Folgesitzung können unter der Nummer 4060 berechnet werden. (Kommentar der BZÄK)

Erhöhter Aufwand entsteht durch Spülungen zur Absenkung der Keimbelastung, Anwendung eines Pulverstrahlgerätes, PZR an besonders schwer zugänglichen Bereichen (Engstand, Verblockung usw.) und anderes.

Zusätzlich berechnungsfähig sind unter anderen folgende Leistungen:

Beseitigen scharfer Zahnkanten	GOZ 4030
Behandlung überempfindlicher Zahnflächen	GOZ 2010
Politur von Füllungsrändern	GOZ 2130
Lokalbehandlung von Mundschleimhauterkrankungen	GOZ 4020
Subgingivale medikamentöse antibakterielle Lokalapplikation	GOZ 4025
Mundhygienestatus	GOZ 1000
Kontrolle Übungserfolg	GOZ 1010
Gingivalindex, Parodontalindex (PSI)	GOZ 4005
Lokale Anwendung von Medikamenten zur Kariesvorbeugung mittels Schiene	GOZ 1030
Versiegelung kariesfreier Fissuren	GOZ 2000

Analogberechnung nach § 6 Abs. 1 GOZ ist bei folgenden zusätzlichen Maßnahmen erforderlich:

Zusätzliche Reinigung der Zunge und der Wangenschleimhaut im Sinne einer Full-Mouth-Desinfektion (FMD)	z. B. GOZ 4020 a
Professionelle Zahnreinigung an Verbindungselementen (Geschiebe, Stege usw.)	z. B. GOZ 1040 a
Reinigung der intraoralen Schleimhaut	z. B. GOZ 4020 a
Prothesenreinigung oder Belagentfernung an herausnehmbarem ZE	z. B. GOZ 5260 a
Anwendung bakterienreduzierender Lacke als Therapiekonzept (z. B. Cervitec)	z. B. GOZ 2430 a

Die zahnärztliche Leistung im Zusammenhang mit der Herstellung und Eingliederung des Medikamententrägers (Geb. Nr. 1030) ist zusätzlich nach GOÄ 2700 berechenbar. Als Leistungstext für die Gebühr ist »Indikationsstellung, Abformung, Einpassen, Ersteingliederung« anzugeben.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 02/2015

3.2.4.2. Musterformulare/Beispiele

Beispiel 1 und 2: Fissurenversiegelung

Die **Fissurenversiegelung** wird bei Jugendlichen, die das 6., aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben, von der Krankenkasse bezahlt, allerdings nur für den ersten und zweiten Molaren. Oft ist eine Versiegelung der Prämolaren und – falls vorhanden – der Weisheitszähne sinnvoll und vom Patienten gewünscht. Dies gilt auch bei Fissurenbildung bzw. bei Bildung von Foramina caeca für die Frontzähne.

Bei Patienten, die das 18. Lebensjahr bereits vollendet haben, kann die Fissurenversiegelung insgesamt nur privat erbracht werden.

Ausnahme:
Molaren, die nach Vollendung des 5. Lebensjahres durchgebrochen sind, können sofort versiegelt werden.

Wünscht der Patient eine solche Behandlung, müssen Sie mit ihm, bei Minderjährigen mit dem Erziehungsberechtigten, eine **Vereinbarung einer Privatbehandlung gemäß § 8 Abs. 7 BMV-Z bzw. § 7 Abs. 7 EKV-Z** abschließen **(Beispiel 1)**. Dazu bekommt der Patient einen Heil- und Kostenplan auf der Grundlage der GOZ **(Beispiel 2)**.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Beispiel 1: Fissurenversiegelung

Vereinbarung einer Privatbehandlung nach § 8 Abs. 7 BMV-Z

Name des Versicherten: _____

Mir ist bekannt, dass ich als Patient der gesetzlichen Krankenversicherung das Recht habe, unter der Vorlage der Krankenversicherungskarte nach den Bedingungen der gesetzlichen Krankenversicherung behandelt zu werden. Unabhängig davon wünsche ich ausdrücklich auf Grund eines privaten Behandlungsvertrages gemäß der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) privat behandelt zu werden.

Nachfolgende Behandlung wurde vereinbart:

(gemäß dem Heil- und Kostenplan vom _____)

Zusammenstellung der voraussichtlichen Kosten:

Zahnärztliches Honorar gesamt ca.:	EUR	152,63
Material- und Laborkosten gesamt ca.:	EUR	_____
Gesamtkosten der Behandlung ca.:	**EUR**	_____

Die aufgeführte Behandlung

- ☐ ist **nicht** im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung enthalten.
- ☐ geht weit über das Maß der ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung hinaus (§§ 12. 70 SGB V).
- ☐ geht über die Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung hinaus.
- ☐ wird auf Wunsch des Patienten durchgeführt.

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass eine Erstattung der Vergütung oben genannter Leistungen durch die Krankenkasse nicht gewährleistet ist.

_____ (Ort, Datum)

_____ Unterschrift des Patienten

_____ Unterschrift des Zahnarztes

Achtung: Dieses Beispiel muss auf den individuellen Fall abgestimmt werden.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Beispiel 2: Fissurenversiegelung

Heil- und Kostenplan

Leistungsbeschreibung:

Fissurenversiegelung der Zähne 14, 15, 24, 25, 34, 35, 45

GOZ/GOÄ-Nummer	Anzahl	Beschreibung	Steigerungssatz	EURO-Betrag
0030	1	Schriftl. Heil- und Kostenplan	1,8	20,25
Ä 1	1	Beratung	2,3	10,72
4050	7	Zahnreinigung	2,1	8,26
2000	7	Versiegelung	3,2	113,40
			Voraussichtliche Gesamtkosten	**152,63**

Eventuell notwendige konservierende, chirurgische oder sonstige Leistungen werden nach individuellem Aufwand zusätzlich in Rechnung gestellt. Treten im Laufe der Behandlung besondere Schwierigkeiten, besonderer Zeitaufwand und/oder besondere Umstände auf, können diese Leistungen mit einem bis zu 3,5-fachen Steigerungssatz berechnet werden.

Achtung: Dieses Beispiel muss auf den individuellen Fall abgestimmt werden.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Beispiel 3: Professionelle Zahnreinigung

Die **professionelle Zahnreinigung** (PZR) wird jetzt nach GOZ 1040 abgerechnet (siehe Kap. 3.2.4.1.). Beim GKV-Patienten ist es wieder notwendig eine **Vereinbarung einer Privatbehandlung nach § 8 Abs. 7 BMV-Z** abzuschließen (siehe Beispiel 1). Da die bequeme Möglichkeit der Vereinbarung einer Pauschalsumme nicht mehr gegeben ist und die Berechnung pro Zahn die Übersichtlichkeit erschwert, ist zur Unterstützung die folgende Tabelle errechnet worden:

Anzahl Zähne	Geb. Ziffer	Punkte	1,0-fach	2,3-fach	Praxispreis	Praxisfaktor
1	1040	28	1,57 €	3,62 €		0
2			3,14 €	7,24 €		0
3			4,71 €	10,86 €		0
4			6,28 €	14,48 €		0
5			7,85 €	18,10 €		0
6			9,42 €	21,72 €		0
7			10,99 €	25,34 €		0
8			12,56 €	28,96 €		0
9			14,13 €	32,58 €	35,00 €	2,47
10			15,70 €	36,20 €	35,00 €	2,22
11			17,27 €	39,82 €	35,00 €	2,02
12			18,84 €	43,44 €	35,00 €	1,85
13			20,41 €	47,06 €	35,00 €	1,71
14			21,98 €	50,68 €	35,00 €	1,59
15			23,55 €	54,30 €	35,00 €	1,48
16			25,12 €	57,92 €	40,00 €	1,59
17			26,69 €	61,54 €	40,00 €	1,49
18			28,26 €	65,16 €	40,00 €	1,41
19			29,83 €	68,78 €	40,00 €	1,34
20			31,40 €	72,40 €	40,00 €	1,27
21			32,97 €	76,02 €	40,00 €	1,21
22			34,54 €	79,64 €	40,00 €	1,15
23			36,11 €	83,26 €	40,00 €	1,10
24			37,68 €	86,88 €	40,00 €	1,06
25			39,25 €	90,50 €	40,00 €	1,02
26			40,82 €	94,12 €	45,00 €	1,10
27			42,39 €	97,74 €	45,00 €	1,06
28			43,96 €	101,36 €	45,00 €	1,02
29			45,53 €	104,98 €	50,00 €	1,09
30			47,10 €	108,60 €	50,00 €	1,06
31			48,67 €	112,22 €	50,00 €	1,02
32			50,24 €	115,84 €	51,00 €	1,01

In der Spalte Praxispreis kann der betriebswirtschaftlich kalkulierte Preis eingetragen werden. Dann erscheint der notwendige Faktor in der letzten Spalte. Leider wird es durch die vielfältigen Rundungen kaum möglich sein wieder auf einen glatten Eurobetrag als Endpreis zu kommen.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Der zugehörige HKP sieht dann folgendermaßen aus:

Heil- und Kostenplan

Leistungsbeschreibung:

Professionelle Zahnreinigung an den Zähnen 17-27, 37, 35-46, 48
Politur von Füllungsrändern 16, 27, 35, 48

GOZ/GOÄ-Nummer	Anzahl	Beschreibung	Steigerungs-satz	EURO-Betrag
0030	1	Schriftl. Heil- und Kostenplan	1,8	20,25
1040	27	Professionelle Zahnreinigung	2,0	85,05
2130	4	Finieren, Polieren Füllung	2,3	53,80
			Voraussichtliche Gesamtkosten	**159,10**

Die Leistungen werden nach individuellem Aufwand in Rechnung gestellt. Treten im Laufe der Behandlung besondere Schwierigkeiten, besonderer Zeitaufwand und/oder besondere Umstände auf, können diese Leistungen mit einem bis zu 3,5-fachen Steigerungssatz berechnet werden.

Achtung: Dieses Beispiel muss auf den individuellen Fall abgestimmt werden.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

3.2.4.3. Zeitliches Orga-Schema zur Individualprophylaxe

Zeitliches Orga-Schema – Individualprophylaxe für den 3- bzw. 3,5-Jahres-Zeitraum in der GKV

6. bis Ende 17. Lebensjahr	**Abrechnungsschema für IP-Position**											
	5 Jahre alt	1. Jahr				2. Jahr				3. Jahr			
		1. Halbjahr		2. Halbjahr		3. Halbjahr		4. Halbjahr		5. Halbjahr		6. Halbjahr	
Quartal/Jahr													
PSI				○									○
01	○	○		○		○		○		○		○	
Zst		○				○				○			
IP 1		○		○		○		○		○		○	
IP 2		○		○		○		○		○		○	
IP 4	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
IP 5	46 ○	47 ○		36 ○		37 ○		26 ○		27 ○		16 ○	17 ○

IP 4: Bei Durchbruch eines 6ers bereits mit 5 Jahren berechnungsfähig.
Bei hohem Kariesrisiko von 6 bis Ende 17 Jahre 2 x im Halbjahr möglich.
IP 5: Bei 5-Jährigen mit 6er bereits möglich.

Hohes Kariesrisiko vorliegend? ↓

Ab 6 bis Ende 6 Jahre alt:	Ab 7 bis Ende 8 Jahre alt:	Ab 9 bis Ende 11 Jahre alt:	Ab 12 bis Ende 17 Jahre alt:
dmf-t > 5 oder D (T) > 0 DMF-T	dmf-t > 7 oder D (T) > 2 DMF-T	DMF-S approx./Glattfl. > 0	D-S approx./Glattfl. > 0 u./o. mehr als 2 kariöse Läsionen
Kleine Buchstaben = Milchzähne Große Buchstaben = permanente Zähne		D/d = decayed = kariös M/m = missing = fehlend wg. Karies F/f = filled = gefüllt wg. Karies T/t = teeth = Zähne S/s = surfaces = Zahnflächen	

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 02/2015

Abrechnungs- und Organisationsschema FU
für Kinder von 2,5 bis noch nicht 6 Jahre alt

		Halbjahr		Halbjahr		Halbjahr		Halbjahr		Halbjahr		Halbjahr		Halbjahr		
Quartal/ Jahr																
Alter	2	2,5		3		3,5		4		4,5		5		5,5		6
01		○			○				○				○		○	
FU		–	○		12 Monate➔		○		12 Monate➔		○					
IP 4 nur bei hohem Kariesrisiko: ➔													IP 4 1 x halbjährlich ohne hohes Risiko, wenn 6er da, oder ➔			
		dmf – t > 0			dmf – t > 2				dmf – t > 4				dmf – t > 5 (dann 2 x halbjährlich)			
IP 4					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
IP 5		wenn 6er vorzeitig vorhanden sind:											46	○	36	○
													16	○	26	○

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 02/2015

3.2.4.4. Sich nicht täuschen lassen

Gangbarer Weg. Der Privatpatient ist der bessere Fang für eine Praxis, heißt es. Deshalb haben viele Kassenpatienten Angst, sich über eine Kostenerstattung als Privatpatient behandeln zu lassen. Und Zahnärzte bieten Kassenpatienten oft keine Privatleistung an, um nicht in die Honorierungsfalle zu tappen. Wege aus dem Dilemma.

Im Reich der Fabeln gibt es viele Dinge, die in Wirklichkeit nicht so sind, wie sie dargestellt werden. So hat sich die Auffassung verfestigt, der Privatpatient schaffe das Geld für die Ärzte und Zahnärzte in die Praxen. Das aber ist nicht ganz zutreffend. So kann jeder Kassenpatient wählen, ob er sich als Privat- oder als Kassenpatient behandeln lässt, wohingegen Privatpatienten keinen Zugang zu einer Kassenbehandlung haben.

Als Kassenpatient unterliegt man einem beschränkten Zugang auf den Leistungskatalog. Um diese Fessel loszuwerden, kann man die Kostenerstattung wählen, und damit eröffnet sich einem als Privatpatient die Leistungspalette der modernen Zahnmedizin. Zugleich bekommt man die Kosten, die man als Kassenpatient für die Sachleistung erhalten hätte, im Zuge der Kostenerstattung minus Verwaltungskostenabschlag von seiner Krankenkasse ausgezahlt. Das jedoch kann nur der Patient veranlassen, nicht die Praxis.

Ein klares Jein

Und die Praxis – bekommt sie jetzt mehr für die Behandlung dieses Patienten? Darauf ein klares Jein! Warum das? Nicht jede Leistung ist in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) besser honoriert als im Bewertungsmaßstab zahnärztlicher Leistungen (BEMA). Deshalb ist es wichtig, als Zahnarzt gut aufzupassen, nicht der Betrogene zu sein, wenn man einem Kassenpatienten eine Privatleistung anbietet.

Es gibt ungefähr 170 zwischen GOZ und BEMA vergleichbare Leistungen – alle anderen Leistungen gibt es nur für Privatpatienten. Von diesen 170 Leistungen sind je nach Bundesland und Punktwerten 100 Leistungen beim 2,3-fachen Faktor schlechter bewertet als vergleichbare BEMA-Leistungen. Noch gravierender ist die Tatsache, dass 50 Leistungen, ebenfalls je nach Bundesland und vereinbarten Punktwerten, sogar beim 3,5-fachen Satz schlechter honoriert sind als im BEMA.

Genau rechnen

Bei manchen Leistungen muss mindestens der 7,7-fache Faktor angesetzt werden, damit man die BEMA-entsprechende Vergütung erhält. Wie lassen sich da Fehler vermeiden? Es ist vorab genau zu berechnen, was man machen möchte, wie die entsprechende BEMA-Honorierung aussieht, um dann den Faktor, den man zur Erbringung braucht, festlegen zu können. Für Mitglieder im FVDZ besteht die Möglichkeit, die GOZ-Navigator-App zu nutzen. Da muss nur die Leistung eingegeben werden und sofort wird angezeigt, welchem Faktor die BEMA-Honorierung entspricht. Eine tolle Sache!

Meist haben sich die Leistungen – seit Inkrafttreten des momentan gültigen Punktwertes (1988) – grundlegend in Technik, Zeitaufwand und Schwierigkeit der Erbringung geändert. So haben sich im Zuge der Weiterentwicklung die Materialpreise teilweise verdreifacht, und dank der Europäischen Medizinprodukteverordnung ist weder ein Ende noch der Erhalt günstiger Alternativprodukte absehbar. Die Medizinprodukteversorgungslandschaft wird stark reduziert und der Markt wenigen großen Playern überlassen werden, die die Preise bestimmen. Auch das muss Niederschlag in der Leistungseinschätzung finden.

Nicht auf Lauterbach setzen

All das zu berücksichtigen, gehört zu unseren ureigensten Aufgaben, um den Fortbestand der hochqualitativen freiberuflichen zahnärztlichen Versorgung in eigener Praxis gewährleisten zu können. Wer darauf wartet, dass ein Gesundheitsminister Lauterbach sich darüber Gedanken macht, wird sicher enttäuscht werden. Er hat es nicht gemacht, er macht es nicht, und er wird es in Zukunft aller Wahrscheinlichkeit nach nicht machen. In diesem Sinne: Machen Sie sich gute Gedanken um die Zukunft der Versorgung!

Dr. Christian Öttl

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2024

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2024

3.2.4.5. Sachleistung und kein Ende

Gangbarer Weg. Wer hat es nicht schon einmal gehört? »Bei mir gibt es keine Amalgamfüllung mehr. Bei mir müssen alle zuzahlen.« Doch die Rechtslage ist eine andere.

In der vertragszahnärztlichen Versorgung gibt es vom Sozialgesetzbuch (SGB) V vorgegebene Rahmenbedingungen. Mit Beantragung und Zulassung zur vertragszahnärztlichen Versorgung unterwirft man sich diesen Regularien.

In diesen steht unter anderem auch, dass es ein Zuzahlungsverbot gibt. Es ist also nicht nur so, dass man dem gesetzlich versicherten Patienten eine zuzahlungsfreie Sachleistung anbieten und über Alternativen aufklären muss, was im Patientenrechtegesetz §§ 630a BGB ff steht, sondern zudem keine Zuzahlungen verlangen darf. Sie sagen richtigerweise, dass es etwas für die »weißen Füllungen« gibt, aber das ist genau die einzige Ausnahme. Hierbei handelt es sich um die unter Mithilfe des FVDZ geschaffene Sonderform der Abrechnung über ein im SGB V verankertes Verfahren.

Dentinadhäsive Rekonstruktion

Dieses in § 28 verankerte Verfahren heißt Mehrkostenvereinbarung in der Füllungstherapie und ermöglicht die Erbringung einer dentinadhäsiven Rekonstruktion gegenüber der Sachleistungsfüllung unter Beibehaltung der Sachleistung als Abzugsleistung.

Auf einem Formular (siehe Abbildung) wird die erbrachte dentinadhäsive Rekonstruktion über die GOZ abgerechnet, davon wird die erbrachte Sachleistung (13a–13d) in Abzug gebracht. Damit hat der Patient eine andere Füllung erhalten, als die Sachleistung vorgegeben hätte, aber die damit verbundene Erstattung über die Abrechnung durch die eingelesene elektronische Gesundheitskarte ebenfalls erlangt. Es wäre wünschenswert, wenn diese Form der Abrechnung auf andere BEMA-Bestandteile ebenfalls angewandt werden dürfte. Man darf ja mal träumen.

Dr. Christian Öttl

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2024

Vereinbarung gem. § 28 Abs. 2 Satz 2 SGB V* (Mehrkosten bei Füllungen)

zwischen

_____

Patient/-in bzw. Zahlungspflichtige/-r

und

_____

Zahnärztin/Zahnarzt

für

_____

Patient (falls abweichend vom Zahlungspflichtigen)

Region	Geb.-Nr.	Leistungsbeschreibung	Faktor	Anzahl	Betrag EUR
			Geschätzte Material- und Laborkosten		
			Abzüglich der Kosten gem. den BEMA-Pos. 13a – d		
			Voraussichtliche Mehrkosten		

Erklärung des Versicherten

Ich bin von meiner Zahnärztin/meinem Zahnarzt über die nach den gesetzlichen Bestimmungen (§ 28 Abs. 2 SGB V) und den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung mit Zahnfüllungen unterrichtet worden. Ich wünsche eine darüber hinausgehende Versorgung auf Grundlage der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und verpflichte mich, die anfallenden Mehrkosten selbst zu tragen.

_____ _____

Ort, Datum Ort, Datum

_____ _____

Unterschrift Patient/-in Zahlungspflichtige/-r Unterschrift Zahnärztin/Zahnarzt

***§ 28 Abs. 2 Satz 1 – 5 Sozialgesetzbuch, fünftes Buch (SGB V)**:
Die zahnärztliche Behandlung umfasst die Tätigkeit des Zahnarztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Zahn-, Mund und Kieferkrankheiten nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist; sie umfasst auch konservierend-chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen, die im Zusammenhang mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen erbracht werden. Wählen Versicherte bei Zahnfüllungen eine darüber hinausgehende Versorgung, haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen. In diesen Fällen ist von den Kassen die vergleichbare preisgünstigste plastische Füllung als Sachleistung abzurechnen. In Fällen des Satzes 2 ist vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem Zahnarzt und dem Versicherten zu treffen. Die Mehrkostenregelung gilt nicht für Fälle, in denen intakte plastische Füllungen ausgetauscht werden.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2024

3.2.4.6. Hyaluronsäure – wie berechnen?

GOZ/GOÄ. Das Biomaterial findet verbreiteten Einsatz in der Zahnheilkunde. Umso wichtiger ist es, die passende Gebührennummer bei der Anwendung in der Parodontaltherapie zu kennen.

Hyaluronsäure (HA) ist an zahlreichen Prozessen der Gewebeheilung beteiligt. Sie wurde in den vergangenen Jahrzehnten als potentes, ubiquitär im Organismus vorkommendes Biomaterial hinsichtlich ihrer multiplen Wirkungsmechanismen umfassend untersucht.

HA beschleunigt die Wundheilung und stabilisiert den Wundraum. Ihre bakteriostatische, entzündungshemmende, antiödematöse, osteoinduktive und proangiogenetische Wirksamkeit macht die HA zu einem sehr interessanten Material, etwa in der Oralchirurgie und der (regenerativen) Parodontaltherapie. Es stehen unterschiedliche Zubereitungsformen mit je nach zahnmedizinischer Indikation unterschiedlichen Resorptionsprofilen zur Verfügung.

Wissenschaftliche Evidenz

In mehreren klinischen Studien wird bei adjuvanter Anwendung von HA zum Scaling und Root Planing bei der antiinfektiösen Therapie oder im Zuge der unterstützenden UPT ein statistisch signifikanter positiver Effekt hinsichtlich einer Verringerung von Blutung und Sondierungstiefe und eines zusätzlichen Attachementgewinns im Vergleich zu Kontrollen erzielt – sowohl bei nichtchirurgischer als auch bei chirurgischer Applikation. Doch wie wird die Anwendung von HA in der Parodontologie bei offensichtlich gegebener wissenschaftlicher Evidenz berechnet?

GOZ-Nr. 4110

Die GOZ-Nr. 4110 beschreibt das Auffüllen von parodontalen Knochendefekten mit Aufbaumaterial. Als solches wird Knochen- und/oder Knochenersatzmaterial benannt sowie das Einbringen von Proteinen mit dem Ziel der regenerativen Behandlung parodontaler Defekte. Diese Gebührennummer beschreibt also den mittlerweile klassischen regenerativen beziehungsweise rekonstruktiven Ansatz parodontaler Defekte. HA ist jedoch weder ein Knochenersatzmaterial noch ein (regeneratives) Protein, sondern ein sich in seiner Struktur mehr oder weniger häufig wiederholendes Disaccharid. Damit ist das Einbringen von HA nicht nach der GOZ-Nr. 4110 berechnungsfähig, sondern eine zahnärztliche Leistung, die in den Gebührenordnungen nicht enthalten ist. Derartige Leistungen werden nach § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet.

HA beim Papillenaufbau

Aus der kosmetischen Faltenbehandlung ist die Unterspritzung mit HA ein bekanntes Verfahren. Auch im Zahnfleisch ist ein Volumengewinn durch das Einspritzen von Hyaluronsäure (etwa Tissue Support®, Medical Instinct) mittlerweile gut dokumentiert.

Der Aufbau des Weichgewebes zum Ausgleich einer defizitären Rot-Weiß-Ästhetik wurde von Dr. William Becker erstmals im Jahr 2009 beschrieben und befasst sich mit der Rekonstruktion der interdentalen Papille durch HA-Injektionen. Auch hier ist die wissenschaftliche Evidenz gegeben (etwa Studie Universität Porto 2011), wobei die richtige Indikationsstellung von sehr großer Bedeutung ist.

Beim Papillenaufbau mit HA handelt es sich nicht in erster Linie um ein kosmetisches Verfahren. Die Wiedererlangung von Volumen der Papille sorgt für die Bedeckung von Wurzeldentin, Zahnhälsen und Wurzelunebenheiten und damit zu einer reduzierten Impaktionsmöglichkeit von Speiseresten und Plaque; das neue Papillenvolumen wirkt der Entstehung von Biofilm auf der Wurzeloberfläche entgegen. Es liegt damit eine medizinisch notwendige, wissenschaftlich gesicherte Maßnahme zur papillären Regeneration vor.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2024

GOÄ-Nrn. 267 und 268

Es handelt sich beim Einbringen der HA in die Papille um eine submuköse medikamentöse Infiltrationsbehandlung. Derartige Infiltrationen werden berechnet nach der GOÄ-Nr. 267 (wenn nur in einer Körperregion angewendet) beziehungsweise nach der GOÄ-Nr. 268 (wenn in mehreren Körperregionen angewendet oder beidseitig in einer Körperregion). Eine Berechnung nach der GOÄ-Nr. 2442 für den Papillenaufbau mit HA kommt hingegen nicht in Betracht. Die GOÄ-Nr. 2442 ist im Kapitel L der GOÄ (Chirurgie, Orthopädie) aufgeführt. Der Leistungstext lautet: »Implantation alloplastischen Materials zur Weichteilunterfütterung als selbstständige Leistung«. Bei der Infiltration von HA handelt es sich weder um eine chirurgische Maßnahme noch wird alloplastisches Material verwendet.

Dr. Dr. Alexander Raff

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2024

3.3. GOZ 2012

3.3.1. Vorbemerkungen

Die GOZ 2012 ist seit drei Jahren in Kraft und hat die Berechnung der privatzahnärztlichen Leistungen nicht tiefgreifend verändert. Viele Leistungen haben nur in der Nomenklatur Änderungen erfahren. Keinerlei Änderung hat der Punktwert erfahren. Hier ist nach wie vor großer Nachholbedarf, da faktisch seit 1965 keine adäquate Anpassung erfolgte. In den Hauptversammlungen des FVDZ wird regelmäßig darauf verwiesen und eine Anhebung des Punktwertes wie auch regelmäßige Anpassungen gefordert.

Ebenso stellt die GOZ 2012 keinesfalls die Zahnmedizin »up to date« dar.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 02/2015

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 02/2015

3.3.1.1. GOZ-Novellierung 2012

Seit dem 01.01.2012 gilt für die Zahnärztinnen und Zahnärzte in Deutschland die neue Gebührenordnung GOZ 2012. Die Bundesregierung hat von ihrer Ermächtigung nach § 15 Zahnheilkundegesetz (ZHG) Gebrauch gemacht und die GOZ mit Zustimmung des Bundesrates mit Wirkung zum 01.01.2012 novelliert. Die von den FDP-Ministern Philipp Rösler und Daniel Bahr zu verantwortende zahnärztliche private Gebührenordnung enthält Regelungen, die eine Zumutung für die deutsche Zahnärzteschaft, nicht nur wegen des Stillstands beim GOZ-Punktwert seit 23 Jahren, sind. Im Folgenden die wesentlichen Änderungen im Allgemeinen und Besonderen Teil der GOZ:

Änderungen im Allgemeinen Teil der GOZ
Der dem Gebührenverzeichnis vorgeschaltete »Paragrafenteil« stellt die wesentlichen »Spielregeln« dar, nach denen die Abrechnungen zu erfolgen haben. Diese »Spielregeln« werden nicht einfacher, sondern komplizierter und für die Zahnärzteschaft mit zusätzlichen bürokratischen Hürden versehen. Zu verzeichnen ist auch, und dies ist gravierend, dass das Bundesgesundheitsministerium dem Gesetzesauftrag aus § 15 ZHG nicht gerecht wird. Hiernach sind in der GOZ Mindest- und Höchstsätze für die zahnärztlichen Leistungen festzusetzen, wobei den berechtigten Interessen der Zahnärzte und der zur Zahlung der Entgelte Verpflichteten Rechnung zu tragen ist. Diesen Gesetzesauftrag ignoriert der Verordnungsgeber, da er die fiskalischen Interessen von Beihilfestellen und die Interessen privater Krankenversicherungen mittels einer virtuellen Begrenzung der »Ausgabenvolumina« zum Maßstab seines Handelns macht und die berechtigten Interessen der Zahnärzteschaft an einer Erhöhung des GOZ-Punktwertes ausklammert. Nachfolgend ein Überblick über wesentliche Änderungen im Allgemeinen Teil.

§ 2 – abweichende Vereinbarung

§ 2 Abs. 1 wird dahingehend ergänzt, dass die Vereinbarung einer abweichenden Punktzahl oder eines abweichenden Punktwertes nicht zulässig ist. Durch diese Ergänzung will der Verordnungsgeber verhindern, dass die bisherige Regelung des § 2 Abs. 1 (»Durch Vereinbarung kann eine von dieser Verordnung abweichende Höhe der Vergütung festgelegt werden«) dahingehend interpretiert wird, dass der Zahnarzt mit dem Patienten auch einen abweichenden Punktwert oder eine abweichende Punktzahl vereinbaren kann.

Neu geregelt wird auch § 2 Abs. 2 GOZ, wonach eine Vereinbarung nach § 2 Abs. 1 nach persönlicher Absprache im Einzelfall zwischen Zahnarzt und Patient vor Erbringung der Leistung des Zahnarztes in einem Schriftstück zu treffen ist. Hierbei ist neben der Nummer und der Bezeichnung der Leistung dem vereinbarten Steigerungssatz auch der sich hieraus ergebende Betrag anzugeben. Diese Präzisierungen dienen ausweislich der Verordnungsbegründung der Klarstellung entsprechend den Vorgaben der Rechtsprechung. Hervorgehoben wird dabei, dass es nicht ausgeschlossen ist, dass sich der Zahnarzt bei der Vereinbarung vertreten lassen kann und das Aushandeln von Gebührensätzen für jede einzelne Leistung nicht zwingend ist.

Im Bereich der »Verlangensleistungen« wird in § 2 Abs. 3 vorgeschrieben, dass sie nebst Vergütung in einem HKP schriftlich vereinbart werden müssen. Die bisherige Beschränkung des Erfordernisses eines HKP auf Leistungen, die nicht in den Gebührenverzeichnissen der GOZ oder der GOÄ enthalten sind, entfällt. Mit der erweiterten Verpflichtung verspricht sich der Verordnungsgeber u. a., dass dem Bedürfnis des Patienten nach Informationen über die geplanten Leistungen und die voraussichtlich entstehenden Kosten auch bei Verlangensleistungen Rechnung getragen wird. Für die Praxis bedeutet dies mehr Bürokratie.

Zielleistungsprinzip – § 4 Abs. 1 GOZ

Noch im Referentenentwurf war eine sehr belastende Regelung hinsichtlich der Einführung eines »Ziel- und Komplexleistungsprinzips« vorgesehen (»Eine Leistung ist methodisch notwendiger Bestandteil einer anderen Leistung, wenn sie erbracht wird, um die andere Leistung (Zielleistung) nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst erbringen zu können«). Die jetzt erlassene Regelung entspricht der GOÄ. Ausgegangen wird von der bereits in der aktuellen GOZ enthaltenen Regelung des § 4 Abs. 1 S. 2, wonach ein Zahnarzt für eine Leistung, die Bestandteil oder eine

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 02/2015

besondere Ausführung einer besonderen Leistung nach dem Gebührenverzeichnis ist, eine Gebühr nicht berechnen kann, wenn er für die andere Leistung eine Gebühr berechnet. Diese Regelung wird dahingehend ergänzt, dass dies auch für die zur Erbringung der im Gebührenverzeichnis aufgeführten operativen Leistungen methodisch notwendig operativen Einzelschritten gilt. Präzisiert wird dabei, dass eine Leistung methodisch notwendiger Bestandteil einer anderen Leistung ist, wenn sie inhaltlich von der Leistungsbeschreibung der anderen Leistung (Zielleistung) umfasst und auch in deren Bewertung berücksichtigt worden ist.

Lagerhaltung

In § 4 Abs. 3 S. 1 der neuen GOZ wird klargestellt, dass auch die Kosten für Lagerhaltung grundsätzlich als Praxiskosten mit den Gebühren abgegolten sind, womit die Rechtsprechung des BGH (BGH, Urteil vom 27. 05. 2004, III ZR 264/03) berücksichtigt wird.

»Kaufmännische Rundung bei der Gebührenbemessung/Gebührenstillstand«

Nicht »durchringen« konnte sich der Verordnungsgeber zu einer Anpassung des seit 23 Jahren unveränderten Punktwertes von 5,62421 Cent. »Bahnbrechend« ist da schon, dass der Verordnungsgeber nunmehr auf die im Geschäftsverkehr allgemein übliche kaufmännische Rundung abstellen möchte (»Bei der Bemessung von Gebühren sind sich ergebende Bruchteile eines Cents unter 0,5 abzurunden, um Bruchteile von 0,5 und mehr aufzurunden; die Rundung ist erst nach der Multiplikation mit dem Steigerungsfaktor nach S. 1 vorzunehmen«).

Die Nichtanpassung des GOZ-Punktwertes ist skandalös, da dem Gesetzesauftrag aus § 15 ZHG nicht gerecht wird, die berechtigten Interessen der Zahnärzte angesichts massiver Kostensteigerung seit 23 Jahren zu berücksichtigen. Überdies ist ein Verstoß gegen den Gleichheitsgrundsatz des Art. 3 GG offensichtlich, wenn man bedenkt, dass anderen freien Berufen, wie z. B. Rechtsanwälten, in den vergangenen Jahren z. T. zweistellige Gebührenerhöhungen zugestanden wurden. Der Verordnungsgeber verkennt eklatant, dass die Gebührenordnung nicht den Interessen der Erstattungsstellen, egal ob Beihilfe oder PKV, zu genügen hat. Seinem Auftrag wird der Verordnungsgeber auch nicht dadurch gerecht, dass er im Rahmen der GOZ-Novelle über alles einen (angeblichen) Anstieg des Honorarvolumens um 6 % vorsieht. Selbst unterstellt, dass diese geschätzte Zahl korrekt wäre, würde dies nicht annähernd ausreichen, um die von der Zahnärzteschaft erlittenen Honorareinbußen seit 1988 zu kompensieren. Zudem zeigen Berechnungen der ZA – Zahnärztliche Abrechnungsgenossenschaft e. G., dass die BMG-Zahlen zu hinterfragen sind. Auf Basis ihrer Zahlen kommt die ZAeG zu einem Honorarverlust von 4,53 %.

»2,3-facher Satz« – § 5 Abs. 2 GOZ

Besonders bemerkenswert ist auch die Ergänzung in § 5 Abs. 2, wonach der 2,3-fache Gebührensatz die nach Schwierigkeit und Zeitaufwand durchschnittliche Leistung abbildet. Eine Überschreitung dieses Gebührensatzes ist nach dieser Regelung nur zulässig, wenn Besonderheiten der in S. 1 genannten Bemessungskriterien (Anm.: Schwierigkeit und Zeitaufwand der einzelnen Leistung sowie Umstände bei der Ausführung) dies rechtfertigen. Leistungen mit unterdurchschnittlichem Schwierigkeitsgrad oder Zeitaufwand sind nach dieser Regelung ausdrücklich mit einem niedrigen Gebührenansatz zu berechnen. Ausweislich der Verordnungsbegründung soll mit dieser Regelung der üblichen Abrechnungspraxis Rechnung getragen werden, nach der die nach Schwierigkeit und Zeitaufwand durchschnittliche Leistung mit dem 2,3-fachen Gebührensatz berechnet wird. Der 2,3-fache Gebührensatz dürfe nicht schematisch berechnet werden, vielmehr sei bei einer einfacheren unter dem Durchschnitt liegenden Leistung auch ein niedrigerer Gebührensatz zu berechnen.

Diese Regelung hat es »in sich«, da dem »Zeitaufwand« für die Wahl eines Steigerungsfaktors besondere Bedeutung zugemessen wird. Nach der neuen Regelung ist es durchaus denkbar, dass private Krankenversicherungen nachfragen werden, ob denn der gewählte Steigerungssatz auch mit dem »erforderlichen Zeitaufwand« in Einklang steht, womit inzidenter auch zu prüfen ist, wie lange der Zahnarzt für eine bestimmte Leistung gebraucht hat.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 02/2015

Analogberechnung – § 6 GOZ

Mit der Neufassung des § 6 Abs. 1 S. 1 GOZ wird die Berechnung von Leistungen, die nicht in das Gebührenverzeichnis der GOZ aufgenommen worden sind, mit einer nach Art, Kosten und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung (sogenannte Analogbewertung) ermöglicht. Die bisherige Regelung, die die Analogberechnung erst für nach Inkrafttreten der GOZ aufgrund wissenschaftlicher Erkenntnisse entwickelte Verfahren zuließ, wird aufgegeben. Wie bisher ist die Voraussetzung für die Anwendung der Analogbewertung, dass es sich um eine selbstständige zahnärztliche Leistung und keine besondere Ausführung oder Teilleistung einer bereits im Gebührenverzeichnis der GOZ enthaltenen Leistung handelt. Klargestellt wird, dass bei der Analogbewertung zunächst eine nach Art, Kosten und Zeitaufwand gleichwertige Leistung aus dem Gebührenverzeichnis der GOZ heranzuziehen ist und für die Analogberechnung erst nachrangig eine Leistung aus den nach § 6 Abs. 2 eröffneten Leistungen des Gebührenverzeichnisses der GOÄ in Frage kommt.

In § 6 Abs. 2 wird das Verfahren für die Analogberechnung von GOÄ-Leistungen beschrieben. Hiernach ist es in bestimmten Fällen möglich, dass der Zahnarzt auch Leistungen erbringen kann, die nicht im Gebührenverzeichnis der GOZ, sondern im Gebührenverzeichnis der GOÄ enthalten sind, wobei exakt auf die Abschnitte, Unterabschnitte und einzelne Gebührenpositionen der GOÄ verwiesen wird, auf die der Zahnarzt bei GOÄ-Analogberechnungen zurückgreifen kann.

In der Begründung wird hervorgehoben, dass es zwingende Voraussetzung für die Berechnung einer Leistung nach GOÄ durch den Zahnarzt ist, dass der Zahnarzt diese Leistung berufsrechtlich erbringen darf. Zudem sei zu beachten, dass ein Zugriff auf das Gebührenverzeichnis der GOÄ nur dann gebührenrechtlich zulässig sei, wenn die zu berechnende Leistung nicht im Gebührenverzeichnis der GOZ enthalten ist. Es sei z. B. für das Aufbereiten eines Wurzelkanals (GOZ-Nr. 2410) nicht möglich, die in dem Gebührenverzeichnis der GOÄ enthaltenen Leistungen nach den Nummern 321 (Untersuchung von natürlichen Gängen oder Fisteln), 370 (Einbringung eines Kontrastmittels zur Darstellung natürlicher oder künstlicher Gänge) oder 5260 (Röntgenuntersuchung natürlicher, künstlicher oder krankhaft entstandener Gänge) zu berechnen, da der Gebührentatbestand durch die GOZ-Ziffer als speziellere Regelung wiedergegeben werde.

Generell zu verzeichnen ist, dass viele Leistungen, die bislang analog berechnet werden konnten (z. B. Kompositfüllungen, PZR) in den Leistungskatalog der GOZ aufgenommen wurden, womit die Möglichkeit der Analogberechnung zukünftig entfällt.

Wegegeld – § 8 GOZ

Erhöht wird das Wegegeld für einen Patientenbesuch außerhalb der Praxis, wobei abgestaffelt auf die Entfernung zur Praxis abgestellt wird (z. B. Radius bis zu 2 km = 4,30 €).

Diese Regelung ist von besonderem Interesse, wenn man sich die Verordnungsbegründung anschaut. Dort heißt es, dass die Beträge entsprechend der Kostensteigerung seit 1996 (Inkrafttreten der letzten GOÄ-Novellierung) bis zum Inkrafttreten der neuen GOZ angepasst werden. Die Erhöhung des Kostenanteils orientiere sich an den Angaben des statistischen Bundesamtes zum Verbraucherpreisindex im Bereich Waren und Dienstleistungen für Privatfahrzeuge.

Diese Berücksichtigung von Kostensteigerungen (zumindest seit 1996) in Anlehnung an einen Preisindex zeigt, dass es dem Verordnungsgeber durchaus bewusst ist, dass der Zahnarzt Kostensteigerungen ausgesetzt ist. Es erschließt sich nicht, dass der Verordnungsgeber dies zumindest beim Wegegeld partiell versteht, aber diese selbstverständlichen Mechanismen (Preissteigerungen z. B. beim Personal, Miete, Praxiseinrichtung) vollständig bei der Anpassung des Punktwertes ausklammert.

ZE-Kostenvoranschlag – § 9 Abs. 2 GOZ

Nach dieser Regelung wird der Zahnarzt verpflichtet, ab 1.000,– € voraussichtlicher Zahnersatzkosten einen Kostenvoranschlag anzubieten, wobei dieser auf Verlangen des Patienten in Textform zu erstellen ist. Beim Kostenvoranschlag müssen die voraussichtlichen Gesamtkosten der zahntechnischen Leistungen

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 02/2015

und die verwendeten Materialien angegeben werden. Auf Verlangen des Patienten ist Art, Umfang und Ausführung der einzelnen Leistungen, Berechnungsgrundlage und Herstellungsort näher zu erörtern. Für den Fall, dass zu erwarten ist, dass die Kosten um mehr als 15 % überschritten werden, ist der Patient hierüber unverzüglich zu unterrichten.

Diese Regelungen führen zu einem Mehr an Bürokratie. Die Regelung hinsichtlich der Informationspflicht bei Kostensteigerungen entspricht gängiger Rechtsprechung.

Neuregelungen bei der Rechnungsstellung – § 10 GOZ

Sehr weitreichende Änderungen bringt § 10 GOZ für die Zahnarztpraxen mit sich.

Maschinenlesbare Rechnung
Im übertragenen Sinne in »letzter Minute« wurde vom Finanzausschuss des Bundesrates noch eine Regelung initiiert, die am 04. 11. 2011 vom Bundesrat beschlossen und mit der entsprechend veränderten GOZ der Bundesregierung zugeleitet wurde. Gegenstand des neugeregelten § 10 Abs. 1 GOZ ist, dass mit Wirkung zum 01. 07. 2012 ein einheitlicher maschinenlesbarer Rechnungsvordruck für die Zahnarztpraxen vorgeschrieben wird. Dies bedeutet das Ende individuell ausgestalteter Rechnungen, wobei im Bundesratsbeschluss das Muster der zukünftigen »Einheitsrechnung« als Anlage beigefügt ist. In der Begründung des Bundesratsbeschlusses wird hervorgehoben, dass die Abwicklung von Erstattungsanträgen mit rechnergestützten Programmen sich mittlerweile zu einem unverzichtbaren Bestandteil der privaten Krankenversicherung sowie des Systems der Beihilfe entwickelt habe. Die umfassende maschinelle Unterstützung der Kostenerstattung von Abrechnungen nach der amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte scheitere derzeit allerdings weitgehend an der individuellen Gestaltung der Liquidation. Allein dadurch werde derzeit eine automatisierte formale Prüfung mit vertretbarem technischem Aufwand und zu wirtschaftlichen Rahmenbedingungen erschwert. Durch die vorgeschriebene Verwendung einer einheitlichen Form der Liquidation, die die in § 10 GOZ seit jeher bekannten verbindlichen Angaben enthalte, werde der technische Aufwand minimiert, ohne dass dadurch zusätzliche Belastungen für die Zahnärzte entstünden.

Mit dieser Regelung wird die PKV und Beihilfe nicht nur im Tagesgeschäft unterstützt, sondern es wird die Basis dafür geschaffen, dass eine umfassende Abrechnungskontrolle im Privatbereich erfolgt, die auch eine Kontrolle der »Ausgabenvolumina« beinhalten kann.

Formalien bei der Rechnungslegung
Des Weiteren ist in § 10 eine Ausweitung der Bürokratie für die Zahnarztpraxen vorgesehen. Wenn die berechnete Gebühr das 2,3-Fache des Gebührensatzes überschreitet, so ist dies auf die einzelne Leistung bezogen für den Zahlungspflichtigen verständlich und nachvollziehbar schriftlich zu begründen, § 10 Abs. 3 GOZ. Zudem wird für eine Vereinbarung nach § 2 Abs. 2 GOZ (»Freie Vereinbarung«) eine »Nachbegründungspflicht« eingeführt. Wörtlich heißt es: »Soweit im Falle einer abweichenden Vereinbarung nach § 2 auch ohne die getroffene Vereinbarung ein Überschreiten der in S. 1 genannten Steigerungssätze gerechtfertigt gewesen wäre, ist das Überschreiten auf Verlangen des Zahlungspflichtigen schriftlich zu begründen.«

Übergangsregelung – § 11 GOZ

In dieser Regelung wird klargestellt, dass Leistungen, die vor Inkrafttreten der neuen Gebührenordnung erbracht worden sind, weiterhin nach »GOZ-Alt« abgerechnet werden dürfen. Bei Behandlungen, die vor Inkrafttreten der neuen GOZ begonnen, aber erst nach dem 01. 01. 2012 beendet werden, gilt folgende Regelung. Für die in den Gebührenpositionen Nummern 215 bis 222, 500 bis 523 und 531 bis 534 zusammengefassten Komplexleistungen, deren Erbringung sich über einen Zeitraum von mehreren Sitzungen erstrecken kann, gilt die alte GOZ weiter, wenn die Leistung vor dem Inkrafttreten der neuen GOZ begonnen und noch nicht beendet wurde. Für Leistungen, die im Rahmen einer vor Inkrafttreten der neuen GOZ geplanten und begonnenen kieferorthopädischen Behandlung erbracht werden, gilt die alte GOZ bis zum Behandlungsabschluss oder längstens bis zum Ablauf von vier Jahren nach Inkrafttreten der neuen GOZ.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 02/2015

Neufassung des § 12 GOZ (Überprüfung) – Auftrag für ein GOZ-Budget?

In einem neuen § 12 GOZ ist ein »unbestimmter Prüfauftrag« enthalten, der zunächst »harmlos« klingt: »Die Bundesregierung prüft die Auswirkungen der Neustrukturierungen und Bewertung der Leistungen der GOZ. Sie berichtet dem Bundesrat für spätestens Mitte des Jahres 2015 über das Ergebnis der Prüfung und die tragenden Gründe.«

Diese Regelung wurde vom Bundesrat auf Initiative des Finanzausschusses in der GOZ implementiert, wobei sich die Intention dieser Regelung aus der Begründung des Bundesratsbeschlusses ergibt. Dort wird festgehalten, dass eine Kostensteigerung über den angenommenen Wert von 6 % hinaus »nicht sachgerecht« sei. Auf Grundlage des von der Bundesregierung zu erstellenden Berichtes sei über eine Anpassung der Vorgaben der GOZ zu befinden. Dieser »Auftrag« hat den Zweck – unabhängig von der eigentlich maßgeblichen Vorgabe des § 15 ZHG – eine Automatik zu schaffen, um (angebliche) »Kostensteigerungen« im Bereich der GOZ über eine »Anpassung der Vorgaben der GOZ« zu begrenzen. Eine »Anpassung der Vorgaben der GOZ« wäre dabei in mehrfacher Hinsicht möglich (z. B. Punktwertabsenkung, Reduzierung der Punktwerte für einzelne Leistungen). Wenn diese Anpassung erfolgen würde, wäre dies letztlich nichts anderes, als die Einführung eines Budgets im Bereich der privatzahnärztlichen Versorgung. Man muss sich fragen, ob der Verordnungsgeber sich nicht über den Auftrag in § 15 ZHG hinwegsetzt, wenn er – ausweislich der Begründung des BR-Beschlusses – eine Systematik einführt, die die Interessen der Zahnärzte einseitig ausklammert, da auf die Ausgabenvolumina für die PKV und Beihilfe abgestellt wird.

Insgesamt ist bei diesem von einem FDP-Ministerium vorgelegten und vom Bundesrat modifizierten Verordnungstext nicht annähernd zu ersehen, dass den berechtigten Interessen der Zahnärzteschaft entsprechend § 15 ZHG gerecht wird. Das Gegenteil ist der Fall, da für den Verordnungsgeber fiskalische Interessen und die Interessen der PKV Maßstab des Handelns sind.

Die ganze Tragweite dieser GOZ-Novelle erschließt sich im Zusammenhang mit dem Leistungsteil, der nachfolgend dargestellt wird.

Änderungen Besonderer Teil

Bei der Neufassung der GOZ 2012 hat man sich im Besonderen Teil, also im Leistungsverzeichnis an der »alten« Systematik orientiert und nicht wie bei Ulla Schmidts Entwurf eine neue Systematik zu Grunde gelegt. Die Bezeichnung der Leistungen erfolgt nunmehr mit vierstelligen Leistungsziffern. Durch diese Vorgehensweise wird auch aufgezeigt, dass man es hier nicht mit dem großen Wurf zu tun haben kann. Weil die Basis die »alte« GOZ und deren Systematik ist, ist die von den Zahnärzten entwickelte HOZ, die sowohl den wissenschaftlichen Stand der Zahnheilkunde heute als auch die betriebswirtschaftlichen Grundlagen einer Zahnarztpraxis des 21. Jahrhunderts wiedergibt, gegen besseres Wissen und aus rein fiskalischen Vorgaben der Novellierung zum Opfer gefallen. Vorgabe des Besonderen Teils der neuen GOZ ist u. a., die für die PKV und Beihilfe positiven Urteile zu implementieren, durch neue Gebührenziffern Freiräume bei der Analogberechnung zu beseitigen und damit das »Ausgabenvolumen« zu senken. Das Ganze natürlich auf einen Volumenzuwachs von 6 % begrenzt, da dies als »sachgerecht« angesehen wird. Eine Annahme des BMG hierbei ist, dass die ehedem wegen zu »niedriger Bewertung«, in den Liquidationen oft über den 2,3-fachen Satz gesteigerten Leistungen in der Zukunft nur zum 2,3-fachen Satz abgerechnet werden.

Wegfallende Leistungen schaffen Volumen für neue Leistungen

Um das vorgegebene Volumen nicht zu übersteigen, musste sich das Ministerium damit beschäftigen, welche Leistungen nicht oder nicht mehr gebraucht werden. Dazu hat man sich der Statistik bedient. Nicht medizinische Notwendigkeiten bedingen Leistungen in einem Gebührenverzeichnis, das der Verordnungsgeber erlässt, sondern die Statistik und die Kassenlage. Die ist aber chronisch schlecht, wie auch das Ergebnis der Bemühungen.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 02/2015

Neue Leistungen in der Gebührenordnung

Die Notwendigkeit neuer Leistungen in der Gebührenordnung sieht der Verordnungsgeber in den Bereichen, in denen die meisten Erstattungsschwierigkeiten bestanden haben. In die GOZ-Vorarbeiten sind im BMG auch die privaten Krankenversicherungen wie auch die Finanzministerien und Innenministerien eingebunden. So wurden die Schwachstellen, rein von der Erstattungsseite, schnell gefunden. Die Staatsdiener und privat Versicherten sollten sozusagen barrierefreien (erstattungserleichterten) Zugang zu moderner Zahnheilkunde haben. Gerade Bereiche wie die dentinadhäsiven Techniken, die Neuerungen in der Parodontologie wie auch in der Implantologie und Prophylaxe sind davon betroffen. Um aus der Analogie, die die Liquidation nach praxisindividuellen Erfordernissen ermöglicht, herauszukommen und Erstattungsschwierigkeiten von den Beihilfeberechtigten fernzuhalten, mussten neue Positionen – mit »günstiger Bepreisung« – geschaffen werden.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 02/2015

3.3.1.2. Falsche Versprechen der Kassen

Der gangbare Weg. Die Budgetierung zwingt heute mehr denn je zur konsequenten Anwendung gültiger Richtlinien und Leistungslegenden. Diese definieren die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen – und auch die Grenzen der Abdeckung.

Damit wir wissen, welche Einschränkungen es gibt, müssen wir wissen, wo diese stehen. Die Leistungslegenden finden sich im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA). Der BEMA ist die Basis für die Abrechnung mit der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Für jeden Bereich der vertrags(zahn-)ärztlichen Behandlung gibt es Richtlinien, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) erlassen werden; der G-BA entscheidet über die Leistungen der GKV. Die G-BA-Richtlinien finden sich unter anderem auf der Internetpräsenz der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV): https://tinyurl.com/5pnbaxrz.

Dieser Rahmen für die Erbringung der gesundheitlichen Versorgung gesetzlich Versicherter ist zwingend und kann unter Einbeziehung von § 12 SGB V (Fünftes Buch Sozialgesetzbuch) und damit dem »Wirtschaftlichkeitsgebot« zur Rückforderung von Honoraren führen. In einer Zeit strikter Budgetierung ist dies umso wichtiger, denn die Krankenkassen sind momentan notleidend und suchen händeringend nach Geldquellen.

Zusagen, aber nur mündlich

Die Absurdität besteht allerdings in der Tatsache, dass die gesetzlichen Krankenkassen ihren Versicherten am Schalter oder telefonisch Leistungen als durch die Krankenkasse abgedeckt versprechen (Fälle sind bekannt), aber umgehend dem Zahnarzt, der diese Leistungen erbringt, über den Weg der Prüfung wieder streichen. Schriftlich wird dem Versicherten wohlweislich keine Zusage gemacht, die dann eingehalten werden müsste.

Dem Patienten, der zu Recht sagt, er zahle einen hohen Beitrag und möchte dafür einen Gegenwert haben, kann der behandelnde Zahnarzt dann nur erklären, dass manche Leistungen tatsächlich nicht bezahlt und auch nicht zulasten der GKV erbracht werden dürfen. So heißt es in SGB V § 12: »Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.« Falls aber »die Krankenkasse Leistungen ohne Rechtsgrundlage oder entgegen geltendem Recht erbracht hat«, muss deren Vorstand dafür haften.

Gerade in Zeiten der Budgetierung ist man also gut beraten, die Abrechnungsrichtlinien zu kennen und sich auch daran zu halten. Umso mehr wird sich das Feld der privaten Leistungen vergrößern und damit das Standbein der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) respektive die privat von den Patienten zu zahlenden Leistungen. Jede in diesem Feld zusätzlich aufgeführte Leistung, die vielleicht noch über den 3,5-fachen Faktor gesteigert ist, weil es die Behandlung, der Zeitaufwand, die Materialkosten und die Schwierigkeit erfordern, machen der Gesundheitspolitik deutlich, dass Handeln nötig ist. Da sowohl die BEMA-Leistungen unterbewertet sind, insbesondere in Zeiten der Budgetierung, als auch der GOZ-Punktwert generell zu niedrig ist, und das seit mehr als 35 Jahren, kann einzig diese Taktik deutlichen Handlungsbedarf aufzeigen.

Dr. Christian Öttl

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2024

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2024

3.3.2. Analogleistungen in der GOZ 2012

Wie geht`s? Was geht?

Die Zahnmedizin hat sich in den letzten Jahrzehnten erheblich verändert. Immer mehr technische und wissenschaftliche Erkenntnisse haben zu der Entwicklung und Förderung einer zunehmend minimalinvasiven und präventionsorientierten Behandlungsweise geführt. Ein gutes Beispiel ist der Einsatz von Mikroskop und neuen Lichtsystemen in der zahnärztlichen Behandlung.

Diese Behandlungsschritte waren aber nicht in der Gebührenordnung vorgesehen. Um dieses Problem zu lösen, sah die GOZ 1988 erstmals eine Analogie vor.

Voraussetzungen waren (GOZ 1988):
- Leistung nicht in der GOZ beschrieben
- selbstständige Leistung
- nach 1988 die Praxisreife erlangt
- wissenschaftlich registriert

Es musste eine nach Art, Zeit und Kostenaufwand gleichwertige Leistung in der GOZ – falls dort nicht beschrieben, ersatzweise in der GOÄ – herangezogen werden. Die gerichtliche Anerkennung des Verfahrens der Analogberechnung wurde in Prozessen bei der Berechnung dentinadhäsiver Rekonstruktionen (DAR) bis hin bei der Faktorfreigabe über den 2,3-fachen Satz (z. B. Allianz, 3,5-facher Satz für DAR) bestätigt.

§ 5 GOZ galt und gilt auch heute noch!

Schon seit 1988 gab es unterschiedliche Auslegungen bei der Anwendung der Analogie nach § 6 Abs. 2 GOZ. Streitpunkt war oft, ob für die Leistung bereits vor 1988 Praxisreife bestand oder nicht.

Analogberechnung nach § 6 Abs. 2 GOZ 1988

Eine selbstständige, zahnärztliche Leistung, die erst nach dem Inkrafttreten der Gebührenordnung für Zahnärzte (01. 01. 1988) entwickelt worden ist, wurde nach den Bestimmungen der §§ 6 Abs. 2 GOZ und 10 Abs. 4 GOZ berechnet. Dabei wählte der Zahnarzt eine nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertige Leistung der Gebührenordnung aus.

Folgende Kriterien waren zu beachten:
- Handelt es sich bei der »neuen« Leistung um eine selbstständige Leistung?
- Wurde die Leistung nach dem 01. 01. 1988 entwickelt?
- Die Berechnung erfolgte entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand »gleichwertigen« Leistung.

»Neue« Leistungen wurden nach § 10 Abs. 4 der GOZ in Rechnung gestellt. Die »neue« Leistung musste für den Zahlungspflichtigen verständlich beschrieben sein, mit dem Hinweis »entsprechend« sowie der Gebührennummer und der Bezeichnung der als gleichwertig erachteten Leistung versehen sein.

Entwicklung einer Leistung nach Inkrafttreten der GOZ 1988 (§ 6 Abs. 2 GOZ)

Nach § 6 Abs. 2 GOZ konnten solche zahnärztlichen Leistungen abgerechnet werden, die zzt. des Inkrafttretens der GOZ aus wissenschaftlicher Sicht nicht bekannt oder nicht entwickelt waren. Dabei musste es sich um neue, selbstständige Leistungen handeln, die aufgrund einer wissenschaftlichen Erkenntnis entstanden waren. Nicht erforderlich war, dass es sich um Leistungen handelte, die aufgrund wissenschaftlicher Tätigkeit, etwa klinischer Versuchsreihen, entwickelt wurden. Es genügte, dass es sich um Leistungen handelte, welche vom behandelnden Zahnarzt in der Praxis entwickelt wurden. Da eine allgemeine wissenschaftliche Anerkennung der entwickelten Leistung nicht gefordert war, konnte eine neu entwickelte Leistung auch dann abgerechnet werden, wenn sie wissenschaftlich noch umstritten war. Eine gewisse »Praxisreife« bedurfte die Leistung jedoch bereits, d. h., sie musste von der zahnmedizinischen Wissenschaft zumindest registriert sein. Diese Voraussetzung musste im Einzelfall festgestellt werden.

Es musste sich wie bereits erwähnt um eine neue selbstständige Leistung handeln. Es konnte sich somit nicht um eine Leistung handeln, welche sich bereits

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 04/2018

ganz oder auch nur zum Teil in der GOZ 1988 wiederfand. Bei der Abgrenzung war nicht auf das Ziel der Leistung abzustellen, da auch innerhalb der GOZ ein Behandlungsziel mit unterschiedlichen Leistungen erreicht werden konnte (z. B. Ersatz eines fehlenden Zahnes durch Brücke oder Implantat). Entscheidend war vielmehr, ob das Ziel durch eine neue Methode erreicht werden konnte. Dabei musste es sich aber insgesamt um eine neue Art der Leistungserbringung handeln, da ansonsten § 4 Abs. 2 GOZ entgegenstand, der verbot, für Leistungen, die Bestandteil oder andere Ausführung einer anderen Leistung nach der GOZ waren, eine besondere Gebühr zu berechnen. Für Modifikationen bestehender bekannter Leistungen war § 6 Abs. 2 GOZ nicht anwendbar. Unter Umständen kam in einem derartigen Fall aber § 5 Abs. 2 GOZ zum Tragen, wenn durch die Modifikation ein erhöhter Schwierigkeitsgrad oder ein erhöhter Zeitaufwand eintritt.

Analoge/Gleichwertige Leistungen
Zahnärztliche Leistungen nach § 6 Abs. 2 GOZ 1988 waren entsprechend einer nach **Art, Kosten- und Zeitaufwand** vergleichbaren Leistung aus der GOZ zu berechnen. Eine **freie Berechnung durch den Zahnarzt schied aus.** Für die Berechnungsfähigkeit der Leistungen konnte es aber nicht Voraussetzung sein, dass diese drei Voraussetzungen kumulativ und in gleichem Maße gegeben waren. Die drei **Kriterien** sollten dem Zahnarzt **nur als Anhaltspunkte** für den anzuwendenden Vergütungsrahmen dienen. Der Zahnarzt hatte somit in eigener Verantwortung eine Leistung aus der GOZ zur Analogiebewertung heranzuziehen, die unter gleichmäßiger Berücksichtigung aller Kriterien mit der neuen Leistung noch am meisten vergleichbar war.

Vergleichbarkeit nach:
- Art: Es waren aus diesem Grunde Leistungen in Betracht zu ziehen, die entweder nach Leistungsziel oder nach dem Behandlungsverlauf der neuen Leistung angenähert waren. Dabei war insbesondere auf solche Leistungen abzustellen, die dem gleichen Behandlungsspektrum (z. B. prothetische oder kieferorthopädische Leistung) angehörten.
- Kostenaufwand: Es waren die bei der neuen Leistung anfallenden Behandlungskosten insgesamt den entsprechenden Kosten einer möglichen Analogieleistung gegenüberzustellen.
- Zeitaufwand: Auch der Zeitaufwand bei der Erbringung der Leistung musste einer bereits in der GOZ enthaltenen Leistung vergleichbar sein. Da war auf den konkreten Zeitaufwand von neuer und analoger Leistung abzustellen.

In der Abrechnung hatte der Zahnarzt einen Hinweis auf die zugrunde gelegte Analogberechnung vorzunehmen und die damit berechnete neue Leistung für den Rechnungsempfänger verständlich zu umschreiben, da es ansonsten an der Erforderlichkeit einer nachprüfbaren Rechnung fehlte.

Entwicklung einer Leistung nach Inkrafttreten der GOZ 2012

Mit Einführung der GOZ 2012 hat sich die Voraussetzung für eine Analogberechnung etwas geändert.

§ 6 Abs. 1 GOZ 2012 bestimmt:
»(1) Selbstständige zahnärztliche Leistungen, ***die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind, können entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses dieser Verordnung berechnet werden****. Sofern auch eine nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertige Leistung im Gebührenverzeichnis dieser Verordnung nicht enthalten ist, kann die selbstständige zahnärztliche Leistung entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung der in Abs. 2 genannten Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte berechnet werden.«*

Einen Stichtag wie in der GOZ 1988 gibt es nicht mehr. Einzige Voraussetzung in der GOZ 2012 ist, dass keine Leistung der GOZ oder GOÄ (geöffnete Bereiche!) die erbrachte Leistung beschreibt oder umfasst.

Die dem Zahnarzt eröffneten Bereiche der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) wurden geändert. Sie sind in **§ 6 Abs. 2 GOZ** festgelegt:
»(2) Die Vergütungen sind nach den Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte zu berechnen, soweit die Leistung nicht als selbstständige Leistung oder Teil einer anderen Leistung im Gebührenverzeichnis der Gebührenordnung für Zahnärzte enthalten ist und wenn die Leistungen, die der Zahnarzt erbringt, in

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 04/2018

Formularvorgaben Abrechnungsbeispiel Analogrechnung:

Datum	Region	Nr.	Leistungsbeschreibung/Auslagen	Bgr.	Faktor	Anz.	EUR
12.09.12	43	????**a**	Beschreibung der in der Gebührenordnung nicht enthaltenen Leistung		??	?	??,??
			entsprechend				
			Originalleistungsbeschreibung aus der GOZ				

den folgenden Abschnitten des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte aufgeführt sind:

1. *B I, B II, B III unter den Nummern 30, 31 und 34, B IV bis BVI,*
2. *C I unter den Nummern 200, 204, 210 und 211, C II, C III bis C VII, C VIII nur, soweit eine zugrunde liegende ambulante operative Leistung berechnet wird,*
3. *E V und E VI,*
4. *J,*
5. *L I, L II unter den Nummern 2072 bis 2074, L III, L V unter den Nummern 2253 bis 2256 im Rahmen der Behandlung von Kieferbrüchen, L VI unter den Nummern 2321, 2355 und 2356 im Rahmen der Behandlung von Kieferbrüchen, L VII, L IX,*
6. *M unter den Nummern 3511, 3712, 3714, 3715, 4504, 4530, 4538, 4605, 4606 und 4715,*
7. *N unter der Nummer 4852 sowie*
8. *O.«*

Im Gebührenverzeichnis nicht beschriebene Verlangensleistungen, z. B. Bleichen von Zähnen, sind seit der GOZ 2012 auch analog abzurechnen (§ 2 Abs. 3 GOZ)!

Weitere Rechtsvorschriften und Argumentationshilfen für eine Analogberechnung GOZ 2012:

§ 9 Abs. 2 GOZ 2012

Sind zahntechnische Leistungen geplant, ist es wichtig, den § 9 Abs. 2 GOZ zu kennen:
*»(2) Der Zahnarzt hat dem Zahlungspflichtigen **vor der Behandlung** einen Kostenvoranschlag des gewerblichen oder des praxiseigenen Labors über die voraussichtlich entstehenden Kosten für zahntechnische Leistungen **anzubieten** und auf dessen **Verlangen** in Textform vorzulegen, **sofern die Kosten insgesamt voraussichtlich einen Betrag von 1.000 Euro überschreiten**. Für Behandlungen, die auf der Grundlage eines Heil- und Kostenplans für einen Behandlungszeitraum von mehr als zwölf Monaten geplant werden, gilt Satz 1 nur, sofern voraussichtlich bereits innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten Kosten von mehr als 1.000 Euro entstehen. Der Kostenvoranschlag muss die voraussichtlichen Gesamtkosten für zahntechnische Leistungen und die dabei verwendeten Materialien angeben. Art, Umfang und Ausführung der einzelnen Leistungen, Berechnungsgrundlage und Herstellungsort der zahntechnischen Leistungen sind dem Zahlungspflichtigen auf Verlangen näher zu erläutern. Ist eine Überschreitung der im Kostenvoranschlag genannten Kosten um mehr als 15 vom Hundert zu erwarten, hat der Zahnarzt den Zahlungspflichtigen hierüber unverzüglich in Textform zu unterrichten.«*

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 04/2018

Patientenrechtegesetz

Wirtschaftliche Aufklärungsverpflichtung

§ 630 c Abs. 3 BGB

»(3) Weiß der Behandelnde, dass eine vollständige Übernahme der Behandlungskosten durch einen Dritten nicht gesichert ist oder ergeben sich nach den Umständen hierfür hinreichende Anhaltspunkte, muss er den Patienten vor Beginn der Behandlung über die voraussichtlichen Kosten der Behandlung in Textform informieren. Weitergehende Formanforderungen aus anderen Vorschriften bleiben unberührt.«

§ 630 c Abs. 4 BGB

»(4) Der Information des Patienten bedarf es nicht, soweit diese ausnahmsweise aufgrund besonderer Umstände entbehrlich ist, insbesondere wenn die Behandlung unaufschiebbar ist oder der Patient auf die Information ausdrücklich verzichtet.«

Ablehnungsgründe der Kostenerstatter

- … *»Die Gebührenordnung ist gerade überarbeitet worden, deshalb gibt es keine Analogie mehr.«*
- … *»Die Analogie ist nicht Bestandteil der GOZ, deshalb gibt es keine Erstattung. Der Versicherungsumfang ist nur die GOZ.«*
- … *»Das Verfahren ist schon lange bekannt, deshalb gibt es keine Analogie.«*
- … *»Das Verfahren ist wissenschaftlich nicht anerkannt und validiert.«*
- … *»Die Leistung ist keine selbstständige Leistung.«*
- … *»Nach dem Zielleistungsprinzip ist diese Leistung in GOZ … beinhaltet.«* (vor allem bei Implantatleistungen)

So reagieren Sie auf die Einschränkungen oder Ablehnungen der Kostenerstatter:

- Textpassagen aus der GOZ zitieren
- Kommentar der BZÄK zitieren
- auf Analogliste der BZÄK verweisen
- Bei Zweifeln an der medizinischen Notwendigkeit oder Wirksamkeit der erbrachten Leistung durch den Versicherer zuerst nachfragen, welche/r Approbierte diese geäußert hat! Eventuell ist der Hinweis auf ein strafbares Verhalten bei einer unsachgemäßen Beratung des Patienten (Ausübung der Zahnheilkunde durch Nichtapprobierte) sinnvoll.

Die Analogie sichert uns eine Enklave der wirtschaftlich erbringbaren Leistungen, aber nur, wenn wir sie anwenden. Umgehungsstrategien, die dem Patienten eine Erstattung erleichtern, vernichten dieses Instrument. Kostenerstatter tun alles, um die Erstattung einer Analogleistung zu umgehen, ggf. auch etwas »Grenzwertiges«.

Ein positives Beispiel, dass Versicherungen umdenken, ist das Aufzeigen eines Abrechnungsweges auf der Internetseite von Godentis, DKV, Ergo!

www.godentis.de/godentis-akademie/fuer-ihre-praxis

UPDATE 2018 – EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

Das sagen die Kostenerstatter:

Aus Gesprächen mit Beihilfestellen und privaten Krankenversicherern kann man folgende Essenz ziehen:

- Prinzipiell wünschen sich die privaten Krankenversicherer evidenzbasierte Medizin als analoge Leistung. Jedoch soll diese den S3-Leitlinien entsprechen, welche teure Untersuchungen als Basis benötigen und wegen der Geldknappheit von niemandem mehr bezahlt werden. Dies scheint ein einfacher Weg zu sein, den Patienten und Versicherten als Opfer zurückzulassen.
- Die meisten Erstatter zahlen freiwillig nur die analogen Leistungen, die im Beratungsforum zur GOZ festgelegt wurden, und dann auch nur mit den Analogleistungen, die in der Notiz dazu von den Beihilfeträgern und PKV-Vertretern zu Protokoll gegeben wurden, aber nicht mit der BZÄK konsentiert wurden.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 04/2018

Folgende Beschlüsse des Beratungsausschusses liegen vor:

Wurzelkanalbehandlungen

6. Der Verschluss atypisch weiter apikaler Foramina unter Verwendung von MTA (Mineral Trioxid Aggregate) wird in den Fällen, in denen ohne apikalen Verschluss (Apexifikation) eine ordnungsgemäße Wurzelfüllung nicht möglich ist und insofern der apikale Verschluss eine nach Art, Material- und apparativem Einsatz selbstständige Leistung darstellt, gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet. Um eine vollständige Aushärtung des MTA zu gewährleisten, sollte die Wurzelfüllung in einer folgenden getrennten Sitzung erfolgen. Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die BZÄK keine konkrete Analoggebühr. Der PKV-Verband hält als Analoggebühr die GOZ-Nr. 2060 für angemessen.

7. Der Verschluss innerhalb des Parodontiums gelegener Perforationen des Wurzelkanalsystems stellt eine selbstständige Leistung dar und wird gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet. Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die BZÄK keine konkrete Analoggebühr. Der PKV-Verband hält als Analoggebühr die GOZ-Nr. 2060 für angemessen.

8. Die Entfernung frakturierter Wurzelkanalinstrumente aus dem Wurzelkanalsystem stellt eine selbstständige Leistung dar und wird gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet. Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die BZÄK keine konkrete Analoggebühr. Der PKV-Verband hält als Analoggebühr die GOZ-Nr. 2300 (Entfernung eines Wurzelstiftes) für angemessen.

9. Die Entfernung nekrotischen Pulpengewebes vor der Aufbereitung des Wurzelkanals stellt eine selbstständige Leistung dar und wird gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet. Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die BZÄK keine konkrete Analoggebühr. Der PKV-Verband hält als Analoggebühr die GOZ-Nr. 2360 (Vitalexstirpation) für angemessen.

Themenbereich Fotodokumentation

15. Im Rahmen einer zahnärztlichen Behandlung sind Fotos, die ausschließlich zu dokumentarischen Zwecken angefertigt worden sind, mit den Gebührennummern abgegolten und dürfen nicht gesondert berechnet werden. Fotos, die therapeutischen oder diagnostischen Zwecken, nicht jedoch einer kieferorthopädischen Auswertung dienen, sind analog berechnungsfähig. Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die BZÄK keine konkrete Analoggebühr. Der PKV-Verband hält als Analoggebühr die GOZ-Nr. 6000 für angemessen.

Protokollnotiz 06. 11. 2015:
Die Träger der Beihilfe schließen sich den Empfehlungen des PKV-Verbandes zu den Beschlüssen 6, 7, 8, 9 und 15 an.

Provisorien

16. Die Wiedereingliederung (inklusive Säuberung, ggf. Wiederanpassung) andernorts angefertigter direkter oder laborgefertigter Provisorien ist analog zu berechnen. Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die Bundeszahnärztekammer keine konkrete Analoggebühr. Der PKV-Verband und die Beihilfeträger halten als Analoggebühr die GOZ-Nr. 2260 für angemessen.

Periimplantitisbehandlung

19. Eine Periimplantitisbehandlung im offenen Verfahren stellt eine selbstständige Leistung dar und wird gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet. Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die BZÄK keine konkrete Analoggebühr. Der PKV-Verband und die Beihilfeträger halten als Analoggebühr je nach Lokalisation die GOZ-Nr. 4090 bzw. die GOZ-Nr. 4100 für angemessen.

Protrusionsschiene

20. Die Eingliederung einer Protrusionsschiene, z. B. zur Behandlung einer Schlafapnoe, stellt eine selbstständige Leistung dar und wird gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet. Aus grundsätzlichen Er-

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 04/2018

wägungen empfiehlt die BZÄK keine konkrete Analoggebühr. Der PKV-Verband und die Beihilfeträger halten als Analoggebühr die GOZ-Nr. 7010 (Eingliederung eines Aufbissbehelfs mit adjustierter Oberfläche) für angemessen.

Nur wenn der Klageweg beschritten wurde, gab es davon abweichende Erstattungen

Das bedeutet, dass auf gar keinen Fall vermieden werden sollte, Leistungen, die nicht in der GOZ beschrieben sind, analog zu berechnen. Je weniger analoge Leistungen bei den Erstattern zur Erstattung auftauchen, desto mehr ist der Weg der Analogie tot und stirbt denselben Tod wie in der Novellierung der GOÄ.

Nur wenn konsequent mit den Patienten der Weg bis hin zur Klage gegangen wird, wird es diese Berechnungsform geben.

Aufgrund des Patientenrechtegesetzes ist man verpflichtet den Patienten darüber aufzuklären, dass die Erstattung durch Dritte nicht oder nicht vollständig gewährleistet ist. Ist der Patient darüber informiert und weiß, wer daran Schuld hat, nämlich der Erstatter, ist der »schwarze Peter« nicht mehr beim Zahnarzt.

Diese Verhaltensweise der Erstatter entspricht nicht den Vorgaben der GOZ. Danach sucht der Zahnarzt eine gleichwertige, nicht zwingend gleichartige Leistung, die er heranzieht. Alleine deshalb sollte man hier keinesfalls klein beigeben. Den Weg der Erstatter mitzugehen und nur die Leistungen anzusetzen, die diese im Sinne der Beschlüsse für richtig erachten, ist zu kurz gesprungen, denn dann zählt nicht der individuelle Aufwand in der Praxis, sondern die fachfremd gesteuerte, reinen Finanzerwägungen unterfallende Auswahl der Erstatter.

Dr. Christian Öttl

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 04/2018

3.3.2.1. Analogie nach § 6,1 GOZ

Richtig ausgewählte Leistungen

Jeder Zahnarzt muss ihn kennen, den § 6 Abs. 1 Satz 1 der GOZ: »Selbstständige zahnärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind, können entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses dieser Verordnung berechnet werden.«

So lautet die Formulierung der gesetzlichen Grundlage, die explizit die Kriterien für Leistungen aufzählt, die analog berechnet werden können. Was analog berechnet wird, muss eine zahnärztliche Leistung, eine selbstständige Leistung, eine medizinisch notwendige Leistung und eine Leistung sein, die weder in der GOZ noch in der für den Zahnarzt geöffneten GOÄ zu finden ist.

Hier einmal einige Maßnahmen, die sicher nicht analog berechnungsfähig sind, es aber immer wieder werden: Vitamin-D3-Testungen oder Corona-Tests (bislang?) sind keine zahnärztlichen Leistungen und daher nicht analog berechenbar. Keine selbstständigen Leistungen sind zum Beispiel die Versiegelung von implantatprothetischen Hohlräumen etwa mit Gap Seal®, die Anwendung einer Lupenbrille, Patientenanwendungen von Spüllösungen (auch nicht während der COVID-19-Pandemie und erst recht nicht zum Ausgleich eines fehlenden oder verminderten Corona-Zuschlages).

In das Gebührenverzeichnis der GOZ aufgenommen ist beispielsweise die Entfernung eines tief zerstörten Zahnes (GOZ-Nr. 3020). Auch wenn diese mittels umfangreicher Techniken erfolgt (zum Beispiel mittels Benex®-Schraube), ist es dennoch die Entfernung eines tief zerstörten Zahnes nach GOZ-Nr. 3020. Der Aufwand muss mittels § 5,2 oder § 2,1+2 GOZ in der Rechnung abgebildet werden. Auch aufgenommen in die GOZ ist die Depotphorese, die dem Leistungsinhalt nach unter die GOZ-Nr. 2420 (Zusätzliche Anwendung elektrophysikalisch-chemischer Methoden, je Kanal) fällt. Sie kann nicht nach § 6,1 berechnet werden. Ebenso sind in das Gebührenverzeichnis der GOZ und der GOÄ alle Arten von Schienungen an den Zähnen aufgenommen: entweder nach der GOZ-Nr. 7070 im Fall einfacher interdentaler Anwendung von Ätzung und Kunststoff oder kompliziertere Schienungen auch an den Glattflächen (GOÄ-Nr. 2698 Anlegen und Fixation einer Schiene am unverletzten Ober- oder Unterkiefer).

Verlangensleistungen nach § 2,3

Auch für Verlangensleistungen nach § 2,3 kann keine analoge Berechnung erfolgen. Leistungen, die über das Maß einer zahnmedizinisch notwendigen zahnärztlichen Versorgung hinausgehen, sind Verlangensleistungen. Hierzu zählt etwa die Anwendung von Orehab Minds, einem Testkit zur Untersuchung der Kaueffizienzmessung. Ebenso fällt hierunter der Sportmundschutz für viele Ballsportarten, Boxen und andere Kampfsportarten, Hockey, Skating und Skateboarding oder Reiten. Auch das Anbringen sämtlichen Zahnschmucks fällt hierunter.

Hält sich der Zahnarzt an die oben genannten Kriterien, so sollte – zumindest aus inhaltlichen Gründen – die Erstattung von analog berechneten Leistungen kein Problem sein, auch nicht im Falle etwaiger Diskussionen mit den Kostenerstattern. Denn werden diese Kriterien beachtet, ist die Rechnung korrekt gestellt.

Dr. Dr. Alexander Raff

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2021

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2021

3.3.3. GOZ 2012 – Tipps · Fragen · Infos

3.3.3.1. Fragen aus der Praxis zur GOZ 2012

ABDRUCK MIT FREUNDLICHER GENEHMIGUNG DER UNTERSTÜTZENDEN LANDESZAHNÄRZTEKAMMERN

A. ALLGEMEINE ZAHNÄRZTLICHE LEISTUNGEN (GOZ 0010 – 0120)

Frage: **Heil- und Kostenplan.** Nach welcher Gebührennummer kann ich einen schriftlichen Heil- und Kostenplan berechnen, wenn zeitgleich prothetische und funktionstherapeutische Leistungen geplant werden?

Antwort: Die Geb.-Nr. 0030 GOZ kann nicht neben der Geb.-Nr. 0040 GOZ berechnet werden. Da die GOZ keine gegenteilige Bestimmung enthält, ist in einem solchen Fall die höherbewertete Geb.-Nr. 0040 GOZ berechnungsfähig.

Gemäß der Begründung zum Verordnungsentwurf zur GOZ kann erhöhter planerischer Aufwand bei Leistungen aus unterschiedlichen Abschnitten der GOZ bei der Wahl des Steigerungssatzes berücksichtigt werden.

Frage: Kann die **Infiltrationsanästhesie neben der Leitungsanästhesie** berechnet werden?

Antwort: Die Geb.-Nr. 0090 GOZ ist neben der Geb.-Nr. 0100 GOZ berechnungsfähig. Die Art und Anzahl der erforderlichen Injektionen richten sich nach der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall.

Die GOZ sieht eine Pflicht zur Begründung in der Rechnung in diesem Zusammenhang nur bei der mehrmaligen Berechnung der Geb.-Nr. 0090 GOZ am selben Zahn in derselben Sitzung vor.

B. PROPHYLAKTISCHE LEISTUNGEN (GOZ 1000 – 1040)

Frage: **Nebeneinanderberechnung PZR + Behandlung überempfindlicher Zahnflächen.** Ist die Behandlung überempfindlicher Zahnflächen neben einer professionellen Zahnreinigung berechnungsfähig?

Antwort: »Geeignete Fluoridierungsmaßnahmen« gemäß der nachgelagerten Abrechnungsbestimmung der Geb.-Nr. 1040 GOZ dienen der oberflächlichen Anreicherung des Schmelzes mit Fluoridionen zur Kariesprophylaxe (Remineralisation, Erhöhung der Säureresistenz, Hemmung der Plaquebildung). Die Behandlung überempfindlicher Zahnflächen im Sinne der Geb.-Nr. 2010 GOZ dient jedoch der Reduktion/Beseitigung von Hypersensibilitäten.

Die Geb.-Nr. 2010 GOZ ist neben der Geb.-Nr. 1040 GOZ berechnungsfähig.

Frage: Wie ist die **nichtchirurgische subgingivale Biofilmentfernung** bei einer professionellen Zahnreinigung zu berechnen?

Antwort: Die nichtchirurgische subgingivale Biofilmentfernung ist nicht Leistungsinhalt der Geb.-Nr. 1040 GOZ und auch nicht in der GOZ beschrieben. Die Leistung ist daher analog gemäß § 6 Abs. 1 GOZ zu berechnen. Dabei ist zu beachten, dass eine subgingivale Reinigung nicht zeitgleich mit GOZ 1040 berechnet werden darf. Diese sogenannte Umgehungsanalogie ist bereits per Gerichtsurteil verworfen worden. Wenn GOZ 1040 nicht alleine indiziert ist, kann man anstelle von GOZ 1040 die Gebührenziffern GOZ 4050/4055 plus analog GOZ 2130a (voll delegierbar) oder GOZ 4050/4055 plus GOZ 4070/4075 (partiell delegierbar) berechnen. Die Bezeichnung für GOZ 2130a wäre »Entfernung klinisch erreichbarer subgingivaler Beläge«.

Frage: **PZR wie oft?** Kann die professionelle Zahnreinigung nach der Geb.-Nr. **1040 GOZ** beliebig oft erbracht und berechnet werden?

Antwort: Es existieren gebührenrechtlich keine starren Fristen zur erneuten Berechnungsfähigkeit der Geb.-Nr. 1040 GOZ, maßgeblich ist die medizinische Notwendigkeit.

Eine Aufteilung des Leistungsinhalts der Geb.-Nr. 1040 GOZ auf mehrere Sitzungen ist möglich, die Gebühr jedoch nur einmal nach vollständiger Leistungserbringung berechnungsfähig. Nachreinigungen sind nicht nach der Geb.-Nr. 1040 GOZ, sondern mit der Geb.-Nr. 4060 GOZ zu berechnen.

Frage: **PZR bei Kindern.** Kann die **GOZ-Nr. 1040** auch bei Kindern berechnet werden?

Antwort: Die GOZ-Nr. 1040 ist nicht auf eine Altersstufe beschränkt. Somit ist die Berechnung der

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2016

PZR auch bei Kindern nach der GOZ-Nr. 1040 möglich.

Frage: GOZ 1000 – Dauer. Muss die in der Leistungsbeschreibung der **GOZ-Nr. 1000** (Mundhygienestatus) genannte Mindestdauer von 25 Minuten eingehalten werden, oder kann bei einer geringeren Dauer der Steigerungsfaktor herabgesetzt werden?

Antwort: In der Leistungsbeschreibung der GOZ-Nr. 1000 »Erstellung eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen, Dauer mindestens 25 Minuten« ist eindeutig genannt, dass diese Leistung mindestens 25 Minuten umfassen muss, um auch eine entsprechende Berechnung vornehmen zu können. Eine Honorarberechnung dieser Leistung ist nicht möglich, wenn für die Erbringung dieser Leistung eine kürzere Zeit benötigt wird. Dies ist auch nicht durch die Herabsetzung des Steigerungsfaktors möglich. Allerdings können die Leistungen der GOZ-Nrn. 1000 und 1010 auch in mehreren Sitzungen aufgeteilt werden, wobei erst bei der erreichten Mindestdauer die Gebühr berechnet werden darf.

Diese Zeitangabe 25 Minuten bezieht sich nur auf die Behandlungsinhalte der GOZ-Nr. 1000 (die Erhebung von Mundhygiene-Indizes, das Anfärben der Zähne, die praktische Unterweisung und die Motivierung des Patienten). Die Zeit, die für weitere, in gleicher Sitzung stattfindende, Behandlungen benötigt wird (z. B. für eine professionelle Zahnreinigung), kann zur Bemessung nicht herangezogen werden. Nach § 10 Abs. 2 GOZ muss die Mindestdauer (bei dieser Gebührennummer 25 Minuten) in der Rechnung ausgewiesen werden. Die Angabe der tatsächlichen Behandlungszeit (z. B. 35 Minuten) ist nicht erforderlich.

C. KONSERVIERENDE LEISTUNGEN (GOZ 2000 – 2440)

Frage: GOZ 2030 – wie oft/Zahn. Kann die **GOZ-Nr. 2030** zweimal an einem Zahn in derselben Sitzung berechnet werden?

Antwort: Die GOZ-Nr. 2030 ist je Kieferhälfte und Frontzahnbereich einmal für besondere Maßnahmen beim Präparieren und einmal für besondere Maßnahmen beim Füllen von Kavitäten berechnungsfähig. Die GOZ-Nr. 2030 kann max. zweimal je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich berechnet werden. Unter den entsprechenden Voraussetzungen kann die GOZ-Nr. 2030 somit auch zweimal in derselben Sitzung an demselben Zahn anfallen.

Frage: Glattflächenversiegelung + Fissurenversiegelung. Kann an einem Zahn zweimal die **GOZ-Nr. 2000** für eine Fissurenversiegelung und für eine Glattflächenversiegelung berechnet werden?

Antwort: Die Leistungsbeschreibung der GOZ-Nr. 2000 lautet: »Versiegelung von kariesfreien Zahnfissuren mit aushärtenden Kunststoffen, auch Glattflächenversiegelung, je Zahn«. Die Abrechnungsbestimmung lautet zwar »je Zahn«, da aber diese Leistung zwei verschiedene, unabhängige Leistungen beschreibt, die auch unabhängig voneinander nebeneinander an einem Zahn anfallen können, kann die GOZ-Nr. 2000 je Zahn dann mehr als einmal berechnet werden, wenn voneinander getrennt eine Fissurenversiegelung und eine Glattflächenversiegelung vorgenommen werden.

FÜLLUNGEN/AUFBAUFÜLLUNG

Frage: direkte/indirekte Überkappung – wie oft. Die Geb.-Nr. **2180 GOZ** ist nur einmal je Zahn und Sitzung berechnungsfähig. Kann in diesem Fall auch die direkte/indirekte Überkappung nur einmal berechnet werden?

Antwort: Die Geb.-Nrn. 2340 oder 2330 GOZ sind berechnungsfähig je Kavität.

Erfolgt die Vorbereitung eines zerstörten Zahnes zur Aufnahme einer Krone mit plastischem Aufbaumaterial unter einmaligem Ansatz der Geb.-Nr. 2180 GOZ, so sind die Geb.-Nrn. 2330 und/oder 2340 GOZ dennoch sowohl mehrfach als auch nebeneinander entsprechend der Anzahl der Kavitäten berechnungsfähig, in denen eine direkte bzw. indirekte Überkappung erfolgt ist.

Frage: Füllungen neben Brücken-, Prothesenankern. Können die Geb.-Nrn. **2050 ff.** neben den Geb.-Nrn. **5000 ff. GOZ** berechnet werden?

Antwort: Die Geb.-Nrn. 2050 ff. GOZ sind dann berechnungsfähig, wenn hierfür eine medizinische Notwendigkeit vorliegt und der Leistungsinhalt vollständig erbracht wurde. Der vollständige Leistungsinhalt umfasst auch die korrekte Formgebung, okklusale Adjustierung und Gestaltung von Approximalkontakten.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2016

Erfolgt die Einbringung plastischen Aufbaumaterials für eine Krone/Teilkrone, nicht jedoch für eine Einlagefüllung, in der Präparationssitzung, ist hierfür die Geb.-Nr. 2180 GOZ zu berechnen.

Ist das Legen einer Füllung (GOZ 2050 ff.) in einer getrennten Sitzung vor der eigentlichen Präparation für Krone/Teilkrone/Brücken- oder Prothesenanker/Einlagefüllung medizinisch notwendig, so kann sie mit der zutreffenden Gebührennummer berechnet werden. Ein Grund für diese zeitliche Trennung kann die prognostische Abklärung des Zahnes sein, wenn zum Zeitpunkt der Leistungserbringung der Geb.-Nrn. 2050 ff. GOZ eine Entscheidung über die Möglichkeit zur Überkronung des Zahnes noch nicht möglich ist oder der Patient keine Entscheidung treffen mag oder kann.

Frage: GOZ 2180 – wie oft. Wie häufig kann die **GOZ-Nr. 2180** (Aufbaufüllung) berechnet werden?

Antwort: Die GOZ-Nr. 2180 ist nur einmal je Zahn und Sitzung berechnungsfähig. Sofern mehrere Aufbaufüllungen je Zahn und Sitzung gelegt werden, kann dies im Steigerungsfaktor gemäß § 5 bzw. § 2 Abs. 1 und 2 GOZ berücksichtigt werden.

STIFTE, BEFESTIGUNG

Frage: Wie wird der **parapulpäre Stift** berechnet?

Antwort: Die parapulpäre Stiftverankerung (»alte« GOZ-Nr. 213) ist in der GOZ 2012 nicht mehr dargestellt. Medizinisch notwendige Leistungen, die nicht in der GOZ/GOÄ aufgeführt sind, sind analog nach § 6 Abs. 1 nach einer Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung zu berechnen.

Frage: Wie wird ein **Schraubenaufbau oder Glasfaserstift** mit einer definitiven Füllung berechnet?

Antwort: Der Leistungstext der GOZ-Nr. 2195 lautet: »Vorbereitung eines zerstörten Zahnes durch einen Schraubenaufbau oder Glasfaserstift o. Ä. zur Aufnahme einer Krone«. Wird ein Schraubenaufbau oder Glasfaserstift eingesetzt, dem keine Versorgung mit einer Krone folgt, entspricht das nicht dem Leistungsinhalt der GOZ-Nr. 2195 und kann daher nur analog gemäß § 6 Abs. 1 GOZ berechnet werden. Für die adhäsive Befestigung kommt zusätzlich die GOZ-Nr. 2197 hinzu. Erfolgt anschließend eine definitive Füllung, wird diese nach den Füllungspositionen 2050 ff. berechnet.

EINZELKRONEN, TEILKRONEN, PROVISORIEN

Frage: Wie berechne ich eine **provisorische Stiftkrone**?

Antwort: Eine provisorische Stiftkrone ist in der GOZ nicht mehr beschrieben und deshalb analog in Rechnung zu stellen.

Frage: GOZ 2130 bei Kronen. Kann die Geb.-Nr. **2130 GOZ** auch für die Politur von Kronen angesetzt werden?

Antwort: Die Geb.-Nr. 2130 GOZ ist nur berechnungsfähig im Zusammenhang mit Restaurationen (gebührenrechtliche Definition) nach den Geb.-Nrn. 2050 ff. GOZ. Bei entsprechenden Maßnahmen an Kronen sind entsprechend Art und Umfang der erbrachten Leistung die Geb.-Nrn. 4030/2320 GOZ ansatzfähig.

Frage: Wie berechnet man die **Wiedereingliederung eines Provisoriums im Notdienst**?

Antwort: Wenn das Provisorium nicht über die Notdienstpraxis angefertigt wurde, wird es analog berechnet.

Das Wiedereinsetzen eines von der Praxis gefertigten Provisoriums ist mit der Provisoriumsleistung abgegolten.

Frage: Einzelkrone Implantat. Die implantatgestützte Krone ist mit der Geb.-Nr. **2200 GOZ** zu berechnen. Gilt das auch, wenn der konfektionierte Implantataufbau individualisiert wird?

Antwort: Unabhängig von der Gestaltung oder Präparation des Implantataufbaus sind Vollkronen auf Implantaten mit den Geb.-Nr. 2200 bzw. 5000 GOZ zu berechnen. Implantatsysteme können eine intraorale Abformung über »Abdruckpfosten« und die Einbringung des Aufbauelementes in das Labor analog dem Implantat im zahntechnischen Laboratorium vorsehen.

Wird ein Implantataufbau im Fremd-/Praxislabor individualisiert, z. B. zum Ausgleich von Divergenzen, so besteht Anspruch auf Auslagenersatz gemäß § 9 GOZ (z. B. BEB '97 2973 Bearbeiten eines Implantataufbaus/BEB Zahntechnik 2.15.02.0 Konfektionsabutment bearbeiten/Metall).

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2016

Frage: Wie wird die **Wiedereingliederung eines Provisoriums im Notdienst/Vertretung** berechnet?

Antwort: Die Wiedereingliederung eines Provisoriums (provisorische Krone/Brücke) im Notdienst wird analog gemäß § 6 Abs. 1 GOZ berechnet.

ENDO

Frage: Wurzelkanalinstrumente. Kann ich NiTi-Feilen berechnen?

Antwort: Nur **einmal verwendbare** NiTi-Feilen dürfen dem Patienten berechnet werden.

Die Industrie hat aber schon darauf reagiert. Die meisten Feilen werden schon als Einmalfeilen deklariert.

Frage: Wie ist ein **präendodontischer Stumpfaufbau** zu berechnen?

Antwort: Der präendodontische Stumpfaufbau dient u. a. keimarmer Instrumentierung, der Schaffung von Referenzpunkten zur Längenbestimmung und der Ermöglichung des Anlegens von Kofferdam während der endodontischen Behandlung. Die Leistung entspricht weder den Geb.-Nrn. 2050 ff. GOZ noch der Geb.-Nr. 2180 GOZ und ist analog berechnungsfähig. Bei adhäsiver Befestigung ist die Geb.-Nr. 2197 GOZ zusätzlich berechnungsfähig.

Frage: Wie kann das **Entfernen frakturierter Wurzelkanalinstrumente** berechnet werden?

Antwort: Die Entfernung ist nicht Leistungsbestandteil der Geb.-Nr. 2410 GOZ, sondern analog zu berechnen.

Frage: Verschluss mit MTA. Wie ist der Verschluss von unnatürlichen Perforationen im Wurzelbereich oder die Apexifikation mittels MTA (Mineral Trioxid Aggregat) zu berechnen?

Antwort: Der Verschluss von Perforationen im Wurzelbereich, die im Kontakt zum Parodontium stehen, unabhängig davon, ob die Perforation kariös, traumatisch oder iatrogen bedingt ist, ist analog zu berechnen.

Bei Zähnen mit weit offenem Foramen apicale ohne physiologische Konstriktion (nicht abgeschlossenes Wurzelwachstum, traumatisch oder durch Resorptionen bedingt) ist die Apexifikation (Schaffung einer Barriere auf orthogradem Weg) mittels MTA nicht Leistungsbestandteil der Geb.-Nr. 2440 GOZ, sondern analog zu berechnen.

E. LEISTUNGEN BEI ERKRANKUNGEN DER MUNDSCHLEIMHAUT UND DES PARODONTIUMS (GOZ 4000 – 4150)

Frage: Wie kann man die **antimikrobielle photodynamische Therapie** (APT) berechnen?

Antwort: Bei der APT handelt es sich um ein Verfahren, bei dem z. B. mittels Toluidinblau oder Methylenblau pathogene Keime photosensibilisiert werden und durch Applikation eines auf den Farbstoff abgestimmten Lasers durch eine photochemische Reaktion abgetötet werden. Synonym finden die Bezeichnungen photodynamische Therapie oder photoaktivierte Desinfektion Anwendung. Bei dieser Methode handelt es sich um eine selbstständige zahnärztliche Leistung, die aufgrund von § 6 Abs. 1 GOZ analog zu bewerten ist.

Frage: »Zahnstein« – Brückenglied. Wie wird die **Entfernung harter und weicher Zahnbeläge** an einem Brückenglied berechnet?

Antwort: Die Belagsentfernung eines Brückengliedes wird mit der GOZ-Nr. 4050 »Entfernung harter und weicher Zahnbeläge gegebenenfalls einschließlich Polierens an einem einwurzeligen Zahn oder Implantat, auch Brückenglied« berechnet. Liegt das Brückenglied topografisch im Bereich eines Molaren, ändert dies nichts an der Abrechnungsposition der GOZ-Nr. 4050, denn ein Brückenglied ist nie mehrwurzelig. Auch die harte und weiche Belagsentfernung an Implantaten wird mit der GOZ-Nr. 4050 berechnet, unabhängig davon, ob sich das Implantat im Bereich eines mehrwurzeligen Zahnes befindet oder nicht.

F. PROTHETISCHE LEISTUNGEN (GOZ 5000 – 5340)

Frage: Wie rechnet man **Locatoren auf Implantaten** ab?

Antwort: Locatoren auf Implantaten werden mit der GOZ-Nr. 5030 für den Aufbau und der GOZ-

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2016

Nr. 5080 für das Verbindungselement berechnet. Das Einarbeiten eines Locators in die Prothese nach GOZ 5260 plus 5080.

Frage: Reparatur direktes Provisorium. Wie kann die Reparatur eines direkten Provisoriums berechnet werden?

Antwort: Die Wiederherstellung der Funktion eines direkten Provisoriums (Geb.-Nrn. 2270, 5120, 5140 GOZ) ist in der GOZ nicht beschrieben und daher je nach Art der Wiederherstellung analog gemäß § 6 Abs. 1 GOZ und/oder als zahntechnische Leistung gemäß § 9 GOZ berechnungsfähig.

Frage: Material- und Laborkosten – direktes Provisorium. Wie berechnet man Material- und Laborkosten im Zusammenhang mit direkten Provisorien **(2260–2270, 5120–5140 GOZ)**?

Antwort: Kosten für konfektionierte Kronen können angesetzt werden.

Die Provisorien werden im direkten Verfahren hergestellt, so dass keine zahntechnischen Herstellungskosten anfallen. Ein ggf. notwendiges Nacharbeiten (Materialvergütung, Hochglanzpolitur mit Versiegelung) ist berechenbar.

Frage: Implantatkrone. Die implantatgestützte Krone ist mit der Geb.-Nr. **2200 GOZ** zu berechnen. Gilt das auch, wenn der konfektionierte Implantataufbau individualisiert wird?

Antwort: Unabhängig von der Gestaltung oder Präparation des Implantataufbaus sind Vollkronen auf Implantaten mit den Geb.-Nr. 2200 bzw. 5000 GOZ zu berechnen. Implantatsysteme können eine intraorale Abformung über »Abdruckpfosten« und die Einbringung des Aufbauelementes in das Labor analog dem Implantat im zahntechnischen Laboratorium vorsehen.

Wird ein Implantataufbau im Fremd-/Praxislabor individualisiert, z. B. zum Ausgleich von Divergenzen, so besteht Anspruch auf Auslagenersatz gemäß § 9 GOZ (z. B. BEB '97 2973 Bearbeiten eines Implantataufbaus/BEB Zahntechnik 2.15.02.0 Konfektionsabutment bearbeiten/Metall).

Frage: Füllungen + Brücken-, Prothesenanker. Können die Geb.-Nrn. **2050 ff.** neben den Geb.-Nrn. **5000 ff. GOZ** berechnet werden?

Antwort: Die Geb.-Nrn. 2050 ff. GOZ sind dann berechnungsfähig, wenn hierfür eine medizinische Notwendigkeit vorliegt und der Leistungsinhalt vollständig erbracht wurde. Der vollständige Leistungsinhalt umfasst auch die korrekte Formgebung, okklusale Adjustierung und Gestaltung von Approximalkontakten. Erfolgt die Einbringung plastischen Aufbaumaterials für eine Krone/Teilkrone, nicht jedoch für eine Einlagefüllung, in der Präparationssitzung, ist hierfür die Geb.-Nr. 2180 GOZ zu berechnen.

Ist das Legen einer Füllung (GOZ 2050 ff.) in einer getrennten Sitzung vor der eigentlichen Präparation für Krone/Teilkrone/Brücken- oder Prothesenanker/Einlagefüllung medizinisch notwendig, so kann sie mit der zutreffenden Gebührennummer berechnet werden. Ein Grund für diese zeitliche Trennung kann die prognostische Abklärung des Zahnes sein, wenn zum Zeitpunkt der Leistungserbringung der Geb.-Nrn. 2050 ff. GOZ eine Entscheidung über die Möglichkeit zur Überkronung des Zahnes noch nicht möglich ist oder der Patient keine Entscheidung treffen mag oder kann.

Frage: GOZ 5080 + 5040. Kann die Geb.-Nr. **5080 GOZ** neben der Geb.-Nr. **5040 GOZ** angesetzt werden?

Antwort: Die den Geb.-Nrn. 5040/5080 GOZ nachgelagerten Abrechnungsbestimmungen schließen die Nebeneinanderberechnung der beiden Gebührennummern aus. Eine Nebeneinanderberechnung liegt jedoch in folgenden Fällen nicht vor:

- Zwei oder mehrere nicht unmittelbar benachbarte Primärkronen werden mittels einer Stegkonstruktion verbunden. Übernimmt die Stegkonstruktion durch retentive oder friktive Wirkung die Funktion eines oder mehrerer Verbindungselemente, so ist die Geb.-Nr. 5080 GOZ je Stegsegment neben der Geb.-Nr. 5040 GOZ zwar sitzungs-, jedoch nicht zahngleich berechnungsfähig.
- Wird eine Doppelkrone nicht im Zuge der Eingliederung, sondern zu einem späteren Zeitpunkt mit einem Verbindungselement versehen, so ist hierfür die Geb.-Nr. 5080 GOZ berechnungsfähig.
- Wird bei Erneuerung einer Sekundärkrone nach der Geb.-Nr. 5100 GOZ die Doppelkrone mit einem Verbindungselement versehen oder wird durch die Eingliederung der Sekundärkrone ein Verbindungselement geschaffen, so ist hierfür die Geb.-Nr. 5080 GOZ berechnungsfähig. Sinngemäß gilt dies bei der

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2016

analog zu bewertenden Erneuerung einer Primärkrone.

Frage: Können **zahntechnische Leistungen** gemäß § 9 GOZ neben den **GOZ-Nrn. 2270** (prov. Krone m. Abformung), **5120** (prov. Brückenanker) und **5140** (prov. Brückenspanne) berechnet werden?

Antwort: Das Entgraten und/oder Gummieren stellt keine zahntechnische Leistung dar. Demnach ist eine Berechnung gemäß § 9 GOZ nicht möglich, wenn eine einfache Ausarbeitung in diesem Sinne am Behandlungsstuhl erfolgt. Eine zahntechnische Leistung gemäß § 9 GOZ ist nur möglich, wenn im Labor nachgearbeitet wird (z. B. Oberflächenvergütung durch Hochglanzpolitur am Poliermotor des Eigenlabors, feinanatomisches Ausarbeiten der Provisorien).

Frage: Umarbeiten ZE zum Provisorium. Wie wird das **Umarbeiten eines vorhandenen »alten« Zahnersatzes** (z. B. Einzelkrone oder Brücke) zum Provisorium berechnet?

Antwort: Das Umarbeiten eines alten/def. Zahnersatzes zum Provisorium kann analog gemäß § 6 Abs. 1 GOZ berechnet werden.

G. KIEFERORTHOPÄDISCHE LEISTUNGEN (GOZ 6000 – 6260)

Frage: GOZ 6100 + adhäsive Befestigung. Kann ich die adhäsive Befestigung eines Brackets nach **GOZ 2197** berechnen?

Antwort: Die adhäsive Befestigung von Brackets ist nach GOZ 2197 abrechenbar, denn es gibt auch andere Methoden der Befestigung, die weniger Aufwand an Zeit, Material und Kosten auslösen. Die Position 2197 ist außerdem in der Aufzählung der Abrechnungsmöglichkeiten nicht dahingehend eingeschränkt.

Frage: GOZ 6190 nur KFO. Kann man die Geb.-Nr. **6190 GOZ** nur in der Kieferorthopädie abrechnen?

Antwort: Es handelt sich um ein Gespräch mit Anweisungen zur Beseitigung von schädlichen Gewohnheiten oder Dysfunktionen. Die Geb.-Nr. 6190 GOZ stellt nicht nur auf kieferorthopädische Gesprächsinhalte ab. Der Leistungsinhalt kann auch erbracht werden z. B. im Zusammenhang mit Ernährungsgewohnheiten, Rauchen, Bruxismus, Parafunktionen etc.

Frage: Wie rechne ich einen **Retainer** ab?

Antwort: Ein Retainer ist in der GOZ nicht beschrieben und kann analog abgerechnet werden. Er ist nicht von einer anderen Leistung umfasst.

J. FUNKTIONSANALYTISCHE UND FUNKTIONSTHERAPEUTISCHE LEISTUNGEN (GOZ 8000 – 8100)

Frage: GOZ 8000 Voraussetzung für 8010 ff. Ist eine klinische Funktionsanalyse nach der **GOZ-Nr. 8000** zwingend erforderlich, um nachfolgend die **GOZ-Nrn. 8010 ff.** berechnen zu können?

Antwort: Leistungen nach der GOZ darf der Zahnarzt nur berechnen, wenn sie medizinisch notwendig sind. Ob eine Funktionsanalyse vor den entsprechenden FAL-Leistungen notwendig ist, entscheidet alleinig der Behandler. Die funktionsanalytischen Maßnahmen nach den GOZ-Nrn. 8010 ff. sind demnach berechnungsfähig, unabhängig davon, ob eine vorherige klinische Funktionsanalyse nach der GOZ-Nr. 8000 erfolgt ist oder nicht.

K. IMPLANTOLOGISCHE LEISTUNGEN (GOZ 9000 – 9170)

Frage: Wie kann das **Festdrehen einer Implantatschraube** berechnet werden? (Hierbei wird die Krone nicht abgenommen.)

Antwort: Das reine Festschrauben einer implantatgetragenen Krone wird nicht analog, sondern direkt mit der Gebührennummer GOZ 2310 berechnet. Wird in diesem Zusammenhang der Wiederverschluss eines offenen Schraubenkanals vorgenommen, so kann die GOZ-Nr. 2320 berechnet werden.

Frage: GOZ 9040 – OP-Zuschlag. Kann zu der **GOZ-Nr. 9040** »Freilegen eines Implantats und Einfügen eines oder mehrerer Aufbauelemente (z. B. eines Gingivaformers) bei einem zweiphasigen Implantatsystem« ein OP-Zuschlag berechnet werden?

Antwort: Die GOZ-Nr. 9040 stellt eine chirurgische Leistung dar, und obwohl diese Gebührennummer eine Punktzahl von 626 aufweist, ist für diese Leistung kein OP-Zuschlag vorgesehen.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2016

Frage: Berechnung ½- oder ⅓-Gebühr GOZ 9100. Wie wird die Hälfte bzw. ein Drittel der Gebühr nach der **GOZ-Nr. 9100** berechnet?

Antwort: Die Leistung nach der GOZ-Nr. 9100 beschreibt den Aufbau des Alveolarfortsatzes. Eine Abrechnungsbestimmung lautet u. a., dass nur die Hälfte bzw. ein Drittel dieser Gebühr berechnet werden darf, wenn in derselben Kieferhälfte noch ein interner bzw. externer Sinuslift durchgeführt wird.

Die Hälfte bzw. ein Drittel bezieht sich auf die Punktzahl der GOZ-Nr. 9100:

½ = 1.347 Punkte
⅓ = 898 Punkte

Der Punktwert und der Steigerungsfaktor bleiben unverändert.

Selbstverständlich besteht dann weiterhin die Möglichkeit, den Gebührenrahmen 1,0 bis 3,5 gemäß § 5 Abs. 2 zu nutzen bzw. gemäß mit § 2 Abs. 1 und 2 GOZ abweichend zu vereinbaren.

L. ZUSCHLÄGE ZU BESTIMMTEN ZAHNÄRZTLICH-CHIRURGISCHEN LEISTUNGEN (GOZ 0500–0530)

Frage: OP-Zuschläge GOZ. Was für Kosten sind mit den **OP-Zuschlägen nach der GOZ** abgegolten?

Antwort: Die neue Gebührenordnung für Zahnärzte enthält einen neuen Abschnitt L »Zuschläge zu bestimmten zahnärztlich-chirurgischen Leistungen«. Ein OP-Zuschlag richtet sich nach der entsprechenden Punktzahl der jeweiligen durchgeführten chirurgischen Leistung. Mit diesem Zuschlag sind die Kosten für die Aufbereitung wiederverwendeter Operationsmaterialien bzw. -geräte und/oder Materialien, die mit der einmaligen Verwendung verbraucht sind, abgegolten. Dazu zählen z. B. das OP-Set mit sterilen Abdecktüchern, sterile Einmalhandschuhe und sterile Einmalsauger. Der Zuschlag wird der dafür geöffneten Gebührennummer zugeordnet, die mit der jeweils höchsten Punktzahl bewertet ist, und kann höchstens einmal je Behandlungstag und Patient in Ansatz gebracht werden. Eine Summation mehrerer Behandlungszuschläge für mehrere Gebührennummern am gleichen Tag und beim selben Patienten ist nicht möglich.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2016

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2016

3.3.3.2. GOZ-Kommentar und Katalog analog zu berechnender Leistungen der BZÄK

Die Bundeszahnärztekammer als Berufsvertretung aller deutschen Zahnärzte hat in Zusammenarbeit mit den Landeszahnärztekammern einen GOZ-Kommentar erarbeitet. Hier wird von erfahrenen Spezialisten unseres Berufsstandes eine fundierte Hilfestellung zur Anwendung der GOZ gegeben. Der Kommentar und ein Katalog analog zu berechnender Leistungen sind im Internet unter dem Link

https://www.bzaek.de/fuer-zahnaerzte/gebuehrenordnung-fuer-zahnaerzte-goz/goz-kommentar.html

zu finden.

Da der Kommentar und der Katalog ständig aktualisiert werden, ist ein Abdruck im Praxishandbuch nicht sinnvoll.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2016

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2016

Gebührenverzeichnis für zahnärztliche Leistungen im Vergleich zum BEMA plus Auszug aus der GOÄ

Hier finden Sie den GOZ-Honorar-Navigator plus:

http://www.fvdz.de/goz-navigator.html

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 02/2015

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 02/2015

3.3.5. Die GOZ in Zeiten der Inflation

Stillstand seit 1988 beim GOZ-Punktwert bedeutet in den heutigen schwierigen Zeiten eine besondere Herausforderung für die Niedergelassenen. Die Preise galoppieren davon, nur die Honorierung bleibt entgegen der Absicht bei Einführung des Punktwertes in die GOÄ und GOZ. 1988 ist dieser nie zum Inflationsausgleich angepasst worden. Auch nach zehn Jahren der GOZ 2012 ist er bei 5,62421 Cent (Umrechnung von 11 Pfennig). Die Schere der Vergütung zwischen BEMA und GOZ öffnet sich weiter Jahr für Jahr. Bereits 2004 hat aber das Bundesverfassungsgericht entschieden, dass die unter sozialversicherungsrechtlichen Konditionen, also im BEMA, bezahlte Honorierung wohl kaum noch als angemessen für Leistungen der GOZ bezeichnet werden kann (BVerfG AZ 1 BvR 1437/02 vom 25.10.2004). Diese Aussage kann nicht anders verstanden werden, als dass bei Leistungen, die in der GOZ unter dem GKV-Niveau bewertet sind, eine Faktorsteigerung und ggf. eine freie Honorarvereinbarung nach § 2 Abs.1 und 2 getroffen werden muss, damit die Angemessenheit der Honorierung dadurch wiederhergestellt wird.

Durch die jahrzehntelange fehlende Punktwertanpassung in der GOZ helfen nur noch Honorarvereinbarungen. Da werden einige sagen: »Meine Patienten machen das nicht mit!«

Sicher wird es den einen oder anderen Patienten geben, der das nicht akzeptieren wird. Es kann also nur die Macht des Faktischen für Veränderung sorgen. Wenn überall Honorarvereinbarungen verlangt werden, um kostendeckend zu arbeiten, dann hat man als privater Zahler keine andere Chance. Warum sollten jetzt plötzlich viele umsteigen und auch Honorarvereinbarungen machen?

Dafür gibt es mehrere Gründe. Zum einen, weil man einsieht, dass man dem vermeintlich »besseren« Privatversicherten die Leistungen im Vergleich zum Kassenpatienten billig abgibt. Weil man sieht, dass die Politik allen etwas zugesteht, außer den Zahnärzten das zustehende auskömmliche Honorar für die erbrachte Leistung. Weil man nachgedacht hat und erkennt, dass beim gesetzlich Versicherten die Zuzahlung reibungslos geht und keinen Aufwand bedeutet, und jetzt der Privatpatient erkennen muss, dass er zum einen schlecht versichert ist und/oder die Beihilfe eben »Bei«-Hilfe ist und nicht Vollerstattung. Und nicht zuletzt, dass man keinen großen Aufwand mehr betreiben muss, wenn die Formulare einmal in der Praxissoftware eingerichtet sind.

Übrigens, es finden sich alle notwendigen Formulare in diesem Praxishandbuch des FVDZ, und zwar in der gültigen Form. Meist sind die Formulare schon in der Software hinterlegt und können ohne Mühen benutzt werden.

Damit sind Vereinbarungen zur GOZ ganz einfach anzuwenden. Aber nicht nur höhere Faktoren oder Verlangensleistungen, die ganz klar von den medizinisch notwendigen Leistungen abzugrenzen sind, sind vereinbar und auch dringend nötig individuell zu vereinbaren, wie Sie aus der GOZ-Navi-App des Freien Verbandes für seine Mitglieder erkennen können, sondern auch die Anwendung der analogen Berechnung für Leistungen, die weder in der GOZ noch in den für Zahnärzte geöffneten Bereichen der GOÄ beschrieben sind. Wer denkt, es gäbe da nicht so viele, der irrt. Schauen Sie bitte einmal im Internet unter »www.bzaek.de« in der Rubrik GOZ die nicht einmal abschließende Liste der analog berechenbaren Leistungen an. Es mag dazu noch Leistungen geben, die in Ihrer Praxis erbracht werden und zusätzlich zu diesen analog berechenbar sind. Es mag ja sein, dass Ihnen zu wenig konkret gesagt wird, welche Leistung Sie analog nehmen sollen. Das sollte Ihren Praxisbesonderheiten entsprechend berechnet werden. So kann bei jedem Zahnarzt jede analoge Leistung anders lauten. Wichtig ist, dass die formellen Vorgaben eingehalten werden. Auch das wird hier im Praxishandbuch erklärt. Wenn man jetzt meint, das würde von den privaten Krankenkassen gar nicht erstattet, der irrt. Zum einen können die Privaten das gar nicht ablehnen, da die Analogie Bestandteil der GOZ ist, es sei denn, der Patient hat eine Versicherung abgeschlossen, die das explizit ausschließt, dann ist das persönlich gewähltes Schicksal und hat der behandelnde Zahnarzt nicht zu verantworten, und zum anderen sind auf den Seiten des PKV-Verbandes (Verband der privaten Krankenversicherer) »www.pkv.de« unter »Wissen«, dann »Versorgung«, dann »Abrechnung zahnmedizinischer Leistungen (GOZ)« Kommentierungen zur analogen Berechnung.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Hier werden zwar Vorgaben gemacht, welche Leistungen analog benutzt werden sollten, aber das ist natürlich nur ein Hinweis der PKV im wohlverstandenen eigenen Interesse.

Damit ist eindeutig belegt, dass diese Leistungsberechnung zur privaten Zahnheilkunde gehört und essenzieller Bestandteil einer zukunftsfähigen Gebührenordnung ist. Nur so können neue Technik und Neuerungen Einzug in die Praxis und in die Behandlung halten. Genau dafür ist diese Berechnungsform eingeführt worden.

Die Privatpatienten werden froh sein, wenn mit Honorarvereinbarungen und analogen Berechnungen die Möglichkeit besteht, auf demselben hohen Niveau behandelt zu werden wie die gesetzlich Versicherten. Und wenn sie besser behandelt werden wollen, hat das eben einen noch höheren Preis. Nachdem sich der gesetzlich versicherte Patient seine Versorgung individuell leistet und eigenes Geld in nicht unerheblicher Höhe dafür ausgibt, sollten die privat Versicherten und Beihilfeempfänger gleichfalls die Chance auf eine gute Versorgung mit adäquater Honorierung für den Zahnarzt erhalten. Je mehr Kolleginnen und Kollegen es machen, desto normaler wird es und desto weniger Widerstand wird es geben. Betriebswirtschaftlich gibt es schon länger keinen anderen Weg, fragen Sie Ihren Steuerberater.

Zur Analogie gibt es seit Kurzem entsprechende Rechtsprechung, die bei einer notwendigen, aber nicht getätigter Analogberechnung dazu geführt hat, dass es per Urteil an dieser Stelle keine Erstattung für die Leistungspositionen gab, die nicht zutreffend angesetzt waren. Damit hat man total verloren. Anstelle eine analoge Berechnung erstattet zu bekommen, hat der Patient jetzt kostenfrei eine Behandlung erhalten, weil eine falsch gestellte Rechnung nicht zur Zahlung fällig ist.

Zu guter Letzt:

Nur wenn die Zahnärzteschaft die Möglichkeiten der Analogie und Honorarvereinbarungen statistisch auffällig nutzt, wird sie uns erhalten bleiben und auch in bedeutendem Umfang erstattet werden. Die Ärzte haben die Quittung im Novellierungsvorschlag zur GOÄ bekommen. Die Möglichkeiten der Faktorensteigerung sollen massiv eingeschränkt werden, im besten Fall und für einzelne abgestimmte Fälle auf den 2-fachen Faktor und die Analogie ebenfalls nur noch bei abgestimmten Leistungen und dann auch nur nach entsprechenden Vorgaben. Und, Sie werden es erahnen, die Krankenversicherer und Beihilfeträger reden gleichberechtigt bei dieser Abstimmung mit, nur dass eine Abstimmung nur dann erfolgreich ist, wenn sie einstimmig erfolgt. Private Krankenversicherer möchten ja die »besseren Versicherer« sein, dann sollen sie sich anstrengen! Ihnen und uns wünsche ich den Mut, dem Privatpatienten in Zukunft die Möglichkeit zu geben, wirklich gut behandelt zu werden, jedoch sich auch in die Bezahlung aktiv und persönlich einzubringen.

Dr. Christian Öttl

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

3.3.5.1. Das Problem mit Festzuschuss-Boni

Anerkennung der Krankenkassen. Die von den Praxen ermittelten Festzuschuss-Boni sind in letzter Zeit öfter Stein des Anstoßes. Was ist der Hintergrund? Das EBZ sollte doch die Lösung der Probleme darstellen. Leider ist das nicht immer so, und die Krankenkassen haben neue Wege gefunden, um wiederum sparen zu können – zu Lasten der Patienten und der Praxen.

Die Zuschussfestsetzung bei Zahnersatzmaßnahmen erfolgt durch die Krankenkassen. Die dafür nötigen Hinweise kommen von den Praxen, den Patienten oder aus den Daten der Krankenkassen. So kann der eine nicht immer wissen, was der andere als Basis für die Zuschussfestsetzung nutzt.

In der Regel hat der Patient, der für die Führung seines Bonusheftes verantwortlich ist, sein Bonusheft dabei, um die Festsetzung zu ermöglichen. Es kann sogar möglich sein, dass man die Daten der Praxisverwaltungssoftware dazu nutzen kann. Bei der früher üblichen Beantragung mit dem Papier-Heil- und Kostenplan hatte die Krankenkasse frühzeitig die Möglichkeit, zu überprüfen und anzusetzen. Leider wurden schon bei diesem Schritt oft »Lässlichkeiten« begangen, die zu verkehrten Boni führten und erst im Nachgang gegenüber der Praxis korrigiert wurden.

Den »Schwarzen Peter« der Versicherung überlassen

Mit dem neuen EBZ – dem Elektronischen Beantragungs- und Genehmigungsverfahren – sollte das der Vergangenheit angehören, da die Praxis im Zuge der Beantragung den Bonus selbst angibt. Gerade bei den Reparaturen ist das zweckmäßig. Aber leider gibt es Krankenkassen, die ihre finanzielle Notlage versuchen auszugleichen, indem sie ausschließlich eine abgerechnete 01 und nicht etwa eine Ä1, weil noch keine neue 01 abrechenbar war, als Bonuserfüllung anerkennen.

So kann es kommen, dass im Nachgang der Bonus zu Lasten der Patienten respektive der Praxen korrigiert wird, dann nämlich, wenn schon alles abgerechnet ist und der Zugriff auf den Patienten, um das Restgeld zu bekommen, nicht mehr ganz einfach ist. Da es die Krankenkassen nicht anders zu wünschen scheinen, sollte man die nachträgliche Bonuskorrektur der Krankenkassen den Versicherten überlassen.

Wenn Zahnärztinnen und Zahnärzte nicht 100-prozentig sicher sind, jedes Jahr eine 01 zur Bonusgewährung zu finden, sollten sie den Bonus auf der sicheren Seite eher niedriger ansetzen.

Der Patient kann sich im Nachgang das Geld direkt von der Versicherung holen, wie gewünscht!

Zahnärztinnen und Zahnärzte dürfen den »Schwarzen Peter« gerne der betreffenden Versicherung überlassen, als es selbst auch finanziell ausbaden zu müssen.

Dr. Christian Öttl

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2024

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2024

3.3.6. Ein Drahtseilakt

Zahnärztliche Untersuchung. Durch die jahrzehntelang fehlende Punktwertanpassung in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und durch die kontinuierliche jährliche Anhebung des Punktwerts – in Relation zur Grundlohnsumme – im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) sind in Letzterem viele Leistungen so honoriert, dass im Bereich der privaten Krankenversicherung (PKV) nur noch eine Honorarvereinbarung hilft. Beispiel: die eingehende zahnärztliche Untersuchung.

Bereits in den Vorgängerausgaben des Freien Zahnarztes wurde im Zusammenhang mit der GOZ-Nr. 2180 (Zahnersatz-Aufbau) und etlichen chirurgischen Leistungen der GOZ auf eine notwendigerweise frei vereinbarte Honorarhöhe gemäß § 2 Abs. 1 und GOZ hingewiesen. Und in dieser Novemberausgabe soll nun das Verhältnis zwischen der GOZ-Nr. 0010 (eingehende zahnärztliche Untersuchung) und zahnärztlichen Untersuchungen im BEMA unter die Lupe genommen werden.

Kein Inflationsausgleich
Es kann nicht oft genug wiederholt werden: Entgegen der Absicht bei dessen Einführung in die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und GOZ 1988 ist der Punktwert nie zum Inflationsausgleich angepasst worden. Das Bundesverfassungsgericht entschied 2004, dass das GOZ-Honorar, das niedriger liegt als unter sozialversicherungsrechtlichen BEMA-Konditionen, kaum noch als angemessen für Leistungen der GOZ bezeichnet werden kann (BVerfG AZ 1 BvR 1437/02 vom 25.10.2004). Das ist eine Aufforderung zur freien Honorarvereinbarung nach § 2 Abs.1 und 2 – auch bei Untersuchungen.

Erschwerniszuschlag unbekannt
Eine zahnärztliche Untersuchung nach der GOZ-Nr. 0010 wird bei Faktor 2,3 mit 12,94 € und bei Faktor 3,5 mit 19,68 € vergütet. Diese Untersuchungsleistung kann mit den zahnärztlichen Untersuchungsleistungen des BEMA verglichen werden, also den BEMA-Nummern 01, 01k (eingehende Untersuchung), FU1 (Früherkennungsuntersuchung 6. bis 33. Monat) und FU2 (Früherkennungsuntersuchung 34. bis 72. Monat). Egal mit welcher dieser BEMA-Untersuchungen man vergleicht, immer muss über ein Honorar, das zumindest die Vergütungshöhe des BEMA erzielt, eine Honorarvereinbarung getroffen werden. Im Detail:

- Für BEMA-Nr. 01 ist ein Faktor von 3,8 notwendig.
- Für BEMA-Nr. 01k ist ein Faktor von 6,0 notwendig.
- Für BEMA-Nr. FU1 ist ein Faktor von 6,1 notwendig.
- Für BEMA-Nr. FU2 ist ein Faktor von 5,7 notwendig.

Wohlgemerkt: Eine Berücksichtigung der erschwerten Leistungserbringung bei Kindern mittels eines Zuschlags kennt die GOZ – im Gegensatz zur GOÄ – nicht.

Umgehen des Dumpingpreises
Schwierig ist gerade bei der zahnärztlichen Erstuntersuchung, dass bei der § 2-Honorarvereinbarung diese vor Erbringung der Leistung gefordert ist. Es bleibt dem Zahnarzt also – insofern er eine zumindest sozialversicherungsrechtliche Honorarhöhe erwirken will – gar nichts anderes übrig, als vor der Untersuchung auf die Notwendigkeit der freien Honorarvereinbarung hinzuweisen. Zugegeben: Das ist ein Drahtseilakt und nicht jedefraus oder jedermanns Sache unter den Kolleginnen und Kollegen.

Aber vielleicht ist ja beim Erstkontakt bei allen Fällen, in denen feststeht, dass später gezielt eingehend zu untersuchen ist, zuerst einmal eine reine Beratung und eine symptombezogene Untersuchung indiziert?

Dann kann die GOZ-Nr. 0010 korrekt honorarvereinbart nachfolgen – und erwirtschaftet das, was sie auch tatsächlich wert ist, und das ganz ohne GOZ-Dumpingpreis.

Dr. Dr. Alexander Raff

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2023

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2023

3.3.7. Formalien, immer wieder Formalien

Leistungsprüfungen der Krankenkassen. Jüngst haben wir uns mit den Vorgaben beim elektronischen Beantragungs- und Genehmigungsverfahren (EBZ) befasst. Aufgrund der Finanzierungslücken der Kassen wird seit geraumer Zeit auch bei den Vorgaben zur Behandlungsgenehmigung streng verfahren.

Die Krankenkassen sind finanziell am Ende. Hintergrund ist das Gesetzesvorhaben von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) zur Finanzstabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), das am Anfang einer angekündigten Reihe von Spargesetzen stehen soll. Lauterbach möchte die Effizienzreserven im System heben.

Das bedeutet bei uns Zahnärztinnen und Zahnärzten, dass wir bei den Punktwertsteigerungen und dem Gesamtvolumen Abstriche machen müssen, und das sogar bei den vollmundig angekündigten budgetfreien neuen Leistungen. Die Volks- und Mundgesundheit ist wieder unerheblich. Gerade die Parodontitis(PAR)-Behandlungsstrecke soll abgewürgt werden, bevor sie überhaupt effektiv werden konnte. Schließlich steht nicht zu erwarten, dass die Zahnärzteschaft die neuen Leistungen anbietet und gleichzeitig selbst bezahlt.

Wege zur Kostenersparnis

Da die Krankenkassen kranken, werden sie eigene Wege suchen, ihre Ausgaben zu reduzieren. Ein schon praktizierter Weg ist das Prüfen formeller Voraussetzungen für die Leistungserbringungen und deren Honorierungen. Die Kassen wissen, dass zum Beispiel die Vorgaben für die Röntgenaufnahmen zu Zahnersatz(ZE)- und PAR-Behandlungen sehr streng sind, und werden entsprechend Honorare zurückfordern.

Ebenso genau wird überprüft, ob Genehmigungen für Behandlungen vor deren Beginn vorgelegen haben. Gerade bei Kieferbruch, PAR und ZE sehen die Krankenkassen viele Möglichkeiten, zu ungeplanten Einnahmen zu kommen.

Oft glaubt man, einem Patienten Gutes tun zu müssen, und beginnt die Behandlung vor der schriftlichen Genehmigung. Zudem sind Patienten bei den telefonischen Befragungen durch die Krankenkassen sehr kooperativ und geben Auskünfte, die genau zum Verlust der Honorargrundlage des Zahnarztes führen. Begeben Sie sich bitte nicht auf dünnes Eis und behandeln Sie nur bei Vorliegen der Genehmigung und Einhaltung der formalen Vorgaben. Jeder Patient kann schließlich jederzeit einen früheren Beginn der Behandlung durch die Wahl der privaten Vereinbarung und persönlichen Bezahlung ohne Krankenkassenunterstützung wählen.

Dr. Christian Oettl

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2023

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2023

3.3.8. Alles retro!

Abrechnungstipps. Die technischen, materialkundlichen und medizinischen Fortschritte in der endodontischen Chirurgie machen es möglich, bei der Wurzelspitzenresektion diverse qualitätsverbessernde und auch zusätzliche Behandlungsmaßnahmen von retrograd durchzuführen. Allerdings kommt es hier – schon wegen unklarer Begrifflichkeiten – oft zu Unklarheiten bei der Berechnung dieser Maßnahmen.

Im Rahmen der Wurzelspitzenresektion nach den GOZ-Nrn. 3110/3120 sind folgende Behandlungsmaßnahmen zu unterscheiden: retrograder Verschluss, retrograde Füllung und retrograde Wurzelkanalaufbereitung und Wurzelkanalfüllung.

Der retrograde Verschluss zeichnet sich aus durch eine zusätzliche gesteigerte Abdichtung einer vorhandenen Wurzelfüllung im Bereich des Resektionsquerschnittes zum Beispiel mittels haftender Zemente. Dies stellt keine selbstständige Behandlungsmaßnahme dar und ist daher nicht gesondert berechnungsfähig.

Retrograde Füllung
Die retrograde Füllung am Resektionsquerschnitt zeichnet sich dadurch aus, dass hierfür eine Kavität am Resektionsquerschnitt präpariert werden muss (zum Beispiel mittels rotierender Instrumente oder Ultraschallpräparation), die hiernach aufgefüllt wird. Das retrograde Präparieren und Füllen stellt eine selbstständige Leistung dar, die nach der GOZ-Nr. 2050 oder im Fall der Verwendung von Kompositen und Adhäsivtechnik nach der GOZ-Nr. 2060 berechnet werden kann. Eine retrograde Füllung stellt sich als solche im postoperativen Röntgenbild dar.

Retrograde Wurzelfüllung
Die retrograde Wurzelkanalaufbereitung vom Resektionsquerschnitt aus zeichnet sich dadurch aus, dass ein bislang von orthograd nicht aufbereiteter apikalwärts gelegener Abschnitt des Lumens des Wurzelkanals (zum Beispiel bei orthograd nicht zugänglichem Lumen durch Obliteration oder prothetische Restauration) von retrograd aufbereitet wird. Die Füllung eines solchermaßen aufbereiteten Kanals ebenfalls von retrograd stellt eine retrograde Wurzelfüllung dar. Diese beiden Maßnahmen sind nach der GOZ-Nr. 2410 oder 2440 berechnungsfähig. Eine retrograde Wurzelfüllung stellt sich ebenso wie eine orthograde Wurzelfüllung im Röntgenbild dar.

Wird nach erfolgter Wurzelkanalfüllung nochmals von retrograd ein Teil der Wurzelfüllung entfernt und eine Kavität präpariert und anschließend gefüllt, so kann in diesem Fall neben der GOZ-Nr. 2410/2440 auch zusätzlich die GOZ-Nr. 2050 (ggf. 2060) für die apikale Füllung berechnet werden.

Erfolgt eine retrograde Revision vom Resektionsquerschnitt aus tief in den Kanal hinein (im Unterschied zur reinen retrograden Füllung), weil beispielsweise inhomogenes oder nicht randständiges altes Wurzelfüllmaterial aus dem ehemaligen Kanallumen entfernt wird, so ist diese retrograde Entfernung vorhandenen Wurzelfüllmaterials analog nach § 6,2 GOZ gesondert berechnungsfähig, da die Entfernung vorhandenen definitiven Wurzelkanalfüllmaterials auch von retrograd aus eine selbstständige zahnärztliche Leistung darstellt, die in der GOZ nicht beschrieben ist.

Zuschlag für die Anwendung des Operationsmikroskops
Der Zuschlag für die Anwendung des Operationsmikroskops nach der GOZ-Nr. 0110 (22,50 €) ist bei der Wurzelspitzenresektion berechnungsfähig und medizinisch von besonderer Bedeutung. Eine Steigerung der Gebührenhöhe von 22,50 € mittels Faktorerhöhung (die Begründung wäre hier logischerweise die erschwerte Anwendung bei retrogradem Operieren) ist jedoch nicht möglich, da es sich bei der GOZ-Nr. 0110 um eine Zuschlagsnummer handelt, die nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig ist.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2024

3.3.9. GOZ meistern – kein Honorar verschenken – Versorgung sichern

In Zeiten steigender Inflation rechnet man gerne nach, was man früher so bezahlt hat und was man heute zahlen muss. Dabei kommen erstaunliche Zahlen zum Vorschein. Zum Beispiel kostete ein Kilogramm Mischbrot 1988 etwa 3,03 DM, heute kostet es im Schnitt 4,65 €. Das entspricht 9,09 DM und hat sich somit verdreifacht!

Aus dem Jahr 1988 stammt auch der Punktwert für die private Gebührenordnung der Zahnärzte (GOZ). Dieser wurde vom Verordnungsgeber bis heute nicht angepasst, obwohl nicht nur Brot teurer geworden ist: Die Gehälter unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mussten steigen, Materialpreise haben überproportional zugelegt, und nicht zuletzt stiegen die Preise für Dentalbedarf wegen der Neuzertifizierung aufgrund der neuen Medizinprodukte-Verordnung deutlich an und werden vermutlich auch nicht Halt machen.

Die Praxiskosten steigen, die Erlöse allerdings nicht. Wir sind mehr denn je gezwungen, unsere Honorarstunde zu kalkulieren, denn nur wenn die Praxen Gewinne erwirtschaften, werden sie überleben, und die flächendeckende Versorgung kann dauerhaft gewährleistet bleiben.

Die verschiedenen Möglichkeiten, die erbrachten Leistungen unter den derzeitigen Rahmenbedingungen kostendeckend zu berechnen, sollen in dieser Broschüre aufgezeigt werden. Das bedeutet nicht nur, Leistungen auf privater Basis zu erbringen, sondern auch die Möglichkeiten der GOZ richtig anzuwenden, mit den dazu notwendigen Vereinbarungen.

Meistern Sie die GOZ! Verschenken Sie kein Honorar!

Nur so können wir die Patientenversorgung von morgen sichern.

Ihr
Dr. Christian Öttl, Bundesvorsitzender des FVDZ

Honorarumsatz – scharf kalkuliert

Kennen Sie die wirtschaftlichen Rahmendaten Ihrer Praxis?
Sie sind der Schlüssel zum Erfolg. Denn wer seine Zahlen kennt, weiß, an welchen Stellschrauben er drehen kann. Aufschluss gibt die betriebswirtschaftliche Auswertung (BWA). Stark vereinfacht ergibt sich für den Praxisinhaber folgende Rechnung aus den Daten der BWA:

Fixkosten der Praxis aus der BWA		
	Durchschnitt 2022	328.900 €*
+ Einnahmenüberschuss		
	Median 2022	199.600 €
Praxiskosten		528.500 €**
:1.361 Stunden		389 €/Stunde
(durchschnittliche Behandlungszeit/Jahr)		

*ohne Fremdlaborkosten

**Quelle: KZBV-Jahrbuch 2024

Sie müssen also 389 € pro Behandlungsstunde an Honorarumsatz erzielen, um
1. die Fixkosten der Praxis zu decken (Personal, Raumkosten, Material, Energie, Kredite etc.),
2. für sich selbst einen Unternehmerlohn zu erwirtschaften.

Die Praxiskosten sind nicht variabel (Fixkosten), Ihr eigener Unternehmerlohn schon. Deshalb lohnt es sich, einmal intensiver über die Möglichkeiten der Honorargestaltung nachzudenken.

Umsatzplus mit der GOZ?

Nicht unbedingt
Der Punktwert der Gebührenordnung Zahnärzte (GOZ) hat sich in den vergangenen 37 Jahren nicht verändert, die Punktwerte des Bewertungsmaßstabs zahnärztlicher Leistungen (BEMA) in derselben Zeit jedoch erheblich. Zusätzlich wurden Leistungen im BEMA neu bewertet (z. B. Füllungsleistungen, 2025) oder neue Leistungen aufgenommen (z. B. PAR, 2021).

Mehr als 100 vergleichbare Leistungen im BEMA, dem Sachleistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung, sind höher bewertet als die Leistung in

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2025

der GOZ beim 2,3-fachen Steigerungssatz des Honorars. Über 50 vergleichbare Leistungen sind sogar beim 3,5-fachen Steigerungsfaktor niedriger bewertet als im BEMA*.

Die Folge: Es ist notwendig, in bestimmten Fällen auch über den 3,5-fachen Faktor zu steigern, um zumindest das Honorar zu erzielen, das auch die GKV bezahlen würde. Da der GOZ-Punktwert auf dem Niveau von 1988 eingefroren ist, muss eine bewegliche Variable benutzt werden, um auf ein zeitgemäßes Honorar zu kommen: der Steigerungsfaktor. Dies geschieht mit einer individuellen Kalkulation auf Basis der aufgewendeten Zeit, der Schwierigkeit und der Umstände.

So unterschiedlich, wie die Behandlungsmöglichkeiten verschiedener Patienten sind, so variabel sind auch die Möglichkeiten der Honorarberechnung. Es gibt allerdings Vorgaben – und diese sind peinlichst genau einzuhalten.

* Unter www.fvdz.de finden Sie das Kurzverzeichnis der BEMA- und GOZ-Leistungen im Vergleich als PDF (entwickelt von FVDZ und Asgard-Verlag)

Mehrkosten berechnen

Grundsätzlich beruht der BEMA auf einem Sachleistungsprinzip mit Zuzahlungsverbot. Das heißt: Erbringt die Zahnärztin oder der Zahnarzt eine Leistung, wird diese zu einem bestimmten Preis vergütet. Patienten dürfen keine Zuzahlung leisten, wenn sie eine höherwertige oder ästhetisch schönere Leistung haben wollen. Ist dies der Fall, müssen sie die gesamte zahnärztliche Leistung privat bezahlen.

Von dieser Regel gibt es zwei Ausnahmen:

- Bei Füllungen gibt es die Möglichkeit einer Mehrleistungsvergütung (§ 28, SGB V).
- Bei der Anfertigung von Zahnersatz gibt es neben der Regelleistung mit Festzuschuss die Möglichkeit von gleichartiger und andersartiger Versorgung unter Beibehaltung des Festzuschusses für die Regelversorgung
  - entweder über die KZV den Festzuschuss zu erhalten
  - oder bei andersartigem oder überwiegendem Anteil an gleichartiger Versorgung als Direktabrechnung über den Patienten.

Ein Beispiel:

§ 28 Mehrkostenvereinbarung – Füllungstherapie
Mehrschichtige, mehrfarbige, dreiflächige, dentinadhäsive Rekonstruktion an Zahn 36 nach GOZ 2100 entspricht 642 Punkten mal GOZ-Punktwert ergibt beim 2,3-fachen Satz 83,05 €.

Davon abgezogen wird die Sachleistung für eine plastische, selbstadhäsive, dreiflächige Füllung nach BEMA 13c; entspricht bei 53 Punkten mal länderindividuellem Punktwert, hier AOK Bayern (1,2563 €), 66,58 €.

Das ergibt einen Eigenanteil für den Patienten von 83,05 € – 66,58 € = 16,47 €.

Je nachdem, welches Material, welche Technik Sie verwenden, welche Schwierigkeiten es gibt und wie viel Zeit Sie brauchen, kann der Steigerungsfaktor natürlich abweichen.

Anachronistische GOZ – Teil I

Analoge Berechnung
Die Zahnmedizin hat sich in den vergangenen Jahrzehnten rasant weiterentwickelt. In der GOZ sind allerdings nur Leistungen beschrieben (und bewertet), die es bereits 1988 gab. Die Veränderungen der Zahnmedizin werden in der GOZ nicht abgebildet, in Ihrer Praxis allerdings schon – und zwar tagtäglich.

Für diese Fälle gibt es im Paragrafenteil der GOZ den § 6 die sogenannte analoge Berechnung. Man findet in der GOZ oder den für die Zahnärzte geöffneten Bereichen der GOÄ eine gleichwertige Leistung, entweder nach Art, Zeit und/oder Kostenaufwand. Diese setzt man dann dafür an, beachtet aber, dass man vor die Leistungsnummer ein »A« stellt, um auf die Analogie hinzuweisen. Ebenso muss der gegebenenfalls gekürzte Text der Originalleistungsbeschreibung nach einem »entsprechend« nach der Beschreibung der Tätigkeit, die man erbracht hat, stehen.

Weisen Sie Ihre Patienten darauf hin, dass Sie Leistung analog berechnen, weil es dafür keine Gebührenziffer in der GOZ gibt.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2025

Ein Beispiel:

Analogberechnung von Leistungen, die nicht in der GOZ enthalten sind
Wurzelkanaldekontamination mit Laser (nicht als Aufbereitung und nicht separat) zum Beispiel nach GOZ a2250 zum 2,3-fachen Satz entspricht 27,16 €.

Hier wurde eine nach Art, Zeit- und Kostenaufwand gleichwertige Leistung in der Leistung 2250 nach GOZ (Eingliederung einer konfektionierten Krone in der pädiatrischen Zahnheilkunde) gesehen.

Die Berechnung erfolgt nach vorgegebenen Formalia:

Datum	Zahn	Geb.-Nr.	Leistung	Anzahl	Faktor	Gebühr
XX.XX.2025	XX	XXXXa	A entsprechend (§ 6 Abs. 1 GOZ) B	X	1–3,5	XX,XX

Hierbei ist A: Beschreibung der tatsächlich erbrachten selbstständigen Leistung

Hierbei ist B: die Leistung aus dem Gebührenverzeichnis,
- die nach Art, Zeit- und Kostenaufwand gleichwertig ist,
- in Ihrem Ermessen liegt
- und Ihren Praxisbesonderheiten entspricht.

Sowohl das an die Leistungsposition angehängte kleine »a« wie auch das Wörtchen »entsprechend« sind verpflichtend.

Anachronistische GOZ – Teil II

Steigerungsfaktoren
In der GOZ gibt es Einschränkungen in der Steigerung der einzelnen Leistungen.
- Beim 1,0- bis 2,3-fachen Satz ist eine Begründung nicht notwendig.
- Bei einem Steigerungsfaktor über dem 2,3-fachen Satz, jedoch unterhalb von 3,5-fach, braucht man eine Begründung, die auf die Schwierigkeit, den Zeitaufwand oder die Umstände der Behandlung abstellt, im Rechnungstext.
- Oberhalb des 3,5-fachen Faktors und auch unterhalb des 1,0-fachen Faktors muss die Zahnärztin oder der Zahnarzt eine besondere Vereinbarung über die abweichende Gebührenhöhe nach § 2 Abs. 1 und 2 vor der Behandlung treffen (siehe Beispiel).

Vermutlich wird es in Zukunft immer häufiger notwendig werden, oberhalb des 3,5-fachen Satzes zu steigern, da die Preisspirale sich weiter dreht und der Punktwert nicht angehoben wird. Solange der Verordnungsgeber seiner Verpflichtung der Punktwertanhebung nicht nachkommt, sollten Sie immer die entsprechende Vereinbarung zur Hand haben.

Ein Beispiel:

Steigerungsfaktoren nach § 5 der GOZ
Steigerungsbegründungen dürfen sich nicht auf Inhalte des Leistungstextes beziehen oder die Technik der Erbringung.

Beispiele für Begründungen:
- Starker Wangendruck, muskulöse Zunge, erhöhter Speichelfluss, unruhiger Patient, subgingivale Ausdehnung der Kavität, Schachtelstellung der Frontzähne usw.
- Die Begründung muss an der Person des Patienten liegen.
- Patienten während der Behandlung auf die Schwierigkeit hinweisen.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2025

Steigerungsfaktoren über 3,5-fach
Muss über den 3,5-fachen Satz hinaus gesteigert werden, ist eine schriftliche Vereinbarung vorab mit dem Patienten notwendig.

- Genauen Steigerungsfaktor festlegen (Überschreitung später nicht möglich).
- Vereinbarung muss den Passus enthalten: »Eine Erstattung ist nicht oder nicht vollständig gewährleistet.«
- Genauen Betrag ausweisen, damit die Eigenleistung für Patienten klar ist.
- Steigerung über den 3,5-fachen Faktor kann zusätzlich begründet werden, um Erstattung für Patienten zu erleichtern.

Anachronistische GOZ – Teil III

Wunschleistungen
Heute ist es üblich, dass Patienten mit Wünschen wie Bleaching oder »Steinchenkleben« in die Praxis kommen. Dies sind Wunschleistungen und müssen entsprechend berechnet werden. Wunschleistungen müssen in aller Regel analog berechnet werden, denn meistens trifft keine Leistung aus den Leistungsbeschreibungen der GOZ zu.

In der Rechnung müssen diese Leistungen als Wunschleistungen mit einem »V« (für Verlangensleistung) gekennzeichnet werden.

Vor der Behandlung muss man mit dem Patienten eine Vereinbarung nach § 2 Abs. 3 über diese Verlangensleistung abschließen (siehe Beispiel).

Auch private Krankenversicherungen werden diese Leistungen in aller Regel nicht erstatten. Dies sollten Sie klar mit den Patienten kommunizieren.

Wichtig!

Halten Sie Rücksprache mit Ihrem Steuerberater, denn es könnte sein, dass man umsatzsteuerpflichtig oder in einem größeren Umfang umsatzsteuerpflichtig wird. Das trifft vor allem zu, wenn zusätzlich ein Eigenlabor oder Prophylaxe-Shop betrieben wird.

Ein Beispiel:

Medizinisch nicht notwendige Wunschbehandlung

- Auch medizinisch nicht notwendige Leistungen müssen mit dem Patienten vereinbart werden. Dafür gibt es eine Vereinbarung nach § 8 Abs.7 (BMV-Z) und zusätzlich eine Vereinbarung nach § 2 Abs. 3 GOZ (Verlangensleistung).
  Hierunter fällt zum Beispiel das Kleben von Steinchen auf die Frontzähne oder das kosmetische Bleichen der Zähne. Hier kommt wieder nur das Verfahren der analogen Berechnung nach § 6 Abs. 1 in Frage.
- Wunschleistungen müssen in der Rechnung mit einem »V« (für Verlangensleistung) gekennzeichnet werden.
- Passus: »Eine Erstattung ist nicht oder nicht vollständig gewährleistet« muss enthalten sein.

Nicht-BEMA-Leistungen

Wünscht oder benötigt ein Patient Leistungen, die nicht im BEMA abgebildet sind, nicht den Richtlinien entsprechen oder gar unwirtschaftlich sind, kann man diese Leistungen nicht gegenüber der KZV abrechnen.

Man muss dann diese Leistungen auf Basis der GOZ mit dem Patienten vereinbaren. Dazu bedarf es eine Vereinbarung nach § 8 Abs. 7 BMV-Z (Bundesmantelvertrag – Zahnärzte). Dort wird spezifiziert, warum die Leistungen nach GOZ berechnet werden. Zusätzlich sollten Sie auf Basis der GOZ einen Kostenvoranschlag für die Leistungen erstellen, damit der Patient weiß, was er bezahlen muss. Das schützt vor späteren Überraschungen.

Ein Beispiel:

Medizinische Wunschleistungen

- Ein Zahn mit schlechter Prognose einer Wurzelkanalbehandlung wegen eines ausgedehnten apikalen Prozesses, Heilung erscheint fraglich.
- Patient wünscht endodontische Behandlung unter Mikroskop und mit NiTi-Einmalfeilen.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2025

Kostenerstattung

Jeder gesetzlich Versicherte kann laut § 12 Sozialgesetzbuch V (SGB V) aus dem Sachleistungssystem aussteigen und sich als Privatpatient behandeln lassen.

- Patient:in gibt eine entsprechende Erklärung gegenüber seiner/ihrer Krankenkasse ab und weist dies in der Praxis nach.
- Kein Einlesen der Gesundheitskarte ins System, keine Abrechnung der Leistungen gegenüber der KZV.
- Zahnärztliches Honorar wird privat in Rechnung gestellt.
- Patient:in kann die Rechnung oder mehrere bei der Krankenkasse einreichen und bekommt den Anteil des Sachleistungshonorars erstattet.
- Sowohl für PA wie auch für KB als auch für ZE muss vorab ein GOZ-Plan eingereicht werden, sonst gibt es keine Erstattung für den Patienten.

Dr. Christian Öttl

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2025

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2025

Gebührentechnisch völlig korrekt – und eine mögliche Lösung aus dem Honorardilemma – ist aber eine Honorarvereinbarung nach § 2,1 und 2 GOZ bei der GOZ-Nr. 0110, die dann den tatsächlichen zusätzlichen optischen Behandlungsaufwand und die gesteigerte Behandlungsqualität der damit durchgeführten Resektion und – je nachdem – des retrograden Verschlusses, der retrograden Füllung, der retrograden Wurzelfüllung oder der retrograden Revision auch tatsächlich abbildet.

Dr. Dr. Alexander Raff

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2024

3.4. FVDZ-Forderungsmanagement

3.4.1. Freiberuflichkeit und effektives Forderungsmanagement

Wer erfolgreich den Weg vom Vertragszahnarzt zum Freiberufler einschlagen will, muss seine Praxis professionell managen. In diesem Zusammenhang ist u.a. ein funktionierendes Forderungsmanagement von existentieller Bedeutung.

Was ist Forderungsmanagement?
Forderungsmanagement umfasst alle sich an die Rechnungsstellung anschließenden Aufgaben, die darauf gerichtet sind, den Zahlungseingang innerhalb einer angemessenen Frist herbeizuführen. Unter den Begriff des »Forderungsmanagements« fallen eine Vielzahl von Tätigkeiten. Beispielsweise:
– die Rechnungsverwaltung,
– das kaufmännische und gerichtliche Mahnwesen,
– die Beantwortung von Briefen kostenerstattender Stellen und damit verbunden
– die Beobachtung der aktuellen GOZ-Rechtsprechung, um immer auf dem aktuellen Stand zu bleiben und mit schlagkräftigen Argumenten gegenüber kostenerstattenden Stellen auftreten zu können.

Forderungsmanagement erfordert dementsprechend einen hohen Zeitaufwand, der die Arbeitszeit des Praxisinhabers oder/und seiner Beauftragten bindet und insofern mit Kosten verbunden ist.

Warum ist Forderungsmanagement so wichtig?
Die existentielle Bedeutung des Forderungsmanagements ist darauf zurückzuführen, dass schleppende Zahlungseingänge und Forderungsausfälle zu finanziellen Engpässen führen können. Kurzfristig können diese beispielsweise durch die mit entsprechendem Zinsaufwand (Kosten!) verbundene Inanspruchnahme des Kontokorrentkreditrahmens aufgefangen werden. Langfristig jedoch gefährden Liquiditätsengpässe die Existenz der Praxis. Der Praxisinhaber muss folglich das Instrumentarium des Forderungsmanagements ebenso sicher beherrschen wie den Umgang mit Spritze und Bohrer.

Wir begleiten Sie!
Unter Berücksichtigung der individuellen personellen und strukturellen Praxisausrichtung kann es sinnvoll sein, das Forderungsmanagement durch ein hierauf spezialisiertes Unternehmen durchführen zu lassen. FVDZ-Mitglieder können dazu das sog. FVDZ-Forderungsmanagement, ein Angebot der FVDZ-Finanz-Service GmbH und deren Kooperationspartner ZA – Zahnärztliche Abrechnungsgenossenschaft eG, zu Sonderkonditionen in Anspruch nehmen.

Das FVDZ-Forderungsmanagement
Zum FVDZ-Forderungsmanagement gehören die Leistungen:
– Inkasso mit und ohne Vorfinanzierung (inkl. kaufmännischen Mahnwesens, auf Wunsch auch inkl. gerichtlicher Vollstreckung),
– Factoring (mit Ausfallsicherung zu 50 % oder 100 %) und
– Patienten-Teilzahlung.

Beim Inkasso beauftragt der Zahnarzt ein Unternehmen mit dem Forderungseinzug, bleibt aber Forderungsinhaber. Beim Factoring dagegen verkauft der Zahnarzt die Forderung mit allen damit verbundenen Rechten und Pflichten an den sog. Factor, der entsprechend zum neuen Forderungsinhaber wird.

Die ZA – Zahnärztliche Abrechnungsgenossenschaft eG
Als genossenschaftlich organisierter Zahnärzteverband, dessen Vorstand sich mehrheitlich aus praktizierenden Zahnärzten zusammensetzt, richtet die ZA alle geschäftspolitischen Entscheidungen daran aus, ob die jeweiligen Aktivitäten dazu geeignet sind, den Mitgliedern und Kunden Nutzen zu bringen. Zentrale Idee der ZA als Selbsthilfeorganisation der Zahnärzte ist die gemeinschaftliche Nutzung vorhandenen Wissens und die gegenseitige Unterstützung, um so wirtschaftliche Vorteile für die Zahnärzteschaft zu realisieren.
Dementsprechend richtet die ZA eG nach wie vor unter dem Motto »Von Zahnärzten für Zahnärzte« alle Aktivitäten darauf, ihre Mitglieder und Kunden in allen Fragen der betriebswirtschaftlichen Praxisführung zu unterstützen. In dieses Bild fügt sich auch der **FVDZ/ZA-Newsletter praxis management aktuell** nahtlos ein, dessen Chefredaktion im Hause der ZA angesiedelt ist. Der kostenlose Newsletter beschäftigt sich mit allen Themen rund um das Management von Zahnarztpraxen. Er erscheint einmal monatlich und enthält nützliche Informationen und praktische Tipps rund um das Unternehmen Zahnarztpraxis und für den Unternehmer Zahnarzt.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2017

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2017

3.4.2. Vorteile des FVDZ-Forderungsmanagements

1. Vorteile für Sie

Ein klares Plus des Factoring ist, dass alle eingereichten Rechnungen auf Wunsch umgehend bezahlt werden: **Wussten Sie, dass allein durch schleppenden Zahlungsfluss im bundesdeutschen Durchschnitt ein wirtschaftlicher Schaden in Höhe von etwa 1,5 % des privaten Praxisumsatzes entsteht?** Insofern verbessert die Inanspruchnahme des Factoring Ihre finanzielle Situation und schafft Ihnen neue Freiräume für unternehmerische Entscheidungen.

Ein weiterer Vorzug des Factoring ist der Schutz vor Forderungsausfällen: **Wussten Sie, dass in allen deutschen Zahnarztpraxen durchschnittlich 1,2 % des Forderungsvolumens aus dem privaten Praxisumsatz vollständig ausfällt?**

Durch die Übertragung des Forderungsmanagements an die ZA kann die Praxisverwaltung umfangreich entlastet werden. Sie ersparen sich die oft mühselige und vielfach auch ärgerliche Korrespondenz mit privaten Krankenkassen, Beihilfestellen und Patienten. Darüber hinaus sparen Sie auch Geld: neben Personal- auch Porto-, Papierkosten, Kosten für das Mahnwesen sowie die gerichtliche Eintreibung. **Wussten Sie, dass allein diese Kosten ca. 10 € pro Rechnung ausmachen?**

Die Auslagerung des Forderungsmanagements lässt Ihnen mehr Zeit für die originäre Tätigkeit des Zahnarztes, die Beratung und Behandlung Ihrer Patienten. Auch Ihren Helferinnen bleibt mehr Zeit, für das Wohl Ihrer Patienten zu sorgen. Dies trägt dazu bei, dass sich Ihre Patienten stärker an Sie und Ihre Praxis gebunden fühlen und gerne wieder zu Ihnen kommen.

Ein weiterer Vorteil für die Nutzer des FVDZ-Forderungsmanagements ist die ZA-Unterstützung in GOZ-Fragen. Gerade **Praxisneugründer** werden diesen Service ebenso wie die obligatorische Rechnungsprüfung durch die ZA besonders zu schätzen wissen.

2. Vorteile für Ihre Patienten

Auch für Ihre Patienten sind die geprüften Rechnungen von Vorteil, da weniger Einwände kostenerstattender Stellen zu erwarten sind, die für sie ebenfalls mit Verwaltungsaufwand verbunden sind. Sollten dennoch kostenerstattende Stellen Einwände gegen die Rechnung erheben, erhalten Ihre Patienten durch die ZA qualifizierte Unterstützung.

Interessanter für Ihre Patienten ist jedoch die Tatsache, dass mit dem Forderungsankauf durch die ZA ein kaufmännisches Zahlungsziel von 30 Tagen gilt und nicht länger die bei Zahnarztrechnungen übliche sofortige Zahlung erforderlich ist. Vielfach bedeutet dies für Ihre Patienten, dass sie nicht für ihre Beihilfestelle in Vorleistung treten müssen, wodurch sich ihre finanzielle Lage deutlich entspannt.

Auch besteht beim Factoring für Ihre Patienten die Möglichkeit der Teilzahlung. Bei Laufzeiten bis zu fünf Monaten ist diese zinsfrei. Längerfristige Teilzahlungsangebote sind dagegen zu banküblichen Zinssätzen möglich.

3. Vorteile für Ihre Verwaltungs-Mitarbeiterin

Auch Ihre Mitarbeiterin wird sich über die Entlastung vom Forderungsmanagement freuen, dies insbesondere, da gerade der mit dem Mahnwesen verbundene Ärger häufig an Ihrer Rezeption aufläuft.

Dankbar wird sie auch über die Möglichkeit der schnellen, unbürokratischen und qualifizierten Hilfe in GOZ-Fragen sein. Die Vielzahl der auflaufenden Fragen belegen diesen Vorteil eindrücklich: Monatlich gehen bei der ZA ca. 600 telefonische Anfragen von Mitarbeiterinnen zu GOZ-Fragen ein. Tendenz steigend.

Da Ihre Mitarbeiterin die durch die Auslagerung des Forderungsmanagements gewonnene Zeit der Beratung Ihrer Patienten widmen kann, muss sie nicht um ihren Arbeitsplatz fürchten. Im Gegenteil: Durch ihre

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2017

Aktivität kann sie dazu beitragen, dass Ihre Patienten sich gerade in Ihrer Praxis besonders wohl fühlen, sich gerne Ihrer Fachkunde anvertrauen und zusätzliche Leistungen in Anspruch nehmen, die zu einer Umsatzsteigerung und damit auch zum langfristigen Erhalt des Arbeitsplatzes beitragen.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2017

3.4.3. FVDZ-Forderungsmanagement – Der Ablauf

Wenn Sie sich dazu entschließen, Ihre Forderungen im Rahmen des FVDZ-Forderungsmanagements an die ZA zu verkaufen und sich an die im Folgenden beschriebenen Spielregeln halten, können Sie alle Vorteile des Factoring in vollem Umfang für sich nutzen:

1. Lassen Sie sich zunächst von Ihrem Patienten eine Einverständniserklärung zum Forderungsverkauf sowie die dafür erforderliche Erklärung zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht unterschreiben und legen Sie diese in seiner Karteikarte ab. Diese Einverständniserklärungen sind von essentieller Bedeutung für die rechtswirksame Vereinbarung von Factoring-Verträgen. Geeignete Formulare dafür stellt Ihnen die ZA selbstverständlich unentgeltlich zur Verfügung.

2. Erstellen Sie dann wie gewohnt den Heil- und Kostenplan/Kostenvoranschlag und

3. senden Sie eine Ankaufanfrage entweder auf dem entsprechenden von der ZA bereitgestellten Formular oder aber online an die ZA. Die ZA gibt Ihnen dann Rückmeldung, ob sie die Forderung ankaufen kann oder ob Negativeinträge in den SCHUFA-Daten des Patienten vorliegen und somit ein Ankauf nicht möglich ist.

4. Stellen Sie nach der Behandlung und Eingliederung die Rechnung und senden Sie diese mit allen erforderlichen Anlagen an die ZA. Das Rechnungspapier stellt Ihnen die ZA gerne auf Wunsch unentgeltlich zur Verfügung. Selbstverständlich ist auch eine Online-Übermittlung der Rechnungsdaten möglich.

Nach der Rechnungsprüfung und der Erfassung aller relevanten Daten wird die ZA den Kaufpreis entsprechend dem von Ihnen gewählten Auszahlungsmodus, also zum Beispiel sofort, an Sie überweisen. Parallel dazu werden die Rechnung sowie ein Überweisungsträger an den Patienten versendet. Alle weiteren Folgeaktivitäten rund um das komplette Forderungsmanagement übernimmt die ZA für Sie. Dadurch entfällt in Ihrer Praxis das komplette Mahnwesen, die leidige Korrespondenz mit privaten Krankenkassen, Beihilfestellen und Ihren Patienten. Lediglich, wenn

- Patienten wissentlich oder irrtümlich Zahlungen an Sie leisten,
- Sie nachträglich Preisnachlässe gewähren oder aber
- die Rechnung komplett von Ihnen storniert wird,

müssen Sie dies der ZA melden, damit diese ihre Unterlagen entsprechend korrigieren kann. Für jede dieser Situationen hat die ZA einfache Verfahren entwickelt, die Ihre Praxis möglichst wenig belasten. Entsprechende Formulare zur Abwicklung derartiger Fälle stellt Ihnen die ZA ebenfalls unentgeltlich zur Verfügung.

Die ZA wird Ihnen wöchentlich eine Praxisabrechnung ausstellen. Diesem »Kontoauszug« können Sie eine Aufstellung aller im Laufe der Woche von Ihnen verkauften Rechnungen entnehmen. Den Monatsabrechnungen können Sie darüber hinaus entnehmen, welche Rechnungen zwischenzeitlich beglichen wurden, an wen die ZA Mahnungen aussenden musste, ob eventuell sogar ein gerichtliches Mahnverfahren gegen einen Ihrer Patienten ansteht und ob Patienten sich für Teilzahlung entschieden haben.

Die ZA ermöglicht Ihnen jederzeit Eingriffe in das laufende Verfahren. So haben Sie beispielsweise die Möglichkeit des Forderungsrückkaufs, wenn Sie mit der Initiierung eines Mahnverfahrens, aus welchen Gründen auch immer, nicht einverstanden sein sollten. Sofern Sie sich für die Teilnahme an »ZA-Dialog« entscheiden, können Sie alle Patientendaten auch online einsehen.

Neue Kunden werden bei der ZA besonders intensiv betreut, um über eventuelle Startschwierigkeiten schnell hinwegzuhelfen. Doch auch, wenn Sie und Ihre Verwaltungsmitarbeiterin sich bereits in vollem Umfang mit dem FVDZ-Forderungsmanagement vertraut gemacht haben, werden Sie nicht allein gelassen: Ihnen steht weiter eine fachkundige Sachbear-

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2017

beiterin zur Seite. Daneben haben Sie selbstverständlich auch die Möglichkeit, sich an Ihren vertrauten Kundenbetreuer zu wenden.

Wünschen Sie weitere Informationen?
Wenden Sie sich an uns: FVDZ-Finanz-Service GmbH, Rufnummer 02 28/85 57 60. Sie können uns auch über Telefax: 02 28/8 55 11-60, über E-Mail: info@fvdz-finanz.de oder natürlich per Post FVDZ-Finanz-Service GmbH, Mallwitzstraße 16, 53177 Bonn erreichen.

Weitere Informationen finden Sie auch im Internet unter www.fvdz.de/factoring.html.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2017

3.5. Honorarordnung der Zahnärzte (HOZ)

3.5.1. Die Honorarordnung der Zahnärzte (HOZ)

Nachdem es absehbar war, dass der Verordnungsgeber trotz jahrelangen Stillstands keine Anstalten macht am Punktwert der GOZ etwas zu ändern, und nachdem ein Versuch, auf dem Klageweg vor dem Bundesverfassungsgericht eine solche Änderung herbeizuführen, scheiterte, war Handlungsnotwendigkeit für die Zahnärzteschaft gegeben.

Nach langer Vorbereitung hat die Bundeszahnärztekammer auf einer außerordentlichen Bundesversammlung am 31.01.2007 eine Honorarordnung für Zahnärzte verabschiedet.

Sie basiert auf der erarbeiteten wissenschaftlichen Neubeschreibung der Zahnheilkunde. In einem betriebswirtschaftlichen Gutachten der renommierten Prognos AG aus der Schweiz wurde für die Durchschnittsmusterpraxis ein notwendiges Honorar von 3,38 € pro Minute, also für die Praxisleistungsstunde von knapp 203 € errechnet. Die Bewertung der einzelnen Leistung erfolgte nach den Therapieschrittlisten – von der Wissenschaft gemeinsam mit Fachgesellschaften und der BZÄK erarbeitet –, für die entweder die bereits aus der BEMA-Neubewertung vorhandenen Zeitmess-Studien herangezogen oder entsprechende Praxiswerte (besonders aus Erhebungen der Kammer Nordrhein) benutzt wurden.

Inzwischen ist die HOZ in einigen Details überarbeitet worden. Die Prognos AG hat mit aktuellen betriebswirtschaftlichen Daten die Honorarhöhe überprüft. Die aktuellen Werte lauten **3,58 €** pro Minute bzw. **214,80 €** für die Praxisleitungsstunde jeweils wieder für eine fiktive Durchschnittspraxis mit einfacher Ausstattung. Die jährliche Anpassung an die wirtschaftlichen Daten ist im Paragraphenteil der HOZ in § 7 festgelegt. Hier hat die BZÄK eindeutig Handlungsbedarf und wird aufgefordert die ausstehende Überarbeitung schnellstens auf den Weg zu bringen.

Diese Honorarordnung stellt den Gegenentwurf zu den Absichten der Bundesregierung, im Rahmen einer Neuverordnung die GOZ dem BEMA anzugleichen, dar.

Die Honorarordnung kann leider **noch nicht angewendet** werden. Sie bietet aber eine gute Orientierung über die betriebswirtschaftlich erforderlichen Honorare und kann so bei der Gebührenbemessung nach GOZ hilfreich sein.

Die HOZ besitzt einen auf sieben Paragraphen und zwei Druckseiten verkürzten verständlichen Paragraphenteil. Er beinhaltet alle notwendigen Regelungen.

§ 1 Anwendungsbereich
- verbindlich für zahnärztliche Leistungen

§ 2 Honorare
- nur für selbst erbrachte oder unter Aufsicht delegierte Leistungen
- GOÄ bleibt für nicht in der HOZ aufgeführte Leistungen geöffnet

§ 3 Honorarbemessung
- innerhalb der Spanne nach billigem Ermessen

§ 4 Auslagen
- zahntechnische Leistungen, Wegegelder für Besuche

§ 5 Abweichende Vereinbarung
- schriftlicher Vertrag über Leistung und Honorar

§ 6 Fälligkeit und Berechnung des Honorars
- Honorar nach Rechnungsstellung fällig
- Rechnungsinhalt
- Vorauszahlung vereinbar

§ 7 Anpassung
- jährliche Anpassung zwingend vorgesehen (hier hat die BZÄK unbedingt nachzuarbeiten)

Der Gebührenteil gliedert sich in neun Hauptgruppen von

01 Diagnostische Leistungen
bis
09 Prothetisch-rekonstruktive Leistungen.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2017

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2017

3.5.2. Honorarkalkulation mit der HOZ

3.5.2.1. Vergleiche BEMA – GOZ – HOZ

Wenn man bei ausgewählten Behandlungsgebieten die Honorarhöhe vergleicht, kommt man teilweise zu erstaunlichen Ergebnissen.

Beispiel: Einzelkrone teil- (BEMA) bzw. vollverblendet (GOZ/HOZ)

BEMA			GOZ				HOZ		
Geb.-Nr.	Punkte	Honorar	Geb.-Nr.	Punkte	Faktor	Honorar	Geb.-Nr.	Basiswert	Zeit in min.
19	19	14,16 €	2270	270	2,3	34,93 €	940	59,43 €	16,60
20b	158	117,77 €	2210	1678	2,3	217,06 €	903	223,46 €	62,42
Summe		**131,93** €				**251,99** €		**282,89** €	**79,02**

Beispiel: Endodontie, 3 Wurzelkanäle

BEMA			GOZ				HOZ		
Geb.-Nr.	Punkte	Honorar	Geb.-Nr.	Punkte	Faktor	Honorar	Geb.-Nr.	Basiswert	Zeit in min.
8 Vipr	6	4,84 €	0070	50	2,3	6,47 €	210	2,86 €	0,80
Ä925a Rö2	12	9,69 €	Ä5000	50	1,8	5,24 €	150	5,73 €	1,60
41a L1	12	9,69 €	0100	70	2,3	9,05 €	220	17,90 €	5,00
		0,00 €				0,00 €	430	8,23 €	2,30
3x 28 VitE	54	43,59 €	3x 2360	330	2,3	42,69 €	3x 433	23,63 €	6,60
3x 32 WK	87	70,24 €	3x 2410	1176	2,3	152,13 €	3x 435	163,25 €	45,60
3x 35 WF	51	41,17 €	3x 2440	774	2,3	100,11 €	3x 437	97,73 €	27,30
		0,00 €	2040	65	2,3	8,41 €	263	11,10 €	3,10
		0,00 €	3x 2400	210	2,3	27,15 €	3x 434	30,07 €	8,40
Ä925a Rö2	12	9,69 €	Ä5000	50	1,8	5,24 €	150	5,73 €	1,60
Summe		**188,91** €		**2775**		**356,49** €		**366,23** €	**102,30**

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2017

Beispiel: Totale Prothesen

BEMA			GOZ				HOZ		
Geb.-Nr.	Punkte	Honorar	Geb.-Nr.	Punkte	Faktor	Honorar	Geb.-Nr.	Basiswert	Zeit in min.
			0030	200	2,3	25,87 €	200	58,71 €	16,40
97a	250	186,35 €	5220	1850	2,3	239,31 €	954	214,84 €	60,01
97b	290	216,17 €	5230	2200	2,3	284,59 €	955	236,32 €	66,01
98b	57	42,49 €	5180	450	2,3	58,21 €	931	51,91 €	14,50
98c	76	56,65 €	5190	540	2,3	69,85 €	932	62,65 €	17,50
98d	23	17,14 €	8010	180	2,3	23,28 €	704	46,86 €	13,09
			8020	300	2,3	38,81 €	701	33,29 €	9,30
Summe	**696**	**518,80** €		**5720**		**739,92** €		**704,58** €	**196,81**

Mit Erstaunen stellt man fest, dass die HOZ teilweise in der Honorarhöhe niedriger ist als die ob der unterlassenen Honoraranpassung vielgescholtene GOZ. Wo liegt das Geheimnis? Die HOZ stellt ausdrücklich auf eine standardisierte Durchschnittspraxis (1 Zahnarzt, 2 Sprechzimmer, 2 Fachangestellte, einfache Ausstattung) ab, ein ähnlich geheimnisvolles Wesen wie der berühmte »Eckrentner«. Wir müssen den Minutensatz also an die konkreten betriebswirtschaftlichen Bedingungen unserer Praxis angleichen.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2017

3.5.2.2. Grundlagen der betriebswirtschaftlichen Honorarkalkulation

Um in der Praxis einen Gewinn zu erwirtschaften, müssen die Honorareinnahmen deutlich höher sein als die Praxisausgaben. Beide lassen sich auf die Minute herunterrechnen.

Praxiskosten »Meine Praxis«

1	Praxiskosten abzüglich Laborkosten	€
2	honorarwirksame Arbeitsstunden pro Jahr	€
3	Praxiskosten pro Arbeitsstunde (1:2)	€
4	Praxiskosten pro Arbeitsminute (3:60)	€

Honorareinnahmen »Meine Praxis«

1	Praxiseinnahmen abzüglich Laboranteil	€
2	honorarwirksame Arbeitsstunden pro Jahr	€
3	Honorareinnahmen pro Arbeitsstunde (1:2)	€
4	Honorareinnahmen pro Arbeitsminute (3:60)	€

Diese Tabellen spiegeln die Verhältnisse nur sehr grob wider. Für die exakte Kostenermittlung gibt es Hilfestellungen. Zum einen hat die Bundeszahnärztekammer ein Kalkulationsraster erarbeitet. Es ist im Internet unter

http://www.bzaek.de/fuer-zahnaerzte/gebuehrenordnung-fuer-zahnaerzte-goz/kalkulationsraster.html

zu finden. Dort kann man eine Datei herunterladen, welche auf dem eigenen Rechner im Internet-Browser geöffnet wird. Damit ist ein Nachteil früherer Versionen beseitigt und die Kalkulation lässt sich ohne Kontakt und Datenaustausch mit dem Internet durchführen. Eine ausführliche Anleitung zur Erfassung der relevanten betriebswirtschaftlichen Daten ist als pdf-Datei hinterlegt.

Eine weitere Möglichkeit ist der **Honorarkalkulator** der Zahnärztlichen Abrechnungsgenossenschaft eG Düsseldorf. Der Honorarkalkulator ist mit der GOZ 2012 in seinen Funktionalitäten stark erweitert worden. Auf der ersten Seite wird anhand betriebswirtschaftlicher Eckdaten der Praxis der Minutensatz ermittelt. Anders als beim Kalkulationsraster der Bundeszahnärztekammer, gibt es im Honorarkalkulator nun die Möglichkeit für einzelne Gebührenpositionen oder auch ganze Behandlungskomplexe den notwendigen Steigerungssatz zu errechnen. Parallel wird die zur Verfügung stehende Behandlungszeit bei Steigerungsfaktor 2,3 angezeigt. Der Honorarkalkulator ist zum Preis von 29,90 € zu haben, Kunden und Mitglieder der ZA erhalten ihn kostenlos. Bestellung via Fax: 0211/5693–365.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2017

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2017

3.5.2.3. Honorarvereinbarung: Begründung vergessen?

Nachträgliche Angaben. Damit man sich nicht selbst beklaut, sind Honorarvereinbarungen bei vielen GOZ-Leistungen unverzichtbar. Dabei ist zu beachten, dass wegen einer besonderen Schwierigkeit, eines besonderen Umstands oder überdurchschnittlicher Behandlungsdauer (§ 5,2) auch in einer Honorarvereinbarung Platz für nachträgliche Begründungen gegeben ist.

Ist die Rechnung mit vereinbarten Faktoren über 3,5 (nach § 2,1 GOZ) schon geschrieben, der Privatversicherte aber nun nach Begründungen gemäß § 5,2 GOZ verlangt, so können diese auch nachträglich bemessen werden. Der § 10,3 GOZ verpflichtet den Zahnarzt explizit, gegebenenfalls vorgelegene Gründe für höhere Steigerungsfaktoren zu benennen. Das nebenstehende Formular ermöglicht auch nach Rechnungsstellung, die Gründe für die höhere Bemessung als Faktor 2,3 für jede aufgeführte Gebührennummer nachträglich einzeln aufzuführen. Es sollte in jeder Praxissoftware integriert sein.

Der Wunsch des Patienten ist entscheidend

Das hat den Vorteil, dass in denjenigen Fällen, in denen derartige Bemessungsgründe vorgelegen haben, der Patient mit einem »regulären« Versicherungsvertrag die Behandlungskosten nicht nur bis zum 2,3-fachen, sondern bis zum 3,5-fachen Faktor erstattet bekommt. Was den Patienten natürlich freut. Lagen jedoch keine Gründe für ein höheres Bemessen nach § 5,2 GOZ vor, so kann auch dies dem Patienten im nebenstehenden Formular so bestätigt werden.

Wichtig ist, Folgendes auseinanderzuhalten: Die gegebenenfalls zu liefernden nachträglichen Begründungen begründen nicht die Honorarvereinbarung selbst. Die Anwendung der Honorarvereinbarung ergibt sich nicht aus den Bemessungskriterien Zeitaufwand oder Schwierigkeitsgrad, sondern allein zwingend aus der mit dem Patienten vereinbarten gewünschten Behandlungsqualität, die eine entsprechende freie Honorarvereinbarung betriebswirtschaftlich unumgänglich macht, da die Qualität ansonsten nicht eingehalten werden kann.

Dr. Dr. Alexander Raff

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2024

Nachträgliche Begründungen von Steigerungsfaktoren bei Honorarvereinbarung nach § 2 Abs. 1 und 2

_____

Patient/-in bzw. Zahlungspflichtige/-r

Sehr geehrte/r Frau/Herr _____,

ich habe mit Ihnen am ____.____._____ Leistungen vereinbart, die den _____-fachen Steigerungsfaktor überschreiten.

Gemäß § 10 Abs. 3 Satz 2 GOZ muss der Zahnarzt auf Verlangen des Zahlungspflichtigen die Steigerung der Gebühr/en begründen, wenn auch ohne diese Vereinbarung eine Überschreitung über den 2,3-fachen Steigerungsfaktor gerechtfertigt gewesen wäre.

Nach § 5 Abs. 2 GOZ beziehen sich die Bemessungskriterien für die Anhebung des Steigerungsfaktors:

- auf die erhöhte Schwierigkeit und/oder
- auf einen erhöhten Zeitaufwand der einzelnen Leistungen sowie
- auf die Umstände bei der Ausführung der Leistung.

☐ Bei den erbrachten Leistungen lagen keine Gründe im Sinne der Bemessungskriterien für die Überschreitung des Steigerungsfaktors vor.

☐ Bei den erbrachten Leistungen lag ein Grund/lagen mehrere Gründe im Sinne der Bemessungskriterien für die Überschreitung des Steigerungsfaktors vor.

Gebühren-Nummer	Behandlungs-datum	Zahn	Nachträgliche Begründung

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

_____ _____

Ort, Datum Ort, Datum

_____ _____

Unterschrift Patient/-in Zahlungspflichtige/-r Unterschrift Zahnärztin/Zahnarzt

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2024

3.5.2.4. In der Person des Betroffenen liegende Besonderheit

Personenbezogene Begründung. Immer wieder kommt es bei der Auseinandersetzung um Begründungen gerade mit Beihilfestellen zum Streit darüber, was eine »in der Person liegende Besonderheit« des Patienten eigentlich ist und was nicht. Wie wird – an diese Formulierung des Bundesverwaltungsgerichtes angepasst – richtig begründet?

Grund der Auseinandersetzung ist ein Urteil des Bundesverwaltungsgerichtes von 1994 (BVerwG 17.02.1994, Az. 2 C 10/92). Danach »müssen Besonderheiten, die eine Überschreitung des Schwellenwertes i. S. v. § 5 Abs. 2 GOZ rechtfertigen, gerade bei der Behandlung des betreffenden Patienten, abweichend von der Mehrzahl der Behandlungsfälle, aufgetreten sein. Die Entscheidung enthält dann auch folgenden, gerne von der Beihilfe zitierten Kernsatz: »Erforderlich ist damit eine gerade in der Person des Betroffenen liegende Besonderheit; allein verfahrensbezogene Besonderheiten genügen gerade nicht.«

Urteil des Verwaltungsgerichtshofes Baden-Württemberg

Dabei ist klar, dass dieser Kernsatz bereits eine nicht im Wortlaut von § 5 Abs. 2 GOZ gedeckte Einschränkung vornimmt. Leider hat sich dieser Fehler in der Anerkennungspraxis von Begründungen aber mittlerweile festgesetzt. Denn nicht alle Abweichungen von der Mehrzahl der Behandlungsfälle sind in der Person des Patienten begründet, sondern im jeweiligen Behandlungsfall. Deswegen können eigentlich auch die nicht durch die Person hervorgerufenen, aber im jeweiligen Fall erschwerend sich auswirkenden Behandlungsumstände faktorsteigernd angesetzt werden.

Das sieht auch der Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg so (VGH BW, 17.09.1992, Az. 4 S 2084/91), wenn er ausführt: »Die Gebührenordnung enthält demnach nach ihrem Wortlaut keine Anhaltspunkte dafür, dass nur personenbezogene Umstände als Bemessungskriterien in Betracht kommen.« Und weiter: »Ob erhöhter Aufwand seine Ursache in patientenbezogenen Umständen hat, ist unerheblich. Daher können nicht nur patientenbezogene Umstände, sondern auch Besonderheiten des angewandten Verfahrens Berücksichtigung finden.« Das zur Revision angerufene höchstrichterliche BVerwG hat in seinem Urteil vom 01.04.1993, Az. 2 B 207.92 dieses Urteil nicht revidiert.

Missverständnisse sind vorprogrammiert

Dennoch kommt es mit regelhafter Gleichmäßigkeit immer wieder vor, dass nur auf das titelgebende Urteil des BVerwG von 1994 Bezug genommen wird, so zum Beispiel aktuell wieder einmal vom VG Köln (15.04.2025, Az. 3 K 3159/22) im Zusammenhang mit der Füllungstherapie. Die Anwendung von Mehrfarbentechnik und besondere Verfahren der Füllungsverdichtung wurden nicht als faktorerhöhend anerkannt. Insofern erscheint es für den Praxisalltag doch zweckmäßig, sich nochmals gesondert der »in der Person liegenden« Besonderheiten zuzuwenden. Denn Missverständnisse zur »Person« sind vorprogrammiert: Eine Betrachtungsweise, die aus der Person nun »in der Persönlichkeit liegende Besonderheiten« macht, ist jedenfalls völlig falsch. Es ist damit nicht gemeint, dass als mögliche Begründung nur psychiatrische Diagnosen von Personen mit Persönlichkeitsstörungen gemeint sind (immerhin ca. neun Prozent der Bevölkerung), deren beispielsweise misstrauisch-argwöhnisches, dramatisierendes, ängstliches oder halsstarriges Verhalten die Behandlungsabläufe erschwert.

Es ist mit »in der Person liegende Besonderheiten« auch nicht gemeint, dass nur solche individuellen Verhaltensweisen, die einen bestimmten anstrengenden Charakter oder Typus kennzeichnen, die zu erschwerten Behandlungsabläufen führen, als Begründungen für höhere Steigerungssätze dienen könnten.

Korrekte Begründungen für höhere Steigerungssätze sind richtigerweise zwar sicher auch verhaltensbezogene Besonderheiten wie zum Beispiel ein durch ständiges übertriebenes Nachfragen unterbrochener Behandlungsablauf oder eine durch fortdauernde körperliche Abwehrhaltungen oder Anspannungsbe-

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2025

wegungen geprägte Behandlung. Allerdings verbietet allein schon ein gedeihliches Arzt-Patienten-Verhältnis allzu invasive oder direkte charakterliche Personenbezüge bei der Begründungswahl.

Anatomisch-körperliche Besonderheiten und physiologische besondere Verfasstheiten

Darüber hinaus muss aber gelten: Besonderheiten in der Person eines Patienten betreffen selbstverständlich auch dessen anatomisch-körperliche Besonderheiten und dessen physiologische besondere Verfasstheiten. So sind bei der Präparation für und Versorgung eines Zahnes mit einer Krone anatomische Besonderheiten der behandelten Person wie etwa eine kleine Mundöffnung, ein enger bukkaler Korridor, die erschwerte Präparation durch Engstand/Schachtelstellung, erschwerte Retention durch kurze klinische Krone, erschwerte Abformung durch abnorme Kieferformen (zum Beispiel Stellungsanomalie, hoher Gaumen, inserierende Bänder, festsitzender Zahnersatz), umfangreiche Ausblockmaßnahmen von Interdentalräumen, Unterschnitten oder Ähnliches, mehrphasige Restauration/Rekonstruktion bei abgesunkenem Biss, die erschwerte Einsehbarkeit von Zähnen oder kariösen Defekten (zum Beispiel subgingival) beim Präparieren und vieles mehr Begründungen für höhere Behandlungsaufwände als bei der Mehrzahl der Behandlungsfälle.

So sind bei der Versorgung eines Zahnes mit dentinadhäsiv befestigten Kompositfüllungen physiologische Besonderheiten beispielsweise die erschwerte Freistellung des Behandlungsfeldes bei erhöhtem Muskeltonus von Wange und/oder Zunge, die motorische Instabilität der oder die erschwerte Trockenlegung bei Hypersalivation Begründungen für höhere Behandlungsaufwände als bei der Mehrzahl der Behandlungsfälle.

Fazit: Ob generelle oder lokale, ob situative oder dauerhafte – alle die Behandlung erschwerende Besonderheiten »der Person des Betroffenen« sind valide Bemessungskriterien nach § 5 Abs. 2 GOZ in der Rechnung im Sinne des BVerwG.

Dr. Dr. Alexander Raff

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2025

3.6. Rechtssichere Vereinbarungen

Die Zahnheilkunde hat sich in den letzten 30 Jahren von Grund auf überholt, die Honorierung jedoch nicht. Deshalb ist es nötig sich mit Sonderformen der Honorierung auseinanderzusetzen.

In der Zahnheilkunde state of the art muss man sich vor der Leistungserbringung darüber klar werden, wie man die Leistung honoriert haben möchte.

Sowohl in der Kassenzahnheilkunde wie auch in der privaten Zahnheilkunde gibt es verschiedene Möglichkeiten, die genauen Vorgaben folgen müssen, damit am Schluss das angestrebte Honorar auf dem Konto landet.

Zuerst einmal geht es um die Frage, ob die zu erbringende Leistung Privatleistung bei einem Kassenpatienten oder bei einem privat versicherten Patienten ist.

Beim Versicherten der gesetzlichen Kassen muss formal sichergestellt sein, dass der Patient aufgeklärt ist, dass er Anrecht auf eine Kassenleistung hätte, aber etwas anderes beanspruchen möchte. Dazu bedarf es eines Formulars nach § 8 Abs. 7 BMV-Z wie unten anstehend.

Vereinbarung einer Privatbehandlung
nach § 8 Abs. 7 BMV-Z

Name des Versicherten: _____

Mir ist bekannt, dass ich als Patient der gesetzlichen Krankenversicherung das Recht habe, unter Vorlage der Krankenversichertenkarte nach den Bedingungen der gesetzlichen Krankenversicherung behandelt zu werden. Unabhängig davon wünsche ich ausdrücklich auf Grund eines privaten Behandlungsvertrages gemäß der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) privat behandelt zu werden.

☐ Nachfolgende Behandlung wurde vereinbart:

☐ Siehe beigefügter Heil- und Kostenplan

_____

_____

_____

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass eine Erstattung der Vergütung oben genannter Leistungen durch die Krankenkasse in der Regel nicht erfolgen kann.

_____
Ort, Datum

_____ _____
Unterschrift des Zahnarztes Unterschrift des Versicherten

Die aufgeführte Behandlung

☐ ist nicht im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung enthalten.
☐ geht weit über das Maß der ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung hinaus (§§ 12, 70 SGB V).
☐ geht über die Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung hinaus.
☐ wird auf Wunsch des Patienten durchgeführt.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Damit sind sowohl Behandlungen abgedeckt, die nicht im Leistungskatalog der GKV enthalten sind, über die in § 12 des SGB beschriebenen Kriterien der Wirtschaftlichkeit hinausgehen oder die Vorgaben des GBA zur Wirtschaftlichkeit überschreiten oder auf Wunsch des Patienten durchgeführt werden.

Beim weiteren Vorgehen ist zu unterscheiden, ob der Patient Leistungen in einem mehrkostenfähigen Leistungsbereich der GKV erhält oder nicht.

Bei mehrkostenfähigen Leistungen nach § 28 Abs. 2 des SGB V muss eine Vereinbarung entsprechend diesen Vorgaben ausgefüllt und unterschrieben werden. Siehe unten.

Vereinbarung nach § 28 Abs. 2 Satz 4 SGB V

Für den Versicherten/Zahlungspflichtigen _____

§ 28 Abs. 2 SGB V lautet:
Die zahnärztliche Behandlung umfasst die Tätigkeit des Zahnarztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist. Wählen Versicherte bei Zahnfüllungen eine darüber hinausgehende Versorgung, haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen. In diesen Fällen ist von den Kassen die vergleichbare preisgünstigste plastische Füllung als Sachleistung abzurechnen. In den Fällen des Satzes 2 ist vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem Zahnarzt und dem Versicherten zu treffen. Die Mehrkostenregelung gilt nicht für Fälle, in denen intakte plastische Füllungen ausgetauscht werden.

Heil- und Kostenplan

Zahn	GOZ-Nr.	Leistung	Anzahl	Satz	Betrag €
		Betrag ca.: Material- und Laborkosten geschätzt ca.: * Summe 1			

abzüglich:

BEMA-Position	Anzahl	Bew. Zahl	Betrag €
13a			
13b			
13c			
13d			
Summe 2			

Voraussichtliche Mehrkosten ca. (Summe 1 abzüglich Summe 2)	

Erklärung des Versicherten:
Ich bin von meinem behandelnden Zahnarzt über die nach den gesetzlichen Bestimmungen (§ 28 Abs. 2 SGB V) und den Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung mit Zahnfüllungen unterrichtet worden. Ich wünsche eine darüber hinausgehende Versorgung und verpflichte mich, die vorstehend aufgeführten Mehrkosten, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, selbst zu tragen.

_____ _____
(Ort, Datum) Unterschrift des Versicherten/Patienten

_____
Unterschrift des Zahnarztes

* Der vorliegende Heil- und Kostenplan ist aufgrund derzeitiger diagnostischer Unterlagen erstellt. Art und Umfang der Leistungen sowie die Höhe des Steigerungssatzes können sich im Laufe der Behandlung durch besondere Umstände ändern. Laborkosten können nur geschätzt werden. Sie werden in der tatsächlich entstandenen Höhe nachgewiesen.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Sollte die Behandlungssituation es erfordern oder die Vorgaben nach § 5 erfüllt sein, den Satz zu steigern, und dies auch über den 3,5-fachen Satz, so ist eine Vereinbarung nach § 2, Abs. 1 und 2 über eine abweichende Vergütungshöhe zu treffen. Hier kann nicht etwa die Punktmenge oder der Punktwert verändert werden, sondern nur der Steigerungsfaktor.

Das entsprechende Formular wie untenstehend darf keine weiteren Bemerkungen enthalten neben den Vorgaben, nämlich Leistung, Anzahl der Leistung, Faktor und Endpreis. Der Hinweis, dass die Erstattung teilweise oder ganz nicht gegeben sein kann, muss enthalten sein.

Vergütungsvereinbarung nach § 2 Abs. 1 und 2 GOZ

zwischen

_____

Zahlungspflichtiger/Patient

und

_____

Zahnärztin/Zahnarzt

Vergütungsvereinbarung gemäß § 2 Abs. 1 und 2 GOZ

Nach persönlicher Absprache vereinbaren der/die o. g. Zahlungspflichtige und der o. g. Zahnarzt/die o. g. Zahnärztin nach § 2 Absatz 1 und 2 GOZ die Höhe der Vergütung für die nachfolgend aufgeführten Leistungen aus dem Leistungsverzeichnis der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) wie folgt:

Zahn	Anzahl	GOZ-Nr. GOÄ-Nr.	Leistungsbeschreibung	Steigerungs-faktor	Honorar in Euro
				Summe	

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

_____

Ort, Datum

_____ _____

Unterschrift Zahlungspflichtiger/Patient — Unterschrift Zahnärztin/Zahnarzt

Weitere Bemerkungen auf diesem Formular machen die Vereinbarung ungültig!!!

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Sollte sich ein Patient für eine Behandlung entscheiden, die entweder über den Rahmen des medizinisch Notwendigen hinausgeht oder ohne eine medizinische Indikation stattfindet, so muss eine Vereinbarung nach § 2 Abs. 3 getroffen werden, in der die Maßnahme beschrieben ist und der Preis der Leistung enthalten ist. Ebenso hat die Vereinbarung den Hinweis zu enthalten, dass eine Erstattung möglicherweise nicht gegeben ist. In den meisten Fällen ist diese Vereinbarung eine Verzichtserklärung des Versicherten auf eine Erstattung. Eine genaue Aussage dazu sollte nicht getroffen werden, denn damit würde der Behandler für diese Aussage haftbar gemacht werden. Da ein Zahnarzt nicht alle Versicherungstarife kennen kann, kann er keine Aussagen über Erstattungen treffen. Die Vereinbarung sollte nach untenstehendem Muster erfolgen.

Vergütungsvereinbarung nach § 2 Abs. 3 GOZ

zwischen

_____
Zahlungspflichtiger/Patient

und

_____
Zahnärztin/Zahnarzt

Vergütungsvereinbarung gemäß § 2 Abs. 3 GOZ

Nach eingehender Beratung werden auf Wunsch des Patienten und auf Verlangen des Zahlungspflichtigen, entsprechend den vertraglichen Bestimmungen der Gebührenordnung für Zahnärzte (§ 2 Abs. 3 = Leistungen auf Verlangen), nachfolgende zahnärztliche Behandlungsmaßnahmen und deren Vergütung vereinbart.

Zahn	Leistung	Anzahl	Euro
		Material- und Laborkosten	
		Summe	

Es wurde darauf hingewiesen, dass eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. Der Zahlungspflichtige bestätigt, eine Ausfertigung dieser Vereinbarung erhalten zu haben.

_____
Ort, Datum

_____ _____
Unterschrift Zahlungspflichtiger/Patient Unterschrift Zahnärztin/Zahnarzt

Je mehr man mit dem Patienten vereinbart hat, desto weniger Schwierigkeiten hat man bei der Liquidation. Gerade in der Ära nach Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes wird um so mehr auf die korrekte Aufklärung und Dokumentation geachtet.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

3.7. Ergänzungsleistungen zum BEMA – der gangbare Weg

3.7.1. So wird Ihre Rechnung fällig

Bei sich stets weiterentwickelnder teurer Technik und zeitaufwändiger Methodik bleibt nur, die Grenzen der wirtschaftlichen Vertragsbehandlung konkret zu ziehen und die Behandlung zu wirtschaftlich sinnvollen Honoraren zu erbringen. Wir zeigen Möglichkeiten auf, wo Mehrleistungen in der Praxis möglich und sinnvoll sind.

Wichtig ist, dass jede Leistung, die nicht im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen enthalten ist, eine Privatleistung ist. Demnach muss sie auch den Vorgaben der GOZ entsprechen. In der Füllungstherapie beispielsweise sind Mehrleistungen möglich, während es in anderen Bereichen, wie der Endodontie und der Parodontologie, quasi ein Zuzahlungsverbot gibt. Dort können jedoch sogenannte Ergänzungsleistungsvereinbarungen getroffen werden.

Kosteneinschätzung als Entscheidungshilfe
Unabdingbar ist, dass der Patient von seinem Zahnarzt darüber aufgeklärt werden muss, welche Möglichkeiten der Versorgung es überhaupt gibt und welche Vor- und Nachteile diese Versorgung hat. Dies gilt, gleichgültig, welche Kosten dafür anfallen und ob der Patient seinem Zahnarzt zahlungsfähig erscheint oder nicht. Diese Aufklärung sollten Zahnärzte auf jeden Fall in der Krankenakte dokumentieren. Wenn der Patient seine Wahl getroffen hat, kann der Zahnarzt eine Einschätzung der Kosten treffen. Diese ist für den Patienten als Richtschnur wichtig, damit er die weitere Behandlungsentscheidung fundiert treffen kann.

Vorsicht vor Formfehlern
Ist die Entscheidung gefallen, dann gibt es ein genaues Vorgehen auch aus den Bundesmantelverträgen heraus, das eingehalten werden muss, damit die Rechnung anschließend zur Zahlung fällig und auch rechtlich haltbar wird. Dies ist insbesondere deshalb wichtig, weil sich ansonsten Formfehler einschleichen könnten, die dazu führen, dass ein Patient die Zahlung umgehen kann. Um auf der sicheren Seite zu sein, sollte jeder Zahnarzt einen Behandlungsplan erstellen, in dem die geplanten Leistungen, die jeweiligen Steigerungsfaktoren sowie die sich daraus ergebenden Eurobeträge aufgeführt sind. Eine Privatvereinbarung nach § 4 BMV-Z / § 7 EKV-Z, in welcher der Wunsch einer Privatbehandlung dokumentiert wird, muss der Patient unterschreiben, genauso wie den Behandlungsplan. Die Rechnung wird dann nach den Vorgaben in § 10 GOZ erstellt. Pauschalberechnungen oder Stundenhonorare erfüllen die Vorgaben ausdrücklich nicht und sind nicht zur Zahlung fällig.

Dr. Christian Öttl

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2017

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2017

3.7.1.1. BEMA – grenzenlos?

Honorartipp. Bei der Behandlung von gesetzlich Versicherten möchte man am liebsten einfach losbehandeln, ohne sich große Gedanken machen zu müssen und ohne umständlich aufzuklären, Papiere auszufüllen und unterschreiben zu lassen. In einigen Fällen sollten Sie aber doch erst mal nachrechnen, wenn Sie am Ende nicht auf Kosten sitzenbleiben wollen.

Vor die Behandlung hat man in der Kassenzahnheilkunde viele Überlegungen und Pflichten gepackt. Grundsätzlich muss jeder Patient über die Behandlung, deren Alternativen und die Folgen, auch der Nichtbehandlung, aufgeklärt werden. Das schreibt das Patientenrechtegesetz vor. Zusätzlich muss jeder Patient über die wirtschaftlichen Folgen der Behandlung aufgeklärt werden, wenn nicht sicher ist, dass ihm die Kosten von Dritten vollständig erstattet werden. Die Überlegungen gehen aber schon vorher los. Man muss sich anhand des Befundes klarmachen, ob es dazu eine Sachleistung innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gibt.

Diese sind klar definiert, einmal vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), einem Gremium aus Kostenträgern, Patientenvertretern und Leistungsträgern (Ärzte, Krankenhausgesellschaft und Zahnärzte), und zum anderen durch die Vorgaben aus dem Bewertungsausschuss. Hier werden die Richtlinien für die Behandlungsleistungen beschlossen.

Zur Steigerung »gezwungen«
Es gibt also für jede Behandlung Vorgaben, wann und in welchen Fällen eine Leistung gegenüber der GKV abgerechnet werden kann. Sie haben richtig gelesen: auch wann. Zum Beispiel, und da gibt es nicht wenige Probleme, nur wenn eine Genehmigung vor Beginn der Behandlung vorliegt, also etwa bei der PAR-Behandlung oder der ZE-Versorgung. Auch gibt es besondere Einschränkungen, zum Beispiel bei der Unterkieferprotrusionsschiene. Diese hat keine eigene Indikation »Schnarchen«, wie landläufig angenommen wird. Vielmehr muss ein speziell dafür qualifizierter Facharzt oder Arzt mit Zusatzqualifikation die Indikation für eine Therapie festlegen, und zwar auch erst als Zweitlinientherapie, nach Scheitern der Überdruckbeatmung.

In dem Fall stellt er eine Überweisung zu einem Zahnarzt aus, der dann die Therapie ausführt und gegebenenfalls erforderliche Nachkorrekturen auf Veranlassung des Facharztes macht. Diese Vorgaben können nicht umgangen werden. Werden sie nicht eingehalten, führt das zur Nichthonorierung der erbrachten Leistung.

Es gibt aber einen gangbaren Weg, wenn die Leistung im GKV-System nicht vorgesehen ist: Man kann mit dem Patienten eine Privatvereinbarung treffen nach § 8 Abs. 7 des Bundesmantelvertrages Zahnärzte (BMV-Z). Und denken Sie auch an eine mögliche Vereinbarung über eine abweichende Gebührenhöhe, sofern Sie zur Steigerung »gezwungen« sind. Warum aber sollten Sie dazu gezwungen sein?

Vorm Behandeln: Rechnen!
Wie Kollege Raff in seinem Artikel hier im Heft darstellt (Seite 36), und natürlich in weiteren Beispielen in seinem bekannten Kommentar (Raff/Liebold/Wissing) zu BEMA und GOZ, fällt leider immer öfter die Honorierung einer vergleichbaren Leistung im BEMA höher aus als eine 2,3-fach angesetzte GOZ-Leistung. Mittlerweile betrifft das mehr als 50 % der GOZ-Leistungen! Teilweise ist die BEMA-Leistung sogar höher honoriert als die 3,5-fach angesetzte vergleichbare GOZ-Leistung.

Bevor Sie also eine GOZ-Vereinbarung mit dem Patienten treffen, bedenken Sie genau, welcher Zeitaufwand und welche Schwierigkeiten auf Sie zukommen und wie die Umstände der Leistungserbringung sind, damit Sie das Honorar vorher kennen, das Sie vereinbaren müssen. Im Nachhinein dürfen Sie dieses Honorar nicht mehr überschreiten, sehr wohl aber unterschreiten.

Die Mitglieder im Freien Verband haben es etwas leichter: Für sie gibt es die GOZ-Navi-App. Dort sieht man auf einen Blick, welche Leistung in der Kassenzahnheilkunde vergleichbar mit welcher Leistung in welchem Faktor in der GOZ wäre, und welche Faktoren welche Honorare ausmachen.

Dr. Christian Öttl

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2022

3. Abrechnung
3.7. Ergänzungsleistungen zum BEMA – der gangbare Weg
3.7.1. So wird Ihre Rechnung fällig
3.7.1.1. BEMA – grenzenlos?

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2022

3.7.2. Mehrkosten in der Füllungstherapie

Da die Versorgung nach den Richtlinien der Gesetzlichen Krankenversicherung im Seitenzahnbereich fast ausschließlich Amalgam vorsieht, gibt es genügend immer sensibler werdende Patienten, denen diese Basisversorgung nicht ausreicht. Das Gleiche gilt im Frontzahnbereich, für den zwar Kompositfüllungen vorgesehen sind, aber nicht in Mehrfarbenschichtung. Diese Patienten wünschen und fordern bessere Versorgungen, die technisch den »state of the art« widerspiegeln.

So haben gerade die dentinadhäsiven Rekonstruktionen einen triumphalen Einzug in die Praxen gefunden und stellen das Gros der Nachfragen von neuarti-

Mehrkostenvereinbarung für Füllungen gemäß § 28 Abs. 2 Satz 4 SGB V

zwischen _____
Patient/Zahlungspflichtigem

und _____
Zahnarzt/Zahnärztin

Die nachstehend aufgeführten zahnärztlichen Leistungen gehen über eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Form der Versorgung bei Füllungstherapien (§ 12 Abs. 1 SGB V) hinaus. Der Zahlungspflichtige wünscht, unter Zugrundelegung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) eine darüber hinausgehende Versorgung mittels:

- ☐ Composite-Rekonstruktionen in Dentinadhäsivtechnik
- ☐ Composite-Aufbaurekonstruktionen in Dentinadhäsivtechnik
- ☐ Composite-Füllungen in Mehrfarbentechnik
- ☐ Einlagefüllungen

GOÄ/ GOZ-Nr.	Zahn/ Region	Leistungstext	Anzahl	Steigerungs-Faktor	Betrag/ EUR
Material- und Laborkosten (geschätzt)*					
Abzüglich Leistung der gesetzlichen Krankenkasse entsprechend dem geltenden Punktwert					
				Gesamtbetrag	

Dem Zahlungspflichtigen wurde eine Ausfertigung dieser Vereinbarung ausgehändigt.

Erklärung des Versicherten
Ich bin von meinem behandelnden Zahnarzt über die nach den Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche und zugleich vollwertige Form der Versorgung mit Zahnfüllungen aufgeklärt worden.

Ich wünsche eine darüber hinausgehende Versorgung und verpflichte mich, die vorstehend aufgeführten Mehrkosten, die von der Krankenkasse nicht übernommen werden und nach Beendigung der Behandlung nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) berechnet werden, selbst zu tragen.

_____
Ort/Datum

_____ _____
Unterschrift Zahlungspflichtige(r) Unterschrift Zahnärztin/Zahnarzt

* Sofern für Material- und Laborkosten ein Schätzbetrag angegeben ist, erfolgt die endgültige Abrechnung nach Maßgabe der Abrechnung der zahntechnischen Leistungen.

Formular entwickelt von Liebold/Raff/Wissing, nach Dr. Öttl modifiziert.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

gen Versorgungsformen. In der Füllungstherapie gibt es kein Zuzahlungsverbot, also kann der Zahnarzt hier Ergänzungsleistungen anbieten. Der Patient kann sich alternativ natürlich auch eine laborgefertigte Einlagefüllung aus Gold, Keramik oder Kunststoffen als Versorgung für seinen Zahn aussuchen.

Formular vor Behandlungsbeginn ausfüllen

Damit die Rechnung zur Zahlung fällig wird, muss also eine Vereinbarung gemäß § 28 Abs. 2 Satz 4 SGB V zu Mehrkosten in der Füllungstherapie vor Behandlungsbeginn ausgefüllt werden, in der steht, welche Art von Versorgung gemacht wird. Darüber hinaus wird dort erläutert, was davon als Kassenleistung abgezogen wird, dass der Versicherte die Mehrkosten selbst zu tragen hat und dass keine intakten Füllungen ausgetauscht werden dürfen. Ein von beiden Vertragspartnern unterschriebenes Exemplar der Vereinbarung muss dem Patienten ausgehändigt werden. Die Leistungsberechnung erfolgt nach der GOZ.

In der Rechnung muss wieder ersichtlich sein, welche Leistung erbracht und welche in Abzug gebracht wurde. Die Abzugsleistung wird gegenüber der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) wie jede andere Leistung bei einem gesetzlich versicherten Patienten abgerechnet. Ebenso werden die Begleitleistungen, die bei der Vertragsleistung angefallen wären, gegenüber der KZV abgerechnet. Hier zum Beispiel Injektionen oder Caries-profunda-Therapien. So haben Sie einen zufriedenen Patienten und eine korrekte Rechnung, die zur Zahlung fällig ist.

Dr. Christian Öttl

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

3.7.3. Moderne Materialien für Aufbaufüllungen

Vor der Überkronung oder Verwendung eines Zahnes als Brücken- oder Prothesenanker müssen in der Regel die betroffenen Zähne vorbereitet werden.

Je nach Zerstörungsgrad des Zahnes, der versorgt werden soll, gibt es Möglichkeiten, diesen mit wie auch ohne Stiftverankerungen zu versorgen. Die gesetzlichen Krankenkassen sehen vor, dass man sowohl an die wurzelverankerten Schraubstifte als auch an die Zähne zementbasierte Füllungen macht. Das würde abrechnungstechnisch die Leistungen 18a und F2 ZE bedeuten. Die Leistung F2 ZE kann gegebenenfalls auch mehrfach je Zahn erbracht und abgerechnet werden.

Es gibt mit den modernen Materialien und neuen Techniken verschiedene Möglichkeiten zur Vorbereitung: Die dentinadhäsive Ausgestaltung der Aufbaurekonstruktion ermöglicht die Abrechnung der Aufbaufüllung in konventioneller Ausführung als Kassenleistung, während der darüber hinausgehende Leistungsteil mit dem im letzten Heft vorgestellten Formular zu § 28 Abs. 2 SGB V darüber hinaus nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) berechnet werden kann.

Füllung jenseits des Wirtschaftlichkeitsgebotes
Sollte eine prothetische Versorgung trotz eindeutiger Indikation vom Patienten abgelehnt werden, muss dem Wirtschaftlichkeitsgebot des Sozialgesetzbuchs (SGB V), § 12 Abs. 3 Rechnung getragen werden, nach dem nicht wirtschaftliche, nicht notwendige und nicht ausreichende Füllungen nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherungen abgerechnet werden dürfen. Falls der Patient eine Füllungsleistung anstelle einer prothetischen Versorgung haben möchte, muss er aufgeklärt werden. Diese wirtschaftliche und sachlich-fachliche Aufklärung muss dokumentiert werden, anschließend ist eine Vereinbarung nach § 2, Abs. 3 über eine Verlangensleistung in der GOZ zu treffen.

Diese Rekonstruktion ist dann aber nicht als Aufbaufüllung zu berechnen, sondern als Füllungsleistung nach den entsprechenden Positionen 2050ff. Wird diese Rekonstruktion dentinadhäsiv ausgestaltet, werden diese nach den Gebührenziffern 2060, 2080, 2100 und 2120 berechnet.

Füllungen ohne Austauschbedürftigkeit
Wünscht der Versicherte den Austausch einer intakten plastischen Füllung, so gehört diese Füllungsversorgung nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Nach § 28 Abs. 2 SGB V gilt auch die Mehrkostenregelung in diesen Fällen nicht. Die Füllungen sind als außervertragliche Leistung ohne Abzug nach der GOZ abzurechnen. Dies gilt auch für alle Begleitleistungen. Ein Wechsel einer intakten Amalgamfüllung wie auch der Austausch einer intakten Kunststofffrontzahnfüllung zur ästhetischen Verbesserung sind ebenfalls reine Wunschleistungen und als Privatleistung zu berechnen.

Eine Abrechnung der Kosten der entsprechenden Vertragsfüllungen nach den Nummern 13a bis d als Kassenleistung ist nicht zulässig. Die Krankenkassen dürfen hierfür keine Kosten übernehmen (Bundessozialgericht, Az. B 1 KR 13/97 R).

Im Beitrag von Dr. Dr. Alexander Raff werden die verschiedenen Möglichkeiten der Leistungsberechnung nach GOZ aufgezeigt.

Dr. Christian Öttl

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2017

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2017

3.7.3.1. Richtige Berechnung von dentinadhäsiven Aufbaufüllungen nach der GOZ

*»Aufbaufüllungen« werden nach der **GOZ 2012** mit der **GOZ-Nr. 2180** als Maßnahmen zur »Vorbereitung eines zerstörten Zahnes mit plastischem Aufbaumaterial zur Aufnahme einer Krone« berechnet. Dabei ist es in der GOZ gleichgültig, aus welchem plastischen Material diese Füllungen gemacht werden, allerdings ist für die Anwendung der adhäsiven Befestigung zusätzlich die **GOZ-Nr. 2197** berechnungsfähig.*

Die Berechnung der GOZ-Nummern 2180 und 2197 gelten für die Privatliquidation privat krankenversicherter Patienten genauso wie für Privatvereinbarungen mit gesetzlich krankenversicherten Patienten. Wie im BEMA-Beitrag von Dr. Christian Öttl dargelegt, gilt auch für die dentinadhäsiven Aufbaufüllungen unter Zahnersatz – wobei Aufbaufüllungen gemäß Abrechnungsbestimmung 3 zur BEMA-Nr. 13 nach den Nummern 13 a oder b abzurechnen sind – die Mehrkostenregelung nach § 28 Abs. 2 SGB V. Im Fall dentinadhäsiver Kunststoff-Aufbaufüllungen ist also die einflächige BEMA-Nr. 13 a oder die mehr als einflächige 13 b von der GOZ-Nr. 2180 abzuziehen.

Achtung Sonderproblem!
Seit 27 Jahren ist die Aufbaufüllung in der GOZ gleich bewertet. Bei der GOZ-Reform 2012 wurde die Punktzahl bei der GOZ-Nr. 2180 nicht angehoben und der Punktwert wurde bekanntermaßen insgesamt nicht verändert. Hierbei entsteht daher die paradoxe Situation, dass – selbst unter Berücksichtigung der adhäsiven Befestigung nach der GOZ-Nr. 2197 – sich ein Negativhonorar bei der Anwendung des Regelsatzes 2,3 der GOZ ergibt, was folgendes Berechnungsbeispiel aufzeigt. (Der zugrunde liegende Punktwert für die Berechnungsbeispiele ist der 2014 für Baden-Württemberg gültige Punktwert des Verbands der Ersatzkassen.)

Zahn	Geb.-Nr.	Leistung	Faktor	Betrag
16	2180 GOZ	Vorbereitung eines zerstörten Zahnes mit plastischem Aufbaumaterial zur Aufnahme einer Krone	2,3	19,40 €
16	2197 GOZ	Adhäsive Befestigung	2,3	16,82 €
16	abzgl. 13 b	Zweiflächige plastische Füllung		–37,50 €
				–1,28 €

Eine Mehrkostenvereinbarung nach § 28 Abs. 2 SGB V ist aber nur dann zulässig, wenn durch das gewählte Verfahren auch tatsächlich Mehrkosten gegenüber dem Sachleistungsanspruch entstehen. Dies ist nur möglich durch Anwendung eines höheren Steigerungsfaktors als des Regelfaktors 2,3, bei dem das BEMA-Honorar um 1,28 € höher liegt als das »Mehrkosten«-Honorar.

Folgendes Beispiel zeigt dieselbe Rechnung mit Faktor 3,5:

Zahn	Geb.-Nr.	Leistung	Faktor	Betrag
16	2180 GOZ	Vorbereitung eines zerstörten Zahnes mit plastischem Aufbaumaterial zur Aufnahme einer Krone	3,5	29,53 €
16	2197 GOZ	Adhäsive Befestigung	3,5	25,59 €
16	abzgl. 13 b	Zweiflächige plastische Füllung		–37,50 €
				17,62 €

Bei Faktor 3,5 ergibt sich damit ein Mehrhonorar für die dentinadhäsive Kunststoff-Aufbaufüllung von knapp 18 €.

Gegebenenfalls ist der Aufwand bei der Anfertigung einer dentinadhäsiven Aufbaufüllung aber so groß, dass auch das knapp 18 € höhere Mehrkosten-Honorar nicht dem tatsächlichen Aufwand einer Wiederherstellung eines Zahnes vor dessen Überkronung

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Abweichende Vereinbarung nach § 2 Abs. 1 und 2 GOZ

zwischen _____
Patient/Zahlungspflichtigem

und _____
Zahnarzt/Zahnärztin

Die/Der o. g. Patient(in)/Zahlungspflichtige und die o. g. Zahnärztin/der o. g. Zahnarzt vereinbaren nach § 2 Absatz 1 und 2 der GOZ die Höhe der Vergütung für die nachfolgend aufgeführten Leistungen aus dem Leistungsverzeichnis der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) wie folgt:

Eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen ist möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet.

GOÄ/ GOZ-Nr.	Zahn/ Region	Leistungstext	Anzahl	Steigerungs-Faktor	Betrag/ EUR
2180	16	Vorbereitung eines zerstörten Zahnes mit plastischem Aufbaumaterial zur Aufnahme einer Krone	1	10,0	84,40
				Gesamtbetrag	

_____
Ort/Datum

_____ _____
Unterschrift Zahlungspflichtige(r) Unterschrift Zahnärztin/Zahnarzt

gerecht wird. Hier hilft dann nur die beim GKV-Patienten bei Privatleistungen genauso wie beim PKV-Patienten vor der Behandlung persönlich zu vereinbarende Honorarvereinbarung nach § 2 Abs. 1 und 2 GOZ (vgl. Formular). Anzumerken ist darüber hinaus, dass es zu den dentinadhäsiv befestigten *Mehrschicht*-Restaurationen ein Urteil des Amtsgerichtes Charlottenburg (Az. 205 C 13/12 vom 8. Mai 2014) gibt, das diese als selbstständige, in der GOZ 2012 nicht beschriebene Leistung wertet und demnach diese Art von Zahnkernrekonstruktion analog berechnet werden kann. Die hier gerichtlich bestätigte Analogberechnung nach § 6,1 GOZ gilt selbstverständlich für die Privatpatienten ebenso wie für vereinbarte Privatleistungen bei GKV-Patienten.

Dr. Dr. Alexander Raff

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

3.7.3.2. Befestigung Füllungsmaterial

Was bleibt kleben?

Abrechnung. In den vergangenen Jahren hat die adhäsive Befestigung von Füllungsmaterialien, Veneers oder Keramikrestaurationen zunehmende Bedeutung innerhalb der Zahnheilkunde gewonnen. Die Gebührennummer 2197 »Adhäsive Befestigung (plastischer Aufbau, Stift, Inlay, Krone, Teilkrone, Veneer et cetera)« wurde deshalb 2012 eingeführt.

Aus der Leistungslegende der GOZ-Nr. 2197 geht keine Unterscheidung hervor hinsichtlich der Frage, ob am Schmelz oder am Dentin und mittels welchem Adhäsivsystem adhäsiv befestigt wird. Demnach sind alle Arten von Adhäsivbefestigungen vom Leistungsinhalt der GOZ-Nr. 2197 umfasst. Aufgrund der nicht abschließenden Aufzählung in der Leistungsbeschreibung – man beachte das »et cetera« am Ende der Aufzählung in der Textklammer der Leistungslegende – können nach der GOZ-Nr. 2197 adhäsiv befestigt werden zum Beispiel:

- ein plastischer Aufbau (GOZ-Nr. 2180),
- ein prothetischer Stift (GOZ-Nrn. 2190, 2195),
- ein Inlay (GOZ-Nrn. 2150 bis 2170),
- eine Krone/Teilkrone/Veneer (GOZ-Nrn. 2200 bis 2220),
- ein Table top (Repositionsonlay) (analoge Berechnung nach § 6 Abs. 1 GOZ),
- ein Brücken- oder Prothesenanker (GOZ-Nrn. 5000 bis 5040),
- eine konfektionierte pädiatrische Krone (GOZ-Nr. 2250),
- ein temporärer speicheldichter Verschluss (GOZ-Nr. 2020),
- reimplantierte oder transplantierte Zähne (GOZ-Nrn. 3140, 3160),
- interdentale Schienungen (GOZ-Nr. 7070),
- ein wieder eingegliedertes Inlay, Krone et cetera (GOZ-Nrn. 2310, 2320) oder Brücke (GOZ-Nr. 5110) et cetera,
- ein wiederverschlossener Schraubenkanal einer gelösten/gelockerten Implantatkrone (GOZ-Nr. 2320),
- ein laborgefertigtes Langzeitprovisorium (GOZ-Nr. 7080) bei gegebener Indikation (Retentionsarmut),
- ein diagnostischer Aufbau von Funktionsflächen am natürlichen Gebiss (GOZ-Nr. 8090).

Allerdings haben sich in den vergangenen Jahren insbesondere auch durch die auslegende Rechtsprechung Ausnahmen von der Regel durchgesetzt, dass alles, was adhäsiv befestigt wird, auch nach der GOZ-Nr. 2197 berechnet werden kann.

2197 nicht möglich

Bei den Restaurationen mit Kompositmaterialien in Adhäsivtechnik (GOZ-Nrn. 2060, 2080, 2100 und 2120) vereinheitlicht sich zunehmend die Rechtsprechung, dass hier die GOZ-Nr. 2197 nicht zusätzlich berechnungsfähig ist. So verurteilte das LG Düsseldorf am 25.11.2021 (Az.: 3 S 2/21) mit der Vorinstanz Amtsgericht (AG) Düsseldorf am 23.10.2020 (Az.: 231 C 232/15) im Rahmen einer PKV-Sammelklage eine zahnärztliche Praxis zur Rückzahlung erstatteter Leistungen nach GOZ-Nr. 2197, die in drei zurückliegenden Jahren (insgesamt 89 Fälle) neben Kompositrestaurationen nach GOZ-Nrn. 2060, 2080, 2100 und 2120 berechnet wurden.

Das gemeinsame BZÄK/PKV-Beratungsforum für grundsätzliche Auslegungsfragen zur GOZ hat konsentiert, dass die Berechnung der GOZ-Nr. 2197 nicht neben der GOZ-Nr. 2000 möglich sei, *»da die adhäsive Befestigung der Versiegelung nach der wissenschaftlichen ›Neubeschreibung der präventionsorientierten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde‹ Bestandteil der Fissurenversiegelung ist«.*

Ebenfalls nicht möglich ist der Ansatz der GOZ-Nr. 2197 neben einer Versorgung mit einer Adhäsivbrücke (GOZ-Nrn. 5150, 5160).

Und mit dem Urteil vom 05.03.2021 (Az.: 5 C 11.19) hat das Bundesverwaltungsgericht (BVerwG) entschieden, dass die GOZ-Nr. 2197 nicht neben der GOZ-Nr. 6100 gesondert berechenbar sei, da es sich bei der adhäsiven Befestigung zwar nicht um eine Teilleistung, aber um eine besondere Ausführung der Eingliederung eines Klebebrackets handele.

Inkonsequentes Fazit: Doch nicht jede adhäsive Befestigung darf die GOZ-Nr. 2197 auslösen.

Dr. Dr. Alexander Raff

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

3.7.4. Wurzelkanalbehandlungen

Bei der Behandlung von Wurzelkanälen in der vertragszahnärztlichen Versorgung gibt es das »Alles-oder-nichts-Prinzip«. Entweder wird die Wurzelkanalbehandlung ganz auf die gesetzliche Krankenkasse mit den im BEMA zur Verfügung stehenden Leistungsnummern abgerechnet oder die Behandlung wird komplett privat berechnet (sogenanntes »Zuzahlungsverbot«). Nur Leistungen, die nicht im BEMA sind, können bei den GKV-Versicherten privat vereinbart und berechnet werden.

Das bedeutet, dass nach den Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen zur ausreichenden, wirtschaftlichen und notwendigen Versorgung folgende Vorgaben für eine Abrechnung im Rahmen der gesetzlichen Kassen gemacht werden: Es muss eine mechanisch-chemische Aufbereitung und Desinfektion sowie eine Wurzelfüllung bis nahe an die apikale Konstriktion erreicht werden. Paro-Endo-Läsionen sind grundsätzlich kritisch zu bewerten. Der Zahnarzt entscheidet bei allen Zähnen, nicht nur bei Molaren, ob die Vorgaben erfüllt werden können.

Kondensationstechnik als Standard
Insbesondere ist eine endodontische Behandlung von Molaren unter Zugrundelegung der Vorgaben in der Regel angezeigt, wenn

- eine geschlossene Zahnreihe erhalten werden kann,
- eine einseitige Freiendsituation vermieden werden kann,
- der Erhalt funktionstüchtigen Zahnersatzes möglich ist.

Als Standard wird eine Kondensationstechnik mit Guttapercha mit Sealer angesehen, die sich bis zur apikalen Konstriktion erstreckt. Röntgenaufnahmen zur Festlegung der Längen und zur Dokumentation der Füllung gehören zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Medikamentöse Einlagen (BEMA-Nr. 34, Med) sind maximal drei Mal berechenbar.

Zusätzliche Ergänzungsleistungen
Private zusätzliche Ergänzungsleistungen sind möglich bei Abrechnung der Endo-Behandlung auf KVK. Hier sind im Besonderen die aktivierte Wurzelkanalspülung (GOZ-Nr. 2420) und die elektrometrische Längenbestimmung des Wurzelkanals zu nennen (GOZ-Nr. 2400).

Diese Leistungen müssen mit dem Patienten vor der Behandlung separat mit dem Vereinbarungsformular § 4 Abs. 5 BMV-Z bzw. § 7 Abs. 7 EKVZ vereinbart werden. Bei Überschreitung des 3,5-fachen Faktors ist die Vereinbarung nach § 2 Abs. 1 und 2 GOZ zu treffen.

Sollten noch weitere Leistungen im Rahmen einer Endo-Behandlung, die weder im BEMA noch in der GOZ zu finden sind, beim GKV-Patienten erbracht werden, so können diese analog nach § 6 Abs. 1 GOZ berechnet werden (zum Beispiel Kanaldekontamination und Kanalinnenwandverglasung mittels Laser).

Dr. Christian Öttl

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2017

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2017

3.7.4.1. Richtige Berechnung von qualitätsfördernden zusätzlichen endodontischen Behandlungsmaßnahmen

Die »elektrometrische Längenbestimmung« eines Wurzelkanals und die »zusätzliche Anwendung elektrophysikalisch-chemischer Methoden« nach den ***GOZ-Nummern 2400*** *und* ***2420*** *stellen selbstständige gesonderte Behandlungsmaßnahmen dar, deren Leistungsinhalt nicht in anderen endodontischen Gebührennummern der GOZ und des BEMA enthalten sind. Zahnärzte können daher bei jedem PKV-Patienten gesondert und auch bei jedem GKV-Patienten, bei dem eine Vereinbarung einer Privatbehandlung gemäß § 4 Abs. 5 BMV-Z für Primärkassen oder § 7 Abs. 7 EKVZ für Ersatzkassen rechtsgültig geschlossen wurde, nach den GOZ-Nummern 2400 und 2420 abrechnen.*

Kein Verstoß gegen »Zuzahlungsverbot«
Die Berechnung der GOZ-Nummern 2400 und 2420 verstößt nicht gegen das aus den Bundesmantelverträgen bekannte »Zuzahlungsverbot« bei GKV-Leistungen, weil hier eben keine Zuzahlung zu einer im BEMA beschriebenen GKV-Leistung (wie beispielsweise die Vitalextirpation, die Wurzelkanalaufbereitung oder -füllung) verlangt wird, sondern eine selbstständige zusätzliche qualitätsfördernde Behandlungsmaßnahme neben anderen Maßnahmen in der Aneinanderreihung von endodontischen Behandlungsmaßnahmen vereinbart wird.

Die Berechnung der elektrometrischen Längenbestimmung (GOZ-Nr. 2400) erfolgt je Kanal. Gibt es medizinisch notwendige Gründe, in einer Sitzung mehrere Längenmessungen je Kanal durchzuführen (zum Beispiel wegen Überwindung primär verkalkter Kanalabschnitte, Kanalverlegungen, verkürzender Begradigung eines weit aufbereiteten krummen Kanals), so ist eine mehrmalige Längenmessung indiziert. Allerdings beschränkt die Berechnungsbestimmung zur GOZ-Nr. 2400 die Berechnungshäufigkeit auf maximal zweimal je Sitzung je Kanal.

Die elektrometrische Längenbestimmung dient der genaue(re)n Lokalisation der apikalen Öffnung des Wurzelkanals. Sie kann die üblicherweise durchgeführte radiologische Längenmessung ergänzen oder gegebenenfalls auch ersetzen.

Die Berechnung der zur mechanischen Wurzelkanalaufbereitung nach BEMA-Nr. 32 oder GOZ-Nr. 2410 zusätzlich angewandten elektrophysikalisch-chemischen Reinigungs- beziehungsweise Desinfektionsmethoden erfolgt nach der GOZ-Nr. 2420. Sie kann je Kanal pro Sitzung berechnet werden. Es handelt sich hierbei um einen Sammelbegriff für alle zusätzlichen, mit eigenem gesondertem Aufwand einhergehenden, nicht der mechanischen Kanalaufbereitung zuzuordnenden Methoden der Kanalreinigung und -desinfektion. Derartige Verfahren können beispielsweise auf der Basis von Ultraschallinstrumenten, von hydrodynamischen Spülsystemen (zum Beispiel Endo-Rins®), in Form von Wechselspülungen ($NaOCl/H_2O_2$) oder durch Iontophorese oder Depotphorese erfolgen. Da die derartigen Verfahren und deren Vorgaben deutlich unterschiedliche apparative und zeitliche Aufwände mit sich bringen, ist die Honorierung an den jeweiligen individuellen Aufwand anzupassen. Die mitunter extrem zeitaufwändigen Vorgaben von spezifischen Spülprotokollen haben insofern beispielsweise den GOZ-Ausschuss der Landeszahnärztekammer Baden-Württemberg 2014 zu folgendem Beschluss veranlasst:

> »Bei einem ›Spülprotokoll‹ handelt es sich um eine besondere Methode der Erbringung der GOZ-Nr. 2420. Der unter Umständen erheblich bis extrem erhöhte Aufwand ist über § 5 Abs. 2 bzw. § 2 Abs. 1 GOZ zu bemessen/vereinbaren. Je nach tatsächlichem und dokumentiertem Aufwand können dabei auch Faktoren im höheren zweistelligen Bereich angemessen sein.«

Notfall- und Schmerzbehandlungen gehen vor
Auf die formal korrekte Verwendung der wichtigen abweichenden Vereinbarung nach § 2 Abs. 1 und 2 GOZ wurde bereits im Zusammenhang mit der Berechnung von dentinadhäsiven Aufbaufüllungen hingewiesen. Bitte wieder beachten: Wenn eine derartige abweichende Gebührenhöhe festgelegt wird, so ist die Vereinbarung nach persönlicher Absprache im Einzelfall zwischen Zahnarzt und Zahlungspflichtigem vor Erbringung der Leistung des Zahnarztes schriftlich zu treffen. Diese muss neben der Nummer und der Bezeichnung der Leistung, dem vereinbarten Steigerungssatz und dem sich daraus ergebenden Betrag auch die Feststellung enthalten, dass eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. Gera-

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Vereinbarung einer Privatbehandlung nach

☐ § 8 Abs. 7 BMV-Z

Name des GKV-Versicherten/Patienten: _____

Mir ist bekannt, dass ich als Patient der gesetzlichen Krankenversicherung das Recht habe, unter Vorlage der Krankenversicherungskarte nach den Bedingungen der gesetzlichen Krankenversicherung behandelt zu werden.

Unabhängig davon wünsche ich ausdrücklich auf Grund eines privaten Behandlungsvertrages, gemäß der Gebührenordnung der Zahnärzte (GOZ), privat behandelt zu werden.

Nachfolgende Behandlung wurde vereinbart:
☐ Siehe beigefügter Heil- und Kostenplan
☐ Nach der GOZ 2012 und/oder GOÄ 1982:
☐ als medizinisch notwendige Leistung im Sinne von § 1 Abs. 2 GOZ

2400, 2420 _____

_____

Die aufgeführte Behandlung
☐ ist nicht im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung enthalten.
☐ geht über das Maß der ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung hinaus (§§ 12, 70 SGB V).
☐ geht über die Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung hinaus.
☐ wird auf Wunsch des Patienten durchgeführt.

_____

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass eine Erstattung der Vergütung oben genannter Leistungen durch die Krankenkasse in der Regel nicht erfolgen kann.

_____ _____
Ort/Datum, Unterschrift des Versicherten Ort/Datum, Unterschrift Zahnärztin/Zahnarzt

Die im Artikel von Dr. Christian Öttl ausgewiesene Vereinbarung einer Privatbehandlung bei GKV-Patienten sollte beispielhaft wie nebenstehende Vereinbarung aussehen.

de für die Endodontie ist wichtig: Notfall- und akute Schmerzbehandlungen dürfen nicht von einer abweichenden Vereinbarung abhängig gemacht werden.

Dr. Dr. Alexander Raff

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Vereinbarung einer privaten Wurzelkanalbehandlung

Gemäß der Richtlinie B III 9. und 10. des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (BEMA) sowie des Wirtschaftlichkeitsgebots gemäß § 12 Sozialgesetzbuch V (SGB V) gehört die Wurzelkanalbehandlung des nachfolgend bezeichneten Zahnes nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Ein trotzdem unternommener Behandlungsversuch kann deshalb nur nach der privaten Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) berechnet werden. Die Vereinbarung einer privaten Wurzelkanalbehandlung erfolgt entsprechend § 8 Abs. 7 BMV-Z.

Zahn: _____

Gründe:

☐ Der Backenzahn (Molar) mit akuter Erkrankung bzw. Schädigung des Zahnmarks (Pulpa) bzw. nekrotischem Zahnmark (Bakterienbefall) erfüllt nicht die Kriterien der Richtlinie für die Therapiewürdigkeit (Richtlinie Nr. 9.), wonach eine Wurzelkanalbehandlung von Molaren in der Regel angezeigt ist, wenn
- damit eine geschlossene Zahnreihe erhalten werden kann,
- eine einseitige Freiendsituation vermieden wird,
- der Erhalt von funktionstüchtigem Zahnersatz möglich wird.

☐ Eine Behandlung im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung ist nicht möglich, da die Aufbereitbarkeit und Möglichkeit der Füllung des Wurzelkanals bis bzw. bis nahe an die Wurzelspitze nicht gegeben ist. Damit ist der Zahn nach der Richtlinie Nr. 9.1.a nicht erhaltungswürdig.

☐ Es liegt eine Nekrose (bakterielle Infektion) des Pulpengewebes vor. Eine Entfernung des infizierten Pulpengewebes sowie eine ausreichende mechanisch-chemische Aufbereitung der Wurzelkanäle und eine Füllung der Wurzelkanäle bis zur apikalen Konstriktion ist nicht möglich. Damit ist der Zahn nicht erhaltungswürdig gemäß Richtlinie Nr. 9.3.

☐ Der pulpentote Zahn weist eine röntgenologisch festgestellte apikale Parodontitis (Entzündungsherd) auf. Die kritische Prüfung ergab zum Zeitpunkt der Diagnostik eine ungünstige Prognose. Der Versuch einer konservativen bzw. chirurgischen Therapie kann deshalb nicht im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung erfolgen (Richtlinien Nr. 9.4.).

☐ Bei dem wurzelgefüllten Zahn mit im Röntgenbild erkennbaren nicht randständigen oder undichten Wurzelkanalfüllungen ist eine Revision nicht indiziert, da keine der Kriterien der Richtlinie 9.4. vorliegt. Damit ist der Zahn nicht erhaltungswürdig.

☐ Der Zahn ist aufgrund der kombinierten parodontalen und endodontischen Läsionen (Zerstörungsgrad) nicht mehr erhaltungswürdig (Richtlinie Nr. 9.5.).

Die voraussichtlichen Kosten für die Wurzelkanalbehandlung an dem Zahn _____ werden durch einen gesonderten Kostenplan ausgewiesen.
Ich verpflichte mich, die im Kostenplan ausgeführten Kosten selbst zu tragen. Mir ist bekannt, dass eine Erstattung oder Bezuschussung dieser Behandlungskosten durch meine Krankenkasse nicht gewährleistet ist.

_____ _____
Ort/Datum Unterschrift Patient/in

_____ _____
Ort/Datum Unterschrift Zahnarzt/Zahnärztin

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

3.7.4.3. Der Kampf der Krankenkassen gegen die Kostenerstattung

Gangbarer Weg. Leider gibt es immer wieder Rückschläge, wenn Zahnärztinnen und Zahnärzte den Patienten die besten Versorgungen innerhalb der gesetzlichen Möglichkeiten des SGB V anbieten möchten.

Haben zuerst die Sachbearbeiter in den Krankenkassen den Versicherten die Möglichkeit der Kostenerstattung madig gemacht durch berichtete Aussagen wie »Da werden Sie vom Zahnarzt über den Tisch gezogen« oder »Dann zahlt die Krankenkasse die Herztransplantation nicht mehr«, so ist man anscheinend umgeschwenkt und identifiziert zum Beispiel in einem Fall unkorrekterweise einen Zahnarzt als »Nichtvertragszahnarzt« (Beweise liegen vor) und verweigert die Kostenerstattung.

Ganz neu ist der Verweis auf eine pauschalierte (25-prozentige) Erstattung der Kosten, mit dem Verweis auf ein Aufklärungsblatt. Dieses Blatt verweist aber darauf, dass es die Möglichkeit gibt, aktiv die 25-prozentige pauschale Erstattung der Arztkosten zu wählen oder die individuelle Erstattung, also »Die vollen Arztkosten, die ohne Erstattungsregelung (Kostenerstattung) mit uns abgerechnet würden«.

Bitte weisen Sie Ihre Patienten, die Kostenerstattung gewählt haben, darauf hin, dass sie auf keinen Fall einer pauschalen Erstattung zustimmen. Es gilt die individuelle Erstattung, wie sie im SGB V vorgesehen ist.

Widerspruch zu den allgemeinen Grundsätzen des GKV-Rechts

Wenn eine Krankenkasse eine pauschale Erstattung vornimmt, ohne dass der Patient aktiv zugestimmt hat, sollte der Patient dieser Erstattung widersprechen und das Bundesamt für Soziale Sicherung einschalten, das dafür zuständig ist. Diese Praktik der Krankenkasse ist mit den Regeln des SGB V nicht vereinbar.

In einem Urteil des Landessozialgerichts NRW vom 15.12.2022 (Az.: L 16 KR 742/21) wurde festgestellt, dass diese pauschalierte Erstattung generell nicht den Regelungen des SGB V §13 zur Kostenerstattung entspricht und deshalb nicht angewandt werden darf. Das äußert sich in dem Satz:

»Die GKV sei als Vollversicherung konzipiert. Die Regelung einer pauschalen Kostenerstattung laufe hingegen im Ergebnis auf eine Teilkaskoversicherung hinaus. Daraus ergebe sich, dass die pauschale Kostenerstattung im Widerspruch zu den allgemeinen Grundsätzen des GKV-Rechts stehe.«

Diese klare Feststellung aus dem Jahr 2022 zeigt leider, dass hier zum einen die Kostenerstattung konterkariert werden soll, und zum anderen, dass bewusst von einer Annahme der Regelung durch den Patienten ohne dessen Einwilligung ausgegangen wird. Hier müssen der einzelne Patient und die Kollegenschaft aufklären und Ross und Reiter nennen, um die gute Möglichkeit zur besseren Patientenversorgung beibehalten zu können, wenn die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen durch das Spardiktat immer schlechter werden. Die Finanzen auf dem Rücken der Patienten zu sanieren und das auch noch ohne dessen Einwilligung und nach fehlerbehafteter Aufklärung, ist schamlos und patientenmissachtend.

Der Freie Verband wird an dieser Sache dranbleiben und für die korrekte Darstellung kämpfen.

Dr. Christian Öttl

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2025

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2025

3.7.5. Revision von Wurzelkanalbehandlungen in der GKV

Für die Therapie fehlgeschlagener Wurzelkanalbehandlungen sieht der Gemeinsame Bundesausschuss für die gesetzlich Versicherten die chirurgische apikale Intervention vor. Das bedeutet, bei einer Reinfektion des apikalen Kanalsystems soll mittels einer Wurzelspitzenresektion der erkrankte Bereich entfernt werden und ein dichter Verschluss des Apex erfolgen (Behandlungsrichtlinie B III 9.4).

Weiter führt diese BEMA-Richtlinie aus, dass lediglich bei im Röntgenbild erkennbaren nicht randständigen oder undichten Wurzelkanalfüllungen eine Revision angezeigt sei, wenn dadurch:

- eine geschlossene Zahnreihe erhalten werden kann,
- eine einseitige Freiendsituation vermieden werden kann,
- der Erhalt funktionstüchtigen Zahnersatzes möglich ist.

Die Einschätzung der Behandlungssituation und die Verantwortung für diese Entscheidung liegt beim Zahnarzt.

Falls eine Paro-Endo-Läsion vorliegt, ist sowohl die endodontische wie auch parodontologische Prognose kritisch zu prüfen (Richtlinie B III 9.5).

Im Rahmen einer Wurzelbehandlung wird beim Kontrollröntgen mitunter festgestellt, dass die Wurzelfüllung den Apex nicht erreicht. Eine Entfernung dieser Wurzelfüllung im gleichen Behandlungszusammenhang ist nicht als Revision einzustufen und erlaubt keinerlei weitere Berechnung.

Diese Vorgaben schränken die Kassenrevision einer Wurzelkanalfüllung sehr ein, gerade wenn man bedenkt, dass selbst bei zusätzlicher Durchführung von Ergänzungsleistungen (wie die Elektrometrie GOZ-Nr. 2400, zweimal je Sitzung, je Kanal) und aktivierte Wurzelkanalspülungen GOZ-Nr. 2420 (je Kanal, die separat mit dem Patienten vereinbart werden müssen) kein adäquates Honorar für die diffizile Arbeit einer Revisions-Wurzelbehandlung zu erzielen ist.

Die Möglichkeiten der Berechnung der Revision im Bereich der PKV erläutert Dr. Dr. Alexander Raff im Parallelartikel. Die Patienten haben also die Möglichkeit, wenn der Trennungsschmerz vom Zahn zu groß ist, sich die aufwändige Leistung der Revision einer Wurzelkanalfüllung als Privatleistung zu gönnen.

Dr. Christian Öttl

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2017

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2017

3.7.5.1. Berechnung der Entfernung einer insuffizienten Wurzelfüllung

Die Revision einer Wurzelbehandlung im Sinne einer nochmaligen Überprüfung und Änderung der intrakanalären Verhältnisse nach einer fehlgeschlagenen endodontischen Primärbehandlung stellt eine sehr spezielle, erfolgversprechende, praxisgängige Methode der Zahnheilkunde dar. Dies ist vor allem so seit der Verfügbarkeit bestimmter intrakanalärer maschineller Instrumente und deren Anwendungen – insbesondere auch des Dentalmikroskops.

Revisionen als Behandlungsmaßnahmen bei einer verbarrikadierenden bevorstehenden revisionsbedürftigen Wurzelfüllung waren zum Zeitpunkt der Schaffung der alten GOZ 1988 wegen der damals zur Verfügung stehenden technischen Möglichkeiten nur versuchsweise mit ungewissem Ausgang möglich. Es ist deshalb stimmig, dass derartige Revisionen in der GOZ 1988 als praxisreife Maßnahme damals nicht beschrieben wurden. Bei der Neuformulierung der GOZ 2012 verwundert es jedoch, dass die Entfernung alter Wurzelfüllungen nicht als eigene Gebührennummer geschaffen wurde, denn mittlerweile hat sich diese Behandlungsmaßnahme im modernen endodontischen Behandlungsspektrum fest etabliert.

Für den erheblichen Aufwand des Entfernens des alten Verschlussmaterials, mit dem die Pulpenhöhle (nicht zu verwechseln mit der Entfernung einer gegebenenfalls vorhandenen alten Restauration oder Krone) gefüllt wurde, für das Aufsuchen und Darstellen der mit diesem Material verdichteten ehemaligen Kanaleingänge sowie für das zwingend sehr vorsichtige Vorantasten in die alte Wurzelfüllmasse hinein, das mühevolle Entfernen in kleinen Portionen und schließlich für die komplette Entfernung der alten Wurzelfüllung ist in der GOZ 2012 keine Gebührennummer vorhanden. Hier ist daher die Berechnung über das Analogieverfahren nach § 6 Abs. 1 anzuwenden.

Zeit- und Materialaufwand schwer kalkulierbar

Geeignete Analognummern zu empfehlen, ist schwierig. Zum einen ist der tatsächlich gegebene Aufwand sowohl hinsichtlich der benötigten Zeit als auch des Materialeinsatzes und insbesondere der gegebene Schwierigkeitsgrad zwar schon grundsätzlich hoch, in seinem tatsächlichen Umfang jedoch nur sehr schwer vorhersagbar und demnach sehr unterschiedlich. Eventuell sind mehrere Stunden, ja auch mehrere Sitzungen dauernde Revisionen nötig.

Darüber hinaus ist zu betonen, dass auch eine abweichende Vereinbarung nach § 2 GOZ geeignet sein kann, den tatsächlich vorhandenen Arbeitsaufwand im Honorar entsprechend abzubilden. Hierbei besteht natürlich das Problem, dass die Honorarhöhe bei der abweichenden Vereinbarung nach § 2 GOZ vor dem Beginn der Behandlung vereinbart werden muss, es jedoch häufig eben nicht möglich ist, die konkret benötigte Zeit für die Entfernung einzementierter alter Wurzelfüllungen im Voraus genau zu kalkulieren. Hier muss dann mit einem Puffer gearbeitet werden, das heißt, bei schnellerer Revision als erwartet kann die vereinbarte Vergütungshöhe nach § 2 auch unterschritten werden.

Die Berechnung erfolgt je durchgeführter revidierter Wurzelfüllung, also je revidiertem Kanal. Bei mehrwurzeligen Zähnen wird in der Regel jeder Kanal revidiert, da eine Teilrevision trotz des erheblichen Aufwandes die Unsicherheit enthält, wie sich der nichtrevidierte Wurzelkanal zukünftig verhält. Allerdings sind auch bestimmte anatomische Situationen möglich, in denen bewusst nur die Revision eines Kanals erfolgt.

Endodontische Revisionsbehandlung nicht geklärt

Die Bundeszahnärztekammer, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Beihilfestellen von Bund und Ländern haben sich in dem gemeinsamen Beratungsforum bei einigen Analogleistungen aus dem Bereich der Endodontie auf die Analogiefähigkeit nach § 6,1 GOZ als selbstständige zahnärztliche, aber nicht in der GOZ 2012 enthaltene Maßnahme geeinigt (Perforationen des Wurzelkanalsystems, Apexifikation, Entfernung frakturierter Wurzelkanalinstrumente aus dem Kanalsystem und auch die Entfernung nekrotischen Pulpengewebes aus dem Kanalsystem).

Kein Konsens wurde leider getroffen hinsichtlich der endodontischen Revisionsbehandlung. Dies ist besonders erstaunlich, da ja die Entfernung von nekrotischem Pulpengewebe und die Entfernung von frak-

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2017

turierten Instrumenten als konsensfähig analog erachtet wurde, jedoch die oftmals sehr mühevolle, zeit- und materialaufwändige Wurzelfüllmaterialentfernung nicht. Offensichtlich haben hier nicht die fachliche Seite, sondern befürchtete Honoraraspekte einen Konsens verhindert. Es gibt nun einmal mehr revidierungswürdige Wurzelfüllungen als frakturierte WK-Instrumente.

Aber auch wenn kein Konsens erzielt werden konnte: Die Entfernung einer einzementierten alten Wurzelfüllung ist und bleibt eine selbstständige, medizinisch notwendige, nicht in der GOZ 2012 beschriebene Leistung und kann daher analog nach § 6,1 GOZ berechnet werden.

Denn ohne diese Behandlungsmaßnahme wäre die Durchführung und Berechnung einer erneuten Wurzelbehandlung (Kanalaufbereitung, Wurzelfüllung, elektrometrische Längenbestimmung, medikamentöse Einlagen etc.) nicht möglich. Ganz so, wie eben eine neue Überkronung eines insuffizient überkronten Zahnes nicht möglich ist, wenn nicht vorher die alte Krone entfernt wird – was selbstverständlich selbstständig nach der GOZ-Nr. 2290 berechnet werden kann.

Dr. Dr. Alexander Raff

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2017

3.7.6. Der gesetzlich versicherte Prophylaxepatient

Der gesetzlich Versicherte hat beim Zahnarzt einmal im Jahr den Anspruch auf Entfernung des »Zahnsteins«. Diese Leistung wird unter der BEMA-Gebührenposition 107 (Zst) abgerechnet.

Der Originalgebührentext der BEMA-Nr. 107 lautet: »Entfernen harter Zahnbeläge, je Sitzung.« Hierfür gibt es 16 Punkte. Das Entfernen harter Zahnbeläge ist einmal pro Kalenderjahr abrechnungsfähig. Wird ein zweites Mal Zahnstein entfernt, ist dies in jedem Fall privat nach GOZ zu berechnen. Es bietet sich hier an, dem Patienten anstelle einer isolierten Entfernung von Zahnstein (nach den GOZ-Nrn. 4050/4055) eine professionelle Zahnreinigung (nach der GOZ-Nr. 1040) rein unter Prophylaxegesichtspunkten anzubieten. Die meisten Patienten nehmen dieses Angebot verständnisvoll und dankend an.

Definition: Entfernen harter Zahnbeläge
Da die Bildung von Zahnstein auf der Bildung eines Schmelzoberhäutchens basiert, kann dieser Zahnstein nur am Schmelz lokalisiert sein. Alles, was nicht am Schmelz anhaftet, ist also auch kein Zahnstein. Neben Zahnstein gibt es jedoch auch subgingivale Ablagerungen in Form von Konkrementen am Wurzelzement, deren Entfernung aber nicht mit der Zahnsteinentfernung nach der BEMA-Nr. 107 erfolgt, sondern im Zuge einer systematischen Parodontalbehandlung. Des Weiteren sind dem Lebensalltag geschuldete weiche Beläge dem Zahn aufliegend und Verfärbungen, zum Beispiel aufgrund von Rauchen, Teetrinken und Rotweinkonsum, zu finden. Diese und der Biofilm auf dem Zahngewebe, auf dessen Basis Gingivitiden als auch Parodontitiden entstehen, werden im Zuge einer professionellen Zahnreinigung entfernt.

Eine professionelle Zahnreinigung ist nicht Inhalt des kassenvertraglichen Abrechnungskataloges, sondern findet sich seit 2012 in der privaten Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).

GOZ-Nr. 1040: Professionelle Zahnreinigung
Die Leistung umfasst das Entfernen der supragingivalen/gingivalen Beläge auf Zahn- und Wurzeloberflächen einschließlich Reinigung der Zahnzwischenräume, das Entfernen des Biofilms, die Oberflächenpolitur und geeignete Fluoridierungsmaßnahmen, je Zahn oder Implantat oder Brückenglied. Die Leistung nach der Nummer 1040 ist neben den Leistungen nach den Nummern 1020, 4050, 4055, 4060, 4070, 4075, 4090 und 4100 nicht berechnungsfähig.

Sollte man also derartige Maßnahmen nach der GOZ-Nr. 1040 entweder an einem anderen Tag oder an anderen Zähnen oder in einer anderen Sitzung erbringen, so ist dies zusätzlich zur Abrechnung der BEMA-Nr. 107 (Zst) möglich. Ausdrücklich möchten wir darauf hinweisen, dass die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) im Schnittstellenpapier zwischen BEMA und GOZ dieses nicht so sieht, weil Behandlungsschritte sich deckten, die in der einen und der anderen Position enthalten seien.

Bei einer ausreichenden Dokumentation der erbrachten Leistungen, das heißt die Behandlungszeit, die Zähne, eine gegebenenfalls nicht sitzungsgleiche Erbringung und der Umfang der Leistungserbringung, können diese Argumente entkräftet werden. Die Wahl eines geeigneten Steigerungsfaktors ist dazu geeignet, den Aufwand der erbrachten Prophylaxeleistung zu differenzieren.

Dr. Christian Öttl

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2017

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2017

3.7.6.1. Professionelle Zahnreinigung nach GOZ: Beachtenswerte Besonderheiten

Wie Sie dem Artikel »Der gesetzlich versicherte Prophylaxepatient« entnehmen können, ist bei der neu in die GOZ 2012 aufgenommenen GOZ-Nr. 1040 »Professionelle Zahnreinigung« der Leistungsumfang genau definiert: das Entfernen der supragingivalen und gingivalen Beläge, Oberflächenpolitur und Fluoridierung.

Dies kann entsprechend der Definition der Leistungslegende am Zahn, Implantat oder Brückenglied geschehen. Weitere festsitzende Zahnersatzkonstruktionen, wie beispielsweise Anker, Stege (häufig bei Implantatkonstruktionen) oder Ähnliches, werden in der Auflistung nicht genannt. Professionelle Zahnreinigung (PZR) an diesen Strukturen ist demnach aufwandsadäquat analog nach § 6,1 GOZ zu berechnen. Die Leistungslegende ist darüber hinaus so zu interpretieren, dass an herausnehmbarem Zahnersatz oder dessen Teilen keine PZR möglich ist. Reinigungen von herausnehmbaren Brücken, Prothesen, Schienen oder Ähnlichem sind – wie bislang auch – primär zahntechnische Behandlungsmaßnahmen und als solche gemäß § 9 GOZ als Kosten vom Eigen- oder Fremdlabor zu berechnen.

Nachvollziehbare Abrechnungstücken

Die Berechnungsbestimmung der PZR definiert auch, dass Fluoridierung (GOZ-Nr. 1020), die einfache Entfernung harter und weicher Zahnbeläge nach den GOZ-Nrn. 4050/4055, die Kontrolle hiernach (GOZ-Nr. 4060), die parodontalchirurgische geschlossene Parodontaltherapie (GOZ-Nrn. 4070, 4075) und die parodontalchirurgische offene Parodontaltherapie (GOZ-Nrn. 4090 und 4100) nicht neben der GOZ-Nr. 1040 berechnet werden können.

Vollkommen logisch ist, dass, wenn – durchaus auch im Sinne der wissenschaftlichen Definition der PZR – die Fluoridierung der gereinigten Zähne zum Leistungsinhalt der PZR gehört, die Fluoridierung am selben Zahn, an dem eine PZR durchgeführt wird, nicht gesondert berechnet werden kann. Ebenso nachvollziehbar ist, dass neben der vollumfänglichen Zahnreinigung der PZR nach der GOZ-Nr. 1040 nicht noch die einfache Belagsentfernung nach den GOZ-Nrn. 4050 bzw. 4055 und auch nicht deren Nachkontrolle (GOZ-Nr. 4060) am selben Zahn berechnet werden können.

Nicht medizinisch nachvollziehbar dagegen ist, dass die supragingivale beziehungsweise gingivale nichtchirurgische PZR und die zwingend subgingivalen parodontalchirurgischen Therapien nicht nebeneinander berechnet werden können. Sicherlich ist eine systematische Parodontaltherapie üblicherweise derart aufgebaut, dass zuerst einmal Prophylaxemaßnahmen und insbesondere auch eine PZR den chirurgischen Maßnahmen im Ablauf vorgeschaltet sind. Häufig erübrigen sich ja gerade weitergehende chirurgische Maßnahmen dann, wenn eine entsprechend intensive nichtchirurgische Vorreinigung erfolgt. Nun finden aus vielfältigen Gründen aber nicht immer derartige prototypische systematische Parodontalbehandlungen statt. Sei es, dass der Patient für diese für ihn aufwändigere Behandlungssystematik grundsätzlich nicht motivierbar ist, sei es, dass aus zeitlichen Gründen Behandlungsschritte zusammengefasst werden müssen. Im Rahmen der lebenslangen parodontalen Erhaltungstherapie (auch UPT = unterstützende Parodontaltherapie) nach vorausgegangener parodontalchirurgischer Therapie ist es zum Beispiel sinnvoll, immer dann, wenn nur einzelne Parodontien wieder einer chirurgischen Parodontaltherapie bedürfen, diese in derselben Sitzung mit der ohnehin anstehenden PZR durchzuführen. Hier den Patienten aus gebührenrechtlichen Gründen für die Maßnahmen nach den GOZ-Nrn. 4070/4075 an einem oder wenigen Parodontien gesondert einzubestellen, widerspricht jeder Lebenspraxis.

Gegenseitiger Leistungsausschluss

Andererseits verbietet der gegenseitige Leistungsausschluss es dem Zahnarzt, zwei selbstständige zahnärztliche Maßnahmen, die er nebeneinander an einem Parodont durchführt, gleichzeitig zu berechnen, das heißt, er sieht sich gezwungen, die PZR an diesem Parodont nicht zu berechnen. Dass er dann möglicherweise auf die einfache Belagentfernung nach den GOZ-Nrn. 4050/4055 zurückgreifen kann, ist zwar betriebswirtschaftlich eventuell ein kleiner Trost, jedoch gebührenrechtlich nicht korrekt, da hier notgedrungen eine andere (weniger aufwändige und niedriger bewertete) Leistung als die erbrachte berechnet wird.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2017

Deutlich hervorgehoben werden muss, dass sich die oben aufgezählten gegenseitigen Leistungsausschlüsse aber jeweils auf denselben Zahn beziehungsweise dasselbe Parodont beziehen. Es ist demnach also entsprechend der Gebührenordnung immer möglich, einzelne Zähne einer PZR nach GOZ-Nr. 1040 zu unterziehen, bei anderen jedoch nur eine einfache Belagsentfernung nach GOZ-Nr. 4050/4055 und gleich auch eine geschlossene parodontalchirurgische Therapie im Sinne der GOZ-Nrn. 4070/4075 durchzuführen.

Selbstverständlich können alle prophylaktischen und alle parodontaltherapeutischen Maßnahmen, die nicht in der Berechnungsbestimmung der GOZ-Nr. 1040 neben der PZR ausgeschlossen sind, berechnet werden. Gerade die Mundhygieneunterweisungen (GOZ-Nrn. 1000, 1010), die Parodontaldiagnostik (GOZ-Nrn. 4000 und 4005), die Mundschleimhautbehandlung (GOZ-Nr. 4020) oder die subgingivale antibakterielle Lokalapplikation (GOZ-Nr. 4025) werden häufig sitzungsgleich mit der PZR kombiniert.

Auch Reinigungsmaßnahmen gemäß den Therapieschemata einer Full Mouth Disinfection (FMD) können neben einer PZR berechnet werden. Die FMD (nach Quirynen) ist definiert als über einen spezifischen Behandlungszeitraum hinweg systematische Benutzung von Mundspüllösungen, -sprays und -bürsten, bei denen insbesondere auch die nichtdentalen Strukturen und Nischen, wie der Gaumenbogen, die Rachen- und Gaumenmandeln, der Mundboden, die Umschlagfalten und Wangeninnenseiten sowie der Zungenrücken, vom Biofilm befreit werden. Hier muss auf eine Analogberechnung nach § 6 Abs. 1 GOZ zurückgegriffen werden.

Auch Maßnahmen nach der GOZ-Nr. 2130, bei der Restaurationen (und nicht die Zahnoberfläche) finiert beziehungsweise poliert werden, können als ebenfalls prophylaktisch wirkende Behandlungsmaßnahme aus dem Kapitel C (Zahnerhaltung) der GOZ neben der GOZ-Nr. 1040 als selbstständige Leistung sehr sinnvoll erbracht werden.

Dr. Dr. Alexander Raff

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2017

3.7.7. Kassenkrone und Zusatzleistungen

Die moderne Zahnheilkunde »state of the art« hat viele Möglichkeiten, einen Zahn mit einer Krone zu versehen. Es gibt verschiedene Formen der Präparation, Materialien und Herstellungsverfahren. Welche als »Kassenkrone« akzeptiert werden und welche Leistungen dazugehören, erläutert der »Gangbare Weg« dieses Mal.

Grundsätzlich unterscheidet der Bewertungsmaßstab zahnärztlicher Leistungen (BEMA) bei Kronen nach der Art der Krone und deren Präparation. Es gibt eine Teil- oder auch Dreiviertelkrone, die sich als solche abrechnen lässt. Geregelt ist die Krone unter der BEMA-Nummer 20c: Versorgung eines Einzelzahnes durch eine metallische Teilkrone. In der dazugehörenden Abrechnungsbestimmung definiert der Einheitliche Bundesausschuss die für die BEMA-Nr. 20c verbindliche Präparation: »Die Präparation einer Teilkrone erfordert die Überkupplung aller Höcker eines Zahnes. Die Präparation einer Teilkrone ist überwiegend supragingival und bedeckt die gesamte Kaufläche und somit sämtliche Höcker.« Außerdem gibt es eine Unterscheidung nach der Art der Vollkrone: entweder nach BEMA-Nr. 20a ohne verblendete vestibuläre Fläche oder nach BEMA-Nr. 20b als verblendete Krone. Bei allen Kronen wird eine metallische Krone als Regelleistung definiert. Sämtliche anderen Kronen werden nicht als Regelleistung definiert.

Krone in der Regelversorgung
Die Regelversorgungskrone ist also eine Krone mit oder ohne Verblendung vestibulär an den Zähnen im durch den BEMA definierten sichtbaren Bereich (OK bis inklusive Zahn 5, UK bis inklusive Zahn 4). In der Gebühr für die BEMA-Krone sind enthalten: Präparation, gegebenenfalls Farbbestimmung, Bissnahme, Abformung, Einprobe, Einzementieren, Kontrolle und Adjustierung der statischen und dynamischen Okklusion. Für die Zeit zwischen Präparation und Eingliederung gibt es eine direkt hergestellte provisorische Krone nach der BEMA-Nr. 19. Diese ist innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung höchstens zweimal je zu überkronendem Zahn abrechenbar.

Der Aufwand für die Abnahme und Wiederbefestigung der provisorischen Krone, inklusive Material, ist für die behandelnde Praxis enthalten. Die Wiederbefestigung in einer anderen Praxis (zum Beispiel im Not- oder Vertretungsdienst) ist nach GOZ zu berechnen (Analogberechnung § 6,1). Die Berechnung über den Heil- und Kostenplan (HKP) ist für jede andere Praxis ausgeschlossen.

Jede weiterreichende Kronenleistung als die Regelversorgung sorgt für weitere bürokratische Vorarbeiten. So muss jede Zahnersatz-Privatleistung mit Formular 2 des HKP und – falls ein Steigerungsfaktor oberhalb des 3,5-fachen angezeigt ist – auch noch mit einem Formular nach § 2 GOZ Abs. 1 und 2 vereinbart werden.

Keine Entscheidung nach Kassenlage
Ein Patient kann hierbei nicht die Behandlungsnotwendigkeiten nach seiner vermeintlichen Kassenlage einschränken. Das bedeutet, dass ein Patient mit Funktionseinschränkungen des stomatognathen Systems, bei dem ohne genaue Befundung der funktionellen Ausgangssituation aus medizinischen und forensischen Gründen kein Zahnersatz angefertigt werden kann, diese Leistung nicht einfach ablehnen kann. Diese Leistungen sind immer dann zu erbringen, wenn sie medizinisch (zum Beispiel wegen Abrasionen oder Kiefergelenksymptomen) angezeigt sind. Dies gilt auch dann, wenn der Patient sie nicht zahlen kann. Aus forensischen Gründen ist eine Weiterbehandlung auszuschließen.

Dr. Christian Öttl

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2017

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2017

3.7.7.1. Gleichartige Kronenversorgung

Die Regelversorgung eines erhaltungswürdigen Zahnes mit einer Krone ist nach den Zahnersatzrichtlinien definiert. Die Regelversorgungskrone ist eine metallische Krone, die im Verblendbereich (Oberkiefer Zähne 15–25, Unterkiefer Zähne 34–44) vestibulär verblendet wird. Werden andere Kronenversorgungen vorgenommen als diese, so sind diese als gleichartig einzustufen. In diesen Fällen ist der Teil 2 des Heil- und Kostenplanes vom Zahnarzt verpflichtend auszufüllen.

Zu beachten ist, dass außervertragliche Leistungen (beispielsweise funktionsanalytische oder funktionstherapeutische Maßnahmen (GOZ-Nrn. 8000 ff.) oder implantatprothetische Maßnahmen (GOZ-Nrn. 9040, 9050 und 9060) hier nicht aufzuführen sind. Derartige Maßnahmen müssen auf einem gesonderten privaten Heil- und Kostenplan (GOZ-Nr. 0030) oder im Falle funktionsanalytischer oder funktionstherapeutischer Maßnahmen (GOZ-Nr. 0040)) aufgeführt werden. Hierzu ist mit dem gesetzlich Versicherten zuvor eine schriftliche Vereinbarung einer privatzahnärztlichen Behandlung außerhalb der vertraglichen Regelung der GKV gemäß § 4 Abs. 5 d Bundesmantelvertrag Zahnärzte oder gemäß § 7 Abs. 7 Ersatzkassenvertrag Zahnärzte zu treffen.

Für gleichartige Kronen gilt die GOZ

Bei der Berechnung der gleichartigen Kronen gelten die Bestimmungen und Paragraphen der GOZ. Liegen besondere Erschwernisse bei der Kronenversorgung vor, so können diese gemäß § 5,2 GOZ im Steigerungsfaktor Berücksichtigung finden. Derartige Erschwernisse können in der erhöhten Schwierigkeit, einem überdurchschnittlichen Zeitaufwand oder besonderen Umständen bei der Ausführung liegen. Diese können den Allgemeinzustand des Patienten betreffen (zum Beispiel erhöhter Zeitaufwand durch geriatrische Faktoren), dauerhaft erschwerende lokale Verhältnisse (beispielsweise eingeschränkte Mundöffnung, ungewöhnliche Kieferformen), umstandsbezogene Kriterien wie sehr starker Speichelfluss, Abrasionsgebiss, Engstand oder zahnbezogene Kriterien (zum Beispiel Lage des Zahnes, Lage der Präparationsgrenze).

Zur gleichartigen Kronenversorgung (Versorgung des Befundes 1.1) gehören:

- Kronen mit okklusalen und/oder palatinalen Verblendungen im Verblendbereich (Zähne 15–25 und 34–44), Kronen mit teilweisen oder vollen Verblendungen außerhalb des Verblendbereichs: In diesen Fällen wird die GOZ-Nr. 2210 berechnet statt BEMA-Nr. 20.
- Vollkeramische oder galvanisch hergestellte Kronen: In diesen Fällen wird ebenfalls die GOZ-Nr. 2210 berechnet statt BEMA-Nr. 20.
- Teilkronen aus Keramik oder verblendete Teilkronen: In diesen Fällen fällt die GOZ-Nr. 2220 statt BEMA-Nr. 20 c an.
- Adhäsive Befestigung von Kronen: Die Vereinbarung einer Leistung nach der GOZ-Nr. 2197 (adhäsive Befestigung) führt zur Einstufung als gleichartige Versorgung. Sie führt aber nicht dazu, dass die Krone selbst nach GOZ berechnet werden kann. Insofern wird die Krone nach der jeweiligen BEMA-Nr. 20 berechnet, die adhäsive Befestigung aber nach der GOZ-Nr. 2197.
- Optisch-elektronische Abformung von Kronen: Die Vereinbarung einer Leistung nach der GOZ-Nr. 0065 (optisch-elektronische Abformung) führt zur Einstufung als gleichartige Versorgung. Sie führt aber nicht dazu, dass die Krone selbst nach GOZ berechnet werden kann. Insofern wird die Krone nach der jeweiligen BEMA-Nr. 20 berechnet, die optisch-elektronische Abformung aber nach der GOZ-Nr. 0065.
- Nichtmetallische Stiftaufbauten aus Keramik oder Kunststoff: In diesen Fällen werden die GOZ-Nummern 2195, ggf. auch 2180 und 2197 statt der BEMA-Nr. 18 a oder 18 b berechnet.

Daneben gibt es aber auch noch materialbezogene Kriterien (beispielsweise Keramikkaufläche, Keramikstufe), die einen höheren Steigerungsfaktor nötig machen können, oder aber besondere funktionsanalytische oder -therapeutische Kriterien. Auch der Workflow findet seinen Niederschlag in der Berechnung, berücksichtigt werden die Anzahl der notwendigen Sitzungen oder auch ästhetische Kriterien wie die individuelle Farbanpassung. Diese Kriterien sind immer und auf jeden Einzelfall bezogen zu beachten.

Dr. Dr. Alexander Raff

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2017

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2017

3.7.9. Die Totalprothese als Kassenleistung

Trotz der Fortschritte der Zahnmedizin, gerade in der Prophylaxe, gibt es immer noch Mitmenschen, die vollkommen zahnlos sind – aus welchem Grund auch immer. Gerade in der Totalprothetik hat sich bei der Entwicklung der Materialien und Möglichkeiten einiges getan. Was aber sind die Leistungen, die die gesetzliche Krankenkasse (GKV) übernimmt?

Unter den Nummern 97a und b des zahnärztlichen Bewertungsmaßstabes (BEMA) werden Totalprothesen für den Oberkiefer und Unterkiefer beim gesetzlich versicherten Patienten abgerechnet. Dazu gehören: anatomische Abformung (auch des Gegenkiefers), Bissnahme, Farbbestimmung, Einprobe, Eingliedern, Nachbehandlung. Funktionsabformungen mit individuellem Löffel im Oberkiefer oder Unterkiefer können mit den BEMA-Nummern 98 b (OK) oder 98 c (UK) abgerechnet werden.

Diese Prothesen können auch als Immediat- oder Interimsversorgung dienen. Hierbei ist darauf zu achten, was die Endversorgung ist. Eine Immediatversorgung soll unterfüttert, auch mehrfach, die zukünftige Versorgung darstellen. Eine Interimsversorgung dient zur Überbrückung der Zeit bis zur endgültigen Versorgung.

Abrechnung auch für Ausnahmefälle
Die Abrechnungsnummern 97a und b dienen auch der Abrechnung von Coverdenture-Prothesen auf nicht mehr als drei Zähnen mit ausreichender prothetischer Wertigkeit je Kiefer in Verbindung mit Teleskopen oder Konuskronen oder Wurzelstiftkappen. In festgelegten Ausnahmefällen, zum Beispiel bei atrophiertem Kiefer, kann auch auf Implantaten eine Versorgung mit Coverdenture-Prothese nach 97 erfolgen.

Ebenfalls in Ausnahmefällen, beispielsweise ausgeprägter Torus palatinus oder Exostosen, kann eine Metallbasis unter der BEMA-Nummer 98 e abgerechnet werden.

Wenn die Lagebeziehung von Unterkiefer zu Oberkiefer mit einfacheren Mitteln nicht reproduzierbar ermittelt werden kann und diese Leistung eindeutig dokumentiert wurde, kann BEMA-Nummer 98 d für eine Stützstiftregistrierung abgerechnet werden.

Hinsichtlich der gesetzlich krankenversicherten Patienten ist noch einmal gesondert darauf hinzuweisen, dass funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen nach § 28 Abs. 2 Satz 8 SGB V und Ziffer 33 der Zahnersatz-Richtlinien nicht zur vertragszahnärztlichen Behandlung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung gehören. Die Berechnung dieser Leistungen erfolgt bei GKV-Versicherten auf der Basis der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) im Rahmen der Vereinbarungen gemäß § 4 Abs. 5 BMV-Z beziehungsweise § 7 Abs. 7 EKVZ.

Weitere Leistungen nicht per Kassenabrechnung
Alle weiteren Leistungen, die im Einzelfall aus Gründen, die im Patientenwunsch liegen, notwendig werden, sind nicht über die gesetzliche Krankenkasse abrechenbar. Dies gilt auch für die Laborleistungen. Wünscht ein Patient besondere Zähne oder die Nachbearbeitung konfektionierter Zähne, möchte er eine ganz besondere Zahnstellung oder einen besonderen Prothesenkunststoff, so müssen diese Leistungen, wie im Artikel von Dr. Dr. Alexander Raff beschrieben, privat vereinbart werden. So kann sich jeder Patient die Prothese zusammenstellen, die er haben möchte, und bekommt von der Krankenkasse den Zuschuss, der festgesetzt ist.

Dr. Christian Öttl

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2017

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2017

3.7.9.1. Besonderheiten von Totalprothesen in der Privatliquidation

Auch wenn Totalprothesen zum Glück nicht mehr die Norm der Versorgung in der Alterszahnheilkunde sind, so sind sie doch immer noch eine Versorgungsform, der sich der Zahnarzt immer wieder zu stellen hat. Aber auch die Berechnung der Totalprothesen und Subtotalprothesen will gelernt sein und beinhaltet so manche Besonderheit.

Für die Eingliederung einer Totalprothese beim privat versicherten Patienten wird die **GOZ-Nr. 5220** für den Oberkiefer und die **GOZ-Nr. 5230** für den Unterkiefer berechnet. Hierbei ist es – anders als im zahnärztlichen Bewertungsmaßstab (BEMA) – grundsätzlich immer möglich, Kunststoff oder Metallbasen einzuarbeiten. Metallbasen bestehen in der Regel aus einer speziellen, mundbeständigen Nichtedelmetall-Legierung (Kobalt-Chrom-Molybdän-Legierungen). Es können jedoch auch Edelmetall-Legierungen verwendet werden. Die Eingliederung von Prothesen mit eingearbeiteten Metallbasen bringt zum Beispiel häufig hinsichtlich von Adjustierungen und Nachkorrekturen einen deutlichen Mehraufwand mit sich, der durch die Anwendung des Steigerungsfaktors nach § 5,2 berücksichtigt werden muss.

Totale Interims- und Immediatprothesen
Ebenso berechnet wie die totalen, definitiven Prothesen werden totale Immediatprothesen. Bei der Immediatprothese handelt es sich um eine endgültige Prothese, die häufig bereits zeitgleich im Rahmen der Extraktionen oder anderen chirurgischen Maßnahmen im zahntechnischen Labor hergestellt und danach durch den Zahnarzt eingegliedert wird. Nach dem Abheilen der Wunden und knöcherner Umwandlung des Kiefers (in der Regel nach drei bis sechs Monaten) wird die Immediatprothese im Gegensatz zur Interimsprothese durch Unterfütterung (vgl. GOZ-Nrn. 5270 bis 5300) zur endgültigen Prothese umgestaltet.

Ebenso nach den GOZ-Nrn. 5220 und 5230 berechnet werden totale Interimsprothesen (»Zwischenprothesen«), die für die Zeit der Ausheilung nach Zahnextraktionen oder anderen chirurgischen Eingriffen eingesetzt und zeitlich begrenzt getragen werden.

Versorgung mit Cover-Denture-Prothesen
Seit 2012 werden auch die Deckprothesen beziehungsweise Cover-Denture-Prothesen nach den GOZ-Nrn. 5220 und 5230 berechnet. Hierbei ist es wichtig, die sich in diesen Fällen ergebenden Prothesenspannen bei der Berechnung nicht zu vergessen. Zum Beispiel ergeben sich bei vorhandener Restbezahnung beider Eckzähne drei derartige Spannen oder Freiendsättel je Kiefer. Daneben sind natürlich die Versorgungen für die Pfeilerzähne berechenbar. Häufig sind dies bei Cover-Denture-Prothesen Teleskope oder Wurzelstiftkappen (GOZ-Nrn. 5030, 5040). Zusätzliche Verbindungselemente können – außer bei der GOZ-Nr. 5040 am selben Zahn – gesondert berechnet werden.

Abgegolten sind mit der GOZ-Nr. 5220 beziehungsweise 5230 die notwendigen anatomischen Abformungen, auch die des Gegenkiefers. Selbstverständlich betrifft dies aber nicht die Abformungen, die für die Anfertigung von Planungsmodellen (GOZ-Nrn. 0500, 0600) medizinisch notwendig sind. Daneben fällt praktisch immer für die funktionelle Abformung des Ober- und/oder des Unterkiefers die GOZ-Nr. 5180 bzw. 5190 an.

Die einfache Bestimmung der Bissrelation ist zwar mit der GOZ-Nr. 5220 beziehungsweise 5230 ebenfalls abgegolten, hierbei ist jedoch darauf hinzuweisen, dass das funktionsorientierte Registrieren der gelenkbezüglichen Zentrallage des Unterkiefers natürlich gesondert nach der GOZ-Nr. 8010 berechnet werden kann. Hierzu zählt auch die Stützstiftregistrierung. Die GOZ-Nr. 8010 ist je Sitzung maximal zweimal berechnungsfähig.

Funktionsbezogene Leistungen
Bei der Herstellung von Totalprothesen und Cover-Denture-Prothesen sind nicht nur zur Bissregistrierung oftmals komplexe prothetisch-funktionsanalytische und funktionstherapeutische Aspekte zu berücksichtigen. Diese werden nach Abschnitt J der GOZ »Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen« (GOZ-Nrn. 8000 bis 8100) und einer Vielzahl von analog zu berechnenden funktionsbezogenen Leistungen berechnet.

Maßnahmen zur Weichteilstützung sind laut GOZ ebenfalls mit den GOZ-Nrn. 5220 und 5230 abgegolten. Dies unterscheidet die GOZ vom BEMA, in dem

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2017

gesonderte Maßnahmen zur Weichteilstützung zum Ausgleich oder zum Verschluss von Defekten im Bereich des Kiefers mit der BEMA-Nr. 101 a (bei Restbezahnung) oder 101 b (bei Zahnlosigkeit) berechnet werden können.

Notwendige Anproben und die Eingliederung gehören ebenso zu den GOZ-Nrn. 5220/5230 wie Nachkontrollen und Korrekturen.

Störende Prothesenränder beseitigen
Während das Beseitigen störender Prothesenränder im BEMA erst dann abgerechnet werden kann, wenn die Prothese länger als drei Monate eingegliedert ist, besteht eine zeitliche Ausschlussregelung hinsichtlich der GOZ-Nr. 4030 (Beseitigung von scharfen Zahnkanten, störenden Prothesenrändern und Fremdreizen am Parodontium) nicht. Zwar sind unmittelbar notwendige Korrekturen an den Funktionsrändern noch Leistungsinhalt der GOZ-Nrn. 5220 und 5230. Wenn aber im weiteren Verlauf Veränderungen am Tegument dazu führen, dass Prothesenränder störend werden, so ist deren Beseitigung keine Nachkontrolle beziehungsweise Korrektur mehr. Das Gleiche gilt sinngemäß für Druckstellen bei Wiederherstellung der Funktionstüchtigkeit einer Prothese durch Unterfütterungen.

Sind Einschleifmaßnahmen oder das Finieren oder Polieren von Restaurationen des Gegenkiefers notwendig, so werden diese nach den GOZ-Nrn. 4040, 4030 oder 2130 berechnet.

Implantat oder Zahn – das ist die Frage
Einen besonderen Hinweis ist folgende Merkwürdigkeit wert: In der Leistungslegende der GOZ-Nrn. 5220/5230 ist nur vom »zahnlosen Kiefer« die Rede. Hier handelt es sich vermutlich um einen Fehler, da Deckprothesen nur auf einer Restbezahnung erbracht werden können. Allerdings sind Deckprothesen auch auf Implantaten möglich. Hierbei ist dann die Bedingung »zahnloser Kiefer« tatsächlich gegeben. Dies führt zur fragwürdigen Situation, dass subtotale Prothesen auf Implantaten korrekt gemäß Leistungstext nach den GOZ-Nrn. 5220/5230 berechnet werden, während subtotale Prothesen auf Zähnen formal richtig nach § 6 Abs. 1 GOZ analog zu berechnen wären.

Dr. Dr. Alexander Raff

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2017

3.7.9.2. Wurzelspitzenresektion – der letzte Weg?

Der gangbare Weg. Der Zahnarzt behandelt nach einer eskalierenden Kaskade von Interventionen einen Zahn, bis die Therapie den gewünschten Erfolg zeitigt. Da die endodontischen Möglichkeiten stark gewachsen sind, gehen die nachgelagerten Therapien zurück. Da nicht jede Endodontie Kassenleistung ist, stellt sich die Frage, ob dann eine Wurzelspitzenresektion, die Folge einer solchen Intervention ist, eine sein kann.

Ob eine Wurzelspitzenresektion Kassenleistung ist oder nicht, richtet sich primär nach der Prognose des Zahns, der zur Resektion ansteht. Auch eine nicht richtliniengerecht erfolgte, privat berechnete Endo bedeutet nicht zwingend, dass die WSR keine GKV-Leistung ist. Ein neuer Therapieschritt bedingt auch eine neue Einschätzung der Prognose.

Molarenregeln aus den Richtlinien
Ist an dem Zahn der Knochenabbau schon weit fortgeschritten, so kann man davon ausgehen, dass er locker wird, wenn man von der Wurzelspitze auch noch etwas wegnimmt. Genauso verhält es sich bei gelockerten Zähnen. Zusätzlich muss das Wurzelkanalsystem der Behandlung zugänglich sein von der Lage des Zahns, der Wurzelspitzen, der Auffindbarkeit und Aufbereitbarkeit (und zwar auch von retrograd) des Kanalsystems.

Sind diese Vorgaben erfüllt, gibt es die Molarenregeln aus den Richtlinien. So darf an einem Molaren nur dann eine Wurzelspitzenresektion vorgenommen werden, wenn sie zum Erhalt der geschlossenen Zahnreihe beiträgt, eine einseitige Freiendsituation vermieden wird oder der Erhalt eines funktionstüchtigen Zahnersatzes ermöglicht wird. Diese Regel gilt aber erst in zweiter Linie, nachdem in erster Linie die Prognose gut sein muss.

Bei einer Wurzelspitzenresektion kann eine retrograde Füllung des Wurzelkanals notwendig werden. Diese kann gesondert nach den Bema-Nummern 32 (WK) und 35 (WF) abgerechnet werden. Die Resektionen selbst werden an Frontzähnen 13–23, 33–43, jeweils mit der Bema-Nummer 54a (WR1), mit 72 Punkten abgerechnet.

Die Resektionen an den einwurzelig festgelegten Zähnen 15, 25, 34, 35 und 44, 45 werden mit der 54b (WR2) abgerechnet. An mehrwurzeligen Molaren und Prämolaren gibt es zwei chirurgische Möglichkeiten, die unterschiedlich abgerechnet werden.

Ordnungsgemäße OP-Dokumentation
Wird für beide Wurzeln ein vestibulärer Zugang gewählt, so wird einmal die 54b (WR2) für die erste resezierte Wurzel mit 96 Punkten abgerechnet, und für die zweite Wurzel durch denselben Zugang wird die 54c (WR3) mit 48 Punkten abgerechnet. Wird eine weitere Wurzelspitze in derselben Sitzung am selben Seitenzahn durch einen getrennten operativen Zugang behandelt, und hier kommt es auf die ausreichende Dokumentation an, so kommt eine zweite 54b hinzu.

Im Extremfall bedeutet dies, dass Sie aufgrund getrennter Zugänge dreimal die Leistung Bema-Nummer 54b (WR2) an einem oberen Molaren zum Beispiel abrechnen müssten. Natürlich zählt die ordnungsgemäße OP-Dokumentation als Voraussetzung für die Berechnung.

Neben diesen vielen Möglichkeiten gibt es bei Patienten, die sich gerne einmal einen Behandlungsversuch (der nicht Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung ist) gönnen, immer noch die Möglichkeit, diesen Versuch als Privatleistung zu bekommen.

In erster Linie muss die Prognose gut sein
Für Patienten gibt es mehr Möglichkeiten als die GKV-Versorgung, wenn sie angeboten wird.

Dr. Christian Öttl

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2020

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2020

3.7.9.2.1. Zwischenlösung mit Stolperfalle

Die medikamentöse Einlage. Wurzelkanalbehandlungen sind nicht immer vergnügungssteuerpflichtig, weder für den Zahnarzt noch für Patienten. Nicht nur die Schmerzen, die zur Behandlung führen, sondern auch die manchmal schmerzhafte Behandlung selbst haben einen schlechten Ruf. Der Zahnarzt muss zudem noch gebührenrechtliche Hürden überwinden.

Nachdem ein durch einen unrettbar entzündeten oder nekrotischen Zahnnerv schmerzhafter Zahn eröffnet wurde und entweder eine Vitalexstirpation vorgenommen wurde, eine Devitalisierung erfolgte oder eine Aufbereitung eines Wurzelkanals stattfand – nur dann kann man eine medikamentöse Einlage in den Zahn einbringen und auch abrechnen. Auch der darauffolgende provisorische Verschluss ist mit der Abrechnung der Bema-Nummer 34 abgegolten.

Wie immer in der Abrechnung zahnärztlicher Leistungen im Bema gilt es, genau zu lesen.

Ohne zugehörige Leistungen 28 (Vitalexstirpation), 29 (Devitalisierung), 32 (Aufbereitung eines Wurzelkanals) darf die Leistung nicht berechnet werden. Auch nur zur Trepanation, Bema-Nummer 31 alleine, darf die Leistung Bema-Nummer 34 nicht abgerechnet werden. Eine zusätzliche Leistung Bema-Nummer 11 (provisorischer Verschluss) darf nicht berechnet werden, denn dieser ist im Leistungstext Bestandteil der Leistung, und erst mit deren Erbringung ist die Leistung vollständig erbracht und abrechenbar. Sollte zusätzlich dieser provisorische Verschluss, dessen Ausgestaltung offen ist, aber dentinadhäsiv verankert werden, so muss darüber eine Privatvereinbarung getroffen werden.

Grundsätzlich nur dreimal ansetzbar

Eine essenzielle Abrechnungsbestimmung ist, dass diese Leistung grundsätzlich nur dreimal angesetzt werden kann. Sollten darüber hinaus Leistungen zur medikamentösen Einlage notwendig sein, müssen diese privat vereinbart werden oder zumindest nicht über die GKV abgerechnet werden. Der Zahnarzt sollte beachten, dass hier in der GOZ der provisorische Verschluss extra berechnet werden kann. Zusätzlich sollte man sich überlegen, ob in dem Fall vermehrter, also mehr als dreimaliger, Erbringung der Leistung »medikamentöse Einlage« nicht die gesamte Wurzelkanalbehandlung außerhalb der Richtlinien stattfindet und somit privat zu vereinbaren ist.

Dr. Christian Öttl

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2020

3. Abrechnung

3.7. Ergänzungsleistungen zum BEMA – der gangbare Weg

3.7.9. Die Totalprothese als Kassenleistung

3.7.9.2. Wurzelspitzenresektion – der letzte Weg?

3.7.9.2.1. Zwischenlösung mit Stolperfalle

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2020

3.7.9.3. Viele Kanäle, viel Widerstand

Elektrophysikalisch-chemische Methoden. Zusätzliche reinigende Methoden im Wurzelkanal sind aus der modernen Endodontie nicht wegzudenken. Diese Leistungen sind nur in der GOZ enthalten und stehen als qualitätsfördernde Maßnahme Privatpatienten wie auch gesetzlich Versicherten zu – sofern sie vorab als Privatleistung vereinbart wurden. Kostenerstatter (insbesondere private Zusatzversicherungen) fordern hierbei zunehmend Nachweise.

Die Leistungslegende der GOZ-Nummer 2420 stellt klar, dass es sich um eine zusätzliche Anwendung von elektrophysikalisch-chemischen Methoden handeln muss, die ergänzend zu den üblichen mechanischen Methoden der Wurzelkanalaufbereitung angewandt werden. Weiterhin geht aus der Leistungsbeschreibung eindeutig hervor, dass diese Methoden je behandeltem Wurzelkanal zu berechnen sind. Es kommt also nicht auf die Anzahl vorhandener Wurzeln, sondern auf die Zahl der zu behandelnden Wurzelkanäle an.

Durch die Fortschritte moderner endodontischer Verfahren werden heutzutage in weitaus größerer Anzahl als früher auch zusätzliche (akzessorische), häufig sehr schmale oder schwierig zugängliche Kanäle diagnostiziert (zum Beispiel durch das Dentalmikroskop) und suffizient behandelt.

Vorlage von Röntgenbildern

Es empfiehlt sich, bei der Berechnung der Häufigkeit der GOZ-Nummer 2420 eine genaue Dokumentation der Anatomie und Behandlungsmaßnahmen vorzunehmen, da zunehmend Nachfragen von kostenerstattenden Stellen auftreten, wenn mehr Wurzelkanäle eines Zahnes elektrophysikalisch-chemisch behandelt werden, als es die Kostenerstatter als allgemein üblich betrachten. So hat sich zum Beispiel herausgestellt, dass die kostenerstattenden Stellen diverse Röntgenbilder zur Überprüfung der tatsächlichen Wurzelkanalanzahl anfordern, wenn die GOZ-Nummern 2400, 2410, 2420 und 2440 häufiger abgerechnet werden, als es der durchschnittlichen Anatomie entspricht. Die Übersendung der Röntgenbilder ist eine Obliegenheit des Patienten, die sich aus der Regelung des § 31 Abs.1 VVG begründet.

Hierbei ist aus medizinischer Sicht zweierlei zu betonen: Erstens dienen Röntgenbilder grundsätzlich der klinischen Diagnostik. Es verstößt daher gegen die rechtlichen Grundlagen des Strahlenschutzes und das Rechtfertigungsgebot (rechtfertigende Indikation), wenn Röntgenbilder zum Zwecke der Überprüfung der Kostenerstattung eigens angefertigt werden. Zweitens bilden Röntgenbilder grundsätzlich die dreidimensionale Realität nur zweidimensional ab. Dies bedeutet, dass durch Überlagerungsphänomene der geröntgten Strukturen durchaus nicht immer alle gewünschten anatomischen Besonderheiten abgebildet werden. Insofern lässt sich, wenn zum Beispiel ein akzessorischer Wurzelkanal im individuellen Fall im Röntgenbild nicht erkennbar ist, daraus nicht schließen, dass dieser klinisch nicht vorhanden ist.

Starke Unterschiede

Die Anwendung von Methoden elektrophysikalisch-chemischer Art kann je Kanal und Sitzung während (sitzungsgleich) und nach der Wurzelkanalaufbereitung (in Folgesitzungen) erfolgen. Für die Wiederholbarkeit in Folgesitzungen existiert keine gebührentechnische Beschränkung oder Obergrenze. Diese wird durch die medizinische Notwendigkeit definiert. Allerdings ist die »Anwendung zusätzlicher Methoden zur Kanalaufbereitung« in einer Sitzung je Kanal einmal und keinesfalls »je Anwendung« beziehungsweise auch nicht »je Methode« berechnungsfähig.

Dies bedeutet, dass der Arbeitsaufwand für die wiederholte Anwendung von Methoden elektrophysikalisch-chemischer Art oder bei Anwendung mehrerer Techniken während einer Aufbereitungssitzung mit dem einmaligen Ansatz der GOZ-Nummer 2420 auch unter Ausschöpfung des 3,5-fachen Steigerungssatzes (13,78 Euro) als deutlich unterbewertet erscheint. In diesen Fällen muss mit dem Patienten im Vorfeld der Behandlung eine Honorarvereinbarung nach § 2 Abs.1 und 2 GOZ getroffen werden.

Wie das Amtsgericht entschied

Aus einer Entscheidung des Amtsgerichts (AG) Karlsruhe vom 04.09.2015 (Az.: 6 C 1670/15) ergibt sich, dass der Abschluss einer individuellen Vergütungsvereinbarung für eine Behandlung nach den GOZ-Nummern 2400 und 2420 mit einem Steigerungsfaktor von 27,52 im konkreten Fall nicht den Wuchertatbestand des § 138 Abs. 2 BGB erfüllt.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2020

Das Gericht betonte in seiner Urteilsbegründung, dass die GOZ in § 2 Abs. 1 gerade die Vereinbarung einer abweichenden Gebührenhöhe zulasse, wenn wegen des besonderen Aufwands einer zahnärztlichen Leistung durch den vorgegebenen Rahmen der GOZ keine angemessene Vergütung gewährleistet sei. Es sei aber im Einzelfall zu prüfen, ob die geltend gemachte Gebühr in einem auffälligen Missverhältnis zur konkret erfolgten Behandlung stehe.

Querstrom und kalzifizierte Kanäle

Der Behandler hatte vorgetragen, die vorgenommene Behandlung habe einen erhöhten Zeit- und Materialaufwand erfordert wegen Mehrfachmessung, Querstromes und enger kalzifizierter Wurzelkanäle sowie wegen einer erschwerten Zugänglichkeit des Zahnes und der Notwendigkeit mehrerer Spüllösungen. Bei der Behandlung seien eine Lupenbrille und ein OP-Mikroskop zum Einsatz gekommen, zudem habe die Behandlung zwei Stunden gedauert.

Nach Ansicht des Gerichts kann eine Gebühr in Höhe von 650,00 Euro für eine zweistündige Behandlung kein auffälliges Missverhältnis zwischen Leistung und Gegenleistung begründen. Der GOZ-Ausschuss der LZK Baden-Württemberg hatte bereits 2014 Folgendes festgehalten:

»Bei einem ›Spülprotokoll‹ handelt es sich um eine besondere Methode der Erbringung der GOZ-Nr. 2420. Der unter Umständen erheblich bis extrem erhöhte Aufwand ist über § 5 Abs. 2 bzw. § 2 Abs. 1 GOZ zu bemessen/vereinbaren. Je nach tatsächlichem und dokumentiertem Aufwand können dabei auch Faktoren im höheren zweistelligen Bereich angemessen sein.«

Angemessen muss es sein

Entsteht durch ein besonders differenziertes und zeitintensives Spülprotokoll ein erhöhter Aufwand, so ist dies gemäß § 5 Abs. 2 GOZ durch die Wahl eines entsprechenden Steigerungsfaktors oder durch eine Honorarvereinbarung gemäß § 2 GOZ zu berücksichtigen. Auch für Spülprotokolle, die einen solch hohen Zeitaufwand mit sich bringen wie der im Urteil des AG Karlsruhe für eine Behandlung nach den GOZ-Nummern 2400 und 2420 beschriebene, hat zu gelten, dass der Maßstab der Gebührenhöhe darin zu liegen hat, dass kein auffälliges Missverhältnis zwischen Leistung und Gegenleistung gegeben ist.

Dr. Dr. Alexander Raff

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2020

3.7.9.3.1. Berechnung der Wurzelspitzenresektion

Gebührenordnung. Auf den ersten Blick benötigt die Berechnung von Wurzelspitzenresektionen (WSR) auf Basis der GOZ-Nummern 3110 und 3120 keine weitere gebührentechnische Erläuterung. Aber ist wirklich alles so klar bei der Berechnung der WSR nach der GOZ? Im Folgenden sind die »Big Points« zur WSR aus dem Gebührenkommentar Liebold/Raff/Wissing zusammengefasst.

Die Leistungslegenden stellen klar, dass die Resektion je resezierter Wurzelspitze berechnet werden kann, d. h., bei einem mehrwurzeligen Zahn kann die GOZ-Nr. 3120 mehrmals – je resezierter Wurzelspitze – berechnet werden.

Die GOZ-Nr. 3110 gilt für alle Frontzähne, also die Zähne 1, 2 und 3 in Ober- und Unterkiefer. In der Regel gestalten sich Wurzelspitzenresektionen im Frontzahnbereich wegen des leichteren Zugangs und der besseren Übersicht über den Operationsbereich leichter als Wurzelspitzenresektionen im Seitenzahnbereich, deswegen die niedrigere Punktzahl im Vergleich zur GOZ-Nr. 3120.

Die GOZ-Nr. 3120 gilt für alle Seitenzähne, also die Prämolaren und Molaren in Ober- und Unterkiefer. Der je weiter distal deutlich erschwerte Zugang, die verringerte Übersichtlichkeit, eine vor allem im Unterkiefer erheblich dickere Knochenstruktur als im Frontzahnbereich und die Nachbarschaft anatomisch wichtiger Strukturen wie die Kieferhöhle, der Nervus mentalis und der Nervus mandibularis sind Gründe für den höheren Schwierigkeitsgrad von Wurzelspitzenresektionen im Seitenzahnbereich.

Im Zusammenhang mit der GOZ-Nr. 3110 ist der Zuschlag GOZ-Nr. 0500 berechnungsfähig, in Verbindung mit der GOZ-Nr. 3120 ist es der Zuschlag GOZ-Nr. 0510. Im Zusammenhang mit den GOZ-Nrn. 3110 und 3120 ist jeweils der Zuschlag GOZ-Nr. 0110 für die OP-Mikroskop-Anwendung berechnungsfähig.

Gesondert berechenbare Leistungen
Darüber hinausgehende chirurgische selbstständige Leistungen, wie zum Beispiel plastische Deckungen im Rahmen einer Wundversorgung (GOZ-Nr. 3100), plastische Deckungen einer Kieferhöhle (GOZ-Nr. 3090), das Stillen einer Blutung, die das übliche Maß des Eingriffes überschreitet oder eine Unterbrechung des Eingriffes erfordert (GOZ-Nr. 3050), das Stillen einer Blutung durch Abbinden oder Umstechen eines Gefäßes oder eine Knochenbolzung (GOZ-Nr. 3060) oder eine Verbandsplatte (GOÄ-Nr. 2700), sind gesondert berechnungsfähig.

Wird eine Neurolyse zum Beispiel des Nervus mentalis medizinisch notwendig, so ist der Ansatz der GOÄ-Nrn. 2583/2584 nur für ärztlich Approbierte möglich (da hier in der GOÄ ein nicht für Zahnärzte geöffneter Bereich nach § 6 Abs. 2 GOZ). Monoapprobierte Zahnärzte rechnen stattdessen die Neurolyse analog gemäß § 6 Abs. 1 GOZ ab.

Wird in Kombination mit einer Wurzelspitzenresektion zusätzlich eine Zystektomie (vgl. GOZ-Nrn. 3190 bis 3200) vorgenommen, so ist diese nach der GOZ-Nr. 3190 gesondert berechenbar. Handelt es sich bei der Zystektomie um eine Zyste, die sich über mehr als drei Zähne oder eine vergleichbare Größe im unbezahnten Kieferbereich erstreckt, so wird deren Entfernung nach der GOÄ-Nr. 2656 berechnet.

Die Verwendung einer Membran zur Behandlung eines Knochendefektes (GOZ-Nr. 4138) oder das Einbringen alloplastischer Knochenersatzmaterialien (GOZ-Nr. 4110) ist gesondert berechnungsfähig.

Reimplantation von Knochendeckel
In Bereichen, in denen sich eine massive Knochensubstanz über der zu entfernenden Wurzelspitze befindet und dementsprechend viel Knochen entfernt werden muss, entsteht bei der Wurzelspitzenresektion häufig der unerwünschte Nebeneffekt einer Defektheilung des Knochens mit oftmals narbiger Einziehung der nicht mehr unterstützten Weichgewebe im Bereich des ehemaligen Operationsfeldes bzw. über der resezierten Wurzel. Es besteht daher die Möglichkeit der Autotransplantation eines Knochendeckels.

Der mit speziellen Tiefenfräsen, Hammer und Meißel, oszillierenden Sägen, Laser oder Hohlfräsen gestaltete Knochenblock wird in toto entfernt und in Kochsalzlösung steril zwischengelagert, während die eigentliche Wurzelspitzenresektion durchgeführt wird. Nach der WSR wird dieser Knochenblock dann an die entnommene Stelle reimplantiert. Es handelt sich

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2020

hierbei nicht um den Leistungsinhalt der GOZ-Nr. 9140, da es sich nicht um eine Transplantation von Knochen außerhalb des Aufbaugebietes handelt. Die Gewinnung und Reimplantation eines Knochendeckels wird als selbstständige zahnärztliche Maßnahme gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet.

Endodontisch-konservierende Maßnahmen

Orthograde und ebenso retrograde Wurzelkanalaufbereitung und Wurzelkanalfüllung stellen (auch) während einer Resektion durchgeführt eine selbstständige Leistung dar und sind somit nach den GOZ-Nrn. 2410 und 2440 berechenbar.

Es kann daneben notwendig werden, den Wurzelkanal von retrograd im Sinne einer Füllung zu verschließen. Diese Fälle treten zum Beispiel dann auf, wenn eine vorhandene Wurzelfüllung nicht mehr entfernt werden kann aufgrund eines alten Stiftzahns, einer Kanalfüllung aus Metall oder wenn der orthograde Zugang einen Zahnersatz zerstören würde. Gebietet eine nicht entfernbare mangelhafte alte Wurzelfüllung einen zusätzlichen bakteriendichten Verschluss des Resektionsquerschnitts der Wurzel und wird hierfür eine Kavität präpariert, so erfüllt dies den Leistungsinhalt der GOZ-Nr. 2050 oder 2060, je nach verwendetem Material. Es ist also zwischen einer retrograden Wurzelkanalaufbereitung mit einer retrograden Wurzelkanalfüllung und einem retrograden Verschluss, also einer Abdichtung ohne zeitgleiche weitere Aufbereitungsmaßnahmen am Wurzelkanal, zu unterscheiden.

Perforationsverschluss

Der Verschluss einer akzidentellen bzw. iatrogenen Verletzung der Wurzelkanalwand erfolgt in der Regel orthograd konservierend, kann aber je nach Anatomie auch retrograd chirurgisch erfolgen. Diese selbstständige zahnärztliche Maßnahme wird gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet.

Bei mehrwurzeligem Zahn kann Resektion mehrmals berechnet werden

Die Gewinnung und Reimplantation eines Knochendeckels wird als selbstständige zahnärztliche Maßnahme gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet.

Dr. Dr. Alexander Raff

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2020

3.7.9.4. Stressabbau auf Kasse

K-Leistungen

Immer mehr Patienten sind »zerknirscht« und haben daraus resultierende Probleme mit Verspannungen der Muskulatur und Beschwerden im Kiefergelenk. Für 90 % der Bundesbevölkerung hält die gesetzliche Krankenkasse Leistungen im Bereich Kieferbruch (KB) des Bewertungsmaßstabes für zahnärztliche Leistungen (BEMA) bereit. Welche Leistungen kann man für was abrechnen, und was sollte man beachten?

Im BEMA gibt es die K-Leistungen, also Leistungen im Bereich »Kieferbruch« zur Abrechnung der Leistungen z. B. der Schienentherapie. In allen Fällen, mit Ausnahme der akuten Schmerzbehandlung, ist eine Schienenbehandlung abhängig von einer Genehmigung durch die Krankenkasse. In einigen Bundesländern und KZV-Bereichen wie auch bei einzelnen Krankenkassen gibt es aufgrund von Sonderverträgen einen Genehmigungsverzicht bei KB-Leistungen. So ist hier keine Genehmigung vorab nötig. Hier sollten Zahnärzte aber die Vorgaben der jeweiligen KZV beachten.

Wenn jedoch kein expliziter Genehmigungsverzicht besteht, wird in der Regel die Abrechnung einer genehmigungspflichtigen Leistung ohne vorherige Genehmigung zu einer Ablehnung der Abrechnung führen. Die gesetzlichen Krankenkassen sind hier genauso hartherzig wie beim Ablaufdatum der ZE-Pläne und deren Abrechnung. Es werden keine Ausnahmen gemacht. Die Ausnahme »Schmerzbehandlung« führt in der Kassenzahnheilkunde in der Regel zu einer auch ohne Genehmigung abrechenbar eingeleiteten Behandlung mit einer Schiene ohne adjustierte Oberfläche, also die Leistung K2, die mit 45 Punkten bewertet ist. Folglich werden nur die Kontakte der Zähne mit einer in der Regel tiefgezogenen Folie als Schiene unterbunden. Das kann eine akute Schmerzsituation vorübergehend beenden. Jedoch sollte hier auf alle Fälle eine weitere Diagnostik und Behandlung stattfinden, wenn der akute Schmerzzustand beseitigt ist. Forensisch ist das der sichere Weg. Die Aufklärung über die nötige Weiterbehandlung und die Folgen einer etwaigen Nichtbehandlung sind sorgfältig zu dokumentieren.

Ist eine Behandlung planbar, da kein akuter Schmerzzustand herrscht, so hat eine schriftliche Niederlegung eines Heil- und Kostenplans zu erfolgen, in der die Diagnose und deren Therapie festgelegt werden. Hier wird auch schon der Umfang der zukünftigen Laborleistungen bestimmt. Diese Planungsleistung wird mit der Nummer 2 berechnet und gibt 20 Punkte.

Die Leistungen sind sehr überschaubar

Erst nach erfolgter Genehmigung durch die Krankenkasse kann die Therapie erfolgen.

In den meisten Fällen wird eine Schiene mit adjustierter Oberfläche benötigt werden, die nach K1 abgerechnet werden kann und mit 106 Punkten deutlich höher bewertet ist als die K2. Damit wird dem Zeitaufwand und den technischen Erfordernissen Rechnung getragen. Selbst, wenn die Höhe sicher nicht dem realen Aufwand entspricht und die Bewertung nur die Relation zur K2 aufzeigt.

Falls man bei einem Patienten mit herausnehmbarem Zahnersatz diese vorhandene Prothese zum Aufbissbehelf mit adjustierter Oberfläche umbaut, kann man hier die Leistung K3 ansetzen, die 61 Punkte bringt. Diese Leistungen sind sehr überschaubar und können natürlich nicht die gesamten Therapien der CMD-Erkrankungen abdecken. Alleine die forensisch unerlässliche intensive Diagnostik ist ein Feld der privaten Zahnheilkunde, die den Patienten über die Kassenversorgung hinausgehend angeboten werden sollte, da der Bereich der Funktionstherapie und Funktionsdiagnostik nur in der GOZ abgebildet ist. Das Sozialgesetzbuch V verhindert die Möglichkeit für gesetzlich Versicherte, Leistungen von den Krankenkassen gezahlt zu bekommen. Es existiert ein expliziter Ausschluss dieser Leistungen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA), der festlegt, welche Leistungen innerhalb der GKV erbracht werden können, müsste erst eine Änderung herbeiführen, damit Kassenpatienten derartige Leistungen erstattet bekämen oder diese in den Leistungskatalog aufgenommen würden. Eine sinnvolle Therapie kann jedenfalls nur nach einer ausreichenden Diagnostik folgen. Gerade im Feld der CMD-Patienten ist die

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2021

Diagnostik und deren Dokumentation auch aus forensischer Sicht das A und O. Manchmal ist es aber auch besser, die Hände von einer Therapie zu lassen, die man in Händen anderer sicherer zu einem Erfolg kommen sieht. Es ist für manche Patienten einfach besser, nur die »Spezialisten« diese Behandlung durchführen zu lassen, denn die Behandlungen und die Führung dieses Patientenklientels sind besonders anspruchsvoll.

Dr. Christian Öttl

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2021

3.7.9.4.1. Stressabbau auf Kasse – Teil 2

K-Leistungen

Nachdem in der vergangenen DFZ-Ausgabe die Herstellung der Aufbissbehelfe und deren Genehmigung sowie auch die sinnvolle Diagnostik im Umfeld Thema waren, geht es jetzt um die Tragephase und eventuelle Veränderungen an der Schiene sowie deren Reparaturen.

Die Leistung K4 »Semipermanente Schienung unter Anwendung der Ätztechnik, je Interdentalraum« wird z. B. zur Stabilisierung parodontal geschädigter Zähne genutzt und ist mit elf Punkten je Interdentalraum bewertet. Diese Maßnahme wird oft nicht richtig indiziert angewandt und abgerechnet. Es geht hierbei nicht um die »Pseudobrücke« durch Verbinden der beiden festen Nachbarzähne mit dem extraktionswürdigen Zahn dazwischen, damit der Patient nicht mit ästhetischen Defiziten zurechtkommen muss.

Auch sind damit keine Stabilisierungen des Unterkieferfrontzahnblockes nach Zahnsteinentfernung gemeint, sondern es geht um die geplante temporäre Schienung eines parodontal zu behandelnden Zahnes durch die Stabilisierung und Verbindung an den Nachbarzähnen.

Genehmigung der Kasse erforderlich

Hierzu bedarf es ebenfalls einer Genehmigung durch die entsprechende Krankenkasse. Alles was ohne Genehmigung oder nicht in diese Leistungsbeschreibung passt, ist nicht gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen abzurechnen. In einigen Bundesländern gibt es wegen der Genehmigung oder Kostenübernahmeerklärungen durch die Krankenkassen Sondervereinbarungen, die Sie bei Ihrer KZV erfahren können.

Korrekturen und Reparaturen in der Tragezeit

Sollte jetzt ein Aufbissbehelf unterfüttert oder repariert werden müssen, so kann man dies unter der K6 abrechnen mit 30 Punkten. Die Kontrolle eines Aufbissbehelfs, die im Laufe einer Behandlung mehrfach notwendig ist, wird mit der K7 und sechs Punkten abgerechnet. Einfache Korrekturen sind dabei inbegriffen. Größere Einschleifmaßnahmen (subtraktiv) kann man mit der K8 berechnen, die zwölf Punkte gibt. Und wenn man additiv, also eine neue adjustierte Oberfläche aufbauend, tätig wird, kann man die K9 abrechnen und erhält dafür 35 Punkte.

Funktionsanalyse und funktionstherapeutische Leistungen müssen aber mit dem Patienten privat vereinbart werden. Manchmal ist eine Reparatur aber nur die zweitbeste Option, gerade im Hinblick auf die Haltbarkeit und die Wirtschaftlichkeit (SGB V, §12).

Dr. Christian Öttl

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2021

3. Abrechnung

3.7. Ergänzungsleistungen zum BEMA – der gangbare Weg

3.7.9. Die Totalprothese als Kassenleistung

3.7.9.4. Stressabbau auf Kasse

3.7.9.4.1. Stressabbau auf Kasse – Teil 2

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2021

3.7.9.4.2. Mehr Stress, mehr CMD-Screening

Der gangbare Weg

In jüngster Zeit haben sich verschiedene Oberlandesgerichte mit der Erfassung von Anzeichen für das Vorliegen einer CMD beschäftigt. Das Oberlandesgericht (OLG) München II hat dabei mit Urteil vom 18.01.2017 (Az.: 3 U 5039/13) entschieden, dass das Screening zur Abklärung, ob eine verdeckte CMD vorliegt oder nicht, vor einer prothetischen Therapie ärztlicher Standard ist. Grund genug, an dieser Stelle die Zusammenhänge und die resultierenden Konsequenzen zu beleuchten.

Mit einem ordnungsgemäßen Screening werde – so das Oberlandesgericht – überprüft, ob die Mundöffnung asymmetrisch beziehungsweise eingeschränkt ist, ob es Kiefergelenkgeräusche gibt, ob die Muskulatur tastempfindlich und ob die Seitwärtsbewegung des Kiefergelenks traumatisch ist. Bei zwei oder mehr positiven Befunden sei vom Vorliegen einer CMD auszugehen, was vor Einleitung der Behandlung eine differenzierte Funktionsanalyse erforderlich mache. Das Unterlassen des gebotenen Screenings (hier vor Beginn der Eingliederung von zwei Brücken) stelle einen Befunderhebungsfehler dar, womit der Behandler eine Dekompensation der CMD schuldhaft mit verursacht habe. Deutlicher als vom OLG München kann die medizinische Notwendigkeit eines CMD-Screenings nicht formuliert werden.

Kompakte Risikountersuchung

Das CMD-Screening ist eine kompakte Risikountersuchung und Risikoeinschätzung in Ergänzung der GOZ-Nr. 0010 mit dem Ziel, abzuschätzen, mit welcher Wahrscheinlichkeit bei einer klinischen Funktionsanalyse die Diagnose einer craniomandibulären Dysfunktion gestellt würde. Als derartiger Screening-Test eingeführt ist z. B. der sogenannte »CMD-Kurzbefund« nach Ahlers und Jakstat, basierend auf den Einzelbefunden der »kleinen Funktionsanalyse« nach Krogh-Poulson. Dieser CMD-Kurzbefund wurde von den Autoren und dem Doktoranden Maghsudi seinerzeit erstmals mittels einer kontrollierten randomisierten klinischen Studie validiert. Im Ergebnis resultiert ein Test, der auf sechs stichhaltigen Merkmalen beruht, die additiv auszuwerten sind. Bei zwei oder mehr »positiven« Merkmalen ist mit hoher Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass nach einer vollständigen klinischen Funktionsanalyse die Diagnose einer craniomandibulären Dysfunktion gestellt würde (Sensitivität > 90 %, Spezifität 70 bis 80 % bei einem Grenzwert von zwei positiven Merkmalen). Damit sind die typischen Anforderungen an ein Screening-Verfahren erfüllt: geringer Untersuchungsaufwand, einfache Durchführung und daher geringer Schulungsaufwand, Vermeidung apparativer Investitionen, transparente Auswertung, Validierung des Verfahrens. Die Inhalte und Auswertung des Tests sind von den Autoren in verschiedenen Zeitschriften- und Buchpublikationen beschrieben.

Bei »positivem« Ergebnis ist eine Aufklärung des Patienten erforderlich und zur Überprüfung und weiteren Differenzierung eine klinische Funktionsanalyse (GOZ-Nr. 8000) und gegebenenfalls eine manuelle Strukturanalyse (Analogleistung § 6 Abs. 1 GOZ) indiziert.

Die Richter haben im Urteil festgestellt, dass sie nicht allein die Durchführung des CMD-Screenings, sondern die Dokumentation der Einzelbefunde erwarten. Erforderlich ist demnach eine Dokumentation der erhobenen Befunde – sei es »von Hand« in der Praxisverwaltungssoftware, mit einer speziellen Erweiterung der Praxisverwaltungssoftware (CMDcheck, www.dentaConcept.de) oder bei Papierkarteien mit entsprechenden Aufklebern (ebenfalls www.dentaConcept.de). Jüngst hat zudem auch die Deutsche Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und -therapie (DGFDT) als zuständige Fachgesellschaft ein CMD-Screening beschrieben und auf ihrer Website veröffentlicht (www.DGFDT.de).

Vorentscheidung zur GOZ-Nummer 8000

Bei der »eingehenden Untersuchung« nach der GOZ-Nr. 0010 (Feststellung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen) fallen dysfunktionelle Störungen oft nicht auf. Zugleich wird die Entscheidung, eine klinische Funktionsanalyse nach der GOZ-Nr. 8000 durchzuführen, neben den klinischen Gesichtspunkten

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2021

auch durch den damit verbundenen Zeit- und Kostenaufwand bestimmt: Sofern Patienten nicht aktiv von Schmerzen oder funktionellen Beschwerden berichten, entsteht so das Risiko, manifeste latente Funktionsstörungen zu übersehen. Wünschenswert ist daher ein einfacher Test, der die Möglichkeit bietet, bei routinemäßiger Durchführung mit vergleichsweise geringerem Aufwand und akzeptabler Sicherheit Patienten mit craniomandibulären Dysfunktionen (CMD) zu erkennen und in entsprechende Risikogruppen einzuteilen.

Parodontales Screening 2012 etabliert – CMD-Screening dagegen nicht

Untersuchungen mit derartiger Zielvorgabe werden allgemein als Screening-Tests bezeichnet und sind in verschiedenen Bereichen der Medizin etabliert. In der Zahnmedizin ist der bekannteste derartige Test die Erhebung des Periodontal Screening Index (PSI) nach der GOZ-Nr. 4005 zur Identifizierung und Risikoeinschätzung von Patienten mit parodontalen Entzündungen. Das CMD-Screening ist in der GOZ 2012 jedoch nicht beschrieben, obwohl 2012 für den Bereich der Parodontaltherapie eine solche Screeningmethode in Form des PSI aufgenommen wurde. Wenn aber das solchermaßen abgegrenzte Screening auf parodontale Entzündungen mittels des PSI nicht Bestandteil der »Eingehende(n) Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen einschließlich Erhebung des Parodontalbefundes sowie Aufzeichnung des Befundes« nach GOZ-Nr. 0010 oder der GOZ-Nr. 4000 (Parodontalstatus) ist, so ist davon auszugehen, dass dies auch für das Screening auf craniomandibuläre Dysfunktionen gilt.

CMD-Screening nach § 6,1 analog

Demnach ist die Berechnung des CMD-Screenings weder über die GOZ-Nr. 0010 noch über die GOZ-Nr. 8000 (Klinische Funktionsanalyse), sondern über das Analogieverfahren nach § 6 Abs. 1 GOZ vorzunehmen. Es handelt sich um eine selbstständige zahnärztliche Leistung.

Geeignete Analognummern zu empfehlen, ist generell schwierig. Der tatsächlich gegebene Aufwand unterliegt insbesondere dem im individuellen Fall als notwendig erachteten, jeweils durchgeführten und dokumentierten Umfang des CMD-Screenings. Eine Orientierung an der Bewertungsrelation zwischen den GOZ-Nrn. 4000 und 4005 (die GOZ-Nr. 4005 hat die Hälfte der Punktzahl der GOZ-Nr. 4000) erscheint beispielsweise naheliegend.

Ein erhöhter Steigerungssatz oder eine abweichende Bewertung kann erforderlich sein, wenn der Aufwand im Einzelfall deutlich abweicht, so z. B. durch notwendige Wiederholung von Befunden mit unklarer Ausprägung oder bei der Notwendigkeit ausführlicher Beantwortung umfangreicher Rückfragen des Patienten zu Einzelbefunden.

Auch wegen gegebenenfalls von Kostenerstattern gestellten Nachfragen ist es sicherlich sinnvoll, die Befunde beispielsweise anhand der Befundaufkleber oder -software eindeutig dokumentiert vorweisen zu können.

Dr. Dr. Alexander Raff

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2021

3.7.9.5. Hygienekosten – Übersicht

Hygiene kostet Geld – auch im Eigenlabor

Der gangbare Weg

Die Studie des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ) hat die durchschnittlichen Hygienekosten pro Jahr und Praxis mit 70.000 € ermittelt. Diese Zahl ergab sich wohlgemerkt vor der Corona-Pandemie.

Seither haben sich die Hygieneaufwände und Hygienekosten nochmals deutlich gesteigert. Das Beratungsforum für Gebührenordnungsfragen hat bekanntlich mit der sogenannten Corona-Pauschale in Form der GOZ-Nummer 3010a reagiert.

Bislang ist diese Hygienepauschale verlängert worden, aber nur bis zum 30.09.2020. Ob und inwieweit sich das Infektionsgeschehen so entwickeln wird, dass von einer Zeit »nach« Corona gesprochen werden kann und damit diese Pandemie-Pauschale wieder abgewickelt werden wird, weiß zurzeit niemand. Berechtigte Stimmen nach der Beibehaltung dieser Pauschale werden jedenfalls laut. Denn es kann nicht sein, dass die für alle zahnärztlichen Maßnahmen chronisch und akut gestiegenen höheren Hygienekosten dauerhaft nur bei größeren chirurgischen Maßnahmen berücksichtigt werden durch die GOZ-Nrn. 0500–0530.

Validierte Hygienekette einhalten

Die Steigerung der Hygienekosten betrifft aber alle zahnärztlichen Maßnahmen. Und nicht nur das, sie betrifft auch das zahnärztliche Eigenlabor. So ist z. B. die Desinfektion von Abformungen nach der RKI-Richtlinie (Anforderung an die Hygiene in der Zahnarztpraxis) ein wichtiges und unverzichtbares Element der modernen Zahnheilkunde. Dazu stellt die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) in ihrer schon viele Jahre alten wissenschaftlichen Stellungnahme zur »Desinfektion von Abdrücken« fest: »Die Notwendigkeit zur Desinfektion von Abdrücken ergibt sich nicht allein durch die aktuelle Bedeutung des HI-Virus als vielmehr daraus, dass grundsätzlich Keimverschleppungen vermieden werden müssen.« Dies betrifft aber bei weitem nicht nur Abformungen (im Rahmen von GOZ-Nrn. 0050, 0060, 5170, 5180/5190). Tatsächlich ist die Desinfektion für das Einhalten einer validierten Hygienekette auch eine notwendige Maßnahme etwa bei Bissregistraten, Reparaturen und nach der Anprobe zahntechnischer Werkstücke.

Hier können beispielsweise in Ansatz gebracht werden: die Desinfektion Eingang/Ausgang (BEB-Ziffer 0732) nach der BEB 1997 oder die Eingangsdesinfektion (BEB-L-Nr. 1.10.12.0) bzw. Ausgangsdesinfektion (BEB-L-Nr. 1.10.13.0) nach der BEB-Zahntechnik®.

Positive Gerichtsurteile

Dennoch kommt es immer wieder zu Schwierigkeiten bei der Erstattung von Desinfektionsleistungen im Fremd- und Eigenlabor mit der Argumentation, Desinfektion sei »selbstverständlich«. In der Tat ist schon immer und in Pandemiezeiten ganz besonders die Desinfektion von zahnärztlichen Werkstücken und Abformungen beim Übergang von der Praxis ins Labor und zurück eine Notwendigkeit oder »Selbstverständlichkeit«. Dies bedeutet jedoch nicht, dass diese wesentliche und zeitaufwändige Maßnahme (Tauchbad etc.) kostenfrei zu erbringen wäre.

Hier ist auf ein Urteil des AG Weinheim vom 30.11.2017 (Az.: 1 C 24/16) und des AG Wedding vom 31.07.2018 (Az.: 7 C 186/16) zu verweisen. Beide Urteile gelangen zu der Überzeugung, dass die in Rechnung gestellten Desinfektionskosten nicht gemäß § 4 Abs. 3 GOZ von der gesonderten Berechnung ausgeschlossen sind, sondern gemäß § 9 GOZ als Laborkosten berechnungsfähig sind.

Allein schon, um zu dokumentieren, dass diese Vorgaben erfüllt werden, sollte für die Leistung »Desinfektion Eingang/Ausgang« ein Beleg erstellt werden. Die hierfür berechneten Kosten sind genau zu kalkulieren, ebenso wie alle anderen BEB-Leistungen auch.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2021

Abstimmung zwischen Praxis und Labor

Zur Vermeidung unnötiger mehrfacher Desinfektionen, die Zeit und Geld kosten und die Materialeigenschaften zum Beispiel der Abformungen nicht verbessern, bedarf es der Abstimmung zwischen Praxis und Labor. So empfiehlt es sich, auf der Verpackung für die Übersendung ins Dentallabor den Vermerk »Material wurde gereinigt und desinfiziert« anzubringen. Das klärt die Verantwortung und schafft Sicherheit in Zahnarztpraxis und Dentallabor. Das Gleiche gilt auch für die Rücksendung. Dies bedeutet jedoch nicht, dass nicht auch eine Ausgangs- und Eingangsdesinfektion sowohl im Labor als auch in der Praxis stattfinden kann.

Dr. Dr. Alexander Raff

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2021

3.7.9.5.1. Kürzung Hygienepauschale COVID-19

Gangbare Wege in der Epidemie

Hygienepauschale

Die Kolumne »Der gangbare Weg« hatte sich bei Einführung der Corona-Pauschale im April bereits mehrfach mit der sogenannten COVID-19-Pauschale des Beratungsforums für zahnärztliche Gebührenordnungsfragen befasst. Nun hat sich kurzfristig ab dem 1. Oktober bis zum 31. Dezember 2020 die Sachlage nochmals verändert: Der COVID-19-Zuschlag (ehemals GOZ-Nummer 3010a mit 2,3-fachem Faktor) wurde stark gekürzt.

Der Beschluss Nr. 36 des Beratungsforums lautet nunmehr, dass für die immer noch bestehenden erhöhten Schutzaufwände die GOZ-Nummer 3010a analog zum Einfachsatz, d. h. zu einem Betrag von 6,19 € je PKV-Patient und je Sitzung, berechnet werden kann. Eine sachlich-fachliche Begründung, dass sich die Kosten für diverse Schutzmaßnahmen seit Beginn Oktober auf weniger als die Hälfte reduziert hätten, gibt es allerdings nicht.

So stellt sich die Frage, inwieweit auch nur ansatzweise eine zwar einfache, aber dennoch realiter sehr niedrige – wenn nicht in vielen Fällen zu niedrige – Pauschale geeignet ist, die tatsächlich bei der Behandlung entstehenden Mehrkosten bedingt durch die COVID-19-Pandemie in der Rechnung abzubilden. Beim Beschreiten dieses einfachen Weges muss sich der Zahnarzt dieser Problematik immer bewusst sein.

Faktorsteigerung nach § 5,2 GOZ

Zum Glück erwähnt der Beschluss 36 explizit, dass als zweiter, alternativ gangbarer Weg auch eine Faktorsteigerung nach § 5,2 GOZ als geeignetes Mittel zur Abbildung der gestiegenen Hygienekosten in der Pandemie zur Verfügung steht. Auch in einer Pandemie gelten die Kriterien des § 5,2 zur Faktorerhöhung nach wie vor: erhöhte Schwierigkeit, erhöhter Zeitaufwand sowie die Umstände bei der Ausführung.

Gerade die letzte Begründung der besonderen Umstände, die in der Vergangenheit vielfach ein Schattendasein führte, sollte jetzt im Zentrum der Aufmerksamkeit stehen. Denn was liegt offener zutage, als dass die zahnärztliche Behandlung unter den geänderten Kriterien der diversen Corona-Verordnungen ganz besonderen Umständen unterliegt. Und so liegt es nahe, die besonderen Umstände durch Behandlung unter den spezifischen gesetzlichen Vorgaben während der Corona-Pandemie in eine Begründung zu fassen, die sich ebenfalls ohne allzu großen Verwaltungsaufwand bei jeweils geeigneten Gebührennummern in der Rechnung findet. Hierbei ist nicht nur der gestiegene Kostenaufwand für Mund-Nasen-Schutz, FFP2-Masken, Gesichtsschutz, Handschuhe, Schutzkleidung, Desinfektionsmittel etc. zu berücksichtigen, sondern die ganzen besonderen weiteren Umstände, die das Behandeln jedes einzelnen Patienten gerade so kompliziert machen.

Jede Menge besondere Umstände

Dies beginnt beim »social distancing« des Patienten in der Praxis (am Empfang, im Flur, im umgestalteten Wartebereich, bei der Nutzung der sanitären Einrichtungen, beim Belegen des Sprechzimmers). Es geht weiter mit dem deutlich erhöhten Organisationsaufwand bei der Terminvergabe, der Behandlungsplanung, der Behandlungskoordination und der Behandlung selbst. Die besonderen Umstände sind insbesondere ablesbar auf den Depotrechnungen, wo teilweise extrem gestiegene Hygienekosten – bei allgegenwärtiger gesellschaftlicher Verknappung diverser Hygieneartikel – mit bis zu dreistelliger prozentualer Erhöhung die Preise explodieren lassen.

Genau diese für den jeweiligen Patienten ergriffenen Maßnahmen sind es, die in einer Begründung nach § 5,2 wohlformuliert durchaus dem jeweiligen Aufwand besser gerecht werden können als ein Einfachsatz der GOZ-Nummer 3010.

Wenn auch dies zum Abbilden des pandemiebedingten Aufwandes nicht mehr reicht, ist eine Honorarvereinbarung nach § 2,1 GOZ angezeigt.

Dr. Dr. Alexander Raff

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2021

3. Abrechnung

3.7. Ergänzungsleistungen zum BEMA – der gangbare Weg

3.7.9. Die Totalprothese als Kassenleistung

3.7.9.5. Hygienekosten – Übersicht

3.7.9.5.1. Kürzung Hygienepauschale COVID-19

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2021

3.7.9.5.2. How to – Umgang mit der Hygienepauschale in der GOZ

Die auf den Einfachsatz der GOZ 3010 analog reduzierte Hygienepauschale (entspricht 6,71 €) in der GOZ gilt laut Beschluss des Beratungsforums der Bundeszahnärztekammer mit den privaten Krankenversicherern und Beihilfeträgern jetzt bis zum 31.03.2021. Die Begründung, warum nicht mehr der 2,3-fache Satz der 3010 analog angesetzt werden soll, ist, dass die Kosten der persönlichen Schutzausrüstung (PSA) nicht mehr in der Höhe seien wie anfangs der Pandemie. Leider merkt jeder Praxisinhaber, dass dem nicht so ist, denn zusätzlich zu den weiter hohen Preisen für die PSA gibt es jetzt auch noch Mangel, so dass man nur wenige Größen von Handschuhen und nur in pharmazeutischen Dosen bekommt. Ebenfalls gibt es gängige Therapeutika und Anästhetika im Moment am Markt nicht mehr.

Was tun in dieser Situation?

Dieser Beschluss des Beratungsforums ist weder für die Beihilfeträger noch für die privaten Krankenversicherer noch für die Zahnärzte bindend. Das bedeutet, dass man, wie bei erbrachten Leistungen üblich, natürlich auch hier bei jeder Leistung individuell die Umstände der Behandlung als Kriterium für die Faktorengestaltung heranziehen kann. Denn, was anderes ist die besondere Situation, in der Pandemie die Versorgung der Patienten sicherzustellen.

Jetzt werden einige sagen: »Was soll ich noch steigern, wenn meine Leistungen schon beim 3,5-fachen Satz angesetzt werden, schon ohne Corona.« Dann ist es jetzt an der Zeit, die Patienten und die Praxisverwaltung auf die zukünftig, bei zu erwartendem gleichbleibendem Punktwert, notwendige Vereinbarung nach §2 Abs. 1 und 2 abweichende Vereinbarung einzustellen.

Der Steigerungssatz darf nämlich durchaus über den 3,5-fachen Satz genutzt werden. Es gibt nur einige Patienten, die einen Versicherungsvertrag haben, der nur bis 3,5-fach erstattet. Dies hat aber der Versicherte selbst gewählt, oder der Versicherungsmakler nach der resultierenden Provision. Es gibt genügend Verträge und auch Versicherte mit Verträgen, die über den 3,5-fachen Satz hinaus erstatten. Zusätzlich wird die GOZ nie an die Realität angepasst, wenn die Realität nicht Steigerung über den 3,5-fachen Satz bedeutet. Die Politik wird auch erst Notwendigkeit für Veränderungen sehen, wenn die Statistik einen deutlichen Anteil an erbrachten Leistungen zu höheren Faktoren als 3,5-fach ausweist.

Warum also die Zurückhaltung?

Oft wird das Argument gebraucht, man würde das verwaltungsmäßig nicht geregelt kriegen. Wenn nicht jetzt, wann dann ist die Zeit neue Formulare und Vorgehen zu implementieren?

Sie müssen mit dem Patienten eine Vereinbarung treffen über eine abweichende Gebührenhöhe. Das darf nicht im Zuge einer Schmerzbehandlung erfolgen und muss vor der Behandlung erfolgen. Es muss also vorab alles parat sein. Die Formularvorlage finden Sie hier im Praxishandbuch des FVDZ. Bitte verändern Sie nichts, auch keine ergänzenden Erläuterungen, denn diese können zur Unwirksamkeit führen.

Es müssen die Leistungsposition, der sinnhaft verkürzte Leistungstext, die Region oder der Zahn und die Anzahl der erbrachten Leistungen und der Faktor, den man im billigen Ermessen selbst bestimmt, genannt werden. Schlussendlich müssen beide, und das ist sehr wichtig, beide Vertragsparteien unterschreiben. Sollte der Faktor nach Erbringung der Leistung niedriger angesetzt werden müssen, so ist das ohne Probleme möglich. Erhöhen dürfen Sie den Faktor nach Erbringung gegenüber der Vereinbarung nicht mehr. Das bedeutet, vor der Behandlung konkrete Auseinandersetzung mit der Leistungserbringung.

In der Rechnung müssen dann sowohl die Faktorsteigerung als auch die Begründung dafür genannt werden, damit, falls der Patient eine Erstattung erreichen könnte, diese auch ermöglicht wird.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2021

Sie werden sehen, dieses Vorgehen tut nicht weh und sorgt für zufriedene behandelnde Zahnärzte und auch Patienten, die besonders gute Leistungserbringung natürlich honorieren, aber nur, wenn man mit ihnen vorab über das Vorgehen und die besonderen Umstände spricht. Auch das ist sprechende Zahnheilkunde. Probieren Sie diesen Teil einer »Mehrwertpraxis«. Es lohnt sich, nicht nur finanziell. Es baut Frust und Burnout vor.

Dr. Christian Öttl

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2021

3.7.9.6. Anhebung der Festzuschüsse

Alles neu seit Oktober?

Festzuschüsse

Zum 1. Oktober wurden den Gesetzesvorgaben des TSVG (Terminservice- und Versorgungsgesetz) folgend die Festzuschüsse angehoben und die Systematik angepasst. Zusätzlich sind neue Abrechnungspositionen für die Videosprechstunde in der Kassenzahnheilkunde geschaffen worden.

Die Festzuschüsse erhöhen sich dementsprechend von 50 auf 60 %, wenn ein Patient keine regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen beim Zahnarzt nachweisen kann.

Falls das Bonusheft jedoch regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen lückenlos über die vergangenen fünf Jahre nachweist, erhält der Patient jetzt 70 statt 60 %, beziehungsweise bei dem lückenlosen Nachweis über zehn Jahre erhält man 75 statt 65 % der Regelversorgung über den Festzuschuss erstattet. Diese Regelung ist ohne Übergangsregelung zum 1. Oktober in Kraft getreten. Alle Heil- und Kostenpläne, die vor dem 30. September ausgestellt sind, werden demnach nach der bisherigen Regelung abgerechnet.

Erst nach dem 1. Oktober 2020 ausgestellte Heil- und Kostenpläne werden nach der neuen Regelung abgerechnet.

Heil- und Kostenpläne auf neuem Formular

Die Abrechnung stellt ebenfalls eine Zäsur dar, denn seit dem 1. Oktober müssen die Heil- und Kostenpläne auf einem neuen Formular ausgestellt werden. Die Softwarehersteller wurden darauf hingewiesen, und es soll in fast jeder Software möglich sein, aus dem Programm heraus die neuen Formulare zu bearbeiten und zu generieren.

Auch hier gibt es keine Übergangsfrist, und der Stichtag ist festgelegt. Die allseits beliebten und von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) versandten Abrechnungshilfen zu den Festzuschüssen wurden nicht an die Praxen verschickt, da wegen der Mehrwertsteueränderung zum 1. Januar 2021 mit einer neuerlichen Änderung der Festzuschussbeträge zu rechnen ist. Sie können jedoch auf der Internetseite der KZBV (www.kzbv.de) jederzeit heruntergeladen werden.

Es ist davon auszugehen, dass sowohl Krankenkassen als auch Patienten vermehrt nach Änderungen des Ausstellungsdatums nachsuchen. Es bleibt Zahnärztinnen und Zahnärzten selbst überlassen, den Aufwand, den sie hier betreiben müssen, um dem Ansinnen nachzukommen, zu errechnen. In den meisten Fällen steht dieser in keinem Verhältnis zum Ertrag. Eine Verpflichtung dazu besteht nicht.

Videosprechstunden und Videofallkonferenzen

Ab dem 1. Juli 2020 wurden auf Basis der Vereinbarung über die Anforderungen an technische Verfahren zur Videosprechstunde gemäß § 291g Abs. 5 SGB V, die als Anlage 16 des BMV-Z zwischen GKV-Spitzenverband und KZBV geschlossen wurde, Videosprechstunden und Videofallkonferenzen in der vertragszahnärztlichen Versorgung ermöglicht. Diese Leistungen sind ausschließlich für Versicherte mit einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI abrechenbar oder für Versicherte, die Eingliederungshilfe erhalten, wie auch Versicherte in Einrichtungen, die einen Kooperationsvertrag gemäß § 119 Abs. 1 SGB V abgeschlossen haben.

Im Bewertungsausschuss wurden jetzt Leistungen beschrieben, die seit dem 1. Oktober 2020 abgerechnet werden können, nachdem sie vom Bundesgesundheitsministerium nicht beanstandet wurden.

Dr. Christian Öttl

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2021

Es wurden folgende Leistungen beschrieben:

VS Videosprechstunde: *16 Punkte*

VFK Videofallkonferenz
Bzgl. eines Versicherten: *12 Punkte*
Bzgl. jedes weiteren Versicherten: *6 Punkte*
in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang

181Ksl Konsiliarische Erörterung mit Ärzten und ZÄ
Persönlich oder fernmündlich: *14 Punkte*
Im Rahmen eines Telekonsils: *16 Punkte*

182Ksl Konsiliarische Erörterung mit Ärzten und ZÄ im Rahmen eines Kooperationsvertrages nach § 119b Abs. 1 SGB V
Persönlich oder fernmündlich: *14 Punkte*
Im Rahmen eines Telekonsils: *16 Punkte*

TZ Technikzuschlag für Videosprechstunde, Videofallkonferenz oder Videokonsil
Zur VS, VFK, Telekonsil, 181 oder 182: *16 Punkte*

Die Leistungen können nur abgerechnet werden, wenn sie über einen zertifizierten Videodienste-Anbieter stattfinden. Näheres dazu auf der Internetseite der KZBV.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2021

3.7.9.7. Reparaturen Kassenleistungen

Reparaturen: nicht immer und nicht alles »auf Kasse«

Kosten konkret

Wer kennt die Situation nicht: Der Patient steht mit einer kaputten Prothese in der Hand am Empfangstresen und erklärt der Mitarbeiterin, dass er auf gar keinen Fall auf die Prothese verzichten kann, weil ein wichtiger Geburtstag, eine Hochzeit, ein Fototermin oder Ähnliches ansteht und die Prothese repariert werden muss – und zwar schnellstens.

Primär muss man nun unterscheiden, ob es sich um eine Reparatur »auf Kasse« oder um eine rein privat veranlasste Reparatur handelt. Wo ist der Unterschied? Zahnärztinnen und Zahnärzte können jede Reparatur mit Patienten vereinbaren, wenn sie vorher die Ebene des Sozialgesetzbuches V verlassen haben.

Dies geht mit einer Vereinbarung einer Privatbehandlung nach § 8, Abs. 7 Bundesmantelvertrag – Zahnärzte. Damit sagen sich beide los von den Fesseln des Wirtschaftlichkeitsgebotes in § 12 Abs. 1 SGB V, das da lautet: »Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.«

Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.

Dann können Zahnmediziner reparieren, was sie mit dem Patienten ausgemacht haben, natürlich in einer privaten Honorarvereinbarung, gegebenenfalls sogar noch in einer abweichenden Vereinbarung nach § 2 Abs. 1 und 2 wegen abweichender Gebührenhöhe, also wenn sie beabsichtigen, unter dem 1-fachen Satz oder oberhalb des 3,5-fachen Satzes zu liquidieren.

Keine pauschalen Berechnungen

Wenn das nicht zutrifft, muss die Reparatur »auf Kasse« stattfinden, u. a. natürlich auch mit zwei Jahren Gewährleistung auf die Reparatur. Genau da sollte man genau hinsehen und gegebenenfalls ein Dokumentationsfoto machen, damit man später dem Patienten zeigen kann, dass jetzt doch ein anderer Zahn aus der Prothese gebrochen ist.

Im Patientengespräch über die Kosten einer Reparatur genügt zunächst eine grobe Schätzung der zu erwartenden Kosten. Wenn es konkreter wird, ist der Zahnarzt allerdings wegen der Aufklärungsvorgaben aus der Patientenrechtegesetzgebung verpflichtet, über die wirtschaftlichen Folgen aufzuklären, wenn erkennbar ist, dass eine Direktbeteiligung des Patienten erforderlich wird. Pauschbeträge sind nicht statthaft, da sie in der GOZ nicht vorgesehen sind. Pauschale Berechnungen würden dazu führen, dass die Rechnung nicht zur Zahlung fällig wird, damit wäre die Leistung im Streitfall gegebenenfalls sogar kostenfrei für den Patienten.

Viele Reparaturen sind unwirtschaftlich

Einige Patienten reichen Rechnungen auch dann bei ihrer Krankenkasse ein, wenn sie zuvor über die »Unwirtschaftlichkeit« der Reparatur aufgeklärt wurden. Manchmal bekommen sie sogar einen Zuschuss, allerdings ohne Rechtsgrundlage. Häufig wird dann von der Krankenkasse in der Praxis nachgefragt, warum keine Kassenbehandlung erfolgt sei.

Die Reparatur einer prothetischen Versorgung ist oftmals im Sinne des »Nicht-Schaden-Gebots« der Berufsethik die bessere Variante gegenüber einer Neuanfertigung. Sie spart häufig Kosten, Ressourcen und minimiert die Belastung für (insbesondere) ältere Patienten.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2021

Während aber die tatsächlichen Laborkosten meist noch vergütet werden, steht die zahnärztliche Honorierung oftmals (im BEMA und in der GOZ) in einem eklatanten Missverhältnis zum Aufwand. Daher sollten – egal ob auf Kasse oder privat – vor der Behandlung Aufwand, Erfolgsaussichten und Kosten (einschließlich Laboraufwand) abgewogen werden.

»Reparieren« bedeutet nicht immer automatisch, wie von Patienten landläufig angenommen, »günstiger«. Manchmal führt diese irrige Annahme zu gerichtlichen Auseinandersetzungen über die entstandenen Kosten. So kann die Neuanfertigung tatsächlich die bessere Reparatur sein. Also lieber ein »Ende mit Schrecken«, anstatt mit Reparaturversuchen als »Schrecken ohne Ende« das Verhältnis zwischen Zahnarzt und Patient zu belasten.

Dr. Christian Öttl

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2021

3.7.9.8. Dokumentation – was ist notwendig?

Ohne Dokumentation ist alles nichts

Bürokratie in der Praxis

Viele kennen es. Das Papier bringt Zahnärztinnen und Zahnärzte um die Behandlungszeit. Die Dokumentation ufert aus, und kein Ende ist in Sicht. Was ist notwendig und wofür?

Seit der Novellierung und Zusammenfassung der Patientenrechtegesetzgebung unter den §§ 630 BGB hat sich scheinbar die Dokumentationspflicht vervielfacht. Es sind aber weniger die Verpflichtungen als der Wandel im Umgang damit. Waren es früher eher Spezialisten, die im Medizinrecht bewandert waren, so wurde mit der neuen Zusammenfassung das gesamte Juristenheer auf diese »grüne Wiese« aufmerksam. Seit dieser Zeit nimmt die Zahl der Fälle zu, die vor Gericht landen. Es sind aber nicht Haftungsfälle wegen Schlechtleistung, sondern vermehrt Fälle, in denen Aufklärungsdefizite zu Schmerzensgeld- und Schadenersatzzahlungen führen. Mit anderen Worten: Auch die beste zahnärztliche Leistung nach den Regeln der Kunst kann zu einem Negativurteil führen. Man braucht bloß zu vergessen, voll umfänglich aufzuklären oder die erfolgte Aufklärung nicht ordnungsgemäß zu dokumentieren.

Der Patient muss umfangreich aufgeklärt werden

Was ist also gefordert? Der Patient muss über seine Befunde aufgeklärt werden sowie über die sich daraus ergebenden Konsequenzen, also die Behandlung, und zwar auch die möglichen Alternativen, damit er imstande ist, eine fundierte Entscheidung zu treffen. Dann muss er natürlich auch über die Folgen einer Nichtbehandlung aufgeklärt werden. Die Nebenwirkungen oder schicksalhaften Folgen der Behandlung müssen Zahnärzte ebenfalls erklären.

Zudem kommt die essenzielle wirtschaftliche Aufklärung hinzu, wenn es sein könnte, dass der Patient nicht alles von Dritten erstattet bekommt. Das dürfte heutzutage also regelmäßig der Fall sein. Auch muss man über Behandlungsalternativen und deren Kosten aufklären, die »offensichtlich« nicht im Budget des Patienten liegen, denn es könnte ja sein, dass er noch im Lotto gewinnt, bevor er die Behandlung machen lässt. Das muss sich so in der Dokumentation wiederfinden. Egal, ob im Computer oder handschriftlich, aber gut lesbar in der Karteikarte muss ein Dritter die Aufklärung komplett nachvollziehen können.

Dokumentation der Abrechnung

Ein weiteres Feld der Dokumentation ist die Abrechnung. Die meisten kennen den Spruch: »Auf dem Weg vom Behandlungszimmer zur Rezeption verliert sich ein Drittel der Leistungen.« Wer dokumentiert, kann hier wieder Boden gutmachen. Aber auch in diesem Bereich gibt es Vorgaben. Man muss als Fachkundiger, der bei der Behandlung nicht anwesend war, die Behandlung und deren Ausführung nachvollziehen können. Abrechnungskürzel aus dem BEMA erfüllen nicht diesen Zweck, und gerade im chirurgischen Bereich ist meistens nur aus einem OP-Bericht der Ablauf der Operation nachvollziehbar, z. B. ein daraus resultierender Mehraufwand zur Berechtigung, verschiedene Positionen erst abzurechnen. Es gilt auch hier der Grundsatz: »Was nicht dokumentiert ist, kann nicht abgerechnet werden.«

Es sollte damit vermieden werden, dass Prüfanträge der Krankenkassen greifen und es zu Rückforderungen erbrachter, aber nicht richtig dokumentierter Leistungen kommt. Auch die Sozialgerichte sind auf die Dokumentationen angewiesen und urteilen immer anhand des Vorgelegten und nicht des Wahrscheinlichen.

Dr. Christian Öttl

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2021

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2021

3.7.9.9. Videosprechstunde bei der PKV

Der gangbare Weg

Ärzte haben telemedizinische Leistungen seit 2017 im Portfolio. Seit 1. Oktober 2020 sind sie für den vertragszahnärztlichen Bereich im BEMA enthalten: die Videosprechstunde (VS), die Videofallkonferenz (VFK) und Telekonsile (Nr. 181b und 182b) sowie ein Technikzuschlag (TZ) für diese Leistungen. Wie aber sieht es mit der Privatliquidation von Telemedizin bei den Zahnärzten aus? Ist »Videosprechstunde« eine Analogleistung?

Grundsätzlich sind telemedizinische Leistungen in der GOZ nicht enthalten. Deshalb steht bei der zahnärztlichen Telemedizin die GOÄ im Zentrum der Aufmerksamkeit. Bereits bei persönlicher Durchführung in der Praxis greift der Zahnarzt bekanntlich zur Berechnung der Beratung auf die GOÄ-Nummer 1 oder 3 zu, und ebenso verhält es sich bei einer Videosprechstunde: Eine einfache Beratung wird nach der GOÄ-Nummer 1 (»Beratungen – auch mittels Fernsprecher«), eine mehr als zehn Minuten dauernde Videoberatung mit der Ä3 (»Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung – auch mittels Fernsprecher«) berechnet. Eine Videoübertragung wird genauso betrachtet wie eine herkömmliche Audioübertragung, also ein »Fernsprecher«. Die Berechnungseinschränkungen der GOÄ-Nummer 3 (praktisch nur möglich als alleinige Leistung oder neben der GOÄ-Nr. 5) gelten auch in der Telemedizin.

Mail-Verkehr analog berechnen

Wird eine Beratung zeitversetzt durchgeführt, z. B. via Mail-Verkehr, so ist dies keine Beratung via Fernsprecher. Die BZÄK empfiehlt deshalb, hier die GOÄ-Nr. 1 analog anzusetzen. Selbstverständlich gilt das dann auch für die GOÄ-Nr. 3 bei entsprechendem Aufwand. Bei derartigen zeitversetzten Beratungen sind selbstverständlich alle Datenschutzvorgaben zu berücksichtigen. Wird bei der Videosprechstunde nicht nur beraten, sondern auch untersucht, so fällt die GOÄ-Nr. 5 mit an. Auch hier rät die BZÄK zum analogen Ansatz dieser Nummer, wohl weil unzweifelhaft die Untersuchung lediglich visuell erfolgen kann (»visuelle symptomatische klinische Untersuchung mittels Videoübertragung« [z. B. »Videosprechstunde«]).

Videokonferenzen

Findet eine Vorstellung und/oder Beratung über einen Patienten in einer interdisziplinären Videokonferenz statt, die der Diagnose- oder Therapiefindung dient, so stellt dies eine konsiliarische Erörterung dar, und hierfür kann originär die GOÄ-Nr. 60 berechnet werden. Voraussetzung ist wie beim physischen Konsil die persönliche Befassung mit dem Patienten in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang. Gemeinsame ärztliche telekonsiliarische Fallbeurteilungen im Rahmen diagnostischer Verfahren (beispielsweise bildgebender Verfahren wie DVT-, MRT-, Röntgenaufnahmen etc.) sind nach Ansicht der BZÄK analog nach der GOÄ-Nr. 60 zu berechnen.

Wird eine Video(fall)konferenz (entsprechend der BEMA-Nummer VFK) mit beteiligten Pflege- und Unterstützungspersonen abgehalten, so erfüllt dies den Leistungsinhalt der GOÄ-Nummer 4 originär (»Erhebungen von Fremdanamnese über einen Kranken und/oder Unterweisungen und Führung der Bezugspersonen«).

Fern-Ausstellung einer AU

Wenn sich ein Krankheitsbild per Videosprechstunde hinsichtlich einer Notwendigkeit der Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung abklären lässt, so kann hierfür originär die GOÄ-Nummer 70 berechnet werden. Wird die AU dem Patienten geschickt, so sind hierfür nach § 10 Abs.1 Nr. 2 GOÄ Porto- und Versandkosten berechnungsfähig. Auch hier gilt, was bei der persönlichen Ausstellung einer AU gilt: PKV und Beihilfestellen erstatten die AU in der Regel nicht, weil es sich bei deren Ausstellung nicht um eine Heilbehandlung handelt.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2021

Schwierigkeitsgrad bei Telemedizin

Ein durch den Krankheitsfall oder durch die Umstände (technisch-apparativer Aufwand) höherer Schwierigkeitsgrad oder Zeitaufwand wird – wie immer in der GOZ oder GOÄ – über den Steigerungsfaktor (hier § 5,2 GOÄ) der jeweiligen originären oder analogen Gebührennummer abgebildet. Ein telemedizinischer Technikzuschlag existiert in der GOÄ nicht. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass die bekannten Zuschläge A bis D (Sonderzeiten) und K1 (Kinder unter fünf Jahren) selbstverständlich auch für telemedizinische Beratungen oder Untersuchungen ansetzbar sind. Die im Bundesmantelvertrag vereinbarten jeweiligen Einschränkungen und Vorschriften für die telemedizinischen Leistungen – etwa hinsichtlich Patientengruppen, zertifizierte Videodienstanbieter, Mengenbegrenzung – gelten selbstverständlich in der PKV nicht.

Telemedizinische Leistungen nach der GOÄ

Leistungsinhalt	GOÄ-Nummer
Beratung mittels Videosprechstunde	Ä1 oder Ä3
Beratung durch E-Mail-Verkehr	Ä1 a oder Ä3a
Untersuchung durch Videosprechstunde	Ä5 (a)
Videofallkonferenz/Videokonsil	Ä60 (a)
Videofallkonferenz mit Pflege-/Unterstützungspersonen	Ä4
Ausstellung einer AU per Videosprechstunde	Ä70

Dr. Dr. Alexander Raff

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2021

3.7.9.10. Die zahnärztliche Untersuchung im BEMA

K-Leistungen

Eintrittskarte in die Behandlung. Immer wieder kommt es vor, dass Patienten beim erstmaligen Erheben eines Befundes in der Zahnarztpraxis überrascht reagieren, weil der bisherige Zahnarzt das offenbar so nicht gemacht hat. Auch kann es vorkommen, dass ein Patient berichtet, die Krankenkasse habe die Befundaufnahme ganz anders dargestellt.

Um was geht es? Es geht um unsere zahnärztliche Befundaufnahme. Seit dem Studium wissen wir, dass nur eine ausreichende Untersuchung eine gute Basis für die zukünftige Behandlung sein kann. Nur was wir über den Patienten und seine Gesundheit respektive Zahngesundheit wissen, kann die Behandlungsentscheidung beeinflussen. Durch sogenannte Boulevardmedien, aber genauso durch Internetauftritte oder Informationsmedien der Krankenkassen wissen immer mehr Patienten um diese Notwendigkeit. Es wird dort der Umfang einer zahnärztlichen Untersuchung dargestellt und in manchen Medien auch die Unterscheidungsmöglichkeit des »guten« vom »schlechten« Zahnarzt suggeriert.

Woran erkennt man denn deren Meinung nach einen guten Zahnarzt? Neben Hinweisen, was ein »guter« Zahnarzt alles hat, wird oft auf den Untersuchungsumfang abgestellt. Es wird davon ausgegangen, dass hier sämtliche Zähne klinisch untersucht werden, die Vitalität überprüft wird, die Klopfempfindlichkeit, die Lockerung, die Gingiva, auch auf eventuelle Blutungen, die Kiefergelenke und der Biss. Die Muskulatur darf ebenfalls nicht fehlen und die Feststellung eventueller Verspannungen im gesamten körperlichen Zusammenhang mit dem Gebisssystem natürlich auch nicht.

Festgelegte »Muss-Befunde«

So weit die Erwartungshaltung des Patienten, der die »Patientenakademie« der Krankenkasse und/oder Boulevardmedien durchlaufen hat. Sie, liebe Kolleginnen und Kollegen, sagen jetzt wahrscheinlich, dass es da ja wohl einen Unterschied zwischen Privat- und Kassenpatienten gibt. Das zählt aber für den derart instruierten Patienten nicht.

Was gehört jetzt zur Untersuchung des Patienten nach der BEMA-Nummer 01? Die eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten einschließlich Beratung hat auch schon vom Titel her einen großen Umfang. Es gibt festgelegte »Muss-Befunde«. Dazu gehören kariöse Zähne, fehlende Zähne, zerstörte Zähne, Zahnstein, Mundkrankheiten sowie sonstige Befunde. Das bedeutet: Sollten diese Feststellungen nicht dokumentiert sein, ist der Leistungsinhalt nicht erbracht und damit auch nicht abrechenbar. Die Erbringung dieser Leistung ist dann mit 18 Punkten bewertet. Neben einer Leistung nach Nummer 01 kann für dieselbe Sitzung eine Beratungsgebühr nicht abgerechnet werden. Für eine der nachfolgenden Sitzungen kann eine Leistung nach Nummer Ä1 nur dann abgerechnet werden, wenn sie als alleinige Leistung erbracht wird. Eine Leistung nach Nummer 01 kann je Kalenderhalbjahr einmal abgerechnet werden, frühestens nach Ablauf von vier Monaten.

Was kann wie abgerechnet werden?

Eine Leistung nach Nummer 01 kann neben einer Leistung nach den Nummern FU 1 oder FU 2 in demselben Kalenderhalbjahr nicht abgerechnet werden. Im folgenden Kalenderhalbjahr kann eine Leistung nach Nummer 01 frühestens vier Monate nach Erbringung der Nummer FU 1 oder der Nummer FU 2 abgerechnet werden. Über die Nummern Ä1, 01 und 01k hinausgehende Möglichkeiten der Abrechnung einer Untersuchung bestehen nicht. Eine eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten stellt in einem Behandlungsfall in der Regel die erste Maßnahme dar (Ausnahmen zum Beispiel Schmerzfall). Eine Leistung nach Nummer 01 kann nicht im Zusammenhang mit einer kieferorthopädischen Behandlung abgerechnet werden. Sie ist jedoch dann während einer kieferorthopädischen Behandlung abrechnungsfähig, wenn sie anderen als kieferorthopädischen Zwecken dient. Die BEMA-

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2022

Nummern 01 und 01k sind nicht neben Leistungen nach den BEMA-Nummern 151 bis 155 abrechenbar (Leistungsüberschneidung). Die BEMA-Nummer 01 und 01k sind nicht im selben Quartal abrechenbar.

Nachdem alle Vorgaben damit geklärt sind, bleibt es Zahnärztinnen und Zahnärzten überlassen, darüber hinausgehend die Erwartungen der Patienten – aus den unterschiedlichen Informationsquellen genährt – zu erfüllen. Es wird sich auf alle Fälle positiv auf das ärztliche Ansehen in der Patientenschaft auswirken, wenn Befunde und Behandlungen nahe an den Erwartungen der Patienten sind.

Dr. Christian Öttl

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2022

3.7.9.11. Alles eine Frage der Nr. 0010?

Zahnärztliche Untersuchung und Diagnostik in der GOZ. In der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde führen zur klinischen Diagnose die Anamneseerhebung sowie die Anwendung grundlegender klinischer Untersuchungsverfahren der Nr. 0010.

Dazu gehören:
- die Inspektion (das eingehende Anschauen der krankhaften Veränderung des Patienten),
- die Palpation (das manuelle Abtasten der krankhaften Veränderungen des Patienten),
- die Perkussion (das Beklopfen vor allem der Zähne) und die Sondierung (das Anwenden von speziellen zahnärztlichen Sonden), zum Beispiel zur Karies- und Parodontaldiagnostik.

Diese Untersuchungsverfahren nach der GOZ-Nr. 0010 stellen eine Grunduntersuchung dar, um festzustellen, ob und in welchem Ausmaß im individuellen Fall Erkrankungen der Zähne, des Mundes und des Kiefers vorliegen. Sie umfasst selbstverständlich auch die Beurteilung des Parodontalbefundes (Befund des Zahnhalteapparats), weshalb dessen ausdrückliche Erwähnung in der Leistungslegende der GOZ-Nr. 0010 unverständlich erscheint. Mit gleicher Berechtigung hätte man an dieser Stelle die Befundung aller anderen eigenständigen Teilbereiche der Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen ausdrücklich erwähnen können. Die Erwähnung des Parodontalbefundes in dieser Leistungslegende irritiert umso mehr, als für die individuelle, differenzierte und aufwändige Diagnostik von Parodontopathien (Zahnhalteapparaterkrankungen) die eigenständigen GOZ-Nummern 4000 (Erstellung eines Parodontalstatus) und 4005 (PAR-Screening) existieren. Diese kommen dann zur Anwendung, wenn im Rahmen der eingehenden Grunduntersuchung nach GOZ-Nr. 0010 eine Parodontitis diagnostiziert worden ist. Genauso existieren aber auch für die Untersuchungsverfahren anderer, eigenständiger Teilgebiete der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde eigene Gebührenziffern, die nach erfolgter Grunduntersuchung gemäß GOZ-Nr. 0010 im erforderlichen Fall zusätzlich – auch und oft gerade sitzungsgleich – angewendet werden.

Neben der klinischen Untersuchung nach Nr. 0010

Etablierte zusätzliche, weitergehende Untersuchungsverfahren sind insbesondere:
- die Vitalitätsprüfung der Zähne (GOZ-Nr. 0070),
- die Anfertigung von Röntgenbildern (GOÄ-Nr. 5000 ff.),
- intrakoronale/intrakanaläre Diagnostik mit Hilfe eines OP-Mikroskops (Analogberechnung nach § 6,1),
- besondere Karies-Diagnoseverfahren, laserbasiert (Diagnodent®) oder mittels optischer Verfahren wie zum Beispiel FOTI/DIFOTI (Analogberechnung nach § 6,1),
- die Herstellung von Situationsmodellen und Bissfixierung (GOZ-Nrn. 0050 und 0060),
- die Erstellung eines Mundhygienestatus (GOZ-Nr. 1000), der nur dann sitzungsgleich berechnungsfähig ist, wenn die Untersuchung nicht die Mundhygiene zum Ziel hat,
- die Erstellung eines Parodontalstatus (GOZ-Nr. 4000) oder/und des PSI oder ähnlicher Indizes (GOZ-Nr. 4005),
- die Entnahme von Abstrichmaterial zur mikrobiologischen Untersuchung (GOÄ-Nr. 298),
- Speicheltests (Analogberechnung nach § 6,1),
- elektromechanische Testung von Zahnlockerung/Resonanzfrequenzanalyse am Implantat (Analogberechnung nach § 6,1),
- Halimetrie (Analogberechnung nach § 6,1),
- die kieferorthopädischen Untersuchungsverfahren (GOZ-Nrn. 6010 und 6020),
- die implantatbezogene Analyse (vgl. GOZ-Nr. 9000),
- die klinische Funktionsanalyse (GOZ-Nr. 8000) und die instrumentelle Funktionsanalyse der Folgenummern.

CMD-Screening und Co

Die GOZ-Nr. 8000 umfasst jedoch nicht alle notwendigen funktionellen Analysen. Diese sind – wenn erforderlich – eigenständig durchzuführende Untersuchungsverfahren, die gemäß § 6,1 GOZ analog zu berechnen sind, zum Beispiel manuelle Strukturanalyse

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2022

(MSA), Tests auf orthopädische Kofaktoren, Tests auf psychische Kofaktoren. Ebenfalls analog zu berechnen sind die Untersuchungen und Erhebungen von funktionellen Risikoindizes, wie zum Beispiel beim CMD-Kurzbefund/dem CMD-Screening oder dem Bruxismus-Screening.

CMD-Screenings stellen keine Verkürzung der klinischen Funktionsanalyse dar, sondern es handelt sich beim CMD-Screening um ein eigenes Untersuchungsverfahren im Rahmen der Basisdiagnostik. Dieses dient mithin nicht der Stellung einer Diagnose, sondern der Prüfung, ob eine begründete Veranlassung zur Durchführung einer klinischen Funktionsanalyse im Sinne einer erweiterten Untersuchung besteht. Auch in der Rechtsprechung werden funktionsanalytische Leistungen bei gegebener Indikation als medizinisch notwendig bestätigt. Der Gegenstand der entsprechenden Urteile ist allerdings eher die Frage, ob in der betreffenden Situation nicht eine Indikation zur Durchführung funktionsanalytischer Leistungen bestanden hätte (die in den jeweiligen Streitfällen nicht erfolgt war).

Die Durchführung einer klinischen Funktionsanalyse nach der GOZ-Nr. 8000 ist allerdings nicht grundsätzlich eine Voraussetzung zum Beispiel vor einer rekonstruktiven oder kieferorthopädischen Behandlung. In diesen Fällen verlangt jedoch die jüngste Rechtsprechung, dass das Fehlen auffälliger Funktionsbefunde durch einen CMD-Kurzbefund bzw. ein CMD-Screening vorab überprüft wurde (OLG München, Az.: 3 U 5039/13 vom 18.01.2017).

Fazit

Viele gesondert berechenbare, sinnvoll zu kombinierende, schon lange oder erst in neuerer Zeit etablierte Untersuchungs- und Diagnoseverfahren führen gemeinsam zu dem, was das Ziel der zahnärztlichen Untersuchung ist: sich als Zahnarzt ein genaues Bild der oralen Erkrankungslage jedes einzelnen Patienten zu verschaffen.

Dr. Dr. Alexander Raff

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2022

3.7.9.12. Kariesdetektor: Leistungsdefinition und Abrechnung

Analogposition. Gehört die Überprüfung exkavierten Dentins mittels gesonderter chemischer Methoden (Farbstoffe, Redoxreaktionen) oder gesonderter physikalischer Methoden (Fluoreszenzverfahren) mit Blick auf Kariesfreiheit zum Leistungsinhalt der Füllungsposition? Die Rechtsprechung von Zivil- und Verwaltungsgerichten verneint dies und bestätigt die analoge Berechnungsfähigkeit der Therapie.

Während der Kariesentfernung können spezielle Kariesdetektoren zur Überprüfung dienen. Hierfür wurde schon vor längerer Zeit von Fusayama das chemische Verfahren zur Detektion größerer Hohlräume eingeführt (etwa Kuraray Caries Detector, VOCO Caries Marker, Pulpdent Snoop oder Ultradent Seek), sodass ein Farbstoff gegebenenfalls noch vorhandene kariöse, demineralisierte Bezirke, die größere Poren als gesundes Dentin aufweisen, identifiziert.

Neue Systeme, neuer Aufwand

Derzeit werden neue Systeme entwickelt, die auf Redoxreaktionen (3M ESPE) oder kovalenten Bindungen an denaturiertem Kollagen beruhen (Rubicon New Carisolv System). Schon praxisreif ist eine physikalische Alternative, die fluoreszenzunterstützte Kariesexkavation (FACE Fluorescence Aided Caries Excavation oder W&H Facelight), die allerdings wie die oben genannten Systeme an die Anschaffung und Unterhaltung spezieller technischer Instrumente gebunden ist.

Zur Anwendung des Kariesdetektors als gesonderte Behandlungsmaßnahme nach Exkavation ist anzumerken, dass die Erbringung dieser Leistung kein methodisch notwendiger, operativer Einzelschritt nach § 4 Abs. 2 GOZ ist. Demnach ist eine Leistung nur dann methodisch notwendiger Bestandteil einer anderen Leistung, wenn sie in der Leistungsbeschreibung der Zielleistung berücksichtigt wird. Die Leistungslegenden der einfachen Füllungspositionen nach den GOZ- Nrn. 2050, 2070, 2090 und 2110 lauten »Präparieren einer Kavität und Restauration mit plastischem Füllungsmaterial einschließlich Unterfüllung, Anlegen einer Matrize oder Benutzen anderer Hilfsmittel zur Formung der Füllung«. Die sehr genau definierenden Leistungslegenden der dentinadhäsiven Füllungspositionen nach den GOZ-Nrn. 2060, 2080, 2100 und 2120 lauten »Präparieren einer Kavität und Restauration mit Kompositmaterialien, in Adhäsivtechnik (Konditionieren), ggf. einschließlich Mehrschichttechnik, einschließlich Polieren, ggf. einschließlich Verwendung von Inserts«.

Die Anwendung eines Kariesdetektors ist demnach in keiner Füllungsposition beschrieben. Es liegen auch anderswo in der GOZ keine nachvollziehbaren Ausführungen vor, dass die Anwendung von Kariesdetektoren in die Bewertung der Füllungspositionen miteinbezogen worden wäre.

Kein methodisch notwendiger, operativer Einzelschritt nach § 4 Abs. 2 GOZ

Urteile

Bestätigt wird diese Auffassung vom Amtsgericht Dortmund (Urteil vom 31.08.2015, Az.: 405 C 3277/14), das sich ausdrücklich den Ausführungen des dortigen Sachverständigen anschließt: Die Anwendung des Kariesdetektors sei zwar nicht in den Leistungslegenden der GOZ und der GOÄ beschrieben, jedoch als medizinisch notwendige Leistung nach § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnungsfähig.

Ebenso kommt das Landgericht Stuttgart (Urteil vom 02.03.2018, Az.: 22 O 171/16) zu dem Ergebnis, dass es sich bei der Anwendung des Kariesdetektors nach Exkavation um eine eigenständige Behandlungsmaßnahme handelt, für die nach § 6 Abs. 1 GOZ das Heranziehen der GOZ-Nr. 2020 analog mit einem Faktor 2,0 angemessen ist.

Auch für die Beihilfe gibt es gleichlautende Rechtsprechung. So hat das Verwaltungsgericht Hannover (Urteil vom 24.07.2019, Az.: 13 A 971/17) auf die obige Einschätzung Bezug genommen und bestätigt, dass die Berechnung für den Einsatz eines Kariesdetektors nach GOZ-Nr. 2130 analog beihilfefähig ist.

Dr. Dr. Alexander Raff

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2025

3. Abrechnung
3.7. Ergänzungsleistungen zum BEMA – der gangbare Weg
3.7.9. Die Totalprothese als Kassenleistung
3.7.9.12. Kariesdetektor: Leistungsdefinition und Abrechnung

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2025

3.7.10. Entfernung und Abrechnung einer Zyste

Die Zyste – deren Entfernung und ihre Berechnung

Der gangbare Weg. Es geschieht im Berufsleben des Zahnarztes immer wieder, dass er überraschende Feststellungen bei Untersuchungen oder Röntgenbildauswertungen macht. Zum Beispiel stößt er auf Raumforderungen im Kieferknochen, die sich mit dem Verdacht auf eine Zyste darstellen. Welche Behandlung ist nötig und welche Berechnung möglich?

Zysten haben verschiedene Ursachen, können verschiedene Ausgestaltungen haben und verschiedene Größen. In fast allen Fällen ist eine Entfernung die Therapie der Wahl. Aber wie immer, steckt auch hier die Krux im Detail, da auch die Sozialgerichtsbarkeit sich eingeschaltet hat.

Grundsätzlich gibt es zwei Arten der Entfernung von Zysten, nämlich entweder die Ausräumung der kompletten Zyste samt des Balges aus der Knochenhöhle mit anschließendem Verschluss der dabei entstehenden Höhle mit dem gebildeten Lappen (Zystektomie). Oder, wenn das Ausmaß der Zyste zu groß ist, um ein stabiles Koagulum zu erreichen und damit einen Verschluss der Knochenhöhle zu gewährleisten, wird ein Teil des Zystenbalges in der Höhle belassen und nur der Inhalt der Zyste ausgeräumt. Hierbei bildet sich der Knochen dann von innen nach (Zystostomie).

Diese beiden Operationen können jetzt entweder als selbstständige Eingriffe durchgeführt werden oder in Verbindung mit Osteotomien oder Wurzelspitzenresektionen. Daraus ergeben sich verschiedene Abrechnungsnummern und Punktanzahlen.

Die Gebührenposition Nr. 56 BEMA lautet:
56 Operation einer Zyste
Zy1: durch Zystektomie
Zy2: durch orale Zystostomie
Zy3: durch Zystektomie in Verbindung mit einer Osteotomie oder Wurzelspitzenresektion
Zy4: durch orale Zystostomie in Verbindung mit einer Osteotomie oder Wurzelspitzenresektion

Das Entfernen von Granulationsgewebe und kleinen Zysten ist nicht nach Nr. 56 abrechnungsfähig. Gerade der letzte Satz ist hier sehr wichtig. Denn das Auskratzen des Granulationsgewebes nach Extraktionen, auch wenn es noch so viel sein sollte, ist Bestandteil der Extraktionsleistung und damit abgegolten.

Zur Definition von »kleinen« Zysten, also der Größe, haben sich mehrere Gerichte schon geäußert.

Sie gehen davon aus, dass, wenn ein röntgenologisch nachweisbarer Durchmesser von zehn Millimetern zu erkennen ist, eine Zyste zweifelsfrei vorliegt und auch deren Entfernung berechnet werden kann. Bei Zysten mit einem Ausmaß von unter sechs Millimetern im Durchmesser gehen die Gerichte davon aus, dass diese nicht den Vorgaben entsprechen und demnach unter die »kleinen« Zysten fallen.

Zwischen sechs und zehn Millimetern ist also eine Grauzone, bei der nicht sicher ist, ob eine KZV diese Entfernung als berechenbar ansieht und/oder ein Gericht sie für berechenbar beurteilt. Als sicherster Nachweis vor Gericht gilt der radiologische Nachweis einer Zyste sowie die Dokumentation des chirurgischen Aufwandes, der bei der Entfernung der Zysten betrieben wurde.

Zu diesem Thema haben sich insbesondere das Landessozialgericht Schleswig-Holstein sowie das Thüringer Landessozialgericht als auch das SG Mainz sowie das SG Marburg geäußert. Anatomische oder röntgentechnische Besonderheiten können zur Nichtdarstellung oder Verkleinerung klinisch vorhandener Zysten führen. Deswegen lässt das BSG auch die Tür einen Spalt offen:

»Abrechnungsfähig sind nach dem Wortlaut der Leistungslegende der BEMA-Nr. 56 c sowie der Anmerkung 1 zur BEMA-Nr. 56 nur Zystenoperationen durch Zystektomien, soweit sie nicht im Auskratzen einer ›kleinen Zyste‹ in einer Osteomiewunde besteht. Zwischen in diesem Sinne ›kleinen‹ Zysten und Zysten im Sinne der BEMA-Nr. 56 c muss abgegrenzt werden.

Dabei kommt dem röntgenologischen Befund erhebliche Bedeutung zu, weil Zysten in der Regel als Zufallsbefunde im Röntgenbild bemerkt werden, da

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2020

ihnen klinische Symptome weitgehend fehlen bzw. sich solche erst in einem sehr fortgeschrittenen Stadium des Zystenwachstums bemerkbar machen (Liebold/Raff/Wissing, Kommentar zum BEMA, Band 2, Stand: August 1998, Seite III/263). Danach wird regelmäßig der röntgenologische Befund Anlass für die Planung und Durchführung einer Zystenoperation im Sinne der BEMA-Nr. 56 c geben, während die im Zuge einer anderen zahnmedizinischen Behandlung mögliche Entdeckung und unverzügliche Behandlung einer kleinen Zyste nicht gesondert berechnungsfähig ist.

Da mithin der generelle Aussagewert von röntgenologischen Befunden für die Berechnungsfähigkeit der BEMA-Nr. 56 c im typischen Fall nicht zweifelhaft ist, kann nicht allgemeingültig bzw. rechtsgrundsätzlich geklärt werden, ob in extrem gelagerten Fällen eine Zyste auch dann nicht mehr ›klein‹ im Sinne der Anmerkung 1 zur BEMA-Nr. 56 sein kann, wenn eine eindeutig als Zyste identifizierbare Aufhellung im Röntgenbild trotz fachgerechter Durchführung der Aufnahme und ebensolcher Interpretation des Röntgenbildes nicht sicher erkennbar ist.

In extrem gelagerten, d. h. also sehr seltenen Fällen sind Konstellationen denkbar, in denen kein radiologisch eindeutiger Zystenbefund gegeben ist, es jedoch trotzdem (als klinischer Zufallsbefund) der knöchernen Zystenoperation mit Mehraufwand zu einer anderen Operation bedarf. Hierbei ist die fachgerechte Dokumentation von außerordentlicher Bedeutung, dann ist auch in einem solchen Sonderfall eine Zystenoperation nach BEMA-Nr. 56 vertragsgerecht abrechenbar.

Der histologische Befund ist dabei nicht von Bedeutung, weil das histologische Vorliegen von häufig fragmentärem Zystengewebe keinen Rückschluss zulässt auf den tatsächlichen, in der Abrechnungsbestimmung zur BEMA-Nr. 56 c geforderten Mehraufwand einer Zystenoperation.

Sie befinden sich auf der sicheren Seite, wenn der operative Mehraufwand dokumentiert ist.«

Zwischen sechs und zehn Millimetern ist eine Grauzone

Dem röntgenologischen Befund kommt hohe Bedeutung zu, weil Zysten als Zufallsbefunde im Röntgenbild bemerkt werden, da ihnen klinische Symptome weitgehend fehlen oder sich solche erst im fortgeschrittenen Stadium des Zystenwachstums bemerkbar machen.

Dr. Christian Öttl

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2020

3.7.11. Röntgen bei Endo-Behandlung

Röntgen bei Endo-Behandlung in der GKV

Der gangbare Weg. Umfang und Art der Röntgenuntersuchungen bei einer endodontischen Behandlung können unterschiedlich ausfallen. Messaufnahmen sind wegen neuer technischer Entwicklungen weniger erforderlich. Das Problem der aktuellen GKV-Behandlungsrichtlinie 9.1 e) besteht darin, die sich ändernden wissenschaftlichen Belege ausreichend zu berücksichtigen.

Die Behandlungs-Richtlinie B II. formuliert zur Röntgendiagnostik grundsätzlich: »Für Röntgenuntersuchungen findet das Strahlenschutzgesetz sowie die Strahlenschutzverordnung Anwendung.« In der Behandlungsrichtlinie B III. 9.1 e) wird im Zusammenhang mit endodontischen Behandlungsmaßnahmen detailliert ausgeführt: »Begleitende Röntgenuntersuchungen (diagnostische Aufnahmen, Messaufnahmen, Kontrollaufnahmen) sind unter Beachtung der Strahlenschutzbestimmungen abrechenbar.«

Prinzipiell beschreibt diese Vorgabe zunächst nur, dass die entsprechenden Röntgenuntersuchungen abrechenbar sind – gemäß der BEMA-Nr. Ä 925a-d. Dabei könnte das Missverständnis entstehen, dass die in 9.1 genannten Röntgenuntersuchungen zwingend in der genannten Reihenfolge erhoben werden müssen. Außerdem könnte auch angenommen werden, dass alle genannten Röntgenuntersuchungen angefertigt werden müssen, um jeweils eine im BEMA abrechenbare Leistung zu erzielen. Dies ist aus Sicht der Rechtsnormen auch im Strahlenschutz mit Sicherheit jedoch nicht der Fall. Vielmehr ist auch aus den Gesichtspunkten des Strahlenschutzes heraus an jedem Punkt zu hinterfragen, ob eine qualifizierte rechtfertigende Indikation für die Akquisition einer Röntgenuntersuchung im jeweiligen Einzelfall vorliegt.

Röntgenbilder zur endodontischen Diagnostik
Unstrittig ist dabei das Vorliegen einer rechtfertigenden Indikation im Sinne einer initialen diagnostischen Untersuchung nach der Erhebung des klinischen Befundes, da die Beurteilung des Endodonts sowie der apikalen Verhältnisse klinisch allein niemals möglich ist. Diese initiale Röntgenuntersuchung kann auch aus mehreren einzelnen Aufnahmen (von orthograd, von mesial- und distal-exzentrisch) bestehen, sofern eine komplexe Wurzelanatomie mehrere Aufnahmen zur eindeutigen Diagnostik bedingt. Mehrere Aufnahmen derselben Zähne in einer Sitzung können nur abgerechnet werden, wenn mit einer Aufnahme keine ausreichende Diagnose möglich war. Selbstverständlich darf der Grund für die Wiederholung nicht in einer fehlerhaften Aufnahmetechnik des Zahnarztes liegen. Der Zahnarzt muss gegebenenfalls durch Vorlage der Aufnahmen vor den Prüfungsinstanzen die Notwendigkeit beweisen.

Röntgenbilder zur Längenmessung
Die Erstellung von Messaufnahmen ist dagegen als eher problematisch einzustufen. Echte Längenbestimmungen könnten in Röntgenbildern nur unter idealen Projektionsbedingungen und bei Vorliegen eines in den Untersuchungsbereich eingebrachten Referenzkörpers (zum Beispiel ein Wurzelkanalinstrument definierter Länge) vorgenommen werden. Letzterer ermöglicht beim digitalen Röntgen eine Umrechnung der dargestellten Pixel in eine Längeneinheit (zum Beispiel Millimeter). Unabhängig davon haben sich heute Messgeräte zur elektronischen Längenmessung etabliert. Dabei könnten mittels der Ermittlung von Impedanzquotienten verschiedener Frequenzen sehr genaue Bestimmungen der notwendigen Arbeitslänge vorgenommen werden. Derzeit liegen in Deutschland keine eindeutigen Empfehlungen oder Leitlinien zum Einsatz von Messaufnahmen und/oder Längenmessgeräten (Apex-Lokatoren) vor, allerdings finden sich multiple wissenschaftliche Veröffentlichungen, die den Apex-Lokatoren bei der Bestimmung der Arbeitslänge eine höhere Genauigkeit bescheinigen.

Elektrometrische Längenbestimmung GOZ-Nr. 2400
Eine mögliche Reduzierung der Anzahl der nötigen Röntgenaufnahmen ergibt sich durch die Anwendung der außervertraglichen elektrometrischen Längenbestimmung eines Wurzelkanals, die nach der GOZ-Nr. 2400 berechnet wird. Die elektrometrische Längenbestimmung der aufzubereitenden Wurzelkanäle ist im vertragszahnärztlichen Leistungskatalog nicht enthalten. Eine Berechnung ist bei gesetzlich Versicherten nur nach erfolgter schriftlicher Privatvereinbarung gemäß § 8,7 BMV-Z nach der GOZ-Nr. 2400 mit dem Patienten möglich.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2020

Röntgenbilder im Rahmen der Wurzelfüllung
Während der weiteren Behandlung und späteren Abfüllung könnten durchaus mehrere Kontrollaufnahmen (beispielsweise Masterpointaufnahme, Aufnahme der erfolgten Wurzelfüllung) erforderlich sein, hier besteht aus Sicht des Strahlenschutzes hinsichtlich der rechtfertigenden Indikation kein Problem.

Grund für Wiederholung unter Umständen beweisen

Derzeit liegen in Deutschland keine eindeutigen Empfehlungen oder Leitlinien zum Einsatz von Messaufnahmen und/oder Längenmessgeräten (Apex-Lokatoren) vor.

Dr. Dr. Alexander Raff

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2020

3.7.12. Rund um die Endodontie beim GKV-Patienten – Kasse oder privat?

Nicht jede Wurzelbehandlung beim Kassenpatienten ist immer eine Kassenleistung:

Die Abgrenzung erfolgt in der BEMA-Richtlinie Nr. 9

Im Folgenden sollen einige Beispiele für Privatleistungen bei einer richtlinienkonformen Endodontie und Beispiele für nicht richtlinienkonforme Endodontie als Privatleistung nach GOZ erfolgen.

- **Die Krankenkasse zahlt nicht** für einzelne im BEMA und in den Richtlinien nicht beschriebene Behandlungsschritte, zum Beispiel
  - elektrometrische Längenbestimmung eines Wurzelkanals
  - zusätzliche Anwendung physikalisch-chemischer Methoden
  - verschiedene Wurzelkanaldesinfektionsmethoden
  - ggf. mehr als drei medikamentöse Einlagen

Diese Maßnahmen können bei allen Wurzelbehandlungen immer zusätzlich nach GOZ liquidiert werden – bitte immer an den Steigerungsfaktor oder ggf. an eine Vereinbarung nach § 2 GOZ denken!

Von der Richtlinie an sich wird die endodontische Behandlung zur Privatleistung:

❾🕐/❹ Bei pulpentoten Zähnen mit im Röntgenbild diagnostizierter pathologischer Veränderung an der Wurzelspitze ist bei der Prognose kritisch zu überprüfen, ob der Versuch der Erhaltung des Zahnes durch konservierende oder konservierend-chirurgische Behandlung unternommen wird.
Für die Therapie von Zähnen mit Wurzelkanalfüllungen und apikaler Veränderung sind **primär chirurgische** Maßnahmen angezeigt.

Wünscht der Patient keine chirurgischen Maßnahmen wie z. B. die Extraktion des Zahnes oder eine WSR, sondern den Versuch des Erhaltes des Zahnes durch eine Wurzelbehandlung, dann ist diese gänzlich privat mit dem Patienten zu vereinbaren – bitte dann immer denken an die Erklärung des Versicherten nach § 4 Abs. 5 BMV-Z oder § 7 Abs. 7 EKV-Z.

❾🕐/❺ Bei kombinierten parodontalen und endodontischen Läsionen ist die Erhaltung der Zähne im Hinblick auf die parodontale/endodontische Prognose kritisch zu prüfen.

Auch hier gilt, der Versuch des Erhaltes eines Zahnes auf Wunsch des Patienten ist auch bei kritischer Prognose gänzlich privat zu vereinbaren.

❾🕐/❹ Für die Therapie von Zähnen mit Wurzelkanalfüllungen und apikaler Veränderung sind primär chirurgische Maßnahmen angezeigt.

Lediglich bei im Röntgenbild erkennbaren nicht randständigen oder undichten Wurzelkanalfüllungen ist die **Revision** in der Regel angezeigt, wenn damit
- eine geschlossene Zahnreihe erhalten werden kann
- eine einseitige Freiendsituation vermieden wird
- der Erhalt von funktionstüchtigem Zahnersatz möglich wird

Mindestens *eine* Voraussetzung muss zutreffen.

- Dies bedeutet, dass die Revision eines partiell abgefüllten Wurzelkanals immer mit dem Patienten auf Wunsch als Privatleistung zu vereinbaren ist.

❾ Die **Wurzelkanalbehandlung von Molaren** ist in der Regel angezeigt, wenn
- damit eine geschlossene Zahnreihe erhalten werden kann
- eine einseitige Freiendsituation vermieden wird
- der Erhalt von funktionstüchtigem Zahnersatz möglich wird

Mindestens *eine* Voraussetzung muss zutreffen.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023



Behandlung von 46 **keine Vertragsleistung**, da kein Erhalt einer geschlossenen Zahnreihe



Vertragsleistung: Erhalt einer geschlossenen Zahnreihe (vorhandenes Implantat 45 führt zur geschlossenen Zahnreihe)



Vertragsleistung: Erhalt einer geschlossenen Zahnreihe (vorhandener Zahnersatz führt zur geschlossenen Zahnreihe)



Keine Vertragsleistung, da **nicht** eine einseitige Freiendsituation vermieden wird (auf Gegenseite besteht bereits eine Freiendsituation, da 36, 37 und 38 fehlen) und da keine geschlossene Zahnreihe erhalten wird



Vertragsleistung: Funktionstüchtige Brücke – Erhalt von funktionstüchtigem Zahnersatz und Vermeidung einer einseitigen Freiendsituation

Was bedeutet »Erhalt einer geschlossenen Zahnreihe«? Unter einer geschlossenen Zahnreihe versteht man grundsätzlich eine solche, die mesial (zur Mitte des Zahnbogens hin) des zu behandelnden Molaren nicht durch eine Zahnlücke unterbrochen ist. Dies gilt auch, wenn vorhandene Zahnlücken durch funktionstüchtigen Zahnersatz geschlossen sind.

Wenn die Brücke allerdings nicht mehr funktionstüchtig ist (Kronenrandkaries), ist diese Wurzelbehandlung eine Privatleistung!

Was ist unter Vermeidung einer »einseitigen Freiendsituation« zu verstehen?

Unter einer Freiendsituation wird eine solche verstanden, bei der ein oder mehrere endständige Zähne in einer Zahnreihe fehlen, wobei der Weisheitszahn nicht mitgezählt wird.

Unter einer **einseitigen Freiendsituation** versteht man eine solche, bei der ein oder mehrere endständige Zähne in einem Quadranten einer Zahnreihe fehlen, wobei der Weisheitszahn nicht mitgezählt wird.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

⑩ In der Regel ist die Entfernung eines Zahnes angezeigt, wenn er nach den in diesen Richtlinien beschriebenen Kriterien nicht erhaltungsfähig ist.
Eine andere Behandlung von nicht erhaltungswürdigen Zähnen ist kein Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung, sondern erfolgt **auf Wunsch des Patienten nach GOZ**.

Zusammenfassend hier nochmals einige Kriterien für Privatvereinbarungen:

Die Krankenkasse zahlt nicht, wenn die Richtlinien nicht erfüllt sind, zum Beispiel:
- stark gekrümmte Wurzeln
- abfüllen bis zur apikalen Konstriktion nicht möglich
- obliterierte Kanäle
- schwer zugänglicher Zahn
- apikale Beherdung mit ungünstiger Prognose
- allgemein ungünstige Prognose (Karies, Parodont)
- keine Richtlinien-Konformität ⇨ Molaren
- Revision bei randständiger, dichter Wurzelfüllung

Bitte immer daran denken, dass man sich beim GKV-Patienten mit der oben erwähnten Erklärung vom BEMA lösen muss und damit auch eine Dokumentation vorliegen hat, dass der Patient aufgeklärt wurde über eine alternative Kassenleistung.

Und bitte denken Sie auch immer an die Steigerungsfaktoren sowie an die freie Vereinbarung nach § 2 GOZ und an den GOZ-NAVI des FVDZ – ganz besonders auch, wenn der Patient über eine Zusatzversicherung verfügt. Honorarmanagement ist wichtig, damit die Privatleistung auch sinnvoll ist.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

3.7.13. Endo und dann schon Ende?

Der gangbare Weg

Die endodontischen Möglichkeiten sind heutzutage vielfältig. Da nicht jede Endodontie Kassenleistung ist, stellt sich die Frage, ob sich anschließende und weitergehende Behandlungen Leistungen des gesetzlichen Leistungskataloges sein können.

Ob über die primäre Wurzelbehandlung selbst hinausgehende Leistungen wie Revisionen oder Wurzelspitzenresektionen Kassenleistungen sind oder nicht, richtet sich primär nach der Prognose des Zahns, der behandelt werden soll. Auch nach einer privat berechneten Endo kann eine Weiterbehandlung als GKV-Leistung abgerechnet werden, wenn die Prognose dann gut ist.

Ist an dem Zahn der Knochenabbau schon weit fortgeschritten, so kann man davon ausgehen, dass er locker wird, wenn man von der Wurzelspitze auch noch etwas wegnimmt. Genauso verhält es sich bei gelockerten Zähnen. Zusätzlich muss das Wurzelkanalsystem der Behandlung zugänglich sein von der Lage des Zahns, den Wurzelspitzen, der Auffindbarkeit und Aufbereitbarkeit des Kanalsystems.

Eine Revision eines endodontisch behandelten Zahns ist dann gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen abrechenbar, wenn eine nicht wandständige oder blasige Füllung das Kanallumen nicht ausfüllt und deshalb erneut aufbereitet und abgefüllt werden muss. Überwiegend ist das der Fall, wenn man einen neuen Patienten oder einen Schmerzpatienten behandeln muss. Bei den eigenen Patienten haben Zahnärzte ja nach der Kontrollaufnahme im Anschluss an die Kanalfüllung und dem Entdecken der nicht vollständigen Wurzelfüllung sofort und ohne Berechnung die Entfernung des Materials aus dem Kanal begonnen und eine wandständige und blasenfreie Füllung angeschlossen.

Molarenregeln als Eckdaten

Die Molarenregeln aus den Richtlinien geben für eine eventuelle Wurzelspitzenresektion die Eckdaten, sofern im Zahn eine wandständige, blasenfreie und möglichst bis zum Apex reichende Wurzelkanalfüllung radiologisch sichtbar ist. So darf an einem Molar nur dann eine Wurzelspitzenresektion vorgenommen werden, wenn sie zum Erhalt der geschlossenen Zahnreihe beiträgt, eine einseitige Freiendsituation vermieden oder der Erhalt eines funktionstüchtigen Zahnersatzes ermöglicht wird. Diese Regel gilt aber erst in zweiter Linie, nachdem in erster Linie natürlich die Prognose gut sein muss.

Diese Vorgaben mögen nicht zeitgemäß erscheinen, jedoch schränken sie nur die Vertragszahnheilkunde ein. Neben der Vertragszahnheilkunde gibt es nämlich auch noch die privat vereinbarte Behandlung auf der Höhe der Zeit, für die Zahnärztinnen und Zahnärzte verantwortlich sind und sie auch anbieten sollen. Diese erfordert wesentlich mehr instrumentellen Aufwand und mehr Zeiteinsatz, der seitens der gesetzlichen Krankenkassen nicht übernommen wird. Wenn sich also der Patient von den Fesseln der GKV gelöst hat und eine hochwertige endodontische Behandlung über das Maß des Wirtschaftlichkeitsparagraphen 12 des SGB V hinausgehend wünscht, dann darf man ohne jegliche Kassenabrechnung dem Patienten Mikroskope, Laser, besondere Füllungsmaterialien und jeglichen Rettungsversuch zukommen lassen. Natürlich müssen mit dem Patienten die notwendigen Vereinbarungen nach § 8, Abs. 7 des Bundesmantelvertrages für Zahnärzte (BMV-Z) zur Privatbehandlung und gegebenenfalls auch noch nach § 2, Abs.1 und 2 der GOZ zur abweichenden Honorarhöhe getroffen werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA), der über die Leistungen, die die gesetzliche Krankenkasse bezahlen darf, entscheidet, muss erst einmal Geld finden und an anderer Stelle einsparen, um sich solche Sonderleistungen wünschen zu können.

Außerdem sollte man, wie in der privaten Zahnheilkunde möglich, den Zeitaufwand, die Umstände der Behandlung und die Schwierigkeit der Behandlung individuell einschätzen und in Rechnung stellen können, um diese anspruchsvollen Behandlungen erbringen zu können.

Dr. Christian Öttl

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2021

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2021

3.7.14. Endo mit Einsatz: LAI, PIPS und SWEEPS

Privatbehandlung

Die Grenzen der endodontischen Vertragszahnheilkunde erläutert Dr. Christian Öttl. Er verweist auf die Privatbehandlung. Doch oft findet sich auch in der GOZ nicht mehr wieder, was moderne Zahnheilkunde alles kann. Fehlanzeige für LAI, PIPS und SWEEPS.

Bei der LAI handelt es sich um ein vollständig neues Verfahren in der Endodontie. Prinzipiell wird dabei Laserenergie durch Absorption in Spülflüssigkeiten in physikalische Energie überführt, die über mehrere Effekte zur Reinigung komplexer Kanalsysteme beiträgt. Mikrobiologisch betrachtet muss das Ziel jeder endodontischen Therapie in der möglichst vollständigen Entfernung von intrakanalärem Biofilm, planktonischen Bakterien und infizierten Geweben aus dem komplexen Wurzelkanalsystem liegen. Klassischerweise werden hierfür die mechanische Kanalaufbereitung (vgl. GOZ-Nr. 2410) und die Anwendung elektrophysikalisch-chemischer Methoden (vgl. GOZ-Nr. 2420) angewandt. Diese schon jahrzehntelang angewandten Methoden werden neuerdings auch durch lasergestützte Aktivierung von Spüllösungen ergänzt.

Lasergestützte Aktivierung

Den zugrunde liegenden Mechanismus kann man wie folgt beschreiben: Die Energie der Erbium-Laserstrahlung wird im Bereich von zehn Mikrometer vor dem Lasertip durch NaOCL nahezu vollständig absorbiert, dabei wird die Flüssigkeit sofort bis zum Siedepunkt erhitzt und innerhalb einer Millisekunde in eine Gasblase überführt. Diese Gasblase wird als »Bubble« bezeichnet. Diese Bubble expandiert so lange, bis die Laserstrahlung endet.

Nun erkaltet die Bubble und fängt zu schrumpfen an. Spülflüssigkeit füllt explosionsartig die entstehenden Hohlräume, und es kommt zur Implosion der Bubble. Es entstehen Druckwellen, die sich zunächst mit Überschall- und später mit Schallgeschwindigkeit im Wurzelkanalsystem ausbreiten. Die Implosion der »Bubble« ist ein sehr energiereicher Prozess.

Es kommt zur Ausbildung von Schockwellen mit großer Amplitude und zur Entstehung von »Micro-jets«, das bedeutet: Zonen mit hoher Geschwindigkeit der Spülflüssigkeiten. Nahe von Oberflächen kommt es zum Aufbau von Scherspannungen (primäre Kavitation). Neben der primären Kavitation kommt es durch Ausbildung nachfolgender, kleinerer »Bubbles« zu sekundären Kavitationsprozessen.

LAI, PIPS und SWEEPS

In der klinischen Anwendung unterscheidet man grundsätzlich zwischen zwei unterschiedlichen Methoden zur Laseraktivierung von Spülflüssigkeiten. Wird ein Lichtleiter in den Wurzelkanal selbst eingebracht, spricht man von »laser-activated irrigation« (LAI). Die zweite Methode unterscheidet sich in der klinischen Handhabung grundlegend von der LAI.

Sie wird als »photon-initiated photoacoustic streaming«, kurz PIPS, bezeichnet. Eine Weiterentwicklung des PIPS-Verfahrens wird als SWEEPS (»shock wave enhanced emission of photoacoustic streaming«) bezeichnet. Bei beiden Verfahren besteht der wesentliche Unterschied zur LAI darin, dass hier ein spezieller Lichtleiter nicht in den Wurzelkanal, sondern in das mit Spülflüssigkeit gefüllte Pulpenkavum eingebracht wird.

Extrem wichtig ist bei all diesen Verfahren die Einhaltung aller technischen Voraussetzungen (zum Beispiel Wellenlänge, Pulsung und Frequenz). Der hohe technische Aufwand spiegelt sich in hohen Anschaffungskosten für den Zahnarzt wider. Die signifikante Verbesserung der Desinfektion von Wurzelkanälen mithilfe des PIPS-Mechanismus wurde in den vergangenen Jahren in vielen Studien beschrieben, beispielhaft sei verwiesen auf Jaramillo et al. [1].

Honorierung

Die LAI oder PIPS ist in der GOZ von 2012 nicht beschrieben. Die Berechnung ist über das Analogieverfahren nach § 6 Abs. 1 anzuwenden. Es handelt sich um eine selbstständige zahnärztliche Leistung, die weit über die Inhalte und die gegebene Relation etwa der GOZ-Nummer 2420 (elektrophysikalische Methoden) hinausgeht. Bei dem alternativen etwaigen Rückgriff auf die GOZ-Nummer 2420 muss in Relation zum Zeitaufwand und Materialkosteneinsatz häu-

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2021

fig ein deutlich zweistelliger Steigerungsfaktor mittels Honorarvereinbarung vor der Behandlung vereinbart und in der Rechnung angesetzt werden.

Die Erstattung solcher lasergetriebenen neuartigen intrakanalären Desinfektionsbehandlungen ist realiter schwierig. Dies gilt es dem Patienten vorab zu vermitteln. Trotz gegebener Studienlage wird die medizinische Notwendigkeit oder die Selbstständigkeit dieser Leistung von Erstattungsstellen angezweifelt. Insofern hilft für Honorarsicherheit daher nur die (zusätzliche) Honorarvereinbarung nach § 2 Abs. 1 und 2 GOZ oder aber a priori der »Umweg« der Vereinbarung einer Verlangensleistung nach § 2 Abs. 3 GOZ.

Dr. Dr. Alexander Raff

Literatur

1. Jaramillo D, Ordinola-Zapata R, Bramante CM, Di Vito E (2014) Biofilm removal by 6 % sodium hypochlorite activated by different irrigation techniques. Int Endod J 47:659–66

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2021

3.7.15. Vestibulumplastik, eine selbstständige Leistung

Der gangbare Weg

Ist im Zeitalter der Implantologie die Vestibulumplastik obsolet geworden? Die klassische prätotalprothetische Indikation liegt schließlich nur noch selten vor. Und dennoch: Nein, das ist sie mitnichten.

Im Gegenteil: Gerade in der Implantologie stellt die Vestibulumplastik eine wichtige Therapieoption dar. Sie dient hier der Verbreiterung der sogenannten »attached gingiva« beziehungsweise der fixierten Mukosa im Bereich des Implantats – und damit dem nachhaltigen Schutz vor einer Periimplantitis. Die bewegliche Schleimhaut gibt keine Bewegungen weiter an das (fixierte) das Implantat umgebende Weichgewebe. Ist keine oder nur wenig »attached mucosa« vorhanden, stellt das eine potenziell große Gefährdung für den Langzeiterfolg eines Implantats dar. Vestibulumplastiken zur Verbesserung des periimplantären Weichgewebes können vor, während oder nach der Implantation erfolgen, so etwa bei der Freilegung des Implantats.

Kronenverlängerung
Aber auch die Verbreiterung der »attached gingiva« an Zähnen bei chirurgischer Kronenverlängerung stellt eine wichtige Indikation dar. Die sogenannte klinische Kronenverlängerung (vgl. hierzu auch die GOZ-Nr. 4136) vor Überkronungen wird durchgeführt, damit ausreichend Retention für eine geplante zahntechnische Krone und/oder eine Wiederherstellung der biologischen Breite des Zahnfleisches gesichert wird. Die biologische Breite ist definiert als das Gebiet des Zahnhalteapparats zwischen Knochengrenze und Zahnfleischsaum (Sulkus). Die Nichteinhaltung der biologischen Breite bei der Präparation und anschließenden Überkronung kann zu Komplikationen und Entzündungen führen.

Maximaler Erhalt
Voraussetzung für das Gelingen der klinischen Kronenverlängerung beziehungsweise späteren Überkronung ist der maximale Erhalt der fixierten Gingiva. Es ist häufig nicht zweckmäßig, die bei der Kronenverlängerung nötige Apikalverlagerung der Gingiva durch eine einfache, unwiederbringliche Gewebsentfernung (Exzision, Gingivektomie) vorzunehmen. Dies würde zu einer fehlenden fixierten Gingiva an den zukünftigen Kronen führen.

Insofern bleibt dann nichts anderes übrig, als eine Apikalverlagerung des gesamten mukogingivalen Gewebes vorzunehmen (fixiertes Zahnfleisch und bewegliche Schleimhaut). Dies stellt dann eine Vestibulumplastik dar. Durch diese Vestibulumplastik mit zum Teil sekundärer Wundheilung verbreitert sich die Zone der fixierten Gingiva. Hierdurch entwickelt sich stabiles Weichgewebe im Bereich der zukünftig liegenden Kronenränder, welches als Grundlage einer dauerhaften parodontalen und prothetischen Restauration zu sehen ist.

Gingivaextensionsplastik
Daneben ist die Gingivaextensionsplastik, ebenfalls eine Vestibulumplastik, aus parodontalen Gründen indiziert. Die Zone der fixierten Gingiva sollte nicht schmaler als einen Millimeter werden. Ist diese Zone schmaler oder droht durch parodontale Abbauprozesse und parodontale Entzündung eine solche Verschmälerung, so stellt dies die hauptsächliche Indikation zur parodontalchirurgischen Verbreiterung der unverschiebbaren Gingiva dar (Gingivaextension). Besonders gefährdet sind die Unterkieferfrontzähne, da die knöcherne Bedeckung von deren Wurzeln zum Mundvorhof hin gering ist und auf etwaige Okklusionstraumata besonders empfindlich mit Rückzug reagiert. Das knöcherne parodontale Fundament und die fixierte Gingiva sind aber funktionell eng miteinander verbunden. Knochenschwund bedeutet auch Schwund der fixierten Gingiva und umgekehrt.

GOZ-Nummern 3240 und 2675
Unabhängig von der Indikation ist je nach der Größe der Vestibulumplastik die GOZ-Nummer 3240 für einen Bereich bis zu zwei nebeneinanderliegenden Zähnen beziehungsweise einem entsprechend großen zahnlosen Kieferabschnitt zu berechnen. Werden mehr als drei Zähne oder Implantate beziehungsweise ein entsprechender Kieferkammbeschnitt von der Plastik umfasst, so ist die GOÄ-Nummer 2675 anzusetzen.

Dr. Dr. Alexander Raff

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2021

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2021

3.7.16. Elektrometrische Längenbestimmungen

Für Privat- und GKV-Patienten

Sowohl bei Privatpatienten als auch bei gesetzlich Versicherten gibt es die Option der elektrometrischen Längenmessung als alternative oder in Ergänzung zu Röntgenmessaufnahmen im Zusammenhang mit einer endodontischen Behandlung. Die elektrometrische Längenbestimmung eines Wurzelkanals (GOZ-Nr. 2400) ist mit GKV-Patienten auch bei einer Wurzelbehandlung vereinbarungsfähig, die sonst gesetzlich abzurechnen ist.

Dies liegt daran, dass eine vergleichbare Leistung im Sachleistungskatalog der GKV nicht enthalten ist. Die Berechnung der GOZ-Nr. 2400 verstößt also nicht gegen das bei endodontischen Behandlungen zu beachtende sogenannte »Zuzahlungsverbot« des Bundesmantelvertrages. Gerade angesichts der aktuellen letztjährigen Novellierungen der Rechtsnormen im Strahlenschutz (StrlSchG und StrlSchV) und deren strengerer Auslegung der Indikationsstellung bietet die Endometrie eine Möglichkeit, auf manche Röntgenbilder zu verzichten.

Tatsächliche Zahl der Wurzelkanäle

Die Leistungslegende der GOZ-Nr. 2400 stellt klar, dass sich die elektrometrische Längenbestimmung nur auf einen Wurzelkanal bezieht. Werden mehrere Wurzelkanäle eines Zahnes gemessen, kann die GOZ-Nr. 2400 je Wurzelkanal berechnet werden. Beim 2,3-fachen Faktor fallen hierfür 9,05 € an. Entscheidend ist die tatsächlich vorhandene Anzahl von Wurzelkanälen (nicht von Wurzeln!), die gegebenenfalls von der Regelanatomie abweicht. So sind beispielsweise untere Molaren in der Regel zweiwurzelig, verfügen jedoch häufig über mehr als zwei Wurzelkanäle. Für die Berechnung relevant ist insofern nicht die Anzahl der vorhandenen Wurzeln, sondern der behandelten Wurzelkanäle. Durch die Fortschritte moderner endodontischer Verfahren werden heutzutage in weitaus größerer Anzahl als früher auch zusätzliche (akzessorische), häufig sehr schmale oder schwierig zugängliche Kanäle diagnostiziert (zum Beispiel durchs Dentalmikroskop) und suffizient behandelt.

Es empfiehlt sich bei der Berechnung der Häufigkeit der GOZ-Nr. 2400 eine genaue Dokumentation der Anatomie und Behandlungsmaßnahmen, da zunehmend Nachfragen von kostenerstattenden Stellen auftreten, wenn eine höhere Anzahl der längenbestimmten Wurzelkanäle eines Zahnes berechnet wird als diejenige, die jeweils als allgemein üblich betrachtet wird. So fordern kostenerstattende Stellen bei einer höheren Berechnungsanzahl der GOZ-Nr. 2400 (auch 2410, 2420 und 2440) als anatomisch üblich mitunter diverse Röntgenbilder zur Überprüfung der tatsächlichen Wurzelkanalanzahl an. Die Übersendung dieser Röntgenbilder ist eine Obliegenheit des Patienten, die sich aus der Regelung des § 31 Abs. 1 VVG (Versicherungsvertragsgesetz) begründet.

Grenzen der radiologischen Diagnostik

Hierbei ist aus medizinischer Sicht zweierlei zu betonen: Erstens dienen Röntgenbilder grundsätzlich der klinischen Diagnostik. Es verstößt daher gegen die rechtlichen Grundlagen des Strahlenschutzes und das Rechtfertigungsgebot (rechtfertigende Indikation), wenn Röntgenbilder zum Zwecke der Überprüfung der Kostenerstattung eigens angefertigt werden. Zweitens bilden Röntgenbilder grundsätzlich die dreidimensionale Realität nur zweidimensional ab. Dies bedeutet, dass durch Überlagerungsphänomene der geröntgten Strukturen durchaus nicht immer alle gewünschten anatomischen Besonderheiten abgebildet werden. Insofern kann nicht daraus, dass beispielsweise ein akzessorischer Wurzelkanal im individuellen Fall im vorliegenden Röntgenbild nicht erkennbar ist, geschlossen werden, dass dieser klinisch nicht vorhanden ist.

Mit welchen elektrometrischen Geräten der Zahnarzt die Feststellung der Arbeitslänge eines Wurzelkanals durchführt, bleibt grundsätzlich ihm überlassen. Im Bedarfsfall kann in derselben Sitzung neben einer elektrometrischen Längenbestimmung eine Röntgenmessaufnahme etwa zur Prüfung auf Perforation der Wurzelkanalwand oder bei Verdacht auf große Abweichung zwischen anatomischem oder röntgenologischem Apex durchgeführt werden.

Adäquate Honorarhöhe

Eine mehrfache Längenmessung pro Wurzelkanal kann insbesondere bei gekrümmten Kanälen in einer

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2021

Sitzung indiziert sein. Sie ist auf eine zweimalige Berechnungsfähigkeit je Sitzung laut der Berechnungsbestimmung der GOZ-Nr. 2400 begrenzt. Eine mehr als zweimalige Messung je Kanal oder ein besonderer Aufwand bei der Längenmessung kann nur über eine Anpassung des Steigerungsfaktors erfolgen. Gegebenenfalls muss mit dem Patienten im Vorfeld der Behandlung eine Honorarvereinbarung nach § 2 Abs. 1 und 2 GOZ getroffen werden. Aus einer Entscheidung des Amtsgerichts (AG) Karlsruhe vom 04.09.2015 (Az.: 6 C 1670/15) ergibt sich, dass der Abschluss einer individuellen Vergütungsvereinbarung für eine Behandlung nach den GOZ-Nrn. 2400 und 2420 mit einem Steigerungsfaktor von 27,52 im konkreten Fall nicht den Wuchertatbestand des § 138 Abs. 2 BGB erfüllt.

Das Gericht betonte in seiner Urteilsbegründung, dass die GOZ in § 2 Abs. 1 gerade die Vereinbarung einer abweichenden Gebührenhöhe zulasse, wenn wegen des besonderen Aufwands einer zahnärztlichen Leistung durch den vorgegebenen Rahmen der GOZ keine angemessene Vergütung gewährleistet sei. Es sei aber im Einzelfall zu prüfen, ob die geltend gemachte Gebühr in einem auffälligen Missverhältnis zur konkret erfolgten Behandlung stehe.

Der Zahnarzt hatte vorgetragen, die vorgenommene Behandlung habe einen erhöhten Zeit- und Materialaufwand erfordert wegen Mehrfachmessung, Querstromes und enger kalzifizierter Wurzelkanäle sowie wegen einer erschwerten Zugänglichkeit des Zahnes und der Notwendigkeit mehrerer Spüllösungen. Bei der Behandlung seien eine Lupenbrille und ein OP-Mikroskop zum Einsatz gekommen, zudem habe die Behandlung zwei Stunden gedauert. Nach Ansicht des Gerichts kann eine Gebühr in Höhe von 650,– € für eine zweistündige Behandlung kein auffälliges Missverhältnis zwischen Leistung und Gegenleistung begründen.

Dr. Dr. Alexander Raff

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2021

3.7.17. Raritäten im Katalog der GKV

Vestibulumplastik im BEMA

Es gibt Leistungen, die durch die Weiterentwicklung der Zahnheilkunde immer weiter aus dem Abrechnungsgeschehen verschwinden. So wird heutzutage so gut wie keine Totalprothetik mehr angefertigt – und dementsprechend auch die begleitende Chirurgie seltener bemüht. Unsere zufriedenen Patienten danken es uns.

In den Zeiten, in denen der Zahnerhalt schwieriger war und die technischen Möglichkeiten beschränkter, konnten wir ab einem bestimmten Alter mit einer Totalprothese Ersatz schaffen. Heute können Zähne mit verfeinerter Endodontie und Mikroskopie, mit modernen Füllungswerkstoffen und mit kombiniertem Zahnersatz den Patienten die Totalprothese ersparen. Damit wird auch die bei schwierigen Prothesenlager- und Schleimhautverhältnissen früher oft notwendige Vestibulumplastik so gut wie nicht mehr nötig.

Als präprothetische Maßnahme abrechenbar
Dennoch ist sie im BEMA mit der Nummer 59 abgebildet und mit 120 Punkten als »Pla2« je Frontzahnbereich oder je Kieferhälfte noch immer abrechenbar – de facto aber nur in zwei Fällen. Der erste ist die präprothetische Maßnahme, die zur Vertiefung des Vestibulums dient. Unter Nutzung von Periost plus Mukosa, die voneinander getrennt und aneinander fixiert werden. Für die Patienten sicher kein Vergnügen, aber wirkungsvoll bei schlechter Ausgangssituation.

Im Zusammenhang mit implantologischen Leistungen – die ja ohnehin Privatleistungen sind – ist dies jedoch im BEMA ausgeschlossen. Und zwar selbst dann, wenn sie notwendig sind zum Erhalt der Hygienefähigkeit und des Erhalts der korrekten Schleimhautadaptation am Implantat.

In der Parodontaltherapie Privatleistung
Und auch Vestibulumplastiken zur Parodontaltherapie, etwa zur Rezessionsvermeidung oder Rezessionsdeckung, sind nicht Bestandteil der vertragszahnärztlichen Tätigkeit. Privat können diese Leistungen dem Patienten berechnet werden, sofern sie mit ihm vorab schriftlich mittels einer Privatbehandlungsvereinbarung nach § 8,7 BMV-Z vereinbart wurden (siehe Artikel Dr. Dr. Raff).

Der zweite Fall, bei dem der BEMA die Vestibulumplastik abdeckt, dürfte noch seltener vorkommen als die bisher beschriebenen Anwendungen: und zwar bei einem größeren Umfang, also mit partieller Ablösung der Muskulatur. Dann ist diese Plastik, auch je Frontzahnbereich oder Kieferhälfte, über die geöffneten Bereiche der GOÄ der GKV abrechenbar. Auch hier darf die GOÄ 2676 nur zur Formung des Prothesenlagers abgerechnet werden.

Sinnvollere Ausgaben
Die Einschränkungen der Abrechenbarkeit haben sich nicht die Zahnärzte und ihre Vertretungen ausgedacht, sondern die Politik, der Gemeinsame Bundesausschuss und der GKV-Spitzenverband. Das Geld, das für alle zahnärztlichen Leistungen zur Verfügung steht, ist nicht mehr, sondern eher weniger geworden. Sicher sind die Einschränkungen zur Sicherstellung allgemein nötigerer Leistungen dann auch eher nachvollziehbar. Der Erhalt eines Zahnes durch eine endodontische Behandlung ist sicher im Sinne der allgemeinen Gesundheit eher über die GKV möglich als eine bessere Formung des Implantatumfeldes für einen Einzelzahnersatz, auch und gerade wenn ästhetische Gründe maßgebend sind.

Dr. Christian Öttl

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2021

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2021

3.7.18. Rund um den Scan nach GOZ-Nummer 0065

Abrechnung per GOZ

Die optisch-elektronische Abformung ist seit fast zehn Jahren Bestandteil der GOZ 2012. In ihrer Leistungslegende findet sich zum Leistungsumfang folgende Aussage: »einschließlich vorbereitender Maßnahmen, einfache digitale Bissregistrierung und Archivierung, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich«. Was genau gehört zum Leistungsinhalt, und wie oft ist die Nummer 0065 tatsächlich berechnungsfähig?

Mit der Gebühr nach der GOZ-Nr. 0065 sind bei der optisch-elektronischen Ab formung alle vorbereitenden oder begleitenden Maßnahmen wie sorgfältige absolute Trocknung und gegebenenfalls noch die Puderung der Oberfläche, die digitale Bissregistrierung, Teilscans oder Nachscans, der Zeitaufwand für den Online-Versand der Daten an den Hersteller/das Dentallabor und die elektronische Archivierung der Daten abgegolten.

Medizinisch notwendige Scans
Die Leistung wird je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich berechnet und kann gegebenenfalls bis zu viermal je Sitzung – wenn in allen Quadranten gescannt wird – anfallen. Auch die zahnärztliche optisch-elektronische Abformung von physischen Modellen zwecks digitaler Weiterverwendung der gescannten Daten ist von der Leistungsbeschreibung der GOZ-Nr. 0065 umfasst und kommt dann ebenfalls je Kiefermodellhälfte, maximal viermal für die Modelle des Ober- und Unterkiefers, zum Ansatz. Eventuell ist hier auf eine eindeutige Abgrenzung zur BEB zu achten.

Sind mehrfache Abformungen derselben Strukturen aus unterschiedlichen Indikationen medizinisch notwendig und nicht etwa durch Scan-Fehler bedingt, so sind diese – ebenso wie bei der herkömmlichen Abformung nach der GOZ-Nr. 5170 – auch mehrfach berechnungsfähig. Ist in einer nachfolgenden Sitzung die medizinische Notwendigkeit gegeben, erneut eine optisch-elektronische Abformung durchzuführen, so kann diese erneut berechnet werden.

Abgrenzung zur Zahntechnik
Nach einer digitalen Abformung muss entschieden werden, ob das Werkstück in einem Chairside- oder Labside-Workflow erstellt werden soll. Weitergehende zahntechnische Maßnahmen, die vor allem bei der Herstellung von chairside hergestelltem Zahnersatz im Praxislabor anfallen, sind selbstverständlich im Eigenlabor gesondert nach der BEB berechnungsfähig und sicher nicht mehr im Leistungsumfang des Scannens nach der GOZ-Nr. 0065 enthalten. Dies beinhaltet auch die digitale Festlegung der Präparationsgrenze am gescannten Modell am Computerbildschirm.

Auslagen und Franchise-Kosten
Für den Intraoralscan fallen zusätzliche Kosten während der Nutzung an. Zum einen verwenden viele Anbieter von Scannern Einmalscanaufsätze oder sterilisierbare Köpfe. Gerade bei Einmalköpfen sind die Kosten für das Einmalmaterial klar nachzuweisen.

Einige Anbieter erheben Nutzungsgebühren (aktuell bis zu 400,– € pro Monat) für den Datenversand, der auf speziellen Datenbanken erfolgen muss. Erreichen diese Dienstleistungsfranchise-Gebühren eine Summe, die einen erheblichen Anteil der Gebühren nach der GOZ-Nr. 0065 für den Datenscan aufbraucht, so ist es vertretbar, in Anlehnung an das BGH-Urteil 2004 zur Zumutbarkeitsgrenze die Franchise-Gebühren separat als Materialkosten in Rechnung zu stellen. Ein Aufzehren von 30 Prozent des Einfachen des Gebührensatzes (Faktor 1,0) durch die Materialkosten kann als Grund angesehen werden, dass im vorliegenden Fall durch die hohen Materialkosten die Zumutbarkeitsgrenze überschritten ist.

Moderne Möglichkeiten der Oralscanner
Nach erfolgtem Scan bieten viele Intraoralscanner Möglichkeiten an, diesen Scan weiter zu analysieren und zu bearbeiten. Einige Geräte verfügen auch über die Möglichkeit, Farbbestimmungen der Restzähne oder HD-Fotos parallel zu erstellen. Eine neue diagnostische Option stellt die Möglichkeit dar, Überlagerungen verschiedener Scans durchzuführen, um die Entwicklung von Abrasionen, Zahnbewegungen oder Rezessionen zu analysieren und grafisch darzustellen.

Zudem ist es heute mit einigen Scannern möglich, Karies zu diagnostizieren. Hierzu werden Techniken

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2021

wie Transillumination oder NIRI (NearInfraRedImaging) verwendet. Abhängig vom jeweiligen Scannermodell erfolgt die Erfassung dieser Daten während des regulären Scanvorgangs (NIRI) oder in einem zusätzlichen Scan.

Entsteht ein zusätzlicher Behandlungsaufwand durch die Anwendung der technischen Möglichkeiten der Intraoralscanner, so ist zu differenzieren, ob eine unselbstständige Teilleistung mit einem höheren Steigerungsfaktor nach § 5 Abs. 2 GOZ zu berücksichtigen ist (zum Beispiel Fotodokumentation) oder ob eine selbstständige zahnärztliche Leistung erfolgt, die nicht in der GOZ oder der GOÄ enthalten ist und demnach analog nach § 6 Abs. 1 GOZ berechnet werden muss (zum Beispiel diagnostische Fotoanalysen und virtuelle Planungen, Kariesdiagnostik mittels Transillumination).

Die computergestützte kieferorthopädische Auswertung zur Diagnose oder Planung von KFO-Modellen durch die gescannten Daten ist beispielsweise nicht mehr Bestandteil des intraoralen Scannens nach der Leistungsbeschreibung der GOZ-Nr. 0065. Dies unterscheidet die GOZ-Nr. 0065 von den GOZ-Nrn. 0050 und 0060. Sie kann bzw. muss demzufolge als nicht in der GOZ 2012 beschriebene Leistung gemäß § 6 Abs. 1 analog berechnet werden.

Wie bereits oben betont, fallen alle zahntechnischen Analysen bei der Herstellung von CAD-CAM-Restaurationen wiederum gemäß § 9 GOZ unter die zahntechnischen Leistungen.

Dr. Dr. Alexander Raff

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2021

3.7.19. Schlafapnoebehandlung beim Zahnarzt (Teil 1)

Neue Leistungen. Der Bewertungsausschuss hat sich mit der Unterkieferprotrusionsschiene auseinandergesetzt, und seit dem 01.01.2022 gelten die neuen BEMA-Leistungen und deren Bewertung. Die Vorgabe der Zweitlinientherapie bleibt aber weiter bestehen.

Ausschließlich Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, die über eine Genehmigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen der Kassenärztlichen Vereinigung verfügen, dürfen Patienten zur Behandlung mit einer Unterkieferprotrusionsschiene an eine Zahnarztpraxis überweisen. Zahnärztinnen und Zahnärzte können die Schiene dann nach Maßgabe der überweisenden Medizinerinnen und Mediziner anfertigen, kontrollieren und verbessern.

Die einzelnen Leistungen:

UP1
Die Untersuchung zur Versorgung mit einer Unterkieferprotrusionsschiene einschließlich Beratung wird mit 27 Punkten bewertet. Die Leistung nach Nr. UP1 umfasst die Prüfung, ob die zahnmedizinischen Voraussetzungen für die Versorgung mit einer Unterkieferprotrusionsschiene vorliegen, insbesondere eine ausreichende Fähigkeit zur Mundöffnung, eine ausreichende aktive Protrusionsbewegungsmöglichkeit des Unterkiefers, eine ausreichende Verankerungsmöglichkeit der Schiene sowie keine der Versorgung entgegenstehenden Kiefergelenkstörungen. Die Behandlung bedarf einer kooperativen vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung. Gemäß den Richtlinienvorgaben kann die Behandlung mit einer Unterkieferprotrusionsschiene zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden bei erwachsenen Patientinnen und Patienten, bei denen eine behandlungsbedürftige Schlafapnoe anhand einer Stufendiagnostik gemäß Anlage I Nr. 3 § 3 der MW-Richtlinie festgestellt wurde und eine Überdrucktherapie nicht erfolgreich durchgeführt werden kann. Die darauffolgende Versorgung mit der zahntechnisch individuell angefertigten und adjustierbaren Unterkieferprotrusionsschiene wird durch eine Vertragszahnärztin oder einen Vertragszahnarzt nach Ausschluss zahnmedizinischer Kontraindikationen im Zuge einer Überweisung stattfinden.

Neben einer Leistung nach Nr. UP1 kann für dieselbe Sitzung eine Leistung nach Nr. Ä 1 nur abgerechnet werden, wenn sie anderen Zwecken dient. Für eine der nachfolgenden Sitzungen kann eine Leistung nach Nr. Ä 1 nur dann abgerechnet werden, wenn sie als alleinige Leistung erbracht wird.

UP2
Die Abdrucknahme beider Kiefer und dreidimensionaler Registrierung der Startprotrusionsposition zur individuellen Vorverlagerung des Unterkiefers. Bei der Abdrucknahme kann in den Fällen, in denen ein konfektionierter Löffel nicht ausreicht, die Verwendung eines individuellen oder individualisierten Löffels angezeigt sein.

Die Auswahl der Protrusions- und Konstruktionselemente und der Materialien orientiert sich am jeweiligen Behandlungsfall, die individuellen Besonderheiten der Patientin oder des Patienten sind zu berücksichtigen. Dabei ist die zusätzliche Abrechnung von zahnärztlichem Honorar bei Anwendung besonderer Abdruckverfahren nicht zulässig. Die Leistung ist mit 49 Punkten bewertet.

UP3
Das Eingliedern einer Unterkieferprotrusionsschiene wird mit 229 Punkten bewertet. Die Leistung nach UP3 umfasst das Eingliedern einer zweiteiligen, bimaxillär verankerten Unterkieferprotrusionsschiene mit individuell reproduzierbarer Adjustierung sowie der Möglichkeit einer individuellen Nachjustierung mindestens in Millimeterschritten sowie die Einstellung des Protrusionsgrads, ausgehend von regelhaft mindestens 50 % der maximal möglichen aktiven Unterkieferprotrusion.

Maßgebend für die individuelle Einstellung ist eine für die Patientin oder den Patienten angenehm empfundene (schmerz- und spannungsfreie) Vorverlagerung des Unterkiefers.

In der nächsten DFZ-Ausgabe finden Sie die weiteren Leistungen des BEMA zur Unterkieferprotrusionsschiene.

Dr. Christian Öttl

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2022

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2022

3.7.19.1. Schlafapnoeschienen im BEMA (Teil 2)

Neue Leistungen. Der Bewertungsausschuss hat sich mit der Unterkieferprotrusionsschiene auseinandergesetzt, und seit dem 01.01.2022 gelten die neuen BEMA-Leistungen und deren Bewertung. Die Vorgabe der Zweitlinientherapie bleibt aber weiter bestehen.

Ausschließlich Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, die über eine Genehmigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen durch die Kassenärztliche Vereinigung verfügen, dürfen Patienten zur Behandlung mit einer Unterkieferprotrusionsschiene überweisen. Zahnärztinnen und Zahnärzte können die Schiene dann nach Maßgabe der Medizinerinnen und Mediziner anfertigen, kontrollieren und verbessern.

Die einzelnen Leistungen (Teil 2) sind so beschrieben:

UP4
Nachadaption des Protrusionsgrads wird mit zehn Punkten bewertet. Im Anschluss an die Erstanpassung der Schiene wird deren Wirksamkeit im weiteren Therapieverlauf vonseiten der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes überprüft, die/der die zahnärztliche Versorgung mit der Schiene veranlasst hat. Erforderliche Nachadaptionen hinsichtlich der Einstellung des Protrusionsgrads werden von der Vertragszahnärztin oder dem Vertragszahnarzt vorgenommen. Die Nachadaption kann auf Veranlassung der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes erfolgen. Des Weiteren kann eine Nachadaption des Protrusionsgrads aus zahnärztlicher Indikation erforderlich werden. Auch sie erfolgt in Abstimmung mit der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt. Das bedeutet, dass der Vertragszahnarzt immer der Erfüllungsgehilfe des behandelnden Vertragsarztes ist und dieser sowohl die Therapie verordnet als auch koordiniert und über jeden Schritt unterrichtet werden muss.

UP5
UP5-Kontrollbehandlung: Die BEMA-Nr. UP5 berücksichtigt bedarfsabhängig die Durchführung erforderlicher Kontrollbehandlungen. Hinsichtlich des Aufwandes und der Bewertung wird differenziert nach im Zuge der Kontrollen gegebenenfalls notwendig werdenden Leistungen:

- einfachen Korrekturen (Buchstabe a – acht Punkte)
- dem Einschleifen der Stütz- und Gleitzonen (subtraktive Methode nach Buchstabe b – zwölf Punkte)
- dem Aufbau der Stütz- und Gleitzone (additive Methode nach Buchstabe c – 35 Punkte)

Mit dieser Abrechnungsbestimmung wird klargestellt, dass die Leistungen der Nummern UP5 a bis UP5 c alternativ nebeneinanderstehen und folglich je Sitzung nur eine dieser Leistungen abgerechnet werden kann.

UP6
UP6-Maßnahmen zum Wiederherstellen der Funktion oder zur Erweiterung einer Unterkieferprotrusionsschiene: Mit den BEMA-Nrn. UP6 a bis UP6 e werden Gebühren für Reparaturleistungen und erforderliche Erweiterungen vereinbart. Mit der Ausdifferenzierung in fünf Einzelleistungen sollen sämtliche regelhaft in Betracht kommenden Reparaturen abgedeckt und mit den entsprechenden Bewertungen dem jeweiligen Inhalt und Aufwand Rechnung getragen werden. In Abgrenzung dazu wird klargestellt, dass für das bloße Reinigen, Säubern und Polieren von Unterkieferprotrusionsschienen einschließlich der Protrusionselemente den Krankenkassen keine Kosten berechnet werden können.

- UP6 a: kleinen Umfangs (ohne Abformung) – 25 Punkte
- UP6 b: größeren Umfangs (mit Abformung) – 42 Punkte
- UP6 c: Teilunterfütterung einer Unterkieferprotrusionsschiene – 37 Punkte
- UP6 d: Wiederherstellung eines einzelnen oder mehrerer Halte- oder Stützvorrichtungen – 19 Punkte
- UP6 e: Wiederherstellung eines einzelnen oder mehrerer Protrusionselemente – 19 Punkte

Zusätzliche Bestimmung

Die BEMA-Nr. 2 darf nicht für die Versorgung mit einer Unterkieferprotrusionsschiene gemäß den BEMA-Nrn. UP1 bis UP6 abgerechnet werden.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2022

Man darf gespannt sein, was hier bei der festgeschriebenen Evaluation nach zwei Jahren zum Bestand der Leistungen herauskommt. Es wird also über die Zukunft der Leistungen 2024 entschieden werden.

Je nachdem, wie viele spezialisierte Fachärzte Patienten an die schlafmedizinisch interessierten Zahnärzte zur Therapie überweisen und gemeinsam den Behandlungserfolg herbeiführen, wird dieses Ergebnis zu einer neuen Einschätzung führen.

Es bleibt jedoch immer noch die Möglichkeit, einen Patienten, der nur von seinem »Hauszahnarzt« mit einer »Schnarcherschiene« behandelt werden will, diese auf dem Wege der privaten Vereinbarung außerhalb des BEMA zu verabreden.

Dr. Christian Öttl

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2022

3.7.20. Berechnung der Behandlung mit Chlorhexidin-Lack

Der gangbare Weg. Eigentlich ist es ganz klar: Lackierungen mit Chlorhexidin-Lack sind in der GOZ (und im BEMA) nirgends beschrieben. Also sollte die analoge Berechnung nach § 6,1 GOZ eigentlich selbstverständlich sein. Ist sie aber nicht.

Die Anwendung bakterienreduzierender Lacke mit unterschiedlich hoch dosiertem Chlorhexidin dient der chemischen Biofilmbeeinflussung und wirkt hauptsächlich reduzierend auf die Aktivität von grampositiven Keimen (*Streptococcus mutans, Streptococcus sobrinus*, Laktobazillen). Diese Lacke werden gezielt insbesondere auf kariesgefährdete Wurzelflächen, Zahnhalsbereiche oder Fissuren aufgetragen.

Auch in der Implantologie und Parodontologie findet die Keimzahlsenkung ihre medizinische Anwendung. Das Lackieren mit Chlorhexidin-Lack ist keine Fluoridierungsmaßnahme, auch wenn in manchen Präparaten Fluorid beigesetzt ist. Es erfüllt damit nicht die Kriterien der Leistungslegende der GOZ-Nr. 1020: »Lokale Fluoridierung zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz, zur Kariesvorbeugung und -behandlung mit Lack oder Gel, je Sitzung«.

Urteile zahnmedizinisch nicht nachvollziehbar

Das Ziel der gesteuerten Keimzahlsenkung mittels Lackierungen ist in der GOZ von 2012 nicht beschrieben. In diesen Fällen kommt die Analogberechnung nach § 6 Abs. 1 GOZ zum Einsatz. Zwei Urteile aus 2020 und 2021 sehen das allerdings anders: So vertreten der Verwaltungsgerichtshof (VGH) Baden-Württemberg (Urteil vom 27.11.2020 Az.: 2 S 1742/20) und das Verwaltungsgericht (VG) München (Urteil vom 27.05.2021, Az.: M 17 K 19.1475) für die Beihilfefähigkeit die Meinung, die Anwendung eines Chlorhexidin-Lackes sei nach der GOZ-Nr. 1020 und nicht im Sinne des § 6 Abs. 1 GOZ § 6 analog berechenbar.

Offensichtlich treffen die Verwaltungsrichter – leider wurden wie häufig im Bereich der Verwaltungsgerichte keine medizinischen Sachverständigen hinzugezogen – keine Unterscheidung zwischen Fluoridierungen und anderen kariesprotektiven Maßnahmen. Dies gibt die nur von der Fluoridierung sprechende Leistungslegende der GOZ-Nr. 1020 (im Unterschied zu der der GOZ-Nr. 1030, siehe unten) aber nicht her. Die zahnärztliche Maßnahme der »lokalen Fluoridierung zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz, zur Kariesvorbeugung und -behandlung mit Lack oder Gel« ist zudem in ihrer Berechnungsfrequenz eingeschränkt: Die Berechnungsbestimmung der GOZ-Nr. 1020 lässt höchstens die viermalige Berechnung innerhalb eines Jahres zu. Eine derartige Beschränkung auf die Anwendung von CHK-Applikationen auszudehnen – was ja mit der verwaltungsrichterlichen Subsumierung einhergeht –, ist zahnmedizinisch nicht nachvollziehbar.

Bei Prophylaxeschienen sieht es anders aus

Anders bei den Prophylaxeschienen: Während die lokale Fluoridierung nach der GOZ-Nr. 1020 nur das direkte gezielte Auftragen von fluoridhaltigem Lack oder Gel auf die Zahnoberfläche umfasst, wird bei der Verwendung einer hierfür individuell hergestellten Schiene die GOZ-Nr. 1030 berechnet.

Und bei der Nr. 1030 ist es dann tatsächlich so, dass die Leistungslegende es offenlässt, womit die Prophylaxeschiene bestückt wird. Denn von Fluorid oder Fluoridierung ist in der Nr. 1030 nicht die Rede, sondern ganz allgemein von der »lokale[n] Anwendung von Medikamenten zur Kariesvorbeugung oder initialen Kariesbehandlung mit einer individuell gefertigten Schiene als Medikamententräger«. Dies bedeutet, dass bei der Prophylaxe mittels Medikamententräger die GOZ-Nr. 1030 bei CHX-Zubereitungen genauso berechnet werden kann wie bei der Bestückung mit Fluoridpräparaten.

Aber zurück zur direkten Chlorhexidin-Lackierung: Jenseits der spezifischen Sicht der Beihilfe in Bayern und Baden-Württemberg bleibt es dabei, dass diese

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2022

Maßnahme analog gemäß § 6,1 GOZ zu berechnen ist. Und dies entsprechend dem jeweiligen tatsächlichen Aufwand. Das gilt auch für die CHX-Anwendung bei gesetzlich krankenversicherten Patienten, die diese Behandlungsmaßnahme zur Prophylaxe oder auch im Rahmen der GKV-PAR-Therapiestrecke wünschen und mit denen dies vorher schriftlich nach § 8,7 BMV-Z vereinbart wurde.

Dr. Dr. Alexander Raff

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2022

3.7.21. »Angemessener kalkulatorischer Gewinnanteil« im Eigenlabor

Urteil. Das Landgericht Darmstadt hat am 15.03.2021 (Az: 18 O 33/20) ein wichtiges grundsätzliches Urteil zur Abrechnung nach § 9 Abs. 1 GOZ bei Betrieb eines eigenen Praxislabors gefällt. Zahnärzte, die zahntechnische Leistungen in einem eigenen Praxislabor erbringen, dürfen einen angemessenen kalkulatorischen Gewinnanteil auch im Eigenlabor abrechnen, da sie höheren wirtschaftlichen Risiken unterliegen.

Die Wettbewerbszentrale hatte gegen einen führenden Hersteller von Dentalprodukten und -technologien für Zahnärzte und Zahntechniker geklagt. Der Hersteller vertreibt ein CAD/CAM-gestütztes System, bestehend aus einer Oralkamera, einem PC und einer CNC-Fräsmaschine. In einer Broschüre warb dieser für das System unter anderem mit folgendem Hinweis:

»Neben den zahnärztlichen Leistungen regelt § 9 der GOZ die individuelle Kalkulation der Laborkosten und erlaubt abweichend von dem BEL II oder der BEB eine eigene Kalkulation der tatsächlich entstandenen Laborkosten. Hier entstehen Zahnärzten Freiräume für patientenindividuelle Lösungen.«

Die Wettbewerbszentrale argumentierte, der Zahnarzt habe einen Anspruch auf einen angemessenen Gewinn lediglich im Rahmen der abschließenden Gebührentatbestände gemäß §§ 4 bis 7 GOZ. Durch die streitgegenständlichen Broschüren und die darin enthaltenen Angaben stifte die Beklagte ihre Kunden an, Abrechnungen unter Verstoß gegen § 9 Abs. 1 GOZ vorzunehmen.

Begründung der Entscheidung

»Die Auffassung des Klägers würde dazu führen, dass ein Verlust, der bei dem Betrieb eines eigenen Praxislabors entstehen kann, durchweg allein vom Zahnarzt zu tragen wäre. Der Zahnarzt, der über ein Eigenlabor verfügt, würde insoweit schlechter stehen als der Kollege, der mit einem Fremdlabor zusammenarbeitet, was von § 9 Abs. 1 GOZ jedoch nicht gewollt ist […].

Soweit der Kläger die Auffassung vertritt, dass ein über das Eigenlabor erzielbarer (zusätzlicher) Gewinn dem Zahnarzt den vom Berufsrecht nicht gewünschten Anreiz böte, das bestehende Eigenlabor auch auszulasten und nicht allein objektiv den der Zahngesundheit und den Wünschen des Patienten dienenden, sondern denjenigen Zahnersatz auszuwählen, der ihm auch einen finanziellen Vorteil bringt, verfängt dies nicht. Denn der Zahnarzt ist immer in der Pflicht, den Patienten ordnungsgemäß – auch über Behandlungsalternativen – aufzuklären und diese Aufklärung entsprechend zu dokumentieren. Im Übrigen erscheint es auch nicht verhältnismäßig, dem ein Eigenlabor betreibenden Zahnarzt das volle Risiko eines wirtschaftlichen Verlusts ohne die Möglichkeit der Erzielung eines angemessenen kalkulatorischen Gewinnanteils aufzubürden, nur weil einige »schwarze Schafe« ihren ärztlichen Pflichten zuwiderhandeln könnten. […] Nicht zuletzt ist zu berücksichtigen, dass im Rahmen des § 9 Abs. 1 GOZ auch nur die ›angemessenen‹ Kosten abgerechnet werden dürfen, was per se begrenzend wirkt.

Hinzu kommt, dass im Rahmen des § 9 Abs. 1 GOZ allgemein anerkannt ist, dass in bestimmten Konstellationen eine Weiterreichung von Vorteilen des Zahnarztes, die er bei Beauftragung eines Fremdlabors erhält, nicht zu erfolgen hat.

So hat der Zahnarzt Skonti in Höhe von bis 3 % nicht weiterzureichen, wenn er zeitnah eine Zahntechnikerrechnung begleicht, bevor er einen entsprechenden Auslagenersatz vom Patienten fordern kann […].

Allerdings wird sich der üblicherweise eintretende Zinsschaden unter besonderer Berücksichtigung der derzeitigen Zinssätze kaum bei 3 % bewegen, so dass der Zahnarzt regelmäßig bei der Einbehaltung eines Skontos von 3 % einen – wenn auch nicht hohen – ›Gewinn‹ machen dürfte. Dies wird auch deswegen als zulässig angesehen, weil der Zahnarzt hier nicht bloß einen Zinsschaden erleidet, sondern darüber hinaus u. a. das Solvenzrisiko des Patienten trägt […].

Diese Erwägungen lassen sich zwanglos auf die in Rede stehende Konstellation übertragen: Der Zahnarzt, der ein Eigenlabor betreibt, ist höheren wirtschaftlichen Risiken ausgesetzt als der Zahnarzt, der ein Fremdlabor beauftragt.«

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2022

Zur Höhe des Gewinnanteils hat das Gericht keine konkreten Aussagen getroffen. Allerdings stellt es fest, es sei immer zu berücksichtigen,

»dass es bei den verschiedenen Berechnungen selbstverständlich einen Unterschied macht, wo der Zahnarzt tätig ist (alte Bundesländer/neue Bundesländer), welche Auslastung der Praxis anzunehmen ist, welches Fremdlabor herangezogen wird und welche Arbeitszeit der Zahnarzt statt für die Erbringung zahnärztlicher Leistungen für die Bedienung des […]-Systems aufzuwenden hat.«

Dr. Dr. Alexander Raff

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2022

3.7.22. Systemvergleich bei der Unterkieferprotrusionsschiene

Honorar. Es hat sich herumgesprochen, dass viele Behandlungsmaßnahmen in der GOZ im Vergleich zum BEMA-Honorar derselben Leistungen mit so niedrigen Punktzahlen bewertet sind, dass nur eine teilweise deutlich über dem 3,5-fachen Satz liegende Honorarvereinbarung nach § 2 GOZ ein gleichwertiges Honorar zu erzielen vermag. Wie sieht das bei der Protrusionsschiene aus?

Der 20. Beschluss des Beratungsforums für Gebührenordnungsfragen der BZÄK, PKV und Beihilfe hat die analoge Berechnung der Eingliederung einer Protrusionsschiene bestätigt. PKV und Beihilfe weisen in diesem Beschluss darauf hin, dass sie die GOZ-Nr. 7010 (Eingliederung eines Aufbissbehelfs mit adjustierter Oberfläche) für angemessen erachten. Dabei wird die bimaxilläre Schiene als ein Therapiegerät angesehen, für das auch nur eine Analogie angesetzt werden kann. Insofern ist die PKV-Empfehlung hinsichtlich der GOZ-Nr. 7010 besonders kritisch zu würdigen.

Hilfreich ist hier ein Systemvergleich mit dem BEMA mit den ab 01.01.2022 abrechenbaren BEMA-Positionen zur Unterkieferprotrusionsschiene UP1, UP2 und UP3 mit folgenden Leistungstexten und folgenden Punktzahlen: Dabei wird es im BEMA ebenfalls so gesehen, dass die bimaxilläre, aus zwei Teilen bestehende UP ein Werkstück ist. Bei einem aktuellen Rechenexempel mit dem Punktwert der AOK Baden-Württemberg (1,1710 €) und addierten 299 Punkten ergibt dies eine Summe von ca. 350,– €. Diese Summe kann mit den Berechnungsmodalitäten der PKV verglichen werden. Dabei sind mit der BEMA-Nr. UP1 die GOÄ-Nrn. Ä1 und Ä5 vergleichbar. Diese bilden beim 2,3-fachen Faktor ein Honorar von 21,44 €. Das bedeutet, dass im Systemvergleich für die Protrusionsschiene in der PKV mittels der Analogberechnung ein Honorar von ca. 330,– € erwirtschaftet werden muss, um auf die BEMA-Gebührenhöhe zu kommen.

Realistische Analogienummern

Wendet man nun die Empfehlung der PKV/Beihilfe – nämlich die GOZ-Nr. 7010 analog – mit 2,3 an, so ergibt dies eine Summe von 103,49 €. Steigert man mit der Begründung, dass eine Protrusionsschiene ja bimaxillär geplant, gefertigt und eingegliedert werden muss und damit einen erheblich höheren Aufwand darstellt, auf den Faktor 3,5, so ergeben sich 157,48 €.

Damit zeigt sich, dass diese Analogieempfehlung selbst bei maximaler Anwendung des § 5,2 GOZ nur die Hälfte an Honorar erwirken kann als das in der GKV zur Abrechnung Gelangende. Erst bei einer Honorarvereinbarung nach § 2 GOZ mit Faktor 7,3 ist auf der Basis der Analogieempfehlung GOZ-Nr. 7010a eine in der Größenordnung der GKV liegende Honorarhöhe (328,50 €) zu erzielen.

Als realistische Analogienummern, die wenigstens den im BEMA zugrunde gelegten Aufwand tatsächlich berücksichtigen, bieten sich – statt der Nr. 7010 – als gleichwertige Bezugsgrößen zum Beispiel an: die Resektionsprothese (GOZ-Nr. 5330 mit Faktor 2,3 für 362,20 €) oder die GOÄ-Nr. 2701 (extraorale Hilfsvorrichtung) etwa mit Faktor 3,5 für 367,22 €.

Systemvergleich mit dem BEMA
BEMA-Positionen zur Unterkieferprotrusionsschiene

UP1	Untersuchung zur Versorgung mit einer Unterkieferprotrusionsschiene einschließlich Beratung	27
UP2	Abformung und dreidimensionale Registrierung der Startprotrusionsposition	49
UP3	Eingliederung einer Unterkieferprotrusionsschiene	223

Dr. Dr. Alexander Raff

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2022

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2022

3.7.23. Von Tieren und Menschen

Beratungsleistung. 10,72 €: Das ist exakt der Betrag, der eine (zahn-)ärztliche Beratung bei Privatversicherten wert ist, wenn der Regelsatz mit Faktor 2,3 Anwendung findet. Ist das eine adäquate Honorierung?

Schauen wir uns mal nach Dienst- oder Sachleistungen um, die ebenfalls zwischen zehn und elf Euro kosten. Die nachfolgende kleine Tabelle gibt die willkürlich ausgewählten Kostenäquivalente einer (zahn-)ärztlichen Beratung wieder:

Dienst- oder Sachleistungen

1 Zahnstocherspender	10,50 €
1 Negroni-Cocktail in einer Stuttgarter Kneipe	10,50 €
1 Tubenquetscher/Tubenpresse	9,99 €
4 Fünftel einer Maß Bier auf dem Oktoberfest	10,60 €
2 Päckchen gebrannte Mandeln auf dem Weihnachtsmarkt	ca. 10 €
1 Taxifahrt von knapp drei Kilometern	ca. 11 €
1 Fast-Food-Menü	ca. 10 €

Wenn drei Kilometer Taxifahren, 200 g gebrannte Mandeln und weniger als ein Liter Volksfestbier mehr kosten als eine privatärztliche Beratung zum Standardsatz, muss man davon ausgehen, dass die gesundheitspolitische Wertschätzung einer (zahn-)ärztlichen Beratung sehr gering ist. Denn die äquivalenten Leistungen sind offensichtlich nicht besonders hochwertig. Auch eine Anwendung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) gemäß § 5, Abs. 2 GOÄ und damit das aufwandsadäquate Bemessen der Beratung (»das Faktorsteigern«) kann das Beratungshonorar nur maximal auf 16,31 € erhöhen.

Ausschließlich die Anwendung einer abweichenden, freien Honorarvereinbarung nach § 2, Abs. 1 GOÄ ermöglicht ein ärztliches Beratungshonorar, das der Höhe nach nicht mehr im Bereich von Bagatelleinkäufen oder Gelegenheitsausgaben liegt. Nur über die freie Honorarvereinbarung kann der tatsächliche Wert einer Beratung in allen Fragen der persönlichen Gesundheitsvorsorge und -versorgung abgebildet werden.

Angst vor dem Patienten?

Warum wird die freie Honorarvereinbarung dann so selten vereinbart? Hat die (Zahn-)Ärzteschaft Angst vor der Auseinandersetzung mit den Patienten? Darf Gesundheit in Deutschland nicht mehr wert sein? Muss sich die Höhe der Liquidation nach der vollständigen Erstattung durch die Kostenträger ausrichten?

Übrigens: Tierärzte haben das Bewertungsproblem nicht. Eine tierärztliche Beratung liegt seit November 2022 gemäß der Gebührenordnung für Tierärzte (GOT) im Mittelwert bei 22,52 €. Ohne abweichende Vereinbarung. Bei Tieren darf die ärztliche Beratung also einen deutlichen, nämlich mehr als den doppelten Wert besitzen als die Beratung beim Menschen.

Dr. Dr. Alexander Raff

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2023

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2023

3.7.24. An der Wurzel gepackt

Gebührenordnung für Zahnärzte. Bei der Neuformulierung der GOZ 2012 verwundert es, dass die Revision der Wurzelkanalfüllung nicht als eigene Gebührennummer geschaffen wurde, da sich die Behandlungsmaßnahme fest etabliert hat. Erst jetzt hat das GOZ-Beratungsforum den Beschluss gefasst, diese Leistung gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog zu berechnen.

Die Revision einer Wurzelbehandlung nach einer endodontischen Primärbehandlung stellt eine erfolgversprechende, praxisreife moderne Methode der Zahnheilkunde dar. Das gilt allerdings gesichert erst seit der Verfügbarkeit spezieller, intrakanalärer maschineller Instrumente und seit der Verfügbarkeit geeigneter optischer Sehhilfen wie dem Dentalmikroskop.

GOZ 1988 – GOZ 2012

Revisionen als Behandlungsmaßnahmen bei einer verbarrikadierenden vorbestehenden revisionsbedürftigen Wurzelfüllung waren zum Zeitpunkt der Schaffung der alten Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) 1988 aufgrund der damals zur Verfügung stehenden technischen Möglichkeiten nur versuchsweise mit ungewissem Ausgang möglich. Es ist deshalb stimmig, dass derartige Revisionen in der GOZ 1988 als praxisreife Maßnahme nicht beschrieben worden sind.

Bei der Neuformulierung der GOZ 2012 verwundert es jedoch, dass die Revisionsbehandlung, also die Entfernung alter Wurzelfüllungen, nicht als eigene Gebührennummer geschaffen wurde, denn mittlerweile hat sich diese Behandlungsmaßnahme fest etabliert. Die Wurzelfüllungsrevision ist nicht zu verwechseln mit der Entfernung einer alten Füllung oder Krone, also Maßnahmen, die nach den GOZ-Nummern 2290 und 2300 berechnet werden.

Für den erheblichen Aufwand des Entfernens des alten Verschlussmaterials, mit dem die Pulpenhöhle gefüllt wurde, für das Aufsuchen und Darstellen der mit diesem Material verdichteten ehemaligen Kanaleingänge sowie für das zwingend sehr vorsichtige Vorantasten in die alte Wurzelfüllmasse hinein und schließlich für die komplette Entfernung der alten Wurzelfüllung ist in der GOZ keine Gebührennummer vorhanden. Hier ist die Berechnung über das Analogieverfahren nach § 6 Abs. 1 anzuwenden. Konsentiert hat das nun endlich das GOZ-Beratungsforum, bestehend aus dem Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband), der Beihilfe und der Bundeszahnärztekammer (BZÄK).

Beschluss Nr. 62

Beschluss Nr. 62 Entfernung vorhandenen definitiven Wurzelkanalfüllmaterials im Rahmen der Revision einer Wurzelkanalbehandlung: »Die Entfernung vorhandenen definitiven Wurzelkanalfüllmaterials im Rahmen der Revision einer Wurzelkanalbehandlung stellt eine selbstständige zahnärztliche Leistung dar, die in der GOZ nicht beschrieben und daher gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog zu berechnen ist. Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die BZÄK keine konkrete Analoggebühr. Der PKV-Verband und die Träger der Beihilfe halten als Analoggebühr die Geb.-Nr. 2300a GOZ für angemessen. Die Leistung ist einmal je Kanal und je Revisionsfall berechnungsfähig.«

Damit wird der schon länger bestehende Beschluss Nr. 10 revidiert, der aussagte, dass über das Entfernen des bestehenden Wurzelfüllmaterials im Rahmen einer Revision kein Konsens zwischen den Parteien getroffen werden konnte; die BZÄK und auch die DGET (Deutsche Gesellschaft für Endodontologie und Traumatologie) hatten die analoge Berechnung schon immer befürwortet.

(Zu) Geringes Honorar

Beim neuen Beschluss Nr. 62 fällt auf, dass der PKV-Verband und die Beihilfestellen lediglich die GOZ-Nr. 2300 für angemessen halten. Das entspricht einer Honorierung von 34,93 € beim 2,3-fachen Gebührensatz. Nur in ganz einfachen Fällen der Revision, etwa der Entfernung eines vorbestehend nicht suffizient verankerten alten Silberstiftes, kann eine solche Honorarhöhe den tatsächlichen Behandlungsaufwand abbilden. In der weit überwiegenden Mehrzahl aller Fälle gestaltet sich die Entfernung deutlich zeitintensiver.

Es bleibt somit nur die Wahl, eine höher bewertete eigene Analogleistung auszuwählen gemäß § 6 Abs. 1 GOZ oder den Faktor bei der analogen GOZ-Nr.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2024

2300 entsprechend deutlich zu steigern, gegebenenfalls unter Anwendung einer Honorarvereinbarung nach § 2 Abs. 1 und 2 GOZ – diese von der Gebührenordnung abweichende Vereinbarung ist vor Behandlungsbeginn mit dem Patienten zu vereinbaren. Generell ist es empfehlenswert, den Patienten auf eventuelle Kürzungen bei der Erstattung durch die privaten Kostenträger hinzuweisen.

Dr. Dr. Alexander Raff

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2024

3.7.25. Auf das Detail kommt es an

GOZ-Nr. 4020. Die Berechnung der Mundschleimhautbehandlung ist ärgerlich – wegen eingeschränkter Leistungslegende und wegen der Honorarbewertung. Umso wichtiger ist es, all das zu berücksichtigen, was bei der Lokalbehandlung überdurchschnittlich schwierig war.

Die Berechnung der Behandlung der Mundschleimhaut ist nicht kompliziert, es gibt dafür die GOZ-Nr. 4020: »Lokalbehandlung von Mundschleimhauterkrankungen, gegebenenfalls einschließlich Taschenspülungen, je Sitzung«. Aber wie überall steckt auch hier der Teufel im Detail.

Zwei Kriterien sind es, die bei der Berechnung der GOZ-Nr. 4020 ein großes Ärgernis darstellen: erstens die Einschränkung in der Leistungslegende, sodass unabhängig von Aufwand und Umfang die Lokalbehandlung nur einmal je Sitzung berechnet werden kann, und zweitens die Honorarbewertung in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), die beim 2,3-fachen Faktor bei gerade einmal 5,82 € liegt.

Das sieht im Bewertungsmaßstab zahnärztlicher Leistungen (BEMA) ganz anders aus: Nach einem Punktwert der AOK von 2024 gerechnet, liegt das Kassenhonorar bei 10,11 €.

Das bedeutet, nur wenn die Lokalbehandlung mit einem Faktor von 3,9 per Honorarvereinbarung vorab vereinbart worden ist, entspricht das Honorar der Höhe des Kassensatzes. Und das bei exakt vergleichbarer Leistung!

§ 2 Abs. 1 GOZ
Zu beachten ist auch, dass § 2 Abs. 1 GOZ vorschreibt: Notfall- und akute Schmerzbehandlungen dürfen nicht von einer Honorarvereinbarung abhängig gemacht werden.

Und bei der Behandlung von Erkrankungen der Mundschleimhaut gibt es sicherlich diverse Fälle, in denen eine akute Schmerzbehandlung der Anlass für die Therapie ist; gleichwohl sind die Gründe für die Lokalbehandlung vielfältig und auch unterschiedlich akut. Gingivitis, Parodontitis, Periimplantitis können auch in nicht akut schmerzhafter Form vorliegen; dasselbe gilt für Schleimhautverletzungen oder Erkrankungen der Mundschleimhaut (beispielsweise Aphthen oder Pilzerkrankungen).

§ 5 Abs. 2 GOZ
Sind die Gründe für eine Lokalbehandlung auch vielfältig, so stellt es sich in der Lebensrealität der Praxis sehr schwierig dar, Patienten, etwa mit Prothesendruckstellen (Dekubitus) oder Dentitio difficilis, zu überzeugen, zuerst einmal eine Honorarvereinbarung zu unterschreiben. Umso wichtiger ist es, all das zu berücksichtigen, was bei der Lokalbehandlung überdurchschnittlich schwierig war, und dann auch entsprechend einem passenden Faktor nach § 5 Abs. 2 GOZ zu berechnen.

Möglicherweise beginnt dies schon mit einem stark erschwerten Mundzugang zur betroffenen Stelle der Schleimhaut wegen gelenkbedingter Kiefersperre, habitueller Öffnungshemmung, extrem enger und kleiner Mundöffnung, Adipositas der perioralen Weichteile, Herpes labialis oder anderen Verletzungen an der Lippe.

Deutlich länger als normal dauert eine Lokalbehandlung auch, wenn diese großflächig oder gar generalisiert erfolgen muss, wenn ein Medikament an vielen, getrennten voneinander existierenden Stellen aufgebracht werden muss, wenn es sich um verschiedene Mundschleimhauterkrankungen handelt oder wenn Kombinationen verschiedener medikamentöser Behandlungsmethoden (gegebenenfalls sogar mittels Laser) erfolgen müssen.

Zudem kann eine Allgemeinerkrankung, gerade bei hochbetagten Patienten, Behandlungen generell erschweren und damit auch eine an sich wenig umfangreiche Lokalbehandlung der Mundschleimhaut. Gleichfalls können sich lokale Erschwernisse häufig ergeben durch stark entzündungsbedingte Blutungen der Mundschleimhaut, erhöhte Schmerzempfindlich-

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2024

keiten oder hohes Infektionsrisiko. Auch die Lokalisation der Mundschleimhauterkrankung, etwa im Tuberbereich oder an der Linea mylohyoidea, kann durch extrem schlechte Zugänglichkeit Erschwernis bedeuten.

Fazit

Auch bei vermeintlich kleinen Behandlungsmaßnahmen – insbesondere, wenn diese häufig sind – ist das zahnärztliche Team immer wieder aufs Neue gefordert, Erschwernisse, besondere Umstände und erhöhte Zeitaufwände zu reflektieren.

Dr. Dr. Alexander Raff

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2024

3.7.26. BEMA plus

Gangbarer Weg. Die Ansprüche der Patienten wachsen ständig. Viele möchten aussehen wie Julia Roberts oder Richard Gere. Nur mit extremen Anstrengungen der gesamten zahnmedizinischen Versorgungskette vom Zahnarzt bis zum Zahntechniker mitsamt den Ergebnissen der Entwicklungsabteilungen der besten Dentalhersteller ist das möglich. Allerdings hat bei gesetzlich Versicherten das Sozialgesetzbuch enge Grenzen gesetzt.

Die Einschränkungen des SGB V auf die ausreichende, notwendige und wirtschaftliche Versorgung der gesetzlich Versicherten auch und gerade beim Zahnersatz schränkt die Möglichkeiten innerhalb des BEMA deutlich ein. Die Leistungen sind auch noch abschließend beschrieben. Da bleibt dann aber immer noch einiges, was zahnmedizinisch, material- und zahntechnisch möglich wäre und von nicht wenigen Patienten gewünscht wird. Damit man diesen Patienten weiterhelfen kann, hat man im Bundesmantelvertrag der Zahnärzte (BMV-Z) die Möglichkeit geschaffen, dass Patienten sich mit einer Vereinbarung nach dem § 8 Abs. 7 des BMV-Z von der Kassenzahnheilkunde lösen und Leistungen außerhalb des Kataloges der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch nehmen können.

Den Patienten alternative Angebote machen

Damit ist der Weg geebnet, in einem separaten Kostenvoranschlag alles anzubieten, was das Herz des Patienten erfreut. Da fallen einem solch anspruchsvolle Dinge ein wie vollkeramische Kronen mit individueller Bemalung nach einer professionellen Farbnahme mit Unterstützung eines teilautomatischen Farbfeststellungsverfahrens. Natürlich muss für derartig anspruchsvolle Arbeiten auch die Haltbarkeit gesichert werden. Das geht nur mit dem Anbieten und der Inanspruchnahme von funktionstherapeutischen und funktionsanalytischen Maßnahmen. Der Patient ist insgesamt wieder mehr Herr (oder Frau) des Verfahrens und kann sich so ein Ergebnis selbst gönnen.

Aber nur wenn man bürokratisch den richtigen Weg geht und die Formalia einhält, kann man am Schluss das Honorar dafür bekommen und gegebenenfalls auch vor Gericht erstreiten.

Voraussetzung ist aber, dass man Angebote macht, damit der Patient auch weiß, was der dentale Bauchladen alles hergibt. Also – machen Sie Angebote, der Patient wird es durch die Nennung von Wünschen für die Versorgung zu schätzen wissen. Trauen Sie sich! Was der Patient nicht weiß, kann er nicht wünschen. So werden Sie zum Wunscherfüller mit gutem Gefühl.

Dr. Christian Öttl

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2025

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2025

3.8. Digitales in der Abrechnung

ePA, eRezept und Co. In den vorherigen Kapiteln ging es um die Möglichkeit, Leistungen der digitalen Welt abzurechnen. Die Voraussetzung aber, diese Leistungen überhaupt abrechnen zu können, sind verschiedene Stufen der Telematikinfrastruktur (TI). Wir wissen sehr wohl, wie ungeliebt auch von uns als Verband diese aufoktroyierte »Errungenschaft« des BMG ist, wollen aber über die Umstände aufklären: Was braucht man, und was bekommt man? Oder eben auch nicht.

Um das eRezept und die eAU sowie den Notfalldatensatz und Medikationsplan ausstellen zu können, muss man natürlich an die TI angeschlossen sein. Das bedeutet, dass man mittels eines »Konnektors« über einen »sicheren Tunnel« mit den Gesundheitsdienstleistern (Kollegen, Apotheken, Krankenkassen usw.) vernetzt ist. Voraussetzung hierfür ist natürlich, dass man einen Internetanschluss in der Praxis hat.

Damit ist ein Austausch unter gegebenen Datenschutzkautelen möglich. Außerdem ist es nötig, dass die Praxisverwaltungssoftware auf dem letzten Stand ist und die Elemente der Digitalisierung ermöglicht. Zusätzlich muss der »Konnektor« auf dem neuesten Stand der Firmware sein, also die Werksvorgaben müssen ständig aktualisiert werden.

Das Gleiche gilt für das Kartenlesegerät. Eine Neuerung hat es schon im vergangenen Jahr dazu gegeben. Es muss ein sicherer Kommunikationskanal vorhanden sein. Das heißt, dass man einen KIM-Dienst benötigt. KIM bedeutet »Kommunikation im Medizinwesen«. In den meisten Fällen arbeitet Ihr Softwareunternehmen mit einem Dienstleister zusammen. Das bedeutet oftmals weniger Probleme, als mit einem beliebigen Anbieter zu arbeiten.

Digitalisierung auf Biegen und Brechen

Ab 01.07.2022 kommt noch einmal eine weitere Ergänzung auf alle zu. Nämlich das EBZ, das »Elektronische Beantragungs- und Genehmigungsverfahren für bewilligungspflichtige zahnärztliche Leistungen«, ein Wortungetüm, das auch nichts Besseres nach sich zieht. Ab diesem Zeitpunkt gilt in einigen KZV-Bereichen eine obligatorische Anwendung des elektronischen Weges zur Genehmigung von Heil- und Kostenplänen oder Beantragungen von Kieferbruchleistungen oder Ähnlichem. Nur in Einzelfällen kann das Papierverfahren genutzt werden, wenn technische Fehler das vorgesehene Standardverfahren verhindern. Dies muss aber explizit bemerkt werden, und keinesfalls soll gelten, dass man es nicht anwenden konnte, weil man nicht angeschlossen war an die TI. Damit sind faktisch alle Vertragszahnärzte verdammt, die TI anzuschließen.

Es gibt heute schon Softwarehäuser, die kapituliert haben und vom Markt verschwunden sind. Es wird weitere geben. Es wird, und dafür gibt es heute schon Anzeichen, Softwarehäuser geben, genauso Krankenkassen, die wahrscheinlich wie bei der Umsetzung der neuen PAR-Behandlungsstrecke nicht fristgerecht umsetzen können. Auch kann es sein, dass Fehler und Störungen des Praxisbetriebes auftreten. Das wiederum stört das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) nicht.

Auf Biegen und Brechen muss die Digitalisierung umgesetzt werden. Wenn Zahnärztinnen und Zahnärzte schon alle diese Maßnahmen für ihre Praxis ergreifen müssen, um weiter ihren Verpflichtungen, vor allem gegenüber ihren Mitarbeitern und deren Familien, nachkommen zu können, sollten sie auf keinen Fall vergessen, die finanziellen Unterstützungen für die Aufrüstung in der Praxis bei ihrer KZV zu beantragen. Näheres findet man auf den Internetseiten der KZVen.

Warten auf angehobene Pauschalen

In der nächsten Ausgabe können wir Ihnen vielleicht schon die dann hoffentlich neu verhandelten und angehobenen Pauschalen präsentieren.

Besser wird dadurch die Gesamtsituation »Digitalisierung im Gesundheitswesen« nicht. Die grundlegenden Fehler bleiben!

Dr. Christian Öttl

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

3.8.1. Digitales in der Abrechnung Teil 2

EBZ und eRezept. Das gestufte Vorgehen bei der Einführung des elektronischen Bewilligungs- und Genehmigungsverfahrens sowie des elektronischen Rezepts macht Sinn. Das nimmt den Druck aus den Praxen.

In der vorigen Ausgabe haben wir uns mit der notwendigen Ausrüstung für die vom 1. Juli an geltende Einführung des elektronischen Bewilligungs- und Genehmigungsverfahrens (EBZ) beschäftigt – und hofften, in dieser Ausgabe auf die »neuen« und angehobenen Erstattungspauschalen eingehen zu können. Leider gibt es dazu noch keine eindeutigen Aussagen, obwohl für die Allgemeinärzte seit längerer Zeit schon neue Pauschalen vereinbart sind.

Ungeachtet dessen gibt es Neuigkeiten zum Themenbereich.

Gewiss sind die kritischen Äußerungen zur Telematikinfrastruktur (TI), der Ärger mit dem notwendigen Konnektorwechsel, die Halbleiterlieferschwierigkeiten und die Probleme, die Krankenkassen und Softwareunternehmen mit dem gesamten Fortschreiten der Telematik haben, an der richtigen Stelle vernommen worden. Deshalb gibt es wieder einmal Terminverschiebungen und Konkretisierungen von Abläufen.

Fehler künftig vermeiden

Das EBZ wird jetzt von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) auf ihrer Internetpräsenz folgendermaßen kommuniziert:

»Um Fehler, die bei der Einführung anderer digitaler Anwendungen gemacht wurden, künftig zu vermeiden, ist bei der Umsetzung des EBZ ein strukturiertes, gestuftes Vorgehen vorgesehen, das Zahnarztpraxen ausreichend Zeit einräumt, sich mit dem neuen Verfahren vertraut zu machen.

Bei dem digitalen Verfahren werden Behandlungspläne für die Leistungsbereiche Zahnersatz (ZE), Kieferbruch/Kiefergelenkserkrankungen (KB/KGL), Kieferorthopädie (KFO) und von 2023 an Parodontalerkrankungen (PAR), die bislang per Papier genehmigt wurden, in das EBZ überführt. Besonderer Wert wurde darauf gelegt, möglichst sämtliche Anwendungsfälle in der Zahnarztpraxis zu berücksichtigen und die technische Umsetzbarkeit sicherzustellen. Daher wurden von der KZBV und dem GKV-Spitzenverband (GKV-SV) die Hersteller der Praxisverwaltungssysteme (PVS) über den Verband der deutschen Dental-Software Unternehmen (VDDS) von Beginn an in das Projekt umfassend mit einbezogen.«

Testen, testen, testen

Damit ist ein Parallelbetrieb des EBZ und des Papierverfahrens möglich. Das nimmt den Druck aus den Praxen und sorgt für einen Testbetrieb, mit dem sich die Zahnärztinnen und Zahnärzte an das neue Verfahren herantasten können.

Auch das eRezept durchläuft zunächst einmal eine Testphase. Vom 1. September an wird in einer Pilotphase in Schleswig-Holstein und Westfalen-Lippe das eRezept in den Versorgungsalltag integriert. Die allgemeine Einführung ist dann drei Monate später angedacht gemäß den Informationen der gematik auf ihrer Internetpräsenz, Stand: 9. Juni.

Es bleibt abzuwarten, wie die nächsten Schritte in der TI-Weiterentwicklung aussehen – vor allem angesichts der gegenwärtigen internationalen Lieferkettenprobleme.

Dr. Christian Öttl

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

3.9. Neue Kürzel im Antragsverfahren

Das EBZ. Das elektronische Beantragungs- und Genehmigungsverfahren (EBZ) beschäftigt die Praxen und wirkt sich auch auf das momentan noch gültige Papierverfahren aus. Indes ist die digitale Umstellung bald schon unumgänglich.

Zum 01.01.2023 ist das EBZ als Standardverfahren für die Beantragung und Genehmigung verpflichtend, sodass die für die elektronische Datenverarbeitung notwendigen neuen Kürzel benutzt werden müssen. Ansonsten kann die Planung nicht erkannt werden und eine Bewilligung nicht erfolgen. Viele Kürzel können beibehalten werden. Doch welche Kürzel sind nun neu?

Elektronischer Heil- und Kostenplan zum Zahnersatz – Befundkürzel:

Erneuerungsbedürftiger herkömmlicher Zahnersatz. Alle Kürzel zur Kennzeichnung der Erneuerungsbedürftigkeit haben jetzt ein »w« am Ende.

Neu sind:
bw = erneuerungsbedürftiges Brückenglied
pkw = erneuerungsbedürftige Teilkrone
»t2w« bringt Erleichterung.

Eine Besonderheit gibt es bei erneuerungsbedürftigen Sekundärteleskopen. Die Erneuerung des Sekundärteils einer Teleskopkrone wird oft gleichzeitig mit der Erneuerung der Prothese einhergehen. Bisher konnte der Zahnarzt als Befund bloß »tw« eintragen und im Bemerkungsfeld auf die nur teilweise Erneuerung der Teleskopkrone hinweisen. Als Erleichterung kann der Festzuschuss nach der Befund-Nummer 6.10 jetzt ohne den Eintrag im Bemerkungsfeld mit »t2w« erfolgen und damit als erneuerungsbedürftiges Sekundärteil einer Teleskopkrone.

Bei den Suprakonstruktionen sind die früheren Kürzel »i« für ein intaktes Implantat und »sw« für eine zu erneuernde Suprakonstruktion entfallen. Alle Kürzel zur Kennzeichnung einer Suprakonstruktion beginnen jetzt mit »s«, gefolgt von einem oder zwei Buchstaben zur näheren Beschreibung der Suprakonstruktion. Zu erneuernde Suprakonstruktionen sind mit »w« am Ende gekennzeichnet.

Auch gibt es Änderungen bei den Therapiekürzeln. So sind in Anlehnung an das neue Befundkürzel »t2w« folgende Kürzel festgelegt worden:
T2 = Sekundärteil einer Teleskopkrone
T2M = Sekundärteil einer Teleskopkrone, vollkeramisch oder keramisch vollverblendet
T2V = Sekundärteil einer Teleskopkrone mit vestibulärer Verblendung
Unpräzises »SR« verschwindet.

Bei den Suprakonstruktionen sind Standardkürzel wie SK, SKM, SKVO, ST, STM und so weiter bereits eingeführt. Darüber hinaus gibt es jetzt folgende Kürzel:
SB = implantatgetragenes Brückenglied
SBV = implantatgetragenes Brückenglied mit vestibulärer Verblendung
SBM = implantatgetragenes vollkeramisches oder keramisch vollverblendetes Brückenglied
SE = zu ersetzender Zahn einer implantatgetragenen (Teil-)Prothese
SEO = zu ersetzender Zahn einer implantatgetragenen (Teil-)Prothese mit Stegverbindung
SO = implantatgetragenes Verbindungselement (Kugelknopfanker, Steg u. Ä.) mit zu ersetzendem Zahn (SO dient dem Ersatz des bisher häufig unpräzise genutzten Kürzels SR.)

Im nächsten Beitrag liefern wir Ihnen alle Befund- und Therapiekürzel zur Übersicht.

© AnthiaCumming/Getty Images/iStock

Dr. Christian Öttl

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

3.10. Beratungsleistung

Viel wert, wenig wert

Ein kritischer Einwurf. Beratungsleistungen von Ärzten und Zahnärzten sind extrem unterfinanziert. In den meisten Fällen sind sie der Politik nicht mehr als zehn Euro wert. Ganz anders sieht das bei den Apothekern aus. Sie sollen künftig 90 Euro erhalten.

Apothekenberatung zur Medikation
90 Euro für eine Beratung. Das hört sich so an, als würde endlich einmal der Beratungsaufwand seinem Zeitaufwand und der Bedeutung der ärztlichen Beratung entsprechend honoriert werden.

Die Gebührenordnung, die neulich so positiv reformiert wurde, geht zurück auf das noch von Jens Spahn initiierte Vor-Ort-Apotheken-Stärkungsgesetz. Verabredet zwischen dem Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und dem Deutschen Apothekerverband (DAV) wurde, dass Apotheken künftig fünf pharmazeutische Dienstleistungen anbieten dürfen.

Dabei handelt es sich um diverse Beratungen, etwa bei hohem Blutdruck, oder aber um eine Medikationsanalyse bei Patientinnen und Patienten, die fünf oder mehr Medikamente gleichzeitig einnehmen, auch um medikamentöse Beratungen von Organtransplantierten und Krebspatienten. Hierfür erhalten die Apotheken 90 Euro netto. Eine Folgeberatung für die beiden letztgenannten Patientengruppen ist mit 17,55 Euro dotiert.

90 Euro ist ein Richtwert. Beratungen – zugegebenermaßen nicht die einfachsten – durch Apotheker sind der Politik also 90 Euro wert. Und was sind Beratungen durch Zahnärzte und Ärzte wert?

Beratungsaufwand in Praxen steigt weiter
Ein Vergleich liegt nahe mit der zahnärztlichen Beratung auf der Basis des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für zahnärztliche Leistungen (BEMA), die je nach Punktwert bei circa elf Euro liegt (BEMA-Nummer Ä1), unabhängig davon, wie lange und wie intensiv eine solche Beratung dauert. Es gibt nur dieses Pauschalhonorar.

Es muss an dieser Stelle nicht hervorgehoben werden, wie sich im Laufe der Jahrzehnte der zahnärztliche Beratungsaufwand nicht nur addiert, sondern sich durch fachliche und inhaltliche Entwicklungen multipliziert hat, bedingt durch GKV-spezifische Behandlungsregularien, durch ein neues Selbstverständnis im Umgang zwischen Zahnarzt und Patient (»informed consent«) und eine dies unterstützende Rechtsprechung (etwa Patientenrechtegesetz).

Der Vergleich mit der Nummer 03230 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) – dem problemorientierten ärztlichen Gespräch der Hausärzte mit Mindestdauer von zehn Minuten und einem Honorar von circa 14,50 Euro – sieht nicht besser aus. Indes kann de facto davon ausgegangen werden, dass diese Leistung nur mit der halben Honorarhöhe zu Buche schlägt aufgrund von Budgetregelungen des EBM und des Honorarverteilungsmaßstabs (HVM).

Schaut man in den Bereich der Privaten Krankenversicherung (PKV), wo Zahnärzte und Ärzte über die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) primär in einem Boot sitzen, werden die Zahlen auch nicht besser: Für die GOÄ-Nummer 1 gibt es bei Faktor 2,3 10,72 Euro, bei Faktor 3,5 16,31 Euro.

Für die mindestens zehnminütige GOÄ-Nummer 3, die bekanntermaßen ja nur solitär oder neben der GOZ-Nummer 0010 beziehungsweise den GOÄ-Nummern 5 und 6 berechnet werden kann, bei Faktor 2,3 20,10 Euro und bei Faktor 3,5 30,59 Euro.

Dauerproblem – nur selten thematisiert
Egal, mit welchem ärztlichen oder zahnärztlichen Gebührensystem man vergleicht: Ärztliche und zahnärztliche Beratungen sind allerhöchstens ein Drittel wert, häufig auch nur circa ein Zehntel.

Da hilft übrigens auch die verschämt versteckte GOÄ-Nummer 34 nichts. Nur in außergewöhnlichen Fällen kann darauf zurückgegriffen werden: »Erörterung –

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Dauer mindestens 20 Minuten – der Auswirkung einer Krankheit auf die Lebensgestaltung in unmittelbarem Zusammenhang mit der Feststellung oder erheblichen Verschlimmerung einer nachhaltig lebensverändernden oder lebensbedrohlichen Erkrankung«. Im ärztlichen Bereich wird diese Ziffer von Beihilfen und Privatversicherungen häufig nicht anerkannt, im zahnärztlichen so gut wie nie!

Man kann es drehen und wenden, wie man will: Ärztliche und zahnärztliche Beratungen sind extrem unterfinanziert. Eine eingehende Beratung ist wirtschaftlich oftmals nicht zu erbringen. Die neuen Apothekerhonorare, die allerdings vom GKV-Spitzenverband noch beklagt werden, werfen ein grelles Schlaglicht auf ein Dauerproblem, das leider viel zu selten thematisiert wird.

Dr. Dr. Alexander Raff

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

3.11. Die Kassenprüfung

Wir als Freier Verband setzen uns ein für ein freies Vertragsverhältnis mit dem Ziel der perfekt »up to date« behandelten Patientinnen und Patienten bei adäquater Honorierung und dem Erhalt des Zuschusses der gesetzlichen Krankenkasse. Die Honorierung ist praxisindividuell gemäß der Behandlung des Patienten zu kalkulieren und mit ihm gemeinsam ein Behandlungsplan und daraus folgend eine Liquidation zu erstellen. Die Krankenkasse hat dann die Möglichkeit, als Vertragspartner mit dem Patienten die Erstattung festzulegen und zu zeigen, wie gut diese in seinem Sinne ist.

An dieser Stelle nun ein kurzer Überblick über die wichtigsten Nachfragen, um für alle den Weg zur Kostenerstattung noch gangbarer zu machen.

Wie ist abzurechnen?
Die Leistungen werden als GOZ-Leistungen mit dem Patienten abgerechnet, da die Versichertenkarte nicht eingelesen wird. Er bekommt eine Rechnung, bezahlt diese selbst und kann sie bei seiner gesetzlichen Krankenkasse einreichen und bekommt den Betrag erstattet, den die Kasse über die Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV) an den Zahnarzt gezahlt hätte, abzüglich der Verwaltungskosten in maximaler Höhe von fünf Prozent der Rechnungssumme. Das sind höchstens 40 € pro Leistungsantrag, auch wenn mehrere Rechnungen zeitgleich eingereicht werden. Jedoch addieren sich auf lange Sicht, über mehrere Jahre betrachtet, die Erstattungsbeträge, sodass Patienten dann Verwaltungskosten sparen.

Liegt die Wahl allein beim Patienten?
Nur der Patient selbst oder der Erziehungsberechtigte kann die Kostenerstattung wählen. Zahnärztinnen und Zahnärzte können allerdings ihren Patienten die Kostenerstattung ans Herz legen, darüber informieren und an die Krankenkasse zur Beantragung der Kostenerstattung verweisen.

Kann die Kasse ablehnen?
Das Recht auf Kostenerstattung des Patienten ist im Sozialgesetzbuch V verankert. Deshalb kann die Krankenkasse Anträge nicht ablehnen.

Was ist mit Zahnärzten ohne Kassenzulassung?
Die Krankenkassen können die Erstattung von Leistungen, die durch Zahnärzte ohne Kassenzulassung erbracht wurden, ablehnen. Deshalb ist es wichtig, im Einzelfall vorab bei der Kasse nachzufragen. Jedoch erstatten in der Regel die meisten gesetzlichen Krankenkassen die Leistungen.

Was ist der Vorteil?
Die Patienten können alle Leistungen aus dem ganzen Spektrum moderner Zahnheilkunde auswählen und sind nicht auf die Kassenleistung beschränkt. Die Versicherten können dann besser einschätzen, wie gut ihre gesetzliche Krankenkasse ist und wie viel sie erstattet.

Die DFZ-Redaktion bleibt am Thema dran, auch angesichts der Vielzahl der Anfragen.

Dr. Christian Öttl

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2023

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2023

3.11.1. Kleine Fehler, große Folgen

Der gangbare Weg. Hilfestellung im Dokumentationsdschungel des deutschen Gesundheitswesens bieten der Freie Verband und die Körperschaften. Die Services sollten intensiv genutzt werden, zumal die Zahnarztpraxen aktuell mal wieder im Fokus der Betriebsprüfer stehen.

In unseren Praxen hat sich in den vergangenen 30 Jahren der Ablauf der Behandlung deutlich gewandelt. Waren wir früher ausschließlich für die Zahngesundheit und deren Aufrechterhaltung zuständig, sind wir heute Herrscher über die Dokumentation des Gemachten und der Gespräche mit und (im Konzil) über den Patienten. Wurde uns früher Nachsicht zuteil angesichts von Fehlern, werden wir heute bestraft für eine schlechte oder fehlende Dokumentation. Meistens geschieht dies in Form ausbleibender oder zurückgeforderter Honorierung. Im schlimmsten Fall unterliegen wir vor Gericht und müssen auch noch Schmerzensgeld und Schadensersatz bezahlen.

Um einen Pfad zu finden durch den Dokumentationsdschungel des deutschen Gesundheitswesens, gibt es einige Hilfestellungen. Als erste Anlaufstelle dient das Praxishandbuch des FVDZ bei jeder die Praxis betreffenden Frage. Online gibt es im Handbuch sämtliche Formulare für den Praxisalltag, wenn diese nicht schon im Praxisverwaltungsprogramm der Praxis implementiert sind. Alle Formulare, die die vertragszahnärztliche Tätigkeit betreffen, sind online auf den Seiten der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) und den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen) der Länder zu finden. Allgemeine Formulare für die zahnärztliche Tätigkeit lassen sich bei den Zahnärztekammern der Länder oder bei der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) finden.

Steuerbürger »Zahnarzt«

Es ist aber leider nicht immer ausreichend, sich mit dem bürokratischen Prozedere der Behandlung auseinanderzusetzen. Man ist zugleich auch Unternehmer, Arbeitgeber, Steuerbürger und in einer Kommune niedergelassen. Deshalb gilt es, weitere Vorgaben zu beachten. Hier helfen ebenfalls oben angesprochene Organisationen und natürlich das Praxishandbuch. Darüber hinaus ist dem Steuerbürger »Zahnarzt« dringend zu raten, auf die Unterstützung eines Steuerberaters zurückzugreifen, der sich mit den besonderen Umständen einer Zahnarztpraxis auskennt – bei der Auswahl können Kollegen sicher behilflich sein. Für grundlegende Einzelfragen kann die Erstberatung des FVDZ-Steuerberaterservices in Anspruch genommen werden, ausgeklammert ist jedoch eine umfassende Beratung oder gar ein Jahresabschluss.

Festzustellen ist, dass gerade die Zahnarztpraxen wieder einmal in das Zentrum des Interesses der Betriebsprüfer geraten sind. Hauptprüfpunkte sind das Praxislabor wie auch nichtmedizinische Leistungen und die Arbeitnehmerüberlassung. Wie wichtig Dokumentation und Formalia sind, zeigt sich aktuell aber auch angesichts leerer Kassen der gesetzlichen Krankenversicherung. Sowohl bei Kieferbruchbehandlungsleistungen als auch bei Parodontitisbehandlungen und Zahnersatzbehandlungen können schon kleinste Fehler große Auswirkungen haben. Dabei ist es die Regel geworden, im Nachgang die Behandlungsdaten mit den Genehmigungsdaten und der Einhaltung von Fristen abzugleichen. Schon die allerkleinsten Unstimmigkeiten führen zur sofortigen kompletten Rückforderung der Honorierung.

Angebote für Patienten

Es lohnt sich also, das im Blick zu behalten und dem Patienten mitzuteilen, falls seine Krankenkasse die Behandlung noch nicht zulässt. Wenn er dann aber sofort behandelt werden möchte, kann er auf den Kassenanteil verzichten und die Behandlung privat übernehmen. Die dafür nötigen Formulare stehen zur Verfügung. Es gilt, das Wissen zu nutzen und den Patienten Angebote zu machen, die das zu schätzen wissen.

Dr. Christian Öttl

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2024

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2024

3.12. Unser geliebter Privatversicherter oder Beihilfeberechtigter – der neue Besserleistungsempfänger und -zahler

Wie sich die Zeiten doch ändern. War doch vor dreißig Jahren der Privatversicherte oder der Beihilfeberechtigte des Zahnarztes Liebling, ist er heute der »Wir behandeln Sie trotzdem«-Patient. Wie konnte es dazu kommen?

Um es nicht ganz krass werden zu lassen, habe ich verzichtet, damit zu beginnen, dass in den 70er Jahren private Versicherungen und Beihilfe zusammengenommen teilweise mehr als 100 % des Rechnungsbetrages erstattet haben. Vielleicht war das damals ein Zeichen der Fürsorge des Dienstherrn um seine »Schäflein«. Die Situation ist heute eine gänzlich andere. Die Staatskassen sind leer, um nicht zu sagen, wir sind hoch verschuldet. Die Beihilfevorschriften sind rigider geworden. Dabei darf man aber nicht vergessen, dass es ungefähr 1000 verschiedene Beihilfeträger gibt, die jeder für sich eigene Vorschriften haben können. So kann man nicht sagen »die Beihilfe zahlt das nicht«. Es muss viel mehr heißen: »Ihr Dienstherr zahlt laut seiner Beihilfevorschrift das nicht.« Der Dienstherr hat hier eindeutig den »Schwarzen Peter« und da gehört er auch hin. Auch die ebenfalls klammen privaten Versicherungen haben hier den »Schwarzen Peter«, gepaart mit dem Versicherten, der die Versicherung und diesen Vertrag ausgewählt hat, der jetzt nichts oder nur reduziert zahlt. Auch war eventuell die Beratung durch den Versicherungsmakler mangelhaft, oder der Neuversicherte hat nicht zugehört. Auf alle Fälle hat der Patient diese Versicherung wahrscheinlich wegen des günstigen Preises ausgesucht. Die Leistungen waren wohl zweitrangig!

Nun haben wir die Situation, der Versicherte ist schlecht versichert, und das sind immer mehr Patienten, und zusätzlich sind die Beihilferichtlinien rigide und die unterstützte Zahnheilkunde eher von gestern.

Eine moderne Zahnheilkunde kann sich aber jeder, egal ob privat, gesetzlich oder zusatzversichert, leisten. Man muss diese vielleicht aber aus eigener Tasche finanzieren.

Dazu muss man einige Vorschriften beachten, denn nur wenn man keine formalen Fehler macht, kann man das Honorar gegebenenfalls auch eintreiben und einklagen.

Kassenpatienten sind Papierkram vor der Behandlung schon lange gewohnt, auch Zuzahlungen wie auch Privatleistungen selbst zu bezahlen, ggf. sogar gesteigert im 5-, 6- oder 8-fachen Satz. Das passiert tagtäglich hunderttausendfach, wenn man an weiße Füllungen und PZR denkt. Warum soll dieses klaglos hingenommene Verfahren bei den Kassenpatienten bei den Privatpatienten, von denen wir sowieso nicht leben könnten beim 2,3-fachen Satz, nicht funktionieren. Der Staat hält deshalb daran fest, weil wir Zahnärzte nicht signifikant erkennen lassen, dass das System Fehler hat. Also müssen wir die Fehler aufzeigen. Das bedeutet, statistisch auffällig die Vereinbarungen nach § 2 Abs. 1 und 2 verwenden und Steigerungsfaktoren regelmäßig von 3,5-fach und höher. Auch muss durch Inanspruchnahme der Möglichkeit der analogen Berechnung von Leistungen klar erkennbar werden, dass die GOZ-Leistungen von gestern und nicht eine heutige Zahnheilkunde up to date abbildet.

Wir generieren mehr als 50 % der erbrachten Umsätze in den Praxen mit der GOZ, inklusive § 2 und Analogie. Davon müssen wir in Zukunft leben. Also müssen wir hier tätig werden. In vielen europäischen und außereuropäischen Ländern gibt es Zahnheilkunde oder Teile davon ausschließlich als selbst bezahlte Leistung ohne Versicherung und Staatsbeihilfen.

Fast wäre man geneigt zu sagen, der mündige Bürger hat es ja selbst in der Hand, ob er einen Zahnarzt und seine Leistung braucht.

Die »Linke« sagt hingegen, dass man ja eher nichts dafür kann und deshalb muss der Staat alles zahlen (Wahlkampfaussage der Bundesspitze zu Zahnmedizin in der Gesellschaft).

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

Ich überlasse es Ihnen, zu entscheiden, wo hier die Wahrheit zu finden ist.

Jedoch kann ich Ihnen nur ans Herz legen, den Privatpatienten, auch den Beihilfeempfänger genauso die Möglichkeiten zu eröffnen wie dem zuzahlungsbereiten Kassenpatienten. Der Privatversicherte darf, nur weil seine Versicherung oder Beihilfe nicht ausreichend bezahlen möchte, nicht Patient »zweiter Klasse« werden. Er darf die gleichen Optionen auswählen und im Zuge der sozialen Gerechtigkeit auch aus eigener Tasche bezahlen wie der Kassenpatient auch. Im Durchschnitt zahlen ja beide Versicherungsklassen auch annähernd über das Leben einen gleichen Beitrag in die Versicherung. Der eine ständig gleichmäßig, der andere anfangs weniger und dann eben mehr. Das geht er aber billigend ein und deshalb wählt der eine das (gezwungenermaßen), der andere das andere Modell. Nur einer ist gezwungen, laut eigenen Aussagen, privat versichert zu sein, und das ist Professor Lauterbach. Umfragen haben ergeben, dass die Mehrzahl der Abgeordneten des Bundestages privat versichert sind und über das gesetzliche Krankenversicherungssystem keinerlei Kenntnisse besitzen, aber über das »Wohl und Wehe« von 70 Millionen gesetzlich Versicherten abstimmen.

Dr. Christian Öttl

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

3.13. Mehrkostenregelungen nach dem Amalgamverbot

Der gangbare Weg. Von Juli 2026 an soll Zahnamalgam in Europa vollständig verboten sein. Bis zu diesem Datum darf Amalgam nur noch in medizinischen Ausnahmefällen verwendet werden, wenn indikationsgerecht kein anderes Material zur Verfügung steht.

Schon zum 01.07.2018 wurde Dentalamalgam zur Behandlung von Kindern unter 15 Jahren sowie von schwangeren und stillenden Patientinnen verboten gemäß der Nummer 13 des Bewertungsmaßstabs zahnärztlicher Leistungen (BEMA). Nun sind für diese Patientengruppen auch die BEMA-Nummern 13 e, f und g (Kompositfüllungen im Seitenzahnbereich in Adhäsivtechnik) berechnungsfähig, die bislang nur für Patienten mit Amalgamallergie oder schwerer Niereninsuffizienz galt. Außerdem wurde die BEMA Nr. 13 um die Unterziffer »h« erweitert, die nun mehr als dreiflächige Kompositfüllungen im Seitenzahnbereich abbildet.

Für die in diesem Umfang eher politisch als medizinisch-fachlich festgelegte Patientengruppen sind Kompositfüllungen grundsätzlich zuzahlungsfrei anzubieten. Im Grundsatz heißt das, immer dann, wenn eine individuelle Kompositfüllung gemäß § 12 SGB V als wirtschaftlich anzusehen ist und kein anderes plastisches wirtschaftlicheres, also günstigeres Füllungsmaterial zur Verfügung steht, erfolgt bei den oben genannten Patientengruppen die Abrechnung nach BEMA-Nummern 13 e bis h zuzahlungsfrei.

Allerdings bedeutet dies nicht, dass keine Mehrkostenvereinbarungen möglich wären. Diese unterliegen jedoch Besonderheiten, die es zu berücksichtigen gilt.

Bei Kindern

Sind im jeweiligen Behandlungsfall Nichtkomposite (im Einzelfall Amalgam, Kompomere, Glasionomerzemente etc.) gemäß § 12 SGB V als ausreichend, wirtschaftlich und zweckmäßig anzusehen, so sind dies-Füllungen, die nach den BEMA-Nummern 13 a bis d abzurechnen sind. Für den Einsatz von Glasionomeren und Kompomeren (oder auch im Einzelfall Amalgam) können diverse Gründe sprechen, je nach Befund und Patient.

So ist zum Beispiel bei Milchzähnen zu berücksichtigen, wie lange diese noch prospektiv im Mund verbleiben, bevor sie physiologisch im Rahmen des Zahnwechsels ausfallen. Ein hohes Kariesrisiko (etwa durch dauerhaft schlechte Mundhygiene, Systemerkrankungen, geistige oder körperliche Beeinträchtigungen des Patienten) kann ebenfalls Entscheidungskriterium sein, keine verfahrensanfälligen Komposite in Adhäsivtechnik einzusetzen. Sehr große sanierungsbedürftige Zahnhartsubstanzdefekte oder schwierige klinische Verhältnisse ohne Aussicht auf suffiziente Trockenlegung können es erforderlich machen, auf Komposite zu verzichten. Dies gilt ebenso für nicht zur Behandlung bereite Kinder oder gegebenenfalls auch für Sanierungen in Analgosedierung oder Narkose.

Wenn der Patient oder die Erziehungsberechtigten dennoch den mit Kompositfüllungen einhergehenden Mehraufwand wünschen, so erfolgt die Berechnung privat nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abzüglich der BEMA-Nummern 13 a bis d. Insbesondere bei der Versorgung von Milchmolaren ist das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V zu beachten, da hier häufig die aufgezeigten alternativen Füllungsmaterialien zu den Kompositen zur Verfügung stehen.

Bei Schwangeren und Stillenden

Anders verhält es sich bei Schwangeren und Stillenden, bei denen die Kompositfüllung gemäß § 12 SGB V als wirtschaftlich anzusehen ist und nach den BEMA-Nummern 13 e bis h abgerechnet wird. Wünscht die Patientin aber eine Optimierung in Mehrfarbentechnik oder eine Versorgung mit Inlays, so werden diese Füllungen privat berechnet nach den Kompositfüllungs- oder Inlaypositionen der GOZ abzüglich der BEMA-Nummern 13 e bis h. Das gilt auch, wenn Erziehungsberechtigte bei der Versorgung von Milchmolaren die Mehrfarbentechnik wünschen.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2024

Bulk fills

»Selbstadhäsive, selbstkonditionierende Kunststoffe, die ohne Anwendung einer Schichttechnik eingebracht werden können, sind den GOZ-Nrn. 2050/70/90/110 zuzuordnen. Dies liegt gebührentechnisch daran, dass es sich zwar um Kompositmaterialien (wie im Wortlaut der Leistungslegenden der Nrn. 2060/80/100/120) handelt, jedoch nicht um solche, die eine zeitaufwändige Schmelz-Dentin-Zahnoberflächenbearbeitung (Adhäsion, Konditionierung) einfordern und eben als Charakteristikum gerade häufig mittels eines Füllvorgangs (Bulk = Hauptmasse, große Menge) eingebracht werden können, also ohne Schichttechnik. Diese Neuentwicklungen der letzten Jahre, sowohl in Flowform als auch in standfester Form, werden als Bulk-fill-Komposite vermarktet bzw. bezeichnet.

Die klinischen Ergebnisse von selbstadhäsiven Bulkfill-Materialien in Studien mit wenigen Jahren Beobachtungszeitraum nähern sich in ersten Übersichtsarbeiten den Erfolgsquoten an von herkömmlichen Kompositen, die geschichtet werden müssen und die mit einem Universaladhäsiv befestigt wurden. Diese selbstadhäsiven, selbstkonditionierenden ›Bulk fills‹ schicken sich an, als einfachere, weniger anspruchsvolle, ästhetisch durchaus tolerierte Kunststofffüllungsvariante die anderen einfachen plastischen Füllungsmaterialien wie Glasionomer, Zemente oder Amalgam zunehmend zu verdrängen. Ein etwaiges Amalgamverbot mag diese Entwicklung weiter vorantreiben. Sie stellen keinen Ersatz dar für hochwertige, in jahrzehntelanger Entwicklung etablierte Techniken mittels Komposite in Mehrschichttechnik und Adhäsivtechnik.« (Liebold/Raff/Wissing: Der Kommentar zu BEMA/GOZ)

Mehrkostengrundsatz

Bei der Mehrkostenvereinbarung gilt, dass diejenige wirtschaftliche BEMA-Nummer in Abzug zu bringen ist, die der Patient erhalten hätte, wenn er die Vertragsleistung in Anspruch genommen hätte. Betont werden muss bei Mehrkostenregelungen, dass der Patient vor der Behandlung über die Möglichkeit der Vertragsleistung aufgeklärt worden sein muss sowie im Falle einer zuzahlungspflichtigen Behandlungsmaßnahme gleichfalls vor Behandlung eine Mehrkostenvereinbarung erstellt und vom Patienten und Zahnarzt unterschrieben worden sein muss. Je genauer die Dokumentation, desto besser.

Dr. Christian Öttl

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2024

3.13.1. Abrechnung neu gedacht

Der gangbare Weg. Im Zuge unserer Berichterstattung um die Kostenerstattung erreichen uns immer wieder interessante Schreiben, auch zur Leistungsberechnung allgemein. So ist ein Interview entstanden, das belegt, Patienten sind bereit, sich über qualitativ hochwertige Leistungen aufklären zu lassen. Man muss sich nur die Zeit dafür nehmen.

Herr Kollege, Sie nennen Ihren Abrechnungsansatz »Gutes Geld für gute Leistung«. Was heißt das?

Jörg Scholz: Die Grundlage für meinen Abrechnungsansatz »Gutes Geld für gute Leistung« habe ich kurz nach Gründung meiner Praxis im Jahr 1990 gelegt. Damals gab es das sogenannte »Muster drei«, mit dem außervertragliche Leistungen im Rahmen der Zahnersatzversorgung gesetzlich versicherter Patienten abgerechnet wurden. So habe ich gelernt, dass der gesetzlich Versicherte Anspruch auf eine ausreichende, zweckmäßige und indizierte Versorgung hat – nicht jedoch auf Spitzenleistungen. Als junger Zahnarzt fand ich das seltsam, hatte ich doch bereits im Studium versucht, meine Sache gut oder sogar sehr gut zu machen. Also habe ich mein erstes »Muster drei« aufgelegt mit den Mehrkosten für die Anwendung eines Feinstkorn-Diamant-Schleifkörper-Finierprozesses zum Präparationsabschluss zu Kosten von damals fünf D-Mark. Sie können sich vorstellen, dass auch die Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen (KZVH) nicht so begeistert war – es jedoch mit einem Grummeln am Telefon hinnahm. Ich setzte ungebrochen diesen Weg fort und begriff, dass die einfache Frage an den Patienten »Sind Sie mit einer ausreichenden Leistung von mir zufrieden oder bevorzugen Sie eine sehr gute Leistung?« die gesamte zahnärztliche Abrechnung sehr einfach regelt. Nur im Ausnahmefall bevorzugt der Patient die ausreichende Leistung. Und die kann auf jeden Fall auch mein Assistent ausführen. In der reinen GOZ-Abrechnung begann ich 1991 mit dem CEREC-Verfahren, einer CAD/CAM-Methode zur Rekonstruktion von Zahnrestaurationen, in eine neue Welt vorzustoßen. Die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) 1987 kannte CEREC noch nicht, also schrieb ich Rechnungen mit einer Faktorerhöhung und der Begründung »optische Abformung, Konstruktion und dauerhafte Sofortversorgung«. Sofort kam eine Privatpatientin auf mich zu mit einem Schreiben ihrer Krankenversicherung, dessen erster Satz lautete: »Ihr Zahnarzt hat eine fehlerhafte Rechnung gestellt.« Ich sammelte also entsprechende Gerichtsurteile und mir wurde schnell klar, dass es ein Einfaches für den am Schreibtisch sitzenden Sachbearbeiter ist, einen Formbrief zu schreiben, der dem Zahnarzt dann eine weitere halbe Stunde abverlangt, dann noch einen Brief – bis der Zahnarzt aufgibt und sich mit dem 2,3-fachen Steigerungsfaktor zufriedengibt. Das hat Methode! Tatsächlich war eine meiner Patientinnen in der »Leistungsabwehr« einer großen deutschen privaten Krankenversicherungsgesellschaft tätig und berichtete, es gebe dort Vorgaben, wie viele Leistungen »abzuwehren« seien. Vor der Mehrkostenregelung 1996 war es bei einzelnen Krankenkassen noch üblich, zum Teil sehr großzügige Erstattungen für Inlay-Versorgungen an Patienten auszuzahlen, das führte dann jedoch zum Anruf eines hochrangigen Herrn aus der BKK-Welt, der mir mitteilte, man müsse überlegen, ob man mir nicht die Zulassung entziehe. Ich bat ihn, mir ein Fax zu schicken – das kam allerdings nie bei mir an. Der zu jener Zeit erfolgte Eintritt in den FVDZ beflügelte mich, denn ich realisierte, wie hart der Kampf um eine gerechte Vergütung ist, dass ich aber auch nicht ganz allein auf der Welt war. Meine Lösung, nach intensiver Lektüre des Paragrafenteils der GOZ 1987, war eine andere: die bis heute mögliche abweichende Vereinbarung zur Höhe des ärztlichen Honorars, die Abdingung gemäß § 2 GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte). Im Jahr 1993 begann ich zu implantieren und hatte klar beschlossen, von Anfang an auf Briefwechsel zu verzichten und den Patienten die Vereinbarung gemäß § 2 zum 5-fachen Satz vorzulegen. Aufgrund meiner regen Fortbildungsaktivitäten, die meine damals junge Familie nicht wirklich gut fand, hatte ich an Wochenenden und selbst finanziert bereits früh mit der internationalen Elite der Implantologen Kontakt erhalten und diesen Faktor selbstbewusst als angemessen beurteilt.

Wie wird Ihr Abrechnungsansatz von den Patienten aufgenommen?

Die Patienten sind bis auf wenige Ausnahmen zufrieden – selbst nachdem wir, angeregt durch einen Beitrag in DFZ, unsere Vereinbarung auf den 4,2-fachen Satz und die Implantate auf den 6-fachen Satz angehoben haben. Ihnen ist klar, dass sowohl Inlays als

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2024

auch Implantate etwas »Besonderes« sind; ich habe ja zuvor verständlich und ausführlich erläutert, warum ich auf diese Weise abrechne. Beihilfeberechtigte Patienten sind nicht so begeistert, allerdings gibt es auch aus der Beihilfewelt wenig Widerspruch, da der Patient die Vereinbarung ja selbst unterschrieben hat. Zum Teil wird versucht, mir eine Begründung abzuverlangen. Dem werde ich gerecht mit einer »hilfsweisen Erläuterung für den Laien«, die oft sowohl private Versicherer als auch Beihilfestellen veranlasst zu leisten, auch ohne formale Begründung – immer mit der Anmerkung: Behandlung auf Ihren Wunsch außerhalb der Regelversorgung.

Gibt es Stimmen aus der umliegenden Kollegenschaft?

Aber sicher: »Das geht nie in Rüsselsheim.« Bis heute glauben mir selbst befreundete Kollegen nicht, dass ich dieses Abrechnungskonzept erfolgreich seit über 30 Jahren anwende. Da ich selbst viele Jahre als Kreisstellenvorsitzender einen guten Kontakt zu meinem Praxisnachbarn hatte, der als Vorstandsmitglied in der KZVH über Jahrzehnte hervorragend und außergewöhnlich erfolgreich wirkte, gab es in den Anfangsjahren schon mal ein Munkeln – Tenor »Muss das sein?«, wenn ich mal wieder fünf D-Mark für den Einsatz eines Finierprozesses in das »Muster drei« eingefügt hatte. Aber letztlich war ich vermutlich einer von ganz wenigen, die so verfahren sind. Die Kollegen sind immer noch ungläubig, gerade erst in dieser Woche sagte mir meine Kammerpräsidentin: »Na ja, wenn das jemand bezahlt.« Aufmerksam verfolgt hat das Geschehen meine Factoring-Gesellschaft, die irgendwann auf mich zukam und sich wunderte, da die Erfüllungsquote der Rechnungen in den ersten 14 Tagen unglaublich hoch war. Und natürlich hatte die Rechtsabteilung der Factoring-Gesellschaft deutlich weniger Arbeit mit meinen Rechnungen. Und ich persönlich weniger Ärger und einfach klare Verhältnisse.

Wie kommt das Personal mit dem Abrechnungsansatz zurecht?

Sehr leicht. In unserem Praxisverwaltungssystem (PVS) ist das Konzept komplett hinterlegt, allein die gesetzliche Vorgabe, den Differenzbetrag auszudrucken, führt immer wieder zu Rückfragen der Patienten: Kommt dieser Betrag jetzt noch zusätzlich auf mich zu? Denn trotz aller Bemühungen einer transparenten Kostenzusammenstellung ist eine zahnärztliche Abrechnung für den Laien nicht selbsterklärend. Doch das, so kommuniziere ich das dem Patienten, hat er mit seiner Wahlentscheidung der letzten 35 Jahre in der Hand gehabt.

Welche Hilfsmittel haben Ihnen die Arbeit erleichtert?

Ehrlich gesagt sind die Hilfsmittel gar nicht so wichtig gewesen, gerade in der ersten Zeit war das nicht üblich. Man musste damals ziemlich viel Geld für Urteilssammlungen bezahlen, es gab noch kein Internet. Selbst die Protagonisten in Kammer und KZV, die gern die konsequente Privatabrechnung forderten, setzten das in ihren Praxen bei Weitem nicht um. Man war da schon etwas auf sich gestellt. Wichtig war und ist die Lektüre der Gebührenordnung und der Kommentare zum Paragrafenteil, von Zeit zu Zeit auch richtungsweisende Urteile, die ich dem DFZ-Magazin entnehme oder bei FVDZ-Seminaren mitbekomme. Entscheidend aber ist das »Umparken im Kopf« des Zahnarztes. Das kann der Zahnarzt nur selbst leisten und vom Freien Verband »seelisch« bestärkt werden, den Mut zu finden, seinen Patienten zu sagen: Wir machen das jetzt anders, das ist fair und transparent und, wenn Sie eine gute Zahnmedizin möchten, unabdingbar.

Hat sich das Praxisergebnis nachhaltig verbessert?

Wenn ich das wüsste. Tatsächlich kann eine Praxis nur immer einen Weg gehen. Das Ergebnis ist auch in Krisenzeiten über dem Durchschnitt stabil geblieben, steigt leicht an durch die Anpassung an den 4,2-fachen Satz. Für mich als Unternehmer ist die Neupatienten-Rate ein Indikator – und die liegt seit Jahren unverändert weit über dem Durchschnitt mit 400 Patienten pro Jahr bei zwei Behandlern. Meine Praxis hat nach wie vor zu 80 Prozent gesetzlich versicherte Patienten, wir sind gut durch alle »Krisen« der letzten Jahre gekommen und werden das auch weiterhin. Am Ende gilt: Just another crisis. Der Weltuntergang ist nach wie vor nicht eingetreten, ich denke, die Praxis ist auf einem guten Weg. Wer glaubt, er wisse alles, hat schon verloren. Mit Unsicherheiten leben zu lernen und sie als positiv zu begreifen, in jeder Veränderung eine Chance zu sehen, anstatt immer nur persönlich zu leiden, das ist wichtig. Spaß haben zählt. Ich glaube nach 33 Jahren selbstständiger Tätigkeit, dass der Mindset alles entscheidet. Es fällt bei Wei-

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2024

tem nicht leicht, aber jede Idee eines Bundesgesundheitsministers, wie immer er auch heißt, ist die Idee einer Beamtenseele, der per se eines fehlt: die Stärke der individuellen Arzt-Patienten-Beziehung. Und auf dieser Beziehung muss der Zahnarzt in freiberuflicher Praxis aufsetzen, diese ist das Kapital der Praxis. Und wie wir alle wissen, wird man erfolgreicher Politiker, weil man nicht erfolgreicher etwas anderes kann. Der Konkurrenzvorteil liegt klar auf unserer Seite. Der niedergelassene freie Zahnarzt wird niemals mit einer Abwärts-Preisspirale mit investorengetriebenen MVZ (Medizinischen Versorgungszentren) mithalten, er wird niemals mit den Marketing-Aufwendungen einer großen Kette konkurrieren können. Das muss er auch nicht. Er muss persönlich, authentisch und transparent kommunizieren. Dann geht all das, was die GOZ 2012 dem Zahnarzt an die Hand gibt. Ein Preiswettbewerb nach unten, untereinander oder »gegen« die Ketten ist für die Zahnärzteschaft ruinös. Der englische Sozialreformer John Ruskin sagte: »Es wird niemals etwas geben, was nicht ein anderer billiger und schlechter machen kann.« Erinnern wir uns an unsere guten Noten im Staatsexamen, den Elan der Studien- und frühen Praxisjahre. Die Neugier auf neue Verfahren und Technologien. Die deutsche Zahnärzteschaft hat eine unfassbar breit angelegte Ausbildung, das stelle ich heute noch im Dialog mit hochrangigen internationalen Referenten fest. Kein deutscher Zahnarzt muss Vorbehalte haben, er gehört per se zu einer weltweit kleinen Elite hochqualifizierter Universitätsabsolventen, die trotz der zunehmenden Tiefe einzelner Fachbereiche das Potenzial für Weltklasse-Zahnmedizin mit dem Staatsexamen nachgewiesen haben. Das muss dann auf die Straße gebracht werden – und faire und angemessene Vergütung finden. Und dafür ist der freie Zahnarzt nun einmal selbst zuständig. Das kann ihm niemand abnehmen, doch der Freie Verband und die Kammern leisten hervorragende Arbeit, um die Ausübung der Freiberuflichkeit zu sichern und diese für zukünftige Generationen attraktiv zu machen.

Interview:
Dr. Christian Öttl

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2024

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2024

3.14. Honorarvereinbarung, ganz ohne »Feilschen«

Individualabrede. Es ist Sache des Zahnarztes, zu entscheiden, ob er für ein bestimmtes Entgelt bereit ist, tätig zu werden; er muss sich hinsichtlich der Höhe einzelner Steigerungssätze nicht verhandlungsbereit zeigen. Rechtsprechung Teil 4.

Die hohe Inflationsrate prekarisiert, was schon lange schwärt: die Nichtanpassung des GOZ-Punktwerts seit mittlerweile 35 Jahren. Die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) entschwindet zusehends als tragfähige Gebührenordnung in Relation zum allgemeinen Preisverfall. § 2 Abs. 1 und 2 – die freie Honorarvereinbarung – muss immer mehr ins Zentrum der Privatliquidation geraten. Doch viele Kolleginnen und Kollegen scheuen sich davor. Wohl auch, weil sie sich unsicher sind, was unter einer korrekten Individualabrede bei der Festlegung der Honorarhöhe in der freien Vereinbarung zu verstehen ist bei der Frage nach dem Verhandeln oder »Feilschen« des Preises für die Leistung.

Eine Honorarvereinbarung oberhalb des gesetzlich vorgesehenen Gebührenrahmens ist nur gültig, wenn sie vor der Leistungserbringung des Zahnarztes als schriftliche Individualabrede getroffen wurde. Hierbei ist es Sache des Zahnarztes, zu entscheiden, ob er für ein bestimmtes Entgelt bereit ist, tätig zu werden; er muss sich hinsichtlich der Höhe einzelner Steigerungssätze nicht verhandlungsbereit zeigen.

Laut Oberlandesgericht (OLG) Düsseldorf vom 25.10.2019 (Az.: 4 U 70/17) liegt eine Individualabrede bereits dann vor, wenn die Honorarvereinbarung im Hinblick auf eine konkret vorgesehene Behandlung nach individueller Besprechung der Parteien des Behandlungsvertrages getroffen worden sei. Eine solche Erörterung sei grundsätzlich geeignet, den für eine Vielzahl von Behandlungsfällen vorgesehenen Vertragsbestimmungen ihre Allgemeinheit zu nehmen und die für ihre Rechtswirksamkeit erforderliche Individualität zu geben.

Maßgeblich sei das Zustandekommen der Vereinbarung und ob der Vertrag als individuelle Vereinbarung anzusehen sei. Etwas anderes gelte auch nicht im Fall einer vollständig maschinenschriftlichen Erstellung ohne handschriftliche Eintragungen.

Beklagte PKV

Das Oberlandesgericht (OLG) Köln trat in seinem Urteil vom 14.01.2020 (Az.: 9 U 39/19) der Auffassung der beklagten privaten Krankenversicherung (PKV) entgegen, dass die zwischen dem klagenden Versicherungsnehmer und dem Zahnarzt bestehende Gebührenvereinbarung nicht die gesetzlichen Anforderungen des § 2 GOZ erfülle. Unter Bewertung der einzelnen Parameter kam das Gericht zu dem Ergebnis, dass die streitgegenständliche Gebührenvereinbarung den formellen Anforderungen des § 2 Abs. 2 Satz 2 und 3 GOZ entspricht.

Das OLG konnte die Feststellung der Vorinstanz, die streitgegenständliche Gebührenvereinbarung enthalte eine Pauschalvergütung, nicht nachvollziehen. Nach § 2 GOZ sei eine abweichende Gebührenvereinbarung für Zahnärzte nur über eine Änderung des Steigerungssatzes in Bezug auf konkret bezeichnete Leistungen zulässig. Zwingend vorgeschrieben sei die Angabe des sich daraus ergebenden Betrages.

Fester Steigerungssatz, kein Festpreis

In der streitgegenständlichen Gebührenvereinbarung seien diese Anforderungen umgesetzt worden, indem in der rechten Spalte ein vereinbarter Betrag in Euro angegeben worden sei. Dies stelle keine Pauschalpreisabrede dar. Eine »Dynamik« der Steigerungssätze, wie das Landgericht sie gefordert habe, sei in § 2 GOZ nicht vorgesehen. Wird demnach die Gebührenvereinbarung auf feste Steigerungssätze gestützt, ist das keine unzulässige Festpreisvereinbarung.

Das Gericht betonte weiter, dass es sich bei der streitgegenständlichen Gebührenvereinbarung in Anwendung der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG, Stattgebender Kammerbeschluss vom 25.10.2004, Az.: 1 BvR 1437/02) nicht um Allgemeine Geschäftsbedingungen handele. Nach der Auffassung des BVerfG sei für das Vorliegen einer Individualvereinbarung nicht erforderlich, dass der Zahnarzt das Überschreiten der Gebührenordnung ernsthaft zur Disposition stelle und dem Vertragspartner eine Gestaltungsmöglichkeit einräume zur Wahrung der

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

eigenen Interessen, dem Patienten also ein Mitspracherecht zur Angemessenheit der Bezahlung für die noch zu erbringende Leistung einräume. Die Anforderungen, die bei Vergütungsvereinbarungen an das Vorliegen einer Individualabrede gestellt würden, dürften nicht so hoch sein, dass es kaum noch zu beweisbaren Vereinbarungen kommen könne, die einer Überprüfung durch die Gerichte standhielten.

Dem Zahnarzt sei es nach der Auffassung des BVerfG nicht zuzumuten, trotz Erbringung überdurchschnittlich qualifizierter und zeitaufwändiger Leistungen unterhalb der Grenze einer angemessenen Vergütung zu arbeiten oder seine Leistung dem vorgegebenen Rahmen anzupassen. Ein dahingehender Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit eines Zahnarztes lasse sich verfassungsrechtlich nicht rechtfertigen.

Gleiche Gebühren, auch ohne Individualisierung
Dementsprechend könne dem Zahnarzt nicht verwehrt werden, bei allen von ihm durchgeführten Behandlungen, bei denen er die Erbringung überdurchschnittlich qualifizierter und zeitaufwändiger Leistungen verspreche, eine Gebührenvereinbarung mit dem Patienten abzuschließen. Es liege in der Natur der Sache, dass bei dem Abschluss einer Gebührenvereinbarung vor Beginn der jeweiligen Behandlung eine Individualisierung nicht oder nur begrenzt möglich sei. Nicht zu beanstanden sei daher, dass der Zahnarzt für gleiche Leistungen identische Steigerungssätze ansetze und infolgedessen inhaltsgleiche Gebührenvereinbarungen mit vielen Patienten abschließe.

Über dem Durchschnitt liegende Leistung ist angemessen zu vergüten

OLG Köln: Nach § 2 GOZ ist eine abweichende Gebührenvereinbarung für Zahnärzte nur über eine Änderung des Steigerungssatzes in Bezug auf konkret bezeichnete Leistungen zulässig.

Dr. Dr. Alexander Raff

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

3.15. Die Freiheit der Wahl

Der gangbare Weg. In unserer Serie zur Kostenerstattung gehen wir auch auf Leserfragen ein. Aktuell erreichen uns zunehmend Fragen von Kostenerstattungs-»Neuanwendern«, die schon erste Hürden überwunden haben.

Patienten, welche die Kostenerstattung erwägen und sich mit ihr näher befassen, zögern häufig wegen des Prozederes und auch wegen mutmaßlicher Auswirkungen auf Familienmitversicherte.

Das Sozialgesetzbuch (SGB) V hat zum ersten Einwand klare Vorgaben. Statt die Behandlung als Sachleistung über die elektronische Gesundheitskarte abzurechnen, wählt der Versicherte für mindestens ein Quartal die Kostenerstattung für einen Gesundheitsbereich – etwa für die ambulante zahnmedizinische Versorgung. Er ist damit einem Privatpatienten gleichgestellt. Das betrifft die Behandlungsoptionen und deren Vielfalt genauso wie die Rechnungslegung.

Er erhält eine Rechnung auf Basis der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und muss diese begleichen. Im Anschluss bekommt er nach Rechnungseinreichung bei seiner Krankenkasse eine Erstattung auf Basis der Vorgaben von SGB V und der Satzung seiner Krankenkasse. Die Erstattungshöhe richtet sich nach der von der Krankenkasse herangezogenen Sachleistung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) sowie nach der Satzung der Krankenkasse, die einen Verwaltungskostenabschlag von bis zu fünf Prozent oder höchstens 40,– € je Einreichung erheben kann. Der Privatpatient auf Zeit kann dann zu jedem Quartal die Wahl der Kostenerstattung beenden.

Juristische Klarstellung

Einige Versicherte sind sich auch unsicher hinsichtlich der Kostenerstattungswahl – aus Angst, ihre Familienmitversicherten seien dann auch an die Kostenerstattung gebunden. Zu diesem zweiten Einwand gibt es eine juristische Klarstellung:

»Seit dem 01.01.2004 können gemäß § 13 Abs. 2 Satz 1 SGB V alle Versicherten anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Das entspricht der von Mitte 1997 bis Ende 1998 gültigen Rechtslage nach dem 2. GKV-NOG. Zuvor hatten dieses Recht nur freiwillige Mitglieder und ihre nach § 10 versicherten Familienangehörigen. Die Wahloption steht den Versicherten unmittelbar kraft Gesetzes zu. Sie ist nicht von einer satzungsmäßigen Umsetzung abhängig. Stammversicherte und durch sie versicherte Familienangehörige haben ein eigenes Wahlrecht und können sich also unterschiedlich entscheiden« (Helbig in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 4. Aufl., § 13 SGB V, Stand: 11.04.2023, Rn. 36).

Nach Auffassung von Medizinrechtlern ist also nur derjenige, der die Kostenerstattung wählt, auch an sie gebunden und nicht etwa seine Familienmitversicherten.

Teilen auch Sie Ihre Erfahrungen zur Kostenerstattung mit uns und unseren Lesern. Je größer der Erfahrungsaustausch, desto einfacher wird die Handhabung für alle.

Dr. Christian Öttl

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2024

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2024

3.16. In 5 einfachen Schritten zur Kostenerstattung

Was ist die Kostenerstattung?
Patienten können bei ihrer Krankenkasse anstelle der Sachleistungen (ohne Geld zahlen zu müssen, nur die eGK vorlegen) die Kostenerstattung wählen. Bei dieser Erstattungsform wird nicht über die Gesundheitskarte abgerechnet. Der Patient erhält direkt von Ihnen eine Rechnung über die erbrachten Leistungen. Berechnet wird nach GOZ 2012.

Um den erstattungsfähigen Betrag geltend zu machen, reicht Ihr Patient die Rechnung bei seiner gesetzlichen Krankenversicherung ein. Diese macht für die Budgetberechnung ein Sachleistungssurrogat gegenüber der KZV geltend.

Was müssen Sie beachten?
Die Krankenkassen erstatten höchstens den Betrag, den sie bei Erbringung als Sachleistung zu tragen gehabt hätten. Zudem erheben sie vom Erstattungsbetrag je nach Satzungsfestlegung einen Verwaltungskostenabschlag. Die Höhe des Verwaltungsabschlags ist je nach Krankenkasse verschieden, darf aber 5 % der Rechnungssumme nicht übersteigen.

Dies bedeutet für Sie: Klären Sie Ihren Patienten immer über etwaige Kosten auf – schriftlich und vergessen Sie die Dokumentation der Aufklärung in der Kartei nicht. Händigen Sie dem Patienten eine Kopie der Unterlagen aus und vermerken Sie die Aushändigung.

Kostenerstattung:
mit diesen Regelungen durch den Praxisalltag
- Ihr Patient muss seine Krankenkasse über die Wahl der Kostenerstattung informieren, bevor er Leistungen in Anspruch nimmt.
- Informieren Sie Ihren Patienten: Kosten, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, sind von ihm selbst zu tragen. Den Zuschuss muss er bei der entsprechenden Krankenkasse geltend machen.
- Dokumentation wichtig – formale, schriftliche Vereinbarungen
- Beachten Sie: Behandlung durch einen Privatzahnarzt – nur mit vorheriger Zustimmung der Krankenkasse
- Zahnersatz, PAR-Behandlungen und Kieferbruchbehandlungen wie auch KfO-Behandlungen müssen immer vor der Behandlung genehmigt werden.

Vorteile Kostenerstattung
- Therapiefreiheit des Behandlers wird gestärkt. Alles ist möglich!
- Zuschuss je nach Sachbearbeiter und Penetranz des Patienten am Schalter
- Leistungen werden privat nach GOZ abgerechnet.
- Ermöglicht eine betriebswirtschaftlich angemessenere Honorierung
- Für Behandlungen muss keine Garantie gewährt werden.
- Keine Abschläge für Wirtschaftlichkeitsprüfung
- Nur ein Kostenvoranschlag muss erstellt werden.
- Patient erhält seine Rechnung und kann diese prüfen.
- Zahlung durch den Patienten erfolgt in der Regel schneller als durch mehrwöchigen Zahlungslauf im Sachleistungssystem.
- Ermöglicht dem Patienten zum Beispiel auch eine Behandlung im EU-Ausland

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2024

Die 5 einfachen Schritte zur Kostenerstattung

1. Information des Patienten:
Da der Patient und nicht der Zahnarzt die Kostenerstattung wählen darf, muss der Patient erst einmal aufgeklärt werden.

Zuerst einmal ein Blick auf das Fundament, das Sozialgesetzbuch V, auf das, was der Gesetzgeber dort verankert hat:

Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie ihre Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistung in Kenntnis zu setzen. Der Leistungserbringer hat die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung darüber zu informieren, dass Kosten, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, von dem Versicherten zu tragen sind. Eine Einschränkung der Wahl auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen ist möglich. Nicht im Vierten Kapitel genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Krankenkasse in Anspruch genommen werden.
Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist. Die Inanspruchnahme von Leistungserbringern nach § 95b Absatz 3 Satz 1 im Wege der Kostenerstattung ist ausgeschlossen.
Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte. Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. Sie kann dabei Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten in Höhe von höchstens 5 Prozent in Abzug bringen. Im Falle der Kostenerstattung nach § 129 Absatz 1 Satz 5 sind die der Krankenkasse entgangenen Rabatte nach § 130a Absatz 8 sowie die Mehrkosten im Vergleich zur Abgabe eines Arzneimittels nach § 129 Absatz 1 Satz 3 und 4 zu berücksichtigen; die Abschläge sollen pauschaliert werden. Die Versicherten sind an ihre Wahl der Kostenerstattung mindestens ein Kalendervierteljahr gebunden.
Quelle: Bundesgesetzblatt Jahrgang 2010, Teil I, Nr. 68 vom 31.12.2010, S. 2309 ff.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2024

Am besten klären Sie mithilfe dieses Informationsblattes auf:

Patienteninformation

Direktabrechnung mit Kostenerstattung – Ihre Chance für eine Behandlung auf höchstem Niveau

Sehr geehrte Frau _____/Herr _____,

es bietet sich für Sie die Möglichkeit, sich als gesetzlich Krankenversicherter in einem unkomplizierten und unbürokratischen Verfahren über den Weg der Direktabrechnung mit Kostenerstattung als Privatpatient behandeln zu lassen. Damit stehen Ihnen die gesamten Behandlungsmöglichkeiten der modernen Zahnheilkunde zur Verfügung.

Ein für Sie in vielen Behandlungsbereichen schon bekanntes Verfahren, denn bei allen Maßnahmen, die nicht im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung enthalten sind (z. B. professionelle Zahnreinigungen, zahnfarbene Füllungen, prothetische Versorgungen über dem Regelleistungsniveau), erhalten Sie bereits eine Direktabrechnung.

Sie können sich über einen für Sie wählbaren Zeitraum – mindestens ein Kalendervierteljahr – in der gesamten zahnärztlichen Behandlung als Privatpatient behandeln lassen. Dies bedeutet für Sie eine Behandlung auf höchstem fachlichem Niveau, ohne dass Sie durch Leistungseinschränkungen Ihrer Krankenkasse auf bestimmte Behandlungsformen verzichten müssen.

Sollten Sie sich für eine Privatbehandlung entscheiden, erhalten Sie für die gesamte Behandlung für den von Ihnen gewählten Zeitraum eine für Sie nachvollziehbare Gesamtrechnung, basierend auf der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Diese Rechnung reichen Sie bei Ihrer Krankenkasse ein, um den Ihnen zustehenden Anteil Ihrer Krankenkasse zu erhalten. Sollten Sie im Besitz einer Zusatzversicherung sein, können Sie mit dieser Rechnung ebenfalls Ihren Anspruch geltend machen.

Sicherlich haben Sie noch Fragen zu diesem neuen Verfahren.
Wenden Sie sich vertrauensvoll an uns – wir werden Ihnen Ihre Fragen gerne beantworten!

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Zahnarztpraxis _____

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2024

Schritt 2, Patient wählt bei seiner Krankenversicherung die Kostenerstattung:
Je nach Krankenkasse gibt es dazu eigene Formblätter. In der Regel reichen folgende Formulare aber aus.

Erklärung über die Wahl der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V – Versicherter

Name, Vorname _____

Straße _____

Ort _____

Ich bin ☐ Mitglied

bei der Krankenkasse _____

Versicherungsnummer _____

Mir ist bekannt, dass ich als Versicherter in der gesetzlichen Krankenversicherung gemäß § 13 Abs. 2 SGB V anstelle der Sach- und Dienstleistungen Kostenerstattung wählen kann.

Nach eingehender Information über die Auswirkungen dieser Entscheidung habe ich meine Krankenkasse über die Ausübung meines Kostenerstattungswahlrechts in Kenntnis gesetzt.

Mir ist bekannt, dass die Liquidation auf der Grundlage der Amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erfolgt. Mir ist des Weiteren bekannt, dass mein Anspruch auf Erstattung der Behandlungskosten höchstens in Höhe der Vergütung besteht, die meine Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte. Ich bin darüber informiert, dass ich an die Wahl der Kostenerstattung gemäß § 13 Abs. 2 mindestens ein Kalendervierteljahr gebunden bin. Mir ist dabei bewusst, dass die Wahl der Kostenerstattung unbefristet gilt und frühestens zum Ablauf des gewählten Kalendervierteljahres mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann.

Ich bestätige ausdrücklich, dass ich vor Inanspruchnahme der Leistung von meiner/meinem Zahnärztin/Zahnarzt _____ darüber informiert wurde, dass Kosten, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, von mir selbst zu tragen sind.

_____ _____
Datum/Ort Unterschrift

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2024

Erklärung über die Wahl der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V – Formular für Familienangehörige

Name, Vorname Versicherter _____

Straße _____

Ort _____

für das familienversicherte Mitglied _____
(Name und Vorname Familienmitversicherter)

bei der Krankenkasse _____

Versicherungsnummer _____

Mir ist bekannt, dass meine (nach § 10 SGB V) versicherten Familienangehörigen gemäß § 13 Abs. 2 SGB V anstelle der Sach- und Dienstleistungen Kostenerstattung wählen können.

Nach eingehender Information über die Auswirkungen dieser Entscheidung habe ich meine Krankenkasse über die Ausübung meines Kostenerstattungswahlrechts in Kenntnis gesetzt.

Mir ist bekannt, dass die Liquidation auf der Grundlage der Amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erfolgt. Mir ist des Weiteren bekannt, dass mein Anspruch auf Erstattung der Behandlungskosten höchstens in Höhe der Vergütung besteht, die meine Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte. Ich bin darüber informiert, dass ich an die Wahl der Kostenerstattung gemäß § 13 Abs. 2 mindestens ein Kalendervierteljahr gebunden bin. Mir ist dabei bewusst, dass die Wahl der Kostenerstattung unbefristet gilt und frühestens zum Ablauf des gewählten Kalendervierteljahres mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann.

Ich bestätige ausdrücklich, dass ich vor Inanspruchnahme der Leistung von meiner/meinem Zahnärztin/Zahnarzt _____ darüber informiert wurde, dass Kosten, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, von mir selbst zu tragen sind.

_____ _____
Datum/Ort Unterschrift Versicherter

_____ _____
Datum/Ort Unterschrift Familienmitversicherte(r)

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2024

Erklärung über die Wahl der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V

Name, Vorname des Mitgliedes _____ Geburtsdatum _____ Versichertennummer _____

Bankverbindung für künftige Kostenerstattungen:

IBAN _____ BIC _____

Ich wähle

☐ für mich
☐ für meine(n) familienversicherte(n) Ehefrau/Ehemann

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

☐ für die familienversicherten Kinder

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

☐ **Kostenerstattung**
☐ für alle Sach- und Dienstleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung
☐ für die ärztliche Versorgung
☐ für die zahnärztliche Versorgung (einschließlich kieferorthopädischer Leistungen)
☐ für stationäre Leistungen
☐ für veranlasste Leistungen

An die Wahl der Kostenerstattung bin ich mindestens ein Kalendervierteljahr gebunden. Sie gilt unbefristet und kann frühestens zum Ablauf des gewählten Kalendervierteljahres mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Ort, Datum _____ Unterschrift des Mitgliedes _____

Unterschrift der/des familienversicherte(n) Angehörigen _____

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2024

Schritt 3, Patient unterschreibt Erklärung über Kostenerstattung in der Praxis

Kostenerstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung

Was ist Kostenerstattung?
Als Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung sind Sie es gewohnt, in der Zahnarztpraxis Ihre Krankenversichertenkarte bzw. Gesundheitskarte vorzulegen. Der Zahnarzt erhält so Ihre Versichertendaten und rechnet die Behandlung über die Kassenzahnärztliche Vereinigung mit der Krankenkasse ab. Allerdings übernimmt die Krankenkasse nur bestimmte Therapien. Für Behandlungsmethoden, die über das Ausreichende, Zweckmäßige und Wirtschaftliche hinausgehen, können auf Grundlage der gesetzlichen Regelungen keine Kosten übernommen werden. Einige Leistungen müssen vor der Behandlung genehmigt werden.

Wenn Sie von der Möglichkeit der Kostenerstattung Gebrauch machen, können Sie sämtliche zahnmedizinischen Leistungen in Anspruch nehmen. Sie brauchen Ihre Versichertenkarte nicht mehr vorzulegen. Stattdessen erhalten Sie eine Rechnung nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), die Sie bei der Krankenkasse einreichen. Die Kasse erstattet die Kosten, die für die Behandlung über die Versichertenkarte angefallen wären. Sie kann vom Erstattungsbetrag Verwaltungskosten in Höhe von höchstens fünf Prozent abziehen. Etwaige Mehrkosten für aufwendige Behandlungen tragen Sie selbst. Haben Sie eine Zusatzversicherung, übernimmt diese unter Umständen auch einen Teil der Rechnung.

Wie wählen Sie Kostenerstattung?
Sie können die Kostenerstattung für sich selbst und/oder mitversicherte Familienangehörige für die Dauer von mindestens drei Monaten wählen. Dabei steht es Ihnen frei, die Kostenerstattung auf die zahnmedizinische Versorgung zu beschränken. Zuerst müssen Sie die Krankenkasse über Ihre Entscheidung informieren. Ihr Zahnarzt wird Sie über die Kostenerstattung aufklären.

Erklärung des Versicherten:
Als Versicherter der gesetzlichen Krankenversicherung habe ich Anspruch auf Erstattung der Behandlungskosten in Höhe des üblicherweise als Sachleistung von meiner Krankenkasse abgerechneten Betrages. Von diesem Recht möchte ich zukünftig Gebrauch machen und wünsche als Privatpatient auf der Grundlage der GOZ behandelt zu werden. Ich werde Kosten, die nicht von meiner Krankenkasse oder einer Zusatzversicherung übernommen werden, selbst tragen.

Ich wurde von meinem Zahnarzt umfassend über die Kostenerstattung informiert.

Außerdem bestätige ich, dass ich meine Krankenkasse bereits darüber informiert habe, dass ich Kostenerstattung für

☐ meine zahnärztliche Versorgung

☐ die zahnärztliche Versorgung von _____
Name des mitversicherten Familienmitglieds

gewählt habe.
(bitte ankreuzen)

Ort, Datum	Name in Druckbuchstaben	Unterschrift Patient/Zahlungspflichtiger

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2024

Schritt 4, Patient bekommt den privaten Behandlungsplan mit Kostenaufschlüsselung nach GOZ und kann diesen bei der Krankenkasse einreichen
Dieser Schritt unterscheidet sich nicht von dem Vorgehen bei einem privat Versicherten. Man darf auch keinesfalls die elektronische Versichertenkarte einlesen. Der Patient ist Privatpatient!

Schritt 5, Patient bekommt die geplante Privatbehandlung und anschließend die GOZ-Rechnung
Die Abrechnung der Leistungen erfolgt wie beim Privatversicherten auch. Alle erbrachten Leistungen werden im direkten Verfahren zwischen Patient und behandelndem Zahnarzt berechnet und gezahlt.

Der Patient holt sich im Zuge der Kostenerstattung von der Krankenkasse den Erstattungsbetrag. Der Versicherte zahlt den Verwaltungskostenabschlag, den die Versicherung einbehält, nicht je eingereichter Behandlung oder Einzelrechnung, sondern nur pro Einreichung. Man kann also den Tipp geben, mehrere Rechnungen zusammenkommen zu lassen, dann fiele so nur einmal der Abschlag an und nicht für jede Rechnung.

Fazit:
Der Weg zum zufriedeneren Patienten und zufriedenerem Arbeiten geht über die Kostenerstattung. Probieren Sie es aus!

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2024

3.17. Zahnfarbenbestimmung im Gebührenrecht

Zahnersatz. Seitens der Kostenerstatter heißt es immer wieder, eine Zahnfarbenbestimmung könne nicht berechnet werden, da unnötig oder Bestandteil einer GOZ- oder einer anderen BEB-Position. Was ist dran?

Die GOZ-Abrechnungsbestimmung Nr. 3 zu Einzelkronen sowie Nr. 2 zu Brücken- und Brückenankern besagt, dass durch die Leistungen nach den Nummern 2200–2220 sowie folgende zahnärztliche Leistungen abgegolten sind: »Präparieren des Zahnes oder Implantats, Relationsbestimmung, Abformungen, Einproben, provisorisches Eingliedern, festes Einfügen der Einlagefüllung oder der Krone oder der Teilkrone oder des Veneers, Nachkontrolle und Korrekturen.« Eine Zahnfarbenbestimmung beziehungsweise »Farbnahme« wird nicht erwähnt in dieser als vollumfänglich zu verstehenden Aufzählung (es fehlen Hinweise wie »unter anderem« oder »usw.«).

BEB 97: Positionen 0723, 0724 und 0726

Insofern wird deutlich, dass die GOZ die bei keramischem/kunststoffbasiertem Zahnersatz notwendige Farbnahme als eine zahntechnische Maßnahme versteht, die entweder chairside (auch durch den Zahnarzt) oder im zahntechnischen Eigen- oder Fremdlabor vorgenommen werden kann. Es ist demnach folgerichtig, dass gemäß § 9 GOZ (Ersatz von Auslagen für zahntechnische Leistungen) die Farbnahme abgebildet wird, zum Beispiel in der BEB 97 über die Positionen 0723 (Zahnfarbenbestimmung nach Farbringmuster), 0724 (Zahnfarbenbestimmung für eine Zahnfarbe, die nicht einem Konfektionsfarbmuster entspricht) oder 0726 (digitale Farbbestimmung). Zahnfarbenbestimmungen sind also in der Privatliquidation zahntechnisch zu berechnen. Eine Berechnung nach irgendwelchen Gebührennummern der GOZ oder auch nach § 6,1 GOZ analog ist demnach nicht möglich.

Sobald zahnfarbener Zahnersatz hergestellt wird, besteht die Notwendigkeit, eine möglichst passende Zahnfarbe auszuwählen. Hierbei handelt es sich nicht um eine Luxustherapie, sondern um einen möglichst wenig sichtbaren Ersatz verlorengegangener Körperanteile, der einen kulturspezifischen Sozialstandard wiederherzustellen vermag. Wenn vonseiten der PKV die Zahnfarbenbestimmung als nicht versicherte »Kosmetikleistung« eingestuft wird, so handelt es sich um eine Fehleinschätzung.

Nicht im BEMA

Die gesonderte Berechnung unterscheidet die GOZ deutlich vom BEMA, dessen Nummern 20 und 91 die »ggf. Farbbestimmung« als Leistungsbestandteil explizit erwähnen. Dies ist auch der Grund, warum weder im BEMA noch in der BEL II eine gesonderte Leistung für die Farbbestimmung existiert.

Nicht ohne Zahntechnik

Unmöglich ist aber auch in der GOZ der Ansatz der BEB-Nummern 0723, 0724 und 0726 ohne weitere Laborleistung, wenn zahnärztliche Leistungen, die keinen Zahnersatz darstellen, erfüllt werden, wie etwa das Legen von Füllungen oder plastische Zahnumformungen. Es kann sich bei der Auswahl der geeigneten Farbe eines Füllungskunststoffs nicht um eine zahntechnische Maßnahme handeln, da kein Zahnersatz hergestellt wird.

Der GOZ-Ausschuss der LZK Baden-Württemberg hat 2025 dazu einen Beschluss veröffentlicht: »Die BEB stellt einen Katalog für zahntechnische Leistungen dar. Bei der Zahnfarbenbestimmung nach der Position 0723 bzw. 0724 handelt es sich demnach um eine zahntechnische Leistung, die nur im Zusammenhang mit zahntechnisch hergestellten Versorgungen zum Ansatz kommen kann. Die Zahnfarbenbestimmung bei der Füllungstherapie stellt hingegen keine zahntechnische Leistung dar und kann nicht nach BEB berechnet werden.«

Dr. Dr. Alexander Raff

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2025

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2025

4

4.0. Inhaltsverzeichnis

4.1. Einleitung

4.2. Praxisorganisation

4.2.1. Aufbauorganisation

4.2.1.1. Praxisziele und Praxisprozesse
4.2.1.2. Praxiscoaching
4.2.1.3. Belegorganisation

4.2.2. Ablauforganisation

4.2.2.1. Qualitätsmanagement
4.2.2.1.1. Qualitätsmanagementrichtlinie des GBA vom 23.01.2014 (ZÄQM-RL)
4.2.2.1.2. Qualitätssicherung nach SGB V
4.2.2.2. Hygienevorschriften
4.2.2.2.1. Medizinproduktegesetz (MPG)
4.2.2.2.2. RKI-Empfehlung
4.2.2.2.3. TRBA 250, Hygieneleitfaden der DAHZ und Hygieneplan der Bundeszahnärztekammer
4.2.2.2.4. Ablauf der Überprüfungen nach MPG
4.2.2.2.5. Hygienecheck für die Zahnarztpraxis
4.2.2.2.6. Amalgamabscheider (Indirekteinleitung amalgamhaltigen Abwassers)
4.2.2.2.7. Beschwerdemanagement
4.2.2.2.8. Das neue Strahlenschutzgesetz

4.2.4. Zahnzusatzversicherungen

4.3. Personalauswahl und -führung

4.3.1. Fachkräftemangel

4.3.2. Personalsuche

4.3.3. Personalführung

4.4. Praxismarketing und Patientenansprache

4.4.1. Praxismarketing

4.4.1.1. Marketingplanung
4.4.1.2. Erfolgsfaktoren des Praxismarketing

4.4.2. Patientenansprache

4.4.3. Patienteninformation

4.4.3.1. Hilfreiche Links
4.4.3.2. Zuzahlungen nach den aktuellen Gesundheitsreformen
4.4.3.3. Infoblatt für Pflichtversicherte zur Kostenerstattung
4.4.3.4. Informationen zu den Festzuschüssen
4.4.3.5. Zahnersatz ist steuerlich absetzbar
4.4.3.6. Gegen Parodontitis hilft nur Vorsorge
4.4.3.7. Rauchen gefährdet die Mundgesundheit
4.4.3.8. Einwilligung zur Implantation

4.4.4. Erfolgreich im Web – Onlinemarketing für Ihre Praxis

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2022

4. Praxisführung
4.0. Inhaltsverzeichnis

4.5. Kann ich als Zahnarzt Fördermittel nutzen und wofür?

4.6. Praxisbegehung

4.7. Die unverkäufliche Praxis

4.8. Praxisabgabe – die psychologischen Facetten

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2022

4.1. Einleitung

Neben der Kenntnis der zahnärztlichen Wissenschaft und der Kenntnis des Gebührenrechts ist die Praxisführung das entscheidende Glied in der Kette, den Beruf zur Zufriedenheit in der freiberuflichen Praxis auszuführen.

In diesem Kapitel befassen wir uns mit allgemeinen Grundlagen der Praxisführung, Qualitätsmanagement und den Anforderungen des MPG mit der RKI-Empfehlung zur Praxishygiene.

Des Weiteren beinhaltet das Kapitel Fragen der Personalführung und des Praxismarketings. Ebenso sind hier die Vorlagen für die Patienteninformationen zu finden.

Die personalrechtlichen Fragen finden Sie jetzt im Kapitel 7 des Praxishandbuches.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2010

4. Praxisführung
4.1. Einleitung

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2010

4.2. Praxisorganisation

4.2.1. Aufbauorganisation

4.2.1.1. Praxisziele und Praxisprozesse

Der Weg hat ein Ziel

»Wer den Hafen nicht kennt, in den er segeln will, für den ist kein Wind günstig.« (Seneca)

Eine Praxis muss, wenn sie erfolgreich sein will, in ihrer Tätigkeit zielgerichtet sein. Deshalb sollte jede Praxis für sich ein **Praxisziel** oder eine **Praxisleitlinie** definieren. Wichtig ist es, keine Allgemeinplätze wie »Wir wollen immer gut arbeiten« zu formulieren. Das Praxisziel muss kundenzentriert sein, denn die Patienten sind der Garant des wirtschaftlichen Erfolges oder eben auch nicht.

Mit dem Praxisziel oder der Praxisleitlinie trifft man eine **strategische** Entscheidung für die Praxis. Mit dem Praxisziel wird auch die **Zielgruppe** der Praxistätigkeit festgelegt.

Die Erarbeitung des Praxiszieles oder der Praxisleitlinie ist eine Aufgabe aller Mitarbeiter. Selbstverständlich muss der Praxisinhaber den Prozess führen. Aber nur wenn die Mitarbeiter in die Erarbeitung eingebunden sind, werden Sie die Ziele auch verinnerlichen und sich an der Verwirklichung aktiv beteiligen.

Es müssen messbare Ziele definiert werden und ihre Verwirklichung regelmäßig kontrolliert werden.

Die Prozesslandschaft der Zahnarztpraxis

Die Prozesse in der Zahnarztpraxis gliedern sich in
- Administrative oder Führungsprozesse
- Kernprozesse, welche der eigentlichen Wertschöpfung dienen
- Organisatorische oder Unterstützungsprozesse

Sie zeichnen sich durch eine hohe gegenseitige Durchdringung aus. Die Kernprozesse erbringen den wirtschaftlichen Gewinn und erbringen den Patientennutzen. Die Führungsprozesse bewirken die organisatorischen Voraussetzungen für den Erfolg. Unterstützungsprozesse wiederum schaffen die prozessualen Voraussetzungen für den Erfolg.

Es ist von hoher Bedeutung, dass für jeden Mitarbeiter Verantwortung und Befugnis in dieser Prozesslandschaft festgelegt sind.

Die Kernprozesse

Die Kernprozesse betreffen die unmittelbare Arbeit am Patienten und sind mit den Schlagwörtern **Diagnose – Beratung – Therapie** umrissen.

Die administrativen oder Führungsprozesse

Die administrativen oder Führungsprozesse laufen in der Verantwortung des Praxisinhabers. Sie beinhalten u. a.

- Die Praxisleitung
  einer ist der Chef, Struktur, Organigramm, Entscheidungsbefugnis, Verantwortung
- Die Personalfragen
  Personalführung, Personalauswahl
- Die Arbeitssicherheit
  gesetzliche Anforderungen, BUS-Dienst, TRBA 250, BioStV, RöV
- Die Kommunikation
  Achillesferse vieler Organisationen, gleichen Informationsstand für alle Teammitglieder sichern
- Das Qualitätsmanagement
  siehe Kapitel 4.2.2.1

Die organisatorischen oder Unterstützungsprozesse

Die organisatorischen oder Unterstützungsprozesse betreffen u. a.
- Die Fragen der Praxishygiene
- Verpflichtungen aus der Medizinprodukte-Betreiberverordnung
- Die Patientenverwaltung

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2010

- Das Terminmanagement
- Die sachgerechte Dokumentation
- Die Organisation der Abrechnung, der Rechnungslegung und des Mahnwesens
- Das Materialmanagement und den Einkauf
- Die Zusammenarbeit mit externen Dienstleistern wie dem zahntechnischen Labor
- Die Fragen des Praxismarketing

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2010

4.2.1.2. Praxiscoaching

Am Anfang…

…des Praxiscoaching steht das Ausfüllen eines Fragebogens zur Praxissituation, den sowohl der Zahnarzt als auch jedes einzelne Teammitglied ausfüllen und an den Coach senden müssen. Werden Probleme gesehen? Gibt es Änderungswünsche? Der Coach gewinnt so bei der Auswertung einen ersten Einblick in die Praxisgegebenheiten und die Fähigkeiten der einzelnen Personen.

Zu Beginn des eigentlichen Praxiscoaching…

…vor Ort in der Zahnarztpraxis findet ein ausführliches Analyse- und Zielplanungsgespräch mit dem Zahnarzt statt. Im Anschluss nimmt der Coach die Praxissituation vor Ort persönlich in Augenschein. Er beobachtet mindestens einen halben Tag lang alle Behandler und Mitarbeiter bei ihrer Arbeit. Den Mitarbeitern sieht man ihre Spannung und Ängste förmlich an: »Hoffentlich mache ich nichts falsch!«, »Besteht eine Gefahr für meinen Arbeitsplatz?« – Solche und ähnliche Gedanken scheinen ihnen durch den Kopf zu gehen.

Nach Abschluss der Situationsanalyse…

…nimmt das gesamte Praxisteam, also sowohl Zahnarzt als auch Mitarbeiter, an einer Teamsitzung teil, in der die Anwesenden konstruktive Anregungen für eine effizientere Praxisorganisation erhalten. Ein wesentliches Element ist dabei die Vermittlung der Vorteile einer funktionierenden »Internen Kommunikation«, wie es so schön in der Betriebswirtschaftslehre heißt. Als wichtigstes Instrument der »Internen Kommunikation« wird die Teamsitzung vorgestellt, in die alle ihre Vorstellungen einbringen können. Ziel ist es, nicht nur Praxisabläufe effizienter zu gestalten, sondern auch sicherzustellen, dass jedes Teammitglied sich mit seiner Arbeit identifiziert, sich für den Praxiserfolg verantwortlich fühlt und Zufriedenheit in seiner Arbeit findet.

Damit alle Beteiligten sich in dem so genannten »Praxisleitbild«, den formulierten Praxiszielen, wiederfinden, darf das gesamte Praxisteam seine Vision von einer optimalen Zahnarztpraxis einbringen. Natürlich dürfen dabei auch die mutmaßlichen Wünsche der Patienten nicht unberücksichtigt bleiben. Alle konsensfähigen Vorstellungen werden schriftlich festgehalten. Am Ende dieses Prozesses steht das Praxisleitbild, an dem sich alle weiteren Maßnahmen messen lassen müssen. Nur wenn eine Maßnahme geeignet ist, die Praxis über kurz oder lang im Sinne des Praxisleitbildes weiterzuentwickeln, wird sie umgesetzt.

Im Rahmen des Coaching gibt der Coach eine Vielzahl von Anregungen und Impulsen für Maßnahmen, die dem Praxisteam den Weg zur Realisation ihres Leitbildes weisen können und die zu einer optimalen (effizienten) Ablauforganisation beitragen. Diese werden innerhalb des Teams diskutiert. Alle innerhalb des gesamten Praxisteams ausgehandelten Maßnahmen werden mit festen Zeitvorgaben fixiert, um so Druck für eine tatsächliche Umsetzung der Maßnahmen aufzubauen.

Darüber hinaus erhält die Praxis – dank des großen Erfahrungsschatzes des Coaches – weitere wertvolle Tipps für eine effiziente Kommunikation mit den Patienten, für eine rechtssichere Organisation der Praxisabläufe, für die Praxisgestaltung und vieles mehr.

Am Ende der Teamsitzung…

…sind sich alle Beteiligten einig: Der Zeit-, Kraft- und Geldaufwand hat sich gelohnt: Das Team hat so viele Anregungen und konkrete Umsetzungshilfen an die Hand bekommen, dass alle erschlagen sind. Von den anfänglichen Spannungen und Ängsten ist überhaupt nichts mehr spürbar. Im Gegenteil: Alle sind zufrieden und fühlen sich ernst genommen. Und das Wichtigste: Alle sehen genau das Ziel vor Augen – ihre Praxis der Zukunft, geprägt und mitgestaltet von allen Teammitgliedern. So macht Arbeiten Spaß.

In einigen Wochen…

…wird sich der Coach wieder telefonisch mit der Praxis in Verbindung setzen und sich nach dem Stand der Dinge erkundigen: Gab es Probleme bei der Um-

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2010

setzung? Wird weitere Hilfe benötigt? Wie ist die Stimmung im Team? – Der Ansprechpartner in der Praxis, zumeist die Rezeptionsmitarbeiterin, moderiert die Ergebnisse dieses Gespräches in das Team hinein. Diese telefonische »Nachsorge« erfolgt zirka viermal in einem zwei- bis dreiwöchigen Abstand. Das Coaching endet mit einem Abschlussgespräch mit dem Praxisinhaber. Gemeinsam werden die Ergebnisse bewertet und der Grad der Zufriedenheit abgefragt. Der Coach gibt darüber hinaus noch einige weitere Anregungen für die Zukunft.

Kontakt: swoitzik@za-eg.de

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2010

4.2.1.3. Belegorganisation

1. Ablagesysteme

Es gibt verschiedene Möglichkeiten der Belegorganisation. Man unterscheidet zwischen:

– Kurzfristiger Ablage (z. B. Posteingang)
– Mittelfristige Ablage (z. B. zu bezahlende Rechnungen)
– Langfristige Ablage (z. B. Buchhaltungsunterlagen)

Zur Ablageunterstützung kommen unterschiedliche Hilfsmittel in Frage, deren Verwendung sich an der Art und dem Umfang der Ablage orientieren. Z. B. können Ablagekörbchen für die kurz- und mittelfristige Ablage genutzt werden, während für die langfristige Ablage Ordner zum Einsatz kommen.

Tipp
Alle Ablagesysteme sollten eindeutig beschriftet sein!

Es ist wichtig einen Weg festzulegen, den die Belege von der Erzeugung bzw. Ankunft in der Praxis bis zur langfristen Ablage durchlaufen. Diesen Weg müssen alle Beteiligten kennen und einhalten. Dabei ist es wichtig, darauf zu achten, dass die Arbeitsabläufe so gestaltet sind, dass die Dokumente möglichst selten von Schreibtisch zu Schreibtisch bzw. von Hand zu Hand gereicht werden müssen. Das Ziel sollte sein, dass jedes Dokument möglichst nur ein- oder maximal zweimal angefasst bzw. neu abgelegt werden muss.

Da das Belegmanagement teilweise direkt an der Rezeption, teilweise von der Praxismanagerin im Backoffice und zum Teil vom Chef selbst in dessen Büro erfolgt, muss dies bei der Organisation berücksichtigt werden. Das in diesem Kapitel beschriebene Belegmanagement besteht aus folgenden Bereichen:

– Post (Rezeption)
– Patientenrechnungen (Rezeption/Backoffice)
– Zahlungsverkehr (Backoffice/Chef)
– Buchhaltung (Rezeption/Backoffice/Chef/Steuerbüro)
– Personal (Backoffice/Chef/Steuerbüro)
– Verträge (Backoffice/Chef)

Die Ablage der für die Abrechnung relevanten Dokumente (HKP, Mehrkostenvereinbarungen, Kostenübernahmebescheinigungen usw.) wird hier nicht berücksichtigt, da sie in der Regel patientenbezogen abgelegt werden.

Tipp
Da die Praxisverwaltung mit dem Belegmanagement auch Bestandteil des Qualitätsmanagements ist, sollte es eine Dokumentation geben. Diese ist auch für Urlaubsvertretungen oder bei Abwesenheit ein wichtiger Leitfaden.

Fazit
Es gibt verschiedene Ablagesysteme, die von mehreren Bearbeitern in unterschiedlichen Räumen genutzt werden. Je größer die Praxis ist, desto bedeutsamer ist ein professionelles Belegmanagement. Es empfiehlt sich das Arbeiten mit einem Dokumentenmanagementsystem, da dann die Dokumente von allen Bearbeitern an allen Arbeitsplätzen aufgerufen und bearbeitet werden können.

2. Dokumentenmanagementsysteme

Der Begriff des *Dokumentenmanagements* (auch *Dokumentenverwaltungssystem*) bezeichnet die datenbankgestützte Verwaltung elektronischer Dokumente. Dabei ist in der deutschen Sprache auch die Verwaltung digitalisierter, ursprünglich papiergebundener Schriftstücke in elektronischen Systemen gemeint und wird in einem erweiterten Sinn auch als Branchenbezeichnung verwendet. Bei der Verwaltung von Papierdokumenten spricht man von Schriftgutverwaltung. Zur besseren Unterscheidung wird häufig auch der Begriff *Elektronisches Dokumentenmanagement* verwendet. Als Software werden Dokumentenmanagementsysteme eingesetzt. Arbeitsabläufe können durch den Einsatz eines Dokumentenmanagementsystems optimiert werden, man spart bei dieser Arbeitsweise Platz für Ordner und ermöglicht einen schnellen Zugriff von verschiedenen Arbeitsplätzen.

– Meist ist eine Verlaufskontrolle integriert, so dass der Praxisinhaber jederzeit sehen kann, wer zu welchem Zeitpunkt und in welcher Form das Dokument bearbeitet hat.
– Dank Suchfunktionen ist es möglich, ein Dokument oder eine Datei sekundenschnell zu finden.
– Bei der Arbeit ohne ein Dokumentenmanagementsystem kann es leicht vorkommen, dass Arbeiten parallel zueinander von verschiedenen Mitarbeitern

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2014

und somit mehrfach ausgeführt wurden. Mit einem Dokumentenmanagement sind alle Dokumente an einem Ort, auf den alle Mitarbeiter und auch verschiedene Praxisinhaber zugreifen können. Doppelarbeit wird somit vermieden. Ob und in welchem Maße ein Mitarbeiter auf Informationen zugreifen kann, ist bei den meisten Systemen individuell anpassbar.

– Es ist ratsam, ein System zu verwenden, das speziell auf Zahnarztpraxen und deren Ablagebesonderheiten zugeschnitten ist.
– Mit einem Dokumentenmanagementsystem hat die Praxis zukünftig nicht mehr viele einzelne Ordner oder eventuell sogar mehrere Räume, die mit Aktenordnern gefüllt sind, sondern den PC als zentrale Anlaufstelle zur Dokumentenablage. So kann keine Information verloren gehen, vorausgesetzt das EDV-System der Praxis wird regelmäßig gesichert.
– Der Datenzugriff kann für die Praxisinhaber oder externe Mitarbeiter über einen VPN-Zugang erfolgen, so dass von überall aus Dokumente gefunden und bearbeitet werden können.

Tipp
Arbeitet eine Praxis mit dem Dokumentenmanagementsystem DMS-NET und erstellt sie ihre Buchhaltung mit dem vom FVDZ empfohlenen Programm fibu-doc, stehen die gescannten Belege bereits bei der Kontierung des Bankimports zur Verfügung und ermöglichen somit eine schnelle und effiziente Erfassung. Auch können die Buchhaltungsbelege dem Steuerberater als Datei zur Verfügung gestellt werden, was den Zeitaufwand für Buchungsrückfragen an den Arzt enorm senken kann.

Zu beachten ist jedoch, dass ein funktionierendes Dokumentenmanagementsystem abhängig ist von einer gut durchdachten und praxisbezogenen Systematik der Zuordnung bzw. Verschlagwortung der Belege sowie dem akkuraten Vorgehen aller Beteiligten bei der täglichen Arbeit mit dem System.

3. Aufbewahrungsfristen

Es gibt gesetzliche Vorschriften, wie lange bestimmte Unterlagen in der Praxis aufbewahrt werden müssen. Diese regeln auch, welche Unterlagen in vorgeschriebener digitalisierter Form aufzubewahren sind und welche noch zusätzlich im Original während der Aufbewahrungsfrist vorliegen müssen. (Siehe Kapitel 5.3.5.)

4. Ablagebereiche

4.1. *Postbearbeitung*
4.2. *Patientenrechnungen*
4.3. *Zahlungsverkehr*
4.4. *Buchhaltungsbelege*
4.5. *Personalunterlagen*
4.6. *Verträge*
4.7. *Versicherungen*
4.8. *Sonstige*

4.1. POSTBEARBEITUNG

4.1.1. Eingang
Im Rahmen des QM-Systems sollte geregelt sein, wer die Post aus dem Briefkasten holt. Bitte auch die Vertretung benennen. Für die kurzfristige Ablage des Posteingangs eignet sich ein mit »Posteingang« beschrifteter Ablagekorb, der ganz oben liegen sollte. Dort wird der Posteingang zusammen mit anderen Eingängen zunächst völlig unsortiert abgelegt.

Der Posteingang wird hier von der dafür zuständigen Person nach folgenden Kriterien vorsortiert und verteilt:

– Lieferantenrechnungen
– Krankenkassenpost
– Werbung
– persönliche Post Chef
– KZV-Abrechnungen
u. ä.

Es ist sinnvoll die jeweiligen Belege direkt in das entsprechende Ablagefach zu sortieren, damit sie für den nächsten Arbeitsschritt verfügbar sind.

Tipp
Eine Postgebührentabelle bzw. eine Auflistung der gängigen Versandarten (z. B. Briefarten für Patientenrechnungen, Angabe wann als Paket und wann als Päckchen zu versenden ist, usw.) sollte im Postausgangskörbchen oder im PC abrufbereit zur Verfügung stehen.

4.2. PATIENTENRECHNUNGEN

4.2.1. Druck/Versand
Patientenrechnungen werden einfach oder mehrfach für den Versand an Patienten ausgedruckt. Duplikate müssen nicht mehr ausgedruckt werden. Normalerweise genügt es, die Rechnungen digital aufrufen zu

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2014

können. Hierbei ist zu beachten, dass für diese »beleglose« Ablage die Datensicherung existenziell ist. Kann eine Praxis das nicht gewährleisten, ist es ratsam, auch weiterhin ein Duplikat der Patientenrechnung auszudrucken und aufzubewahren.

4.2.2. Ablage
Das Duplikat der Patientenrechnung sollte nach Rechnungsnummer bzw. chronologisch in einem Ordner abgelegt werden. Dieser Ordner wird beschriftet mit »Patientenrechnungen« von Nr. … bis Nr. … Sobald dieser Ordner voll ist, wird er zur dauerhaften Aufbewahrung entsprechend der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen (siehe Kapitel 5.3.5.) im Archiv aufbewahrt.

4.2.3. Rechnungsliste
Häufig werden die Patientenrechnungen zunächst alphabetisch in den Ordner »offene Patientenrechnungen« einsortiert, um nach dem Zahlungseingang in den Ordner »bezahlte Patientenrechnungen« umsortiert zu werden. Dies war erforderlich, als das Mahnwesen noch anhand von manuell geführten Listen oder Rechnungskontrollbüchern erfolgte. Heute wird gemahnt, wer laut Offener-Posten-Liste in der Zahnarztsoftware nicht fristgerecht gezahlt hat. Ein mehrfaches Umsortieren in verschiedene Ordner ist somit überflüssig.

4.3. ZAHLUNGSVERKEHR

Der Zahlungsverkehr in der Zahnarztpraxis findet entweder bar oder per Bank statt. Dies gilt sowohl für Einnahmen als auch für Ausgaben.

4.3.1. Kassenbelege
Barzahlungen müssen in einem Kassenbuch dokumentiert werden. Dies erfolgt in der Regel mit einem EDV-Kassenbuch (z. B. Kassenbuch der Zahnarztsoftware). Achtung: Hier müssen die gesetzlichen Anforderungen an ein Kassenbuch beachtet werden.

Die dazugehörigen Ausgabenbelege werden nach Monaten sortiert chronologisch in einem Ordner abgeheftet. Am Ende des Monats ist es sinnvoll den Kassenbuchausdruck oder das manuell geführte Kassenblatt auf die Monatsbelege zu heften und sie dann dem Steuerbüro zur Verfügung zu stellen. Die Patientenrechnungen (siehe Abschnitt Patientenrechnungen) werden nicht dazugeheftet, da sie aus Datenschutzgründen nicht zum Steuerbüro gehen dürfen.

4.3.2. Bankbelege
Bankzahlungen erfolgen in der Regel via Onlinebanking. Man nimmt die Rechnungen zunächst aus dem Ablagefach »Offene Lieferantenrechnungen«, überweist sie und legt sie dann im Ablagefach »Bezahlte Lieferantenrechnungen« ab. Wenn die entsprechenden Kontoauszüge ebenfalls vorliegen, können die überwiesenen Lieferantenrechnungen zusammen mit den Kontoauszügen abgeheftet werden. Hier empfiehlt es sich, die Bankauszüge pro Bankkonto chronologisch abzulegen und die Rechnungen hinter dem Bankbeleg mit der entsprechenden Zahlung einzusortieren.

4.4. BUCHHALTUNGSBELEGE

4.4.1.
Kontoauszüge und Lieferantenrechnungen werden gemäß Abschnitt 4.3.2. und Kassenbelege gemäß Abschnitt 4.3.1. abgelegt und gehören zu den Buchhaltungsunterlagen, die dauerhaft aufbewahrt werden müssen.

4.4.2. KZV-Abrechnungen
Zusätzlich müssen die KZV-Abrechnungen im Rahmen der Abrechnungsunterlagen in einem separaten Ordner abgelegt und aufbewahrt werden. Für eine ordnungsgemäße Umbuchung der KZV-Abzüge (z. B. Verwaltungsgebühren, Kammerbeitrag usw.) sollte eine Kopie der KZV-Abrechnung den Buchhaltungsunterlagen für den Steuerberater beigelegt werden.

4.4.3. Rechnungen Anlagevermögen
Die Anschaffungsrechnungen für Anlagevermögen (z. B. Behandlungseinheit, Röntgengerät usw.) werden entweder zum Kontoauszug oder nach Absprache mit dem Steuerberater separat abgelegt. Im Steuerbüro werden diese Rechnungen zur Errechnung der Abschreibungen benötigt.

4.4.4. Darlehensabrechnungen
Die Kontoauszüge der Praxisdarlehenskonten werden zusammen mit den Darlehensmitteilungen wie ein Finanzkonto getrennt abgeheftet und ebenfalls dem Steuerbüro zur Verfügung gestellt.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2014

4.5. PERSONALUNTERLAGEN

Die Personalunterlagen werden entweder personenbezogen oder chronologisch nach Monaten bzw. Jahren abgelegt. Da es sich hier um Unterlagen handelt, die längerfristig aufbewahrt werden müssen, eignen sich Aktenordner, in denen die Dokumente abgeheftet werden.

4.5.1. Mappe pro Mitarbeiter

Pro Mitarbeiter wird eine Mappe oder ein durch Trennblätter unterteilter Ordner angelegt. In diesen gehören folgende Unterlagen:

- Das Stammdatenblatt sollte Angaben zum Mitarbeiter beinhalten. In diesem Formular werden die Adresse, das Geburtsdatum, die Telefonnummern, die Bankverbindung, die Krankenversicherungsnummer, die Steuerdaten, die wöchentliche Arbeitszeit, das Bruttogehalt und die Urlaubstage dokumentiert.
- Die Bewerbungsunterlagen sollten aufbewahrt werden, damit man bei Bedarf nachschauen kann, welche Qualifikationen dort genannt wurden.
- Der Arbeitsvertrag ist ein wichtiger Bestandteil des Vertragsverhältnisses.
- Gehaltsabsprachen müssen schriftlich dokumentiert und aufbewahrt werden. Außerdem müssen alle Änderungen im Personalstammblatt aktualisiert werden.
- Gehaltsabrechnungen (wenn nicht gesondert chronologisch abgelegt)
- Die Protokolle der Mitarbeitergespräche sind für die Kontrolle der Absprachen bedeutsam.
- Versicherungsverträge, gehaltsbezogen
- Urlaubsanträge/Krankmeldungen oder weitere, sonstige personalrelevante Unterlagen

4.5.2. Chronologische Ablage

Hier werden die monatlichen bzw. jährlichen Abrechnungen für alle Mitarbeiter in einem Ordner abgeheftet. Je nach Größe der Praxis können auch zusätzliche Ordner pro Krankenkasse (Meldungen) und für das Finanzamt (Lohnsteuerabrechnungen) angelegt werden.

4.6. VERTRÄGE

Alle Praxisverträge müssen in Ordnern, nach Vertragsart getrennt, abgeheftet werden, damit sie bei Bedarf auch nach vielen Jahren schnell verfügbar sind.

4.6.1. Mietverträge

Praxismietverträge werden meist über einen langen Zeitraum abgeschlossen und erst bei einer Mieterhöhung oder bei der Beendigung des Mietverhältnisses benötigt. Umso wichtiger ist es, dass man ihn dann sicher und schnell zur Verfügung hat. Mitteilungen über Mieterhöhungen oder andere Mitteilungen zur Mietsache sollten zum Mietvertrag abgelegt werden.

4.6.2. Kaufverträge

Kaufverträge zum Praxiskauf, Grundstückskaufverträge usw. werden in einem separaten Ordner abgelegt. Dies betrifft nicht die regelmäßigen Anschaffungen in der Praxis. Diese könnte man, wenn man es konsequent durchführt, als Kopie ebenfalls zu den Kaufverträgen heften.

4.6.3. Darlehensverträge

Darlehensverträge heftet man in einem separaten Ordner nach Darlehenskonten getrennt ab. Es ist ratsam eine Übersicht (Darlehensnummer, Kreditinstitut, Beginn, Darlehenshöhe, Zinssatz, Zinsbindung, Tilgungsvereinbarung, Darlehenslaufzeit u. ä.) über alle Darlehen zu erstellen und diese regelmäßig zu aktualisieren.

4.6.4. Laufende Verträge Service/Dienstleistung

Wie z. B. Telefon-, Internet- oder Wartungsverträge, auf die bei Problemen oder Störungen schnell zugegriffen werden muss.

4.7. VERSICHERUNGEN

Versicherungsverträge werden nach Versicherungen getrennt in Ordnern abgeheftet. Dabei ist es wichtig, alle Vertragsänderungen und Aktualisierungsmitteilungen immer zu der jeweiligen Versicherung abzulegen. Auch hier ist als Übersicht eine tabellarische Darstellung aller Versicherungen und der Beiträge sinnvoll.

4.8. SONSTIGE

Für einmalige und außergewöhnliche Vorgänge kann noch ein Ordner »Sonstiges« angelegt werden. Das können z. B. Garantiescheine, einmalige Akten oder Ähnliches sein.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2014

4.2.2. Ablauforganisation

4.2.2.1. Qualitätsmanagement

Professionelle Praxisführung erleichtert den Praxisalltag

Qualitätsmanagement ist für viele Praxisinhaber immer noch ein Buch mit sieben Siegeln. Fragen wie »Was ist das eigentlich genau?« und »Wozu das Ganze?« oder Aussagen wie beispielsweise »Ich lasse mir doch vom Gesetzgeber nicht vorschreiben, wie ich meine Praxis zu organisieren habe« lassen den Informationsbedarf der Kollegenschaft erkennen.

Aus diesem Grund möchten wir Sie einladen, uns gedanklich in die Zahnarztpraxis von Dr. Kaiser zu begleiten. Die Praxis liegt irgendwo in Deutschland. Es ist Donnerstagnachmittag und irgendwie scheint an diesem Tag in der Praxis mal wieder nichts so zu laufen, wie Dr. Kaiser sich das vorstellt: Die Anmeldungshelferin hatte sich krankgemeldet und die Vertretung ist mit den Aufgaben an der Rezeption völlig überfordert. Die Schmerzpatienten stapeln sich im Wartezimmer und nebenbei erfährt er, dass der Thermodesinfektor bereits seit drei Tagen defekt ist. Dadurch entstand ein Engpass bei den Assistenzhelferinnen, die die Instrumente nun manuell aufbereiten müssen. Bei der Implantat-OP ist die Implantatratsche nicht auffindbar, die Handschuhe für die Assistenzzahnärztin waren unbemerkt ausgegangen und die Auszubildende hatte versehentlich Phosphatzement statt provisorischen Zements in die Krone gefüllt. Trotz aller Versuche passte die angefertigte Keramikbrücke nicht und es müssen neue Abdrücke genommen werden. Zu allem Überfluss ruft auch noch der Steuerberater an und teilt mit, dass der Praxisgewinn stark zurückgeht.

»So kann es nicht weitergehen«, denkt Dr. Kaiser. Irgendwie ist er unzufrieden, denn er hätte gerne richtig geordnete Arbeitsabläufe und klare Strukturen in seiner Praxis. »Wie schön wäre es, wenn ich meine Patienten einfach in Ruhe behandeln könnte. Wenn die Vertretung der Anmeldungshelferin genau wüsste, wie der Rezeptionsbereich funktioniert. Und wenn die Auszubildende nicht zwei Jahre bräuchte, um effektiv einsetzbar zu sein. Auch wäre es toll, wenn nicht immer die gleichen Fehler passieren und die Materialverwaltung endlich rund laufen würde. Ach ja, und wenn wir schon dabei sind zu träumen, dann wäre es auch nett, mehr Privatleistungen zu generieren und die Prophylaxe richtig auszubauen.«

Praxismanagement als Investition in die eigene Zukunft

Er ärgert sich über die Auswirkungen der vielen Fehler und Missverständnisse, die täglich passieren. Sie verursachen einfach zu viel Doppelarbeit, Hektik und Stress und kosten zu allem Überfluss auch noch sein Geld.

Als Zahnarzt ist Dr. Kaiser jedoch die meiste Zeit im Behandlungszimmer und behandelt Patienten. So soll es ja auch sein, denn schließlich wird nur dann Geld verdient. Gleichzeitig muss er sich jedoch darauf verlassen können, dass seine Mitarbeiter alle Aufgaben verantwortungsvoll und in seinem Sinne wahrnehmen. Wie kann dies zuverlässig erreicht werden?

Dr. Kaiser ist zugleich Behandler und Manager seines Unternehmens Zahnarztpraxis. Ihm wird klar, wie wichtig eine gute Praxisorganisation für seine eigene Zufriedenheit ist. Ein professionelles Praxismanagement muss her, das ihm den Rücken freihält, so dass er in Ruhe behandeln kann und hinterher auch der Praxisgewinn stimmt.

Professionelles Praxismanagement = Qualitätsmanagement

Wenn Sie behandeln, brauchen Sie ein möglichst angstfreies und harmonisches Klima im Behandlungszimmer. Vor dem Patienten wollen Sie nicht mit Ihren Mitarbeitern diskutieren und es ist ebenfalls unpraktikabel in den kurzen Momenten zwischen den Behandlungen den Mitarbeitern angemessenes Feedback zu geben. Aus diesem Grund müssen die meisten Absprachen und Regelungen außerhalb der Behandlungszeit getroffen und festgelegt werden.

Als Leitfaden für professionelles Praxismanagement hat sich Qualitätsmanagement (QM) bewährt. Dass dies funktioniert, beweisen viele Hunderte von Zahnarztpraxen, die mit Qualitätsmanagement nicht nur ihre Praxisorganisation entscheidend verbessern konn-

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2015

ten, sondern auch heute wirtschaftlich weitaus erfolgreicher sind als vor der Einführung von QM [1].

Welche Philosophie steht hinter Qualitätsmanagement?

Qualitätsmanagement ist das Streben nach Kundenzufriedenheit und kontinuierlicher Verbesserung. Dieses Ziel wird durch ein systematisches Vorgehen gesteuert. Professionelles Praxismanagement setzt sich aus vier Schritten zusammen: Planung – Umsetzung – Kontrolle – Verbesserung. Ein QM-System als Führungskonzept bietet dabei Hilfestellung. Bei richtiger Anwendung hat QM nichts mit Bürokratie zu tun, sondern in erster Linie mit strukturiertem Denken und konsequentem Handeln.

Die Kunst besteht darin, die bewährten Instrumente des Qualitätsmanagements in sinnvollem Umfang in der Zahnarztpraxis umzusetzen. Ein gelebtes Qualitätsmanagement dient dazu, die Herausforderungen des Praxisalltags besser in den Griff zu bekommen und den Praxiserfolg jedes Jahr aufs Neue – auch bei veränderten Rahmenbedingungen – zu sichern.

Anders ausgedrückt bedeutet QM die Beantwortung der folgenden Fragen:

- Was ist uns **wichtig** und **wie** wollen wir arbeiten?
- Wie können **Arbeitsabläufe** so organisiert werden, dass wir uns möglichst wenig ärgern?
- Wie können wir **sicherstellen**, dass jeder weiß, was er zu tun hat?
- Was gehört alles in unser Nachschlagewerk, um festgelegte Anforderungen **gleichbleibend** zu gewährleisten?
- Was kann jeder Einzelne zum **Erfolg der Praxis** und damit zur **Sicherung seines Arbeitsplatzes** beitragen?

Qualitätsmanagement ist eine Philosophie, die den Menschen in den Mittelpunkt stellt und nach Zufriedenheit aller Beteiligten strebt: Patienten – Mitarbeiter – Praxisleitung.

Zufriedenheit wird nach dem Managementexperten Prof. Malik bei den meisten Menschen erst durch die Möglichkeit zur Leistungserbringung erreicht [2]. Um das Potenzial der Mitarbeiter bestmöglich zu nutzen, muss die Praxisleitung demnach die Voraussetzungen für Leistung schaffen: klare Vorgaben und Strukturen, Transparenz und Beteiligung der Mitarbeiter.

Durch die kontinuierliche Verbesserung und Standardisierung der Abläufe soll Patientenzufriedenheit und eine hohe Motivation von Praxisleitung und Mitarbeitern erreicht werden. Die Formulierung von Praxisstrategie und Zielen macht die Praxisvision den Mitarbeitern transparent und ermöglicht erst die Messbarkeit des Praxiserfolgs.

Qualitätsmanagement ist einerseits eine Managementphilosophie und andererseits ein Lebensmotto. Nur wer klare, transparente und zielorientierte Strukturen will, wird im Qualitätsmanagement die passende Lösung finden. Es ist daher eher Zeitverschwendung, wenn die Einführung von QM lediglich aufgrund der gesetzlichen Pflicht »abgearbeitet« wird. Wesentlich schlauer ist es, diese Chance zu ergreifen und QM als Hilfsmittel für die Erreichung der eigenen Ziele zu nutzen.

Welche QM-Systeme gibt es?

Als Basis für die QM-Einführung gibt es verschiedene QM-Systeme mit unterschiedlichen Schwerpunkten. Der Zahnarzt hat zweimal die Wahl: Zunächst entscheidet er sich nach seinen individuellen Kriterien für ein QM-System. Nach dieser Entscheidung stehen dann verschiedene Anbieter mit unterschiedlichen QM-Konzepten auf Basis des gewählten QM-Systems zur Auswahl.

Es ist daher sinnvoll, sich im Vorfeld erst einmal zu informieren, welches QM-System für die eigene Praxis grundsätzlich in Frage kommt. Die meisten auf dem Markt angebotenen QM-Konzepte für Zahnarztpraxen orientieren sich an folgenden QM-Systemen als Basis:

- QM-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses
- Qualitätsmanagement nach DIN EN ISO 9001
- European Foundation for Quality Management (EFQM)

Grundsätzlich ist jedes QM-System ein Gerüst, das die Zahnarztpraxis nach ihren individuellen Vorstellungen mit Leben erfüllt. Seit dem 31.12.2010 sollte jede deutsche Vertragszahnarztpraxis zumindest die Forderungen der QM-Richtlinie des Gemeinsamen

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2015

Bundesausschusses umgesetzt haben, in der die Minimalanforderungen an ein QM-System für Zahnarztpraxen definiert sind. Nur wenige Zahnarztpraxen orientieren sich an dem sehr anspruchsvollen und weitreichenden EFQM-System.

Sowohl ISO 9001 als auch EFQM beinhalten alle Forderungen der QM-Richtlinie mit Ausnahme der Forderung nach einem Notfallmanagement.

Jede Art von Qualitätsmanagement basiert auf der bewussten Planung und Entscheidung für die Organisation und Struktur der Praxis. Zuerst erfolgt die Zielsetzung und danach die Planung der Zielerreichung. Der nächste Schritt ist die Umsetzung des Geplanten und danach erfolgt die Kontrolle: Wurden die anvisierten Ziele erreicht? Was stört? Was läuft noch nicht nach meinen Vorstellungen? Konsequenterweise wird nun überlegt, wo Verbesserungspotenzial verborgen liegt und mit welchen Maßnahmen die ermittelten Verbesserungen umgesetzt werden können.

Alle QM-Systeme sind in ihren Grundzügen ähnlich ausgerichtet:

- Festsetzung von Praxiszielen als Vorgaben für den Erfolgsweg der Praxis
- Ausrichtung des gesamten Praxisteams auf die Erreichung dieser Praxisziele
- Streben nach Patientenzufriedenheit
- Bewusste Auseinandersetzung, Analyse und Strukturierung der Praxisabläufe zur Erlangung von Transparenz
- Zufriedenheit von Praxisleitung und Praxismitarbeitern durch gute Organisation und klare Zuständigkeiten
- Ständige Verbesserung und Weiterentwicklung
- Wirtschaftliche Stabilität und Erfolg

Der Grundgedanke ist zwar bei allen QM-Systemen identisch, sie unterscheiden sich jedoch in der Herangehensweise sowie ihrer Komplexität und Flexibilität.

QM-Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses

Beauftragt durch das SGB V hat der Gemeinsame Bundesausschuss mit Wirkung ab dem 30.12.2006 eine QM-Richtlinie beschlossen, die die Mindestanforderungen an das praxisinterne QM-System festlegt [3]. Am 31. Dezember 2010 endete die Frist zur Einführung der in der QM-Richtlinie geforderten Grundelemente und Instrumente.

Der Text der QM-Richtlinie passt auf eine DIN-A4-Seite. Er ist äußerst knapp gefasst und lässt viel Spielraum für Interpretationen. Die geforderten Grundelemente und Instrumente werden lediglich stichpunktartig aufgeführt. Es gibt keine Anleitung zur Umsetzung.

Ziel der QM-Richtlinie ist die kontinuierliche Sicherung und Verbesserung der Patientenversorgung und der Praxisorganisation. Eine Kernforderung der QM-Richtlinie wird in § 1 Definition und Ziele formuliert: »QM muss für die Praxisleitung und Praxismitarbeiter sowie für die Patienten nützlich, hilfreich und unbürokratisch sein. Zusätzlich soll QM dazu beitragen, die Zufriedenheit der am Prozess Beteiligten, insbesondere der Patienten, zu erhöhen [4].«

In § 2 Methodik wird auf den Qualitätskreislauf verwiesen:

»Die Vorschrift nimmt Bezug auf den allgemein anerkannten Qualitätskreislauf, der Grundlage der Vorgaben zum Qualitätsmanagement ist. Ausgangspunkt dieses Kreislaufs, der in Anlage 1 der Richtlinie abgebildet ist, ist die Selbstbewertung des Ist-Zustandes der Praxis. Nach der Identifikation von Bereichen, die von einer Weiterentwicklung profitieren können, und der Definition von Zielen, die mit der Weiterentwicklung erreicht werden sollen, wählt die Einrichtung diejenigen Grundelemente und Instrumente aus, mit denen die gewählten Ziele erreicht werden sollen. Diese Grundelemente und Instrumente wendet der Zahnarzt an. Anschließend nimmt er eine Evaluation des gesamten Vorgangs, insbesondere der Erfolge, vor. [4]«



Abb. 1: Qualitätskreislauf [4]

Die Umsetzung des Qualitätskreislaufes kann unter Einbeziehung der in § 3 Grundsätzliche Anforderungen und der in § 4 aufgeführten Instrumente folgendermaßen interpretiert werden:

Erhebung und Bewertung des Ist-Zustandes:
- Aufdeckung von Verbesserungspotenzial zur Weiterentwicklung der Praxis
- Festsetzung der Praxisziele unter Berücksichtigung des Verbesserungspotenzials

Änderungsmaßnahmen zur Qualitätsverbesserung planen:
- Planung der Praxisorganisation unter Berücksichtigung der festgelegten Praxisziele
- Nutzung der Instrumente des Qualitätsmanagements zur Zielerreichung, u. a.
  - Fehlermanagement
  - Beschwerdemanagement
  - Koordination Zahnarzt-Dentallabor
  - Teambesprechung
  - Patienteninformation, -aufklärung, -beratung
  - Ausbildung und Anleitung aller Beteiligten
  - Notfallmanagement
- Planung des Besuchs fachlicher Fortbildungen von Behandlern und Praxismitarbeitern
- Entwicklung des Praxishandbuchs mit Checklisten für organisatorische Arbeitsabläufe

Umsetzung der zur Zielerreichung festgelegten Maßnahmen

Evaluation des Erfolges:
Bewertung der Umsetzung der durchgeführten Maßnahmen. Inwieweit hat die Praxis die festgelegten Praxisziele erreicht?

Daraufhin erfolgt die erneute **Ist-Analyse/Problemerkennung** und der Qualitätskreislauf beginnt wieder von vorne mit der Aufdeckung von Verbesserungspotenzial und der Festlegung neuer angepasster Praxisziele.

Gemeinsamer Bundesausschuss

Die Kunst ist es, ein praxistaugliches Konzept zu finden oder zu entwickeln, das die Umsetzung der QM-Richtlinie für die Praxis so einfach und gleichzeitig so nutzbringend wie möglich gestaltet. Die QM-Richtlinie selbst verzichtet auf eine detaillierte Erläuterung der Forderungen. Wie kann ich beispielsweise die »Erhebung und Bewertung des Ist-Zustandes« schnell und praktikabel durchführen?

Qualitätsmanagement nach DIN EN ISO 9001 oder DIN EN 15224

Ein QM-System auf Grundlage der DIN EN ISO 9001 – des meistverbreiteten QM-Systems überhaupt – beruht auf der Umsetzung von Erfolgsfaktoren, die sich weltweit für jede Art von Unternehmen bewährt haben. Im Fokus der Betrachtung stehen dabei die Kundenzufriedenheit und die Prozesse, also alle denkbaren Abläufe und deren Interaktionen.

Die weltweit gültige Norm ist im Stil einer »Gesetzesgrundlage« geschrieben und muss erst passend zu den Unternehmensbelangen interpretiert werden. Hierbei steht die Angemessenheit für das jeweilige Unternehmen im Vordergrund. Es liegt auf der Hand, dass für ein Industrieunternehmen andere Interpretationen und Umsetzungen sinnvoll sind als für eine Zahnarztpraxis.

DIN steht für Deutsches Institut für Normung, EN für European Norm und ISO für International Organization for Standardization. Die Zahl 9001 ist die Nummerierung, während 2008 für die Jahreszahl steht, in der die Norm die letzte Revision erfahren hat. Eine Überarbeitung der Norm erfolgt meistens alle sechs bis acht Jahre. In Deutschland wird die Norm über den Beuth Verlag vertrieben und kann dort käuflich erworben werden (www.beuth.de).

Seit Dezember 2012 gibt es alternativ für Einrichtungen des Gesundheitswesens, die auf Grundlage der ISO 9001 erstellte europäische Norm DIN EN 15224 mit dem Titel »Dienstleistungen in der Gesundheitsversorgung – Qualitätsmanagementsysteme – Anforderungen nach EN ISO 9001:2008«. Alle Anforderungen an ein QM-System der ISO 9001 sind darin enthalten und zum Teil auf das Gesundheitswesen spezifiziert. Zusätzlich erweitert die EN 15224 die Anforderungen um beispielsweise Wissensmanagement und Risikomanagement. Im folgenden Text gelten dementsprechend alle Hinweise auf die ISO 9001 auch für die EN 15224.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2015

Qualitätsmanagement nach der internationalen Norm DIN EN ISO 9001:2008 bedeutet, nach den Prinzipien des bekannten Regelkreises »plan-do-check-act« (PDCA-Zyklus) zu handeln:

plan – Planen
Die Praxisleitung ist dafür verantwortlich, die Praxisziele zu entwickeln und dementsprechend benötigte Ressourcen freizugeben (ISO 9001: Abschnitt 5 und 6):

- Praxispolitik und Praxisziele entwickeln (Was sind meine persönlichen und beruflichen Ziele als Praxisinhaber/-in?)
- Qualitätsmanagement-Handbuch erstellen
- Organigramm und Stellenbeschreibungen entwickeln
- Welche Prozesse sind Routineprozesse, die ich standardisieren kann und will?
- Prozesse analysieren, Arbeitsanweisungen und Checklisten verfassen
- Schulungsbedarf ermitteln
- Fehlermanagement planen

do – Umsetzen
Umsetzung der geplanten Maßnahmen zur Erreichung der Praxisziele (ISO 9001: Abschnitt 7):

- Nach erstellten Arbeitsanweisungen und Checklisten arbeiten
- Fehlermanagement umsetzen
- Regelmäßige, protokollierte Teambesprechung durchführen
- Schulungsmaßnahmen durchführen

ISO International Organization for Standardization

check – Kontrollieren
Kontrolle, inwieweit die Praxisziele erreicht wurden, z. B. durch Fehlermanagement, Patientenfragebogen und Interne Audits (ISO 9001: Abschnitt 8):

- Wird nach unseren Vorgaben gearbeitet? Helfen die Checklisten oder verstauben sie in der Schublade? Wo tauchen Fehler auf?
- Welche Maßnahmen werden zur Fehlerbehebung getroffen?
- Patientenzufriedenheitsanalyse (z. B. Einsatz und Auswertung Patientenfragebogen)
- Interne Audits (= Selbstkontrolle) durchführen
- Managementbewertung durch die Praxisleitung erstellen

act – Verbesserung
Umsetzung möglicher Verbesserungsmaßnahmen, die sich aus dem »check« ergeben haben (ISO 9001: Abschnitt 8):

- Wo haben sich Verbesserungspotenziale ergeben? Welche Verbesserungsmaßnahmen ergreife ich?
- Praxispolitik und Praxisziele überarbeiten und anpassen
- Maßnahmen aus den Ergebnissen des Patientenfragebogens ableiten

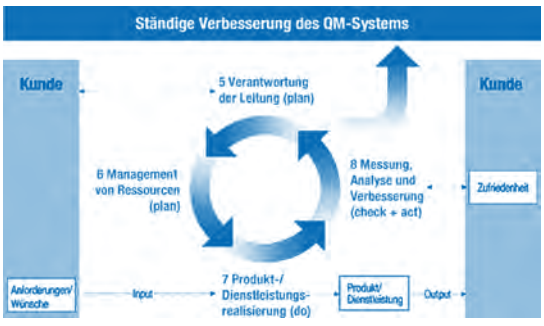


Abb. 2: DIN EN ISO 9001:2008
Modell eines prozessorientierten QM-Systems [5]

Die Grafik zeigt klar, dass die Kundenanforderungen als Eingabe (Input) am Anfang des Dienstleistungsprozesses stehen und die Kundenzufriedenheit als Ziel (Output) am Ende. Warum ist das so wichtig?

Die Unternehmensaufgabe einer Zahnarztpraxis besteht in der Behandlung und Betreuung von Patienten. Die Fachkompetenz des Zahnarztes wird heute von den Patienten vorausgesetzt, so dass aus Patientensicht auch andere Faktoren wie beispielsweise der Parkplatz vor der Praxis, die Gestaltung des Wartezimmers, die Freundlichkeit und Kompetenz des Personals oder die Wartezeiten eine wichtige Rolle bei der Auswahl der Zahnarztpraxis spielen. Der Zahnarzt ist auf seine Patienten angewiesen und sollte deren

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2015

Anforderungen bei seinem Praxismanagement gebührend berücksichtigen. Zufriedene Patienten empfehlen ihren Zahnarzt weiter und Mundpropaganda ist für jeden Zahnarzt – ob Praxisgründer oder alteingesessen – noch immer das wichtigste Marketinginstrument.

Des Weiteren wird in der ISO 9001 viel Wert auf den Umgang mit Ressourcen (ISO 9001: Abschnitt 6) gelegt, zu denen auch die Mitarbeiter zählen. Man hat erkannt, dass die Mitarbeiter mit die wichtigsten Erfolgsfaktoren eines Unternehmens sind. Die Mitarbeiter in einer Zahnarztpraxis haben oft ein Vielfaches an Kundenkontakt als der Behandler selbst und spiegeln die Service-Orientierung einer Zahnarztpraxis wider. Alle Mitarbeiter sollten sich daher mit der Praxis identifizieren können und mit der Praxisleitung ein Team bilden, das alle Abläufe gemeinsam optimal gestalten möchte. Unter anderem wird dies durch die Erstellung von Prozessbeschreibungen und Checklisten, regelmäßige Teambesprechungen und geplante Mitarbeitergespräche erreicht.

Der wichtigste Prozess der sogenannten »Dienstleistungsrealisierung« (ISO 9001: Abschnitt 7) ist im Falle einer Zahnarztpraxis die Patientenbehandlung. Auf diesen Prozess wirken verschiedene unterstützende Praxisprozesse ein, die die Effizienz des Behandlungsergebnisses beeinflussen wie zum Beispiel Instrumentenaufbereitung, Materialbestellung, Antragstellung, Abrechnung. Außerdem ist die zahnärztliche Behandlung eingebettet in den Prozess der Patientenbetreuung, bestehend aus dem Erstkontakt, der Terminvergabe und dem Patientenempfang bis hin zur Verabschiedung des Patienten und dem Recall.

Eine QM-Zahnarztpraxis ist sich bewusst, dass die zahnmedizinische Kompetenz des Zahnarztes nicht das alleinige Erfolgskriterium für zufriedene Patienten darstellt, sondern dass alle Organisationsbereiche wiederum aus zusammenhängenden Prozessen bestehen, die direkt oder indirekt Einfluss auf die Patientenzufriedenheit nehmen. Dieses Prozessdenken ist ein wesentlicher Bestandteil der ISO 9001.

Die DIN EN ISO 9001:2008 ist ein systematischer Leitfaden für das gesamte Praxismanagement. Spezifische Werkzeuge zur Analyse und Verbesserung (ISO 9001: Abschnitt 8) wie beispielsweise die Durchführung Interner Audits, die Managementbewertung und das professionelle Fehlermanagement unterstützen die konsequente Verfolgung der Praxisziele.

QM-Handbuch und freiwillige Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001

Zu einem QM-System nach DIN EN ISO 9001 gehört ein Qualitätsmanagement-Handbuch (QMH), das als Nachschlagewerk für Praxisleitung und Mitarbeiter dient. In dem QM-Handbuch ist der Aufbau des gesamten QM-Systems beschrieben und es dient als Grundlage im Falle einer freiwillig angestrebten Zertifizierung.

Voraussetzung für die Zertifizierung ist die Einführung von Qualitätsmanagement nach DIN EN ISO 9001 und die Erfüllung der darin enthaltenen Forderungen. Nur dann kann das QM-System von einer akkreditierten Zertifizierungsgesellschaft durch einen externen Auditor zertifiziert werden.

Der Vertrag mit dem Zertifizierungsunternehmen (Akkreditierung beachten: erkennbar am Siegel des DAR = Deutscher Akkreditierungsrat) wird immer über eine Laufzeit von drei Jahren geschlossen und beinhaltet:

1. QM-Handbuch wird an den Auditor geschickt und auf Normkonformität geprüft (Dokumentenprüfung)
2. Externe Auditoren führen Zertifizierungsaudit durch (1 bis 2 Tage in der Praxis) und erstellen den Auditbericht
3. Ausstellung des Zertifikates (3 Jahre gültig) nach bestandenem Zertifizierungsaudit durch den Zertifizierer
4. Ein Überwachungsaudit nach einem Jahr (i. d. R. 1/2 bis 1 Tag in der Praxis)
5. Ein Überwachungsaudit nach zwei Jahren (i. d. R. 1/2 bis 1 Tag in der Praxis). Nach drei Jahren erlischt die Gültigkeit des Zertifikats.

Beachten Sie bei Vertragsabschluss, ob und in welcher Höhe noch Nebenkosten anfallen (Fahrtkosten, Übernachtungskosten, Verwaltungsgebühren). Bei erforderlichen Nachaudits erhöht sich die Gebühr in Abhängigkeit vom personellen und zeitlichen Aufwand. Es ist üblich, in halben oder ganzen Mann-Tagen abzurechnen.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2015

Die Qualität und der Nutzen des Zertifizierungsaudits hängen im Wesentlichen von der Fach- und Sozialkompetenz des externen Auditors ab. Ärzte und noch besser Zahnärzte sind dabei meistens besser geeignet als Fachfremde.

Entscheidend ist nicht die Zertifizierung Ihres Qualitätsmanagementsystems, sondern der Nutzen für Ihre Praxis. Wenn das Qualitätsmanagement in der Praxis gelebt und verstanden wird, stellt eine Zertifizierung und insbesondere die Aufrechterhaltung keine große Hürde mehr dar.

European Foundation for Quality Management (EFQM)

Die European Foundation for Quality Management (EFQM) hat 1988 ein Modell entwickelt, das nach der sogenannten Business Excellence strebt.

Im Gegensatz zur ISO 9001, die ihren Fokus auf die Planung und Regelung der Praxisprozesse legt, will ein EFQM-Unternehmen zu den Besten seiner Branche gehören.

Die Selbstüberprüfung der Praxis anhand der sogenannten RADAR-Methode ist weit komplexer als die Selbstüberprüfung durch »Interne Audits« bei der ISO 9001. Die Buchstaben RADAR stehen für Results, Approach, Deployment, Assessment und Review.

Das EFQM-Modell fußt auf drei Säulen:

- Menschen
- Prozesse
- Ergebnisse

Im EFQM werden neun Kriterien unterschieden, die aus fünf Befähiger- und vier Ergebniskriterien bestehen:

Befähigerkriterien

1. Führung (100 Punkte)
2. Strategie (100 Punkte)
3. Mitarbeiter (100 Punkte)
4. Partnerschaft und Ressourcen (100 Punkte)
5. Prozesse, Produkte und Dienstleistungen (100 Punkte)

Ergebniskriterien

1. Mitarbeiterbezogene Ergebnisse (100 Punkte)
2. Kundenbezogene Ergebnisse (150 Punkte)
3. Gesellschaftsbezogene Ergebnisse (100 Punkte)
4. Schlüsselergebnisse (150 Punkte)

Jedes Kriterium unterteilt sich in weitere Unterkriterien und soll anhand von spezifischen Fragen bewertet werden. Theoretisch können maximal 1.000 Punkte erreicht werden. Der Vorteil dieser intensiven Selbstbewertung liegt darin, dass niemand die eigenen Schwachstellen besser kennt als man selbst.

Für dieses hoch anspruchsvolle Modell ist die DIN EN ISO 9001:2008 der empfehlenswerte Einstieg. Unternehmen mit einem zertifizierten QM-System nach ISO 9001 erreichen bis zu 300 Punkte.

Mit einem QM-System nach EFQM kann man sich für den Ludwig-Erhard-Preis bewerben, der die deutsche Variante des europäischen EFQM-Excellence-Award darstellt.

Da nur wenige Zahnarztpraxen den Weg bis zu einem QM-System nach EFQM gehen, werden wir uns bei den folgenden Beispielen auf die DIN EN ISO 9001: 2008 und die QM-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses beschränken.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2015

Wie fangen Sie an?

Der Einstieg in jedes QM-System beginnt immer mit der Entwicklung der Praxisstrategie. »Wer den Hafen nicht kennt, in den er segeln möchte, für den ist kein Wind günstig«, wusste schon der römische Philosoph Seneca. Nur wenn Praxisleitung und -team sich darüber im Klaren sind, was die Praxis erreichen soll, können die Ressourcen und QM-Instrumente sinnvoll eingesetzt werden.

Das Setzen von Zielen ist neben der Standortbestimmung die entscheidende Eintrittskarte in einen gewinnbringenden QM-Kreislauf.

Interessanterweise hat nur ein geringer Prozentsatz der deutschen Zahnarztpraxen klare Zielvorgaben, an denen sich die Mitarbeiter orientieren können. Dies ergab eine Untersuchung der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg im Jahr 2005. Es wurde konkret nach dem Erreichen von messbaren Zielen der Zahnarztpraxen vor und nach Einführung eines QM-Systems gefragt [1].

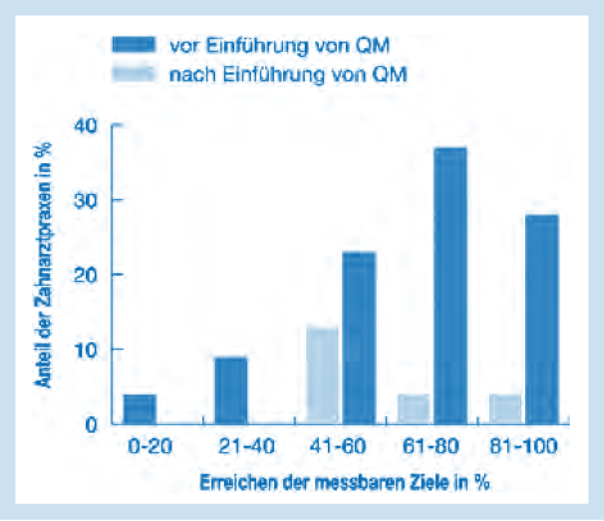


Abb. 3: Erreichen der messbaren Ziele vor und nach Einführung von QM der untersuchten Zahnarztpraxen in Deutschland [1, Seite 39]

Für einen Unternehmer ist es unvorstellbar ein Unternehmen ohne Ziele führen zu wollen. Dies ist ein betriebswirtschaftliches Grundprinzip. Auch der Gemeinsame Bundesausschuss sah das so und nahm die Forderung nach der Festsetzung von Zielen in die QM-Richtlinie für Vertragszahnärzte mit auf.

Die periodische, gedankliche Auseinandersetzung mit den eigenen Zielen ist der Garant für Flexibilität und Weiterentwicklung und damit die Grundlage für Erfolg und Zufriedenheit. Aus diesem Grund möchten wir Ihnen die praktische Umsetzung von QM anhand des Zielfindungsprozesses vorstellen.

Entwicklung der Praxisstrategie nach ISO 9001

Die Norm fordert die Entwicklung einer sogenannten Qualitätspolitik und von Qualitätszielen. Die Anforderungen zu beiden Themen sind klar umrissen. Beispielsweise muss die Qualitätspolitik in »der Organisation vermittelt und verstanden« [5] werden und die Qualitätsziele müssen »messbar sein und mit der Qualitätspolitik im Einklang stehen« [5]. Die Norm unterscheidet ganz eindeutig zwischen der Vision, also der Qualitätspolitik, und den konkreten Zielen eines Unternehmens.

Entwicklung der Praxisstrategie nach der QM-Richtlinie

Im Unterschied zur ISO 9001 fordert die QM-Richtlinie in § 3 Grundsätzliche Anforderungen lediglich die »Definition von Zielen« [4]. Eine weitere Erläuterung zur Formulierung von Zielen gibt es hier nicht. Die Umsetzung dieser Forderung liegt also ganz im Ermessen der Praxisleitung.

Praxisbeispiel: Mehr Implantate setzen

Ein Wunsch von Ihnen könnte beispielsweise sein, die Anzahl der gesetzten Implantate zu erhöhen. Als Qualitätspolitik bzw. Praxispolitik könnten Sie nun einen Satz formulieren, der dies klar zum Ausdruck bringt. Dies ist der »Kurs«, den Sie setzen wollen. Die Qualitätspolitik wird synonym auch als Praxisphilosophie oder Praxisleitbild bezeichnet.

Um in der maritimen Sprache zu bleiben, brauchen Sie nun noch die »Häfen«, die Sie ansteuern wollen. Die Norm fordert deshalb, dass Sie aus Ihrer Praxispolitik passende, konkrete Ziele für Ihre Praxis ableiten.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2015

Die QM-Richtlinie fordert lediglich das allgemeine Setzen von Zielen.

Ein Beispiel für eine Praxispolitik mit abgeleiteten Praxiszielen zum Thema Implantate könnte wie folgt formuliert werden:

Wir wollen Implantate als eine tragende Säule unseres Praxiskonzeptes ausbauen

Praxisziele:

- Vier Stunden Schulung des Praxisteams bis Ende Juni: Wie vermitteln wir die Vorteile von Implantaten in einer Sprache, die für den Patienten leicht verständlich ist?
- Ansprechende Informationsbroschüre über Implantate mit griffigen Vorteilen für den Patienten bis Ende Juli erstellen
- Das Labor steuert Demomodelle für verschiedene Versorgungsbeispiele zum Anfassen bei bis Ende April
- Mindestens 100 Implantate in diesem Jahr setzen, danach 10 % Steigerung pro Jahr
- Jedem Patienten mit Zahnersatzbedarf werden ab sofort zuerst Implantate vorgeschlagen
- Messbare Kennzahl für Beratungserfolg: durchgeführte Implantationen zu Anzahl der empfohlenen Implantate ermitteln, Zielzahl 70 %
- Patientenveranstaltungen zum Thema »Implantate« (zweimal pro Jahr)
- Nach größerer Implantatversorgung (fünfstelliges Investitionsvolumen) bekommt der Patient einen Gutschein für ein professionelles Fotoshooting geschenkt. Ein Foto des lächelnden Mundes geht an die Praxis ab April.
- Fotogalerie mit lächelnden Mündern von versorgten Patienten (Erlaubnis vorausgesetzt) im Flur vor den Behandlungszimmern ab September



Abb. 4: Implantatschaumodell zum Anfassen

Praktische Tipps zur Zielformulierung

Wenn Sie die Forderung der QM-Richtlinie nach der Formulierung von Praxiszielen umsetzen, dann beschränken Sie sich am Anfang am besten erst einmal auf fünf bis acht Bereiche Ihrer Praxis, z. B. Praxisorganisation, Behandlungsprozesse, Mitarbeiter- und Patientenorientierung. Achten Sie darauf, dass Ihre Zielformulierungen **S M A R T** sind [6]:

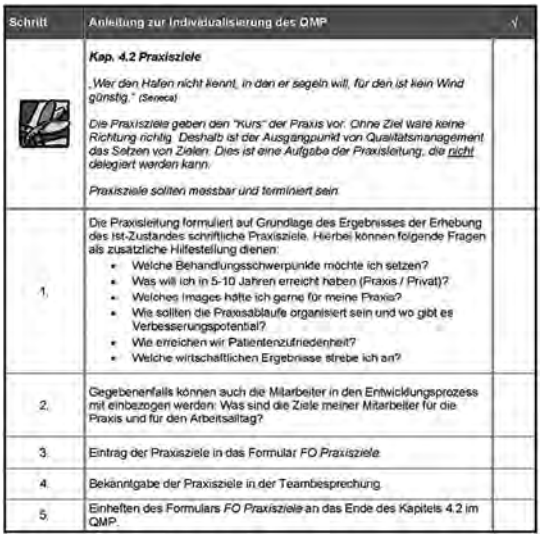
Spezifisch: Das Ziel ist klar formuliert und jeder Beteiligte versteht, was gemeint ist.

Messbar: Das Erreichen des Ziels ist mit objektiven Kriterien überprüfbar.

Aktionsorientiert: Jeder Beteiligte hat eine Vorstellung, wie er zur Zielerreichung beitragen kann.

Realistisch: Das Ziel ist im Rahmen der Möglichkeiten erreichbar.

Terminiert: Es gibt ein Datum, an dem das Ziel erreicht sein soll.



Schritt	Anleitung zur Individualisierung des QMP	√
	Kap. 4.2 Praxisziele *„Wer den Hafen nicht kennt, in den er segeln will, für den ist kein Wind günstig." (Seneca)* *Die Praxisziele geben den "Kurs" der Praxis vor. Ohne Ziel wäre keine Richtung richtig. Deshalb ist der Ausgangspunkt von Qualitätsmanagement das Setzen von Zielen. Dies ist eine Aufgabe der Praxisleitung, die nicht delegiert werden kann.* *Praxisziele sollten messbar und terminiert sein.*	
1.	Die Praxisleitung formuliert auf Grundlage des Ergebnisses der Erhebung des Ist-Zustandes schriftliche Praxisziele. Hierbei können folgende Fragen als zusätzliche Hilfestellung dienen: ▪ Welche Behandlungsschwerpunkte möchte ich setzen? ▪ Was will ich in 5-10 Jahren erreicht haben (Praxis / Privat)? ▪ Welches Images hätte ich gerne für meine Praxis? ▪ Wie sollten die Praxisabläufe organisiert sein und wo gibt es Verbesserungspotential? ▪ Wie erreichen wir Patientenzufriedenheit? ▪ Welche wirtschaftlichen Ergebnisse strebe ich an?	
2.	Gegebenenfalls können auch die Mitarbeiter in den Entwicklungsprozess mit einbezogen werden: Was sind die Ziele meiner Mitarbeiter für die Praxis und für den Arbeitsalltag?	
3.	Eintrag der Praxisziele in das Formular *FO Praxisziele*	
4.	Bekanntgabe der Praxisziele in der Teambesprechung	
5.	Einheften des Formulars *FO Praxisziele* an das Ende des Kapitels 4.2 im QMP	

Abb. 5: Anleitung zur Ermittlung von Praxiszielen [7]

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2015

Professionelle Praxisführung im Praxisalltag

Es kommt im Praxisalltag nicht primär auf die Erfüllung der QM-Richtlinie oder einer anderen QM-Vorgabe an. Vielmehr steht im Vordergrund, dass die Praxis ihren individuellen Weg findet, sich weiterentwickelt und somit erfolgreich bleibt.

Oft fällt es im laufenden Praxisbetrieb schwer, sich auch noch Gedanken über die Optimierung der Praxisführung zu machen. Tipps zur Umsetzung eines professionellen Praxismanagements und die richtigen Denkanstöße kann jedoch ein gutes Praxishandbuch liefern. Sie finden darin meist eine Musterzahnarztpraxis abgebildet, die die gesetzlichen Forderungen erfüllt und als Basis entweder die QM-Richtlinie oder die DIN EN ISO 9001:2008 gewählt hat. Für welches System Sie sich entscheiden sollten, hängt von der Größe Ihrer Praxis und Ihrem Selbstanspruch ab. Der Vorteil eines Musterhandbuches besteht auf jeden Fall darin, dass Sie von den Vorlagen und Anleitungen inspiriert werden und somit viel schneller Ihren eigenen Weg finden.

Das Praxishandbuch als individuelles »Kochbuch« der Praxis

In einem Kochbuch finden Sie neben einer Abbildung des Gerichts eine Checkliste für die benötigten Zutaten und eine Anleitung für die Zubereitung der Speisen. Sie erhalten somit ein Grundgerüst, das Sie nach Ihrem individuellen Geschmack abwandeln können.

Ein Musterpraxishandbuch hat das gleiche Ziel. Es dient einerseits als Nachschlagewerk für alle wichtigen Abläufe in der Praxis und andererseits als Zielvorgabe für den Praxiserfolg.

Was sind die Ziele der Praxis?
Wie ist die Terminvergabe festgelegt?
Wie sind die relevanten Praxisabläufe geregelt?
Welche Checklisten gibt es für die Unterstützung der Arbeitsabläufe?
Wie wird konstruktiv mit Fehlern umgegangen?

Diese Fragen und noch einige mehr sollten in einem Praxishandbuch beantwortet werden und sorgen damit für Transparenz in der Praxis. In der QM-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses wird deshalb ein Praxishandbuch für jede Praxis gefordert.

Ein Praxishandbuch sollte Ihnen das Gerüst liefern – wie ein Kochbuch –, das Sie mit Ihren individuellen Praxisbesonderheiten mit Leben erfüllen. Es ist wesentlich einfacher und zeitsparender die »Rezepte« aus einer Vorlage abzuwandeln, als sie komplett neu zu erfinden. Bei der Auswahl einer Praxishandbuchvorlage sollten Sie folgende wichtige Kriterien berücksichtigen:

Entscheidungshilfe zur Auswahl des QM-Praxishandbuchs

1. Das Praxishandbuch sollte aus Sicht und zum Nutzen einer Zahnarztpraxis entwickelt worden sein und nicht, um primär eine Norm oder eine Richtlinie zu erfüllen.
2. Das Praxishandbuch sollte speziell für Zahnarztpraxen geschrieben und in der Praxis erprobt sein. Im Idealfall ist es von einem Zahnmediziner entwickelt worden, so dass Sie mindestens 80 % der Musterzahnarztpraxis übernehmen können und maximal etwa 20 % des Inhalts anpassen müssen.
3. Das Praxishandbuch sollte keinen unnötigen Ballast enthalten. Dies gilt sowohl für die Erfüllung der QM-Richtlinie als auch für die DIN EN ISO 9001:2008. Wenn das Praxishandbuch nur die Minimalanforderungen der QM-Richtlinie erfüllt, sollte es trotzdem jederzeit einfach auf ein umfassendes QM-System nach DIN EN ISO 9001:2008 erweiterbar sein.
4. Das Praxishandbuch sollte mit Farben, Symbolen, Bildern und grafischen Abläufen arbeiten, damit das Zurechtfinden und der Umgang für das Praxisteam erleichtert wird.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2015

Erhebung und Bewertung des Ist-Zustands

Bevor die individuellen Praxisziele ermittelt werden, fordert die QM-Richtlinie die »Erhebung des Ist-Zustands«. Hierzu bieten einige Anbieter einen entsprechenden Fragebogen im Musterpraxishandbuch an. Die Beantwortung des Fragebogens bringt als Ergebnis einerseits eine klare Standortbestimmung und andererseits die Bestandsaufnahme und Bewertung der bereits eingesetzten QM-Instrumente.

Bei dem hier vorgestellten Fragebogen werden zu allen von der QM-Richtlinie geforderten Instrumenten Fragen gestellt wie beispielsweise zu den Praxiszielen, der Praxisorganisation, dem Sachstand der Checklisten, der Durchführung von Teambesprechungen und dem Fehlermanagement.

Die Fragen werden durch Ankreuzen mit ja oder nein beantwortet. Im Anschluss wird die Summe der Kreuze bei ja gezählt und es folgt eine persönliche Bewertung der bereits erfolgten Umsetzung anhand von Schulnoten. Neben den Fragen besteht die Möglichkeit, erforderliche Änderungsmaßnahmen stichpunktartig einzutragen.



2. Praxisziele		Wenn Änderungsmaßnahmen erforderlich sind, diese bitte hier stichpunktartig eintragen und dann im Formular *PO Maßnahmenplan* konkretisieren.
Sind Ziele dokumentiert?	☐ ja ☐ nein	
Sind die Ziele aktuell?	☐ ja ☐ nein	
Kennen die Mitarbeiter die für sie relevanten Ziele?	☐ ja ☐ nein	
Wie viele Ihrer Praxisziele in % haben Sie in den letzten 12 Monaten erreicht?	☐ %	
Summe der Kreuze bei ☐ ja:	☐ von 3	
Bewertung der Umsetzung (nur 1 Kreuz):	☐ sehr gut ☐ gut ☐ befriedigend ☐ ausreichend ☐ mangelhaft	

Abb. 6: Auszug aus dem Formular »Erhebung Ist-Zustand« [7]

Aus dem erarbeiteten Ergebnis können dann gezielt Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Praxis abgeleitet werden.

Die Teambesprechung als Kommunikationsplattform

Der Grundstein für strukturelle Veränderungen wird in der Teambesprechung gelegt. Für das Erreichen der Praxisziele ist es erforderlich, dass das Praxisteam an einem Strang zieht – und zwar in die gleiche Richtung. Hierfür müssen die Teammitglieder erst einmal über die Praxisziele informiert werden. Doch was heißt eigentlich Team?

»**T**oll **E**in **A**nderer **M**acht´s«? »**T**ratschen, **E**ssen, **A**müsieren, **M**obben«? Oder »**T**oll **E**in jeder **A**rbeitet **M**it«? Die Kennzeichen eines Teams sind immer das Wir-Gefühl, die gemeinsamen Ziele und die gemeinsame Belohnung sowie eine störungsfreie intensive Kommunikation.

Die Teambesprechung ist das geeignete Instrument, um eine regelmäßige Kommunikationsplattform zu etablieren. In diesem Rahmen können die Praxisziele vorgestellt oder sogar gemeinsam erarbeitet werden. Gerade in der Einführungsphase von Qualitätsmanagement empfehlen wir eine wöchentliche, einstündige Teambesprechung.

Da alle Teammitglieder anwesend sind und diese Stunde richtig Geld kostet, muss die Teambesprechung so optimal wie möglich vorbereitet und durchgeführt werden.

TIPPs für die Durchführung von Teambesprechungen:

- Benennen Sie einen Organisator und Moderator für die Teambesprechung.
- Sammeln Sie die Themen für die Teambesprechung in einem Konferenzbuch.
- Fangen Sie pünktlich an und enden Sie pünktlich.
- Führen Sie über jede Teambesprechung ein Protokoll.

Die wöchentliche Besprechung ist sowohl Informationsplattform als auch Steuerungsinstrument bezüglich der zu erledigenden Aufgaben.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2015

Sicherheit durch sinnvolle Strukturen

»Gegenüber der Fähigkeit, die Arbeit eines einzigen Tages sinnvoll zu ordnen, ist alles andere im Leben ein Kinderspiel«, stellte schon Goethe fest. Mit Hilfe des Praxisorganigramms und der Stellenbeschreibungen können die Verantwortlichkeiten klar geregelt werden. Jede Stelle hat eine Vertretung, die in ihren Vertretungsbereich eingearbeitet sein muss.

Eine Zahnarztpraxis ist in vielen Bereichen mit einem Unternehmen vergleichbar. Deshalb ist es sinnvoll, die in Unternehmen selbstverständlich genutzten Führungsinstrumente auch auf eine Zahnarztpraxis zu übertragen. Dies gilt insbesondere für die Mitarbeiterführung.

Festgelegte Strukturen haben den Vorteil, dass Klarheit herrscht und Missverständnisse vermieden werden.

Klarheit gewinnen durch das Praxisorganigramm

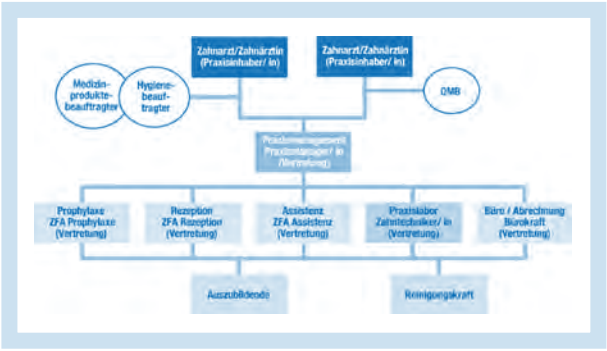


Abb. 7: Musterorganigramm einer Gemeinschaftspraxis [7]

Im Organigramm wird die Hierarchie eines Unternehmens grafisch dargestellt. Die Anordnung zeigt auf einen Blick den Aufbau des Unternehmens Zahnarztpraxis und wer wem über- oder unterstellt ist. Jeder Mitarbeiter kann sich schnell einen Überblick über die Hierarchien und Vertretungen im Falle von Urlaub, Krankheit oder Kündigung in der Praxis verschaffen.

Die Hierarchie ist abhängig vom Führungsstil der Praxisleitung:

- Stehen in einer Gemeinschaftspraxis alle Behandler/-innen auf einer Ebene?
- Wo steht die bzw. der Assistenzzahnarzt/-ärztin?
- Gibt es eine(n) Praxismanager/-in? Welche Vorgesetztenfunktion soll sie/er einnehmen?
- In großen Praxen: Ist es sinnvoll für personalstarke Bereiche wie beispielsweise die Behandlungsassistenz eine(n) Abteilungsleiter/-in zu benennen?

Die Erstellung des Praxisorganigramms ist Aufgabe der Praxisleitung. Stellen Sie erst das wohlüberlegte und fertige Ergebnis dem Team in der Teambesprechung vor.

Eindeutige Zuordnung der Aufgaben durch Stellenbeschreibungen

Stellenbeschreibungen oder Funktionsbeschreibungen dienen dazu, Aufgaben und Kompetenzen klar zu verteilen. Außerdem sollten die erforderliche Qualifikation des Stelleninhabers und Angaben über die Vertretungsregelungen enthalten sein.

Die Vorteile von Stellenbeschreibungen liegen auf der Hand:

- Klarheit für Mitarbeiter
- Eindeutige Zuordnung der Aufgaben und Vollmachten
- Definierte Kompetenzbereiche
- Verminderung von Missverständnissen
- Ziele der Stelle verdeutlichen die Ausrichtung der Praxis
- Identifikation von Qualifikationsdefiziten und deren Ausgleich
- Delegation von Verantwortung

Auch bei der Personalsuche ist eine genaue Beschreibung der Stelle sehr vorteilhaft. Neue Mitarbeiter können gezielter ausgewählt werden und der Bewerber ist von Anfang an im Bilde über die Anforderungen, die an ihn gestellt werden.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2015

Bei der Erstellung von Stellenbeschreibungen sollten folgende Aspekte berücksichtigt werden:

- Sach- und nicht personenbezogen
- Einheitlicher Aufbau
- Für alle einsehbar
- Regelmäßige Aktualisierung

Die Stellenbeschreibungen bilden in idealer Weise genau das ab, was die Praxisleitung von einem für diese Stelle geeigneten Mitarbeiter erwartet. Es handelt sich um die Anforderungen an die auszufüllende Stelle – unabhängig von der Person.

Folgender Aufbau hat sich bewährt:

1. Organisatorische Merkmale
2. Stellenanforderung
3. Ziele der Stelle
4. Funktion
5. Persönliche und soziale Anforderungen
6. Berufliche Anforderungen
7. Verschwiegenheit
8. Kenntnisnahme

Checklisten sorgen für Systematik und reibungsloses Arbeiten

Die Erstellung von Arbeitsanweisungen und Checklisten macht nur dann Sinn, wenn sie von den Mitarbeitern tatsächlich benutzt werden. Viele dieser aufwändig erstellten Hilfsmittel verstauben in den Schubladen, weil sie nicht ergonomisch in den Routineprozess integriert sind.

Deshalb sollten nur für die Bereiche Checklisten erstellt werden, in denen ein wirklicher Bedarf besteht. Diesen Bedarf kann man beispielsweise aus wiederholt aufgetretenen Fehlern oder im Rahmen der Teambesprechung ermitteln.

Bei der Frage nach sinnvollen Einsatzbereichen sollte auch immer die Ausbildung und Einarbeitung neuer Mitarbeiter bedacht werden. Selbst wenn alle Mitarbeiter die Stuhlassistenz zufriedenstellend beherrschen und deshalb keine Hilfsdokumente benötigen, so ist dieser Bereich für eine Auszubildende oder einen neuen Mitarbeiter ein sehr umfangreicher und zunächst schwer zu erlernender Prozess, der in der Anfangsphase auch die anderen Teammitglieder durch häufiges Nachfragen belastet.

Bei einer effizienten Arbeitsorganisation spielt nicht nur die korrekte Ausübung der Tätigkeiten eine Rolle, sondern auch der Zeitfaktor.

Arbeitsanweisungen und Checklisten dienen demnach folgenden Zielen:

1. Klare Anweisung zur Ausübung einer Tätigkeit im Hinblick auf die Qualität des Ergebnisses
2. Effiziente Ausführung der Tätigkeit und damit Zeit- und Kostenersparnis
3. Schnelle Einarbeitung
4. Minimierung von Fehlern
5. Erleichterung der Dokumentation

Effizienz beschreibt das Input-Output-Verhältnis. Wie viel gebe ich hinein und wie viel bekomme ich heraus? Diese Perspektive bringt die Wirtschaftlichkeit ins Spiel. Arbeitszeit ist ein wesentlicher Kostenfaktor in einer Zahnarztpraxis und sollte daher ökonomisch eingesetzt werden.

Worauf ist bei der Erstellung von Arbeitsanweisungen und Checklisten zu achten?

- Abläufe möglichst klar strukturieren und verständlich beschreiben
- So übersichtlich wie möglich und gerade so detailliert wie nötig
- Änderungen sollten konsequent eingepflegt werden

Gerade bei kritischen Prozessen, wie der Instrumentenaufbereitung, fällt immer wieder auf, dass sich ohne schriftliche Anweisungen bei den Mitarbeitern sehr unterschiedliche und häufig fehlerhafte Abläufe etablieren.

Aus diesem Grund und wegen der hohen Sensibilität dieses Prozesses fordert das Robert-Koch-Institut (RKI) für die Instrumentenaufbereitung genaue und individualisierte Anweisungen, die von allen Beteiligten eingehalten werden [8].

Für qualitätsrelevante Tätigkeiten und ausgewählte Routineaufgaben können deshalb Checklisten erstellt

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2015

werden. Checklisten ersparen häufiges Nachfragen, vermindern Fehler und geben Sicherheit bei der Ausübung der Tätigkeit – gerade auch für die Auszubildenden. Die Einarbeitungszeit von neuen Mitarbeitern kann damit ebenfalls erheblich verkürzt werden.

Checklisten für das Notfallmanagement

Auch das Notfallmanagement soll nach Maßgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses sinnvoll strukturiert werden. Aufgrund der Seltenheit von Notfallereignissen in der Zahnarztpraxis ist es besonders wichtig, dass sich das Team auf diesen plötzlich und unerwartet auftretenden Moment angemessen vorbereitet.

Um das Rad nicht neu erfinden zu müssen, ist es sinnvoll auf ein von Zahnärzten und Rettungsmedizinern entwickeltes Konzept zurückzugreifen. Im Fokus sollte dabei nicht die Diagnose der Erkrankung stehen, sondern die aus den Symptomen abzuleitenden Maßnahmen. Neben der Ruhe und Sicherheit, die das Team in einer Notfallsituation ausstrahlen sollte, kann mittels sinnvoller Basismaßnahmen wie beispielsweise Sauerstoffgabe, Lagerung, Blutdruck-, Puls- und Atemkontrolle meist der Zustand des Patienten stabilisiert und die Zeit bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes sinnvoll überbrückt werden.

Praxisabläufe optimieren und dokumentieren

Die QM-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses legt besonderen Wert auf die Optimierung der Praxisorganisation. Sie fordert in diesem Zusammenhang, die zentralen Praxisabläufe zu erfassen und transparent festzuhalten. Für die prozessorientierte ISO 9001 ist die Erfassung, Planung und Steuerung der Praxisprozesse sowieso eine Kernaufgabe.

Gerade an den Schnittstellen passieren 80 % der Fehler. Ermittlung, Darstellung und Optimierung der Praxisabläufe helfen, den reibungslosen Praxisalltag zu sichern.

Im Gegensatz zu den detaillierten Arbeitsanweisungen und Checklisten zeigen Prozessbeschreibungen nur die entscheidenden Schritte und Schnittstellen zur schnellen Orientierung. Zur Darstellung werden oft übersichtliche Flussdiagramme eingesetzt.

Bei der Erstellung von Prozessbeschreibungen helfen folgende Fragen:

- Womit beginnt meine Arbeit?
- Was brauche ich?
  (Materialien, Dokumente, Informationen)
- Was ist das Ergebnis?
- Wie komme ich zu dem Ergebnis?
- Welche Schnittstellen gibt es?

Gerade der Anmeldungsbereich mit der Terminvergabe ist die zentrale Schaltstelle in der Praxis und sollte deshalb klar und nachvollziehbar erfasst werden. Wenn dann die Mitarbeiterin an der Anmeldung unerwartet ausfällt, hat ihre Vertretung trotzdem alle notwendigen Informationen vorliegen.

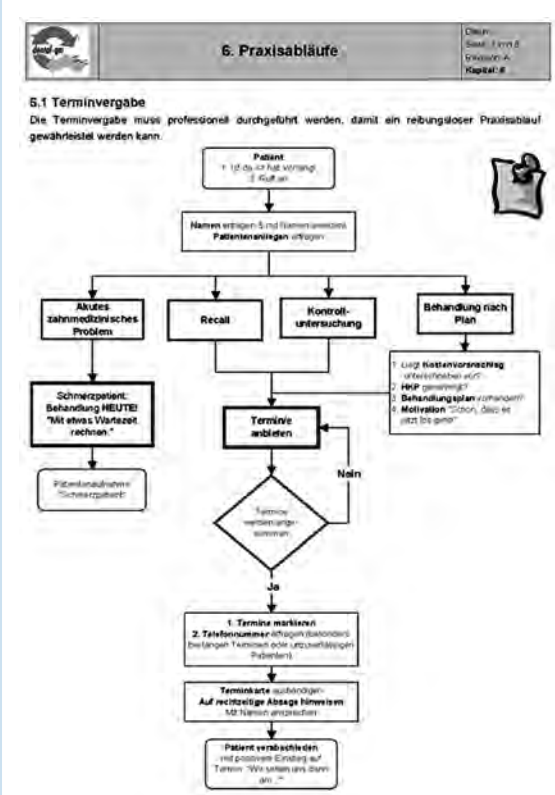


Abb. 8: Prozessbeschreibung zur Terminvergabe [7]

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2015

Fehlermanagement als Chancenmanagement

Auch die klassischen QM-Themen Fehlermanagement und Beschwerdemanagement werden in der QM-Richtlinie angesprochen. Wer kennt das nicht: Da ist mal wieder ein Fehler passiert und man möchte sich am liebsten die Haare raufen. Warum hat das nun wieder nicht geklappt?

Doch Aggression und Vorwürfe nützen im Praxisalltag wenig. Ziel sollte es sein, einen professionellen Umgang mit Fehlern zu finden. Und das Allerwichtigste dabei ist eine Atmosphäre des ehrlichen Umgangs miteinander.

Die Kunst ist es, Fehler als Chance für Verbesserungen zu begreifen und den richtigen Umgang mit Fehlern zu erlernen. Hierfür ist erst mal ein Umdenken und eine angstfreie Praxiskultur erforderlich. Keiner darf für seine Fehler als Sündenbock an den Pranger gestellt werden, sonst werden Fehler verschwiegen, was oftmals weitreichende und kostspielige Konsequenzen hat.

Die ISO 9001 fordert beispielsweise in Abschnitt 8 zum Thema Fehlermanagement jeweils ein dokumentiertes Verfahren zur »Lenkung fehlerhafter Produkte«, »Korrekturmaßnahmen« und »Vorbeugungsmaßnahmen«. Die Anforderungen sind in der Norm klar umrissen und recht umfangreich. Die QM-Richtlinie führt lediglich den Begriff auf. Wie setzen wir dies nun in einer Zahnarztpraxis um?

Das Wichtigste ist auch bei diesem Instrument wieder, dass es die Praxis voranbringt. Die Regelung des Umgangs mit Fehlern ist sicherlich sehr hilfreich, um zukünftige Fehler zu vermeiden. Doch ein professionelles Fehlermanagement darf den Praxisablauf auch nicht behindern. Aus diesem Grund sind in einer Zahnarztpraxis aufwändige Fehlerprotokolle unpraktikabel.

Eine einfache Liste zum Eintragen des Fehlers und zur späteren Bearbeitung kann hingegen sehr wirkungsvoll sein, denn:

1. Der Fehler ist aus dem Kopf
2. Der Ärger über den Fehler wird nicht unbewusst woanders ausgelassen
3. Der Fehler geht nicht verloren und wird besprochen
4. Die Ursache des Fehlers kann ermittelt werden
5. Sinnvolle Maßnahmen werden entwickelt, um das erneute Auftreten des gleichen Fehlers zu verhindern

In der Fehlerliste können alle entdeckten Fehler eingetragen werden. Fehler sind im Qualitätsmanagement definiert als das Gegenteil von Qualität, nämlich die »Nichterfüllung einer Anforderung«. Qualität bedeutet daher immer, dass die »Anforderungen an ein Produkt oder eine Dienstleistung« erfüllt sind. Das heißt frei formuliert, es läuft alles wie geplant und Patient, Praxisleitung und Mitarbeiter sind zufrieden mit dem Ergebnis.

Das bedeutet, dass alles, was nicht die Anforderungen der Praxis oder gar der Patienten erfüllt, als »Fehler« zu werten ist. Dabei spielt es keine Rolle, ob der Fehler intern oder extern (z. B. vom Dentallabor oder Depot) verursacht wurde.

Hier ein Praxisbeispiel: Besonderer Wert wurde in der Praxis von Dr. Kaiser nach Einführung von Qualitätsmanagement auf die Zusammenarbeit mit dem Dentallabor gelegt. Nachdem bei der Abformung mehrfach Verziehungen auftraten, wurden die Mitarbeiterinnen direkt vom Zahntechnikermeister geschult. Hierdurch konnte die Fehlerquote extrem gesenkt werden. Voraussetzung war jedoch die Erkenntnis, dass die Ursache von Fehlern festgestellt und behoben werden muss, wenn es zu Verbesserungen kommen soll.

Wenn trotzdem mal ein unbrauchbarer Abdruck durch die Kontrolle rauscht, gibt das Dentallabor eine unmittelbare Rückmeldung. Dies wäre früher undenkbar gewesen. Auch das Verhältnis zu Lieferanten hat sich seit der Einführung von Qualitätsmanagement verändert. Dentallabor und Praxis verstehen sich nun als wichtige und gleichberechtigte Partner für die Qualität des Behandlungsergebnisses.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2015

Für das professionelle Fehlermanagement ist meist eine Veränderung der Denkprozesse aller Beteiligten notwendig. Denn wer kehrt sonst unliebsame Fehler nicht lieber unter den Teppich?

Nr.	Verhalten	Methode
1.	Wenn möglich: Fehler sofort korrigieren. Falls notwendig andere Mitarbeiter oder Chef informieren.	
2.	Betrifft der Fehler einen Außenstehenden (insbesondere einen Patienten) abklären, ob dieser informiert werden muss und dann umgehend informieren.	
3.	Fehler **immer dokumentieren**	Eintrag in die Fehlerliste und ggf. in die Patientenkartei
4.	Fehlerhafte Produkte müssen aus dem Verkehr gezogen werden, um die versehentliche Weitergabe zu verhindern.	Als Sperrlager dient die **rote Fehlerkiste**
5.	Fehlerhafte Geräte müssen gekennzeichnet werden.	z.B. Schild am defekten Gerät anbringen
6.	Wenn möglich die **Ursache** des Fehlers ermitteln.	Eintragung in Fehlerliste.
7.	Regelmäßige Besprechung der aufgetretenen Fehler, damit gleiche oder ähnliche Situationen nicht wieder vorkommen.	in der **Teambesprechung** anhand der Fehlerlisten
8.	Angemessene Maßnahmen zur Beseitigung des Fehlers und seiner Folgen werden beschlossen.	Fehlerlisten, Teambesprechungsprotokoll

Abb. 9: Verhaltensvorgaben zum Umgang mit Fehlern [7]

Abgesehen von der Vermeidung von Stress und Ärger hat die konsequente Minderung von Fehlern auch eine Verminderung von Fehlerkosten zur Folge. Denn die schlimmsten Fehler werden häufig nach dem Fehler gemacht! Oft auch durch die Vertuschung des Fehlers.

Die Herausforderung beim Fehlermanagement liegt darin, klarzustellen, dass es nicht darum geht, den »Schuldigen« an den Pranger zu stellen. Vielmehr soll die Fehleranzahl minimiert und das erneute Auftreten gleicher oder ähnlicher Fehler vermieden werden.



Abb. 10: Fehlerkiste als Sperrlager für fehlerhafte Gegenstände. Wichtig ist die Kennzeichnung des Fehlers und für Rückfragen der Name des Entdeckers.

Gerade das sofortige Melden eines Fehlers und die darauf folgende Korrektur sind entscheidend, damit die negativen Folgen des Fehlers für Patient und Praxis schnell behoben werden können. Deshalb eignet sich das Aushängen einer »Fehlerliste« in den Praxisräumen, die gut erreichbar, aber für den Patienten nicht wahrnehmbar ist. In diese Listen trägt jeder Mitarbeiter entdeckte Fehler oder Versäumnisse ein. Im Rahmen der Teambesprechung werden alle Teammitglieder über entdeckte Fehler informiert und es werden Maßnahmen beschlossen, um diese Fehler zukünftig zu vermeiden.

Besonderen Wert legt die QM-Richtlinie auch auf das Beschwerdemanagement. Deshalb werden Patientenbeschwerden ebenfalls in der Fehlerliste dokumentiert. Außerdem sollte es auch eine festgelegte Vorgehensweise zum Umgang mit Beschwerden geben, die jedes Teammitglied kennt.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2015

Worauf sollte man bei der Auswahl eines QM-Konzeptes achten?

Bei der Fülle der Angebote gestaltet sich die Entscheidung für ein QM-System inzwischen oftmals als langwierig und schwierig. Woran können Sie erkennen, ob das angebotene QM-System wirklich praxistauglich ist?

Die wichtigste Ressource bei der Auswahl eines QM-Systems ist nicht – wie viele meinen – die finanzielle Investition, sondern die Zeit, die Sie zur Individualisierung und zur Einführung von QM aufbringen. Die Zeit ist Ihr wichtigstes Gut. Deshalb sollte alles, womit Sie Ihre Zeit verbringen, möglichst Spaß machen und Sie im Leben weiterbringen.

Um Ihnen die Entscheidung zu erleichtern, führen wir hier Kriterien auf, die Ihnen bei der Entscheidungsfindung helfen können:

1. Kommt der Anbieter aus der Dentalbranche, d. h., haben **Zahnmediziner** das Konzept maßgeblich mitentwickelt?
2. Wurde das angebotene QM-System bereits erfolgreich **in Zahnarztpraxen erprobt** und weiterentwickelt? Gibt es Referenzpraxen, die Sie anrufen oder besuchen können?
3. Ist der Anbieter **Experte für Qualitätsmanagement** oder wird QM nur zusätzlich angeboten, weil es gerade erforderlich ist?
4. Verfügt der Anbieter über **langjährige Erfahrung im Bereich QM in Zahnarztpraxen**? Gibt es vielleicht sogar eine wissenschaftliche Untersuchung über den Erfolg dieses QM-Systems?
5. Gibt es einen **Ansprechpartner**, der für Fragen – auch nach dem Kauf – zur Verfügung steht?
6. Ist das Musterpraxishandbuch **selbsterklärend** und kann es einfach individualisiert werden?
7. Ist die Gestaltung des Musterpraxishandbuches ansprechend? Werden Farben und Symbole benutzt?
8. Ist das Musterpraxishandbuch digitalisiert und mit **Standardsoftware** (z. B. Word, Open Office etc.) individualisierbar?
9. Gibt es **Seminare**, in denen das Wissen auf Wunsch erlernt oder vertieft werden kann?
10. Kann das QM-System von der Minimalanforderung der QM-Richtlinie leicht auf ein QM-System nach DIN EN ISO 9001:2008 **aufgestockt** werden?
11. Hat der Anbieter Erfahrung mit Zertifizierungen (z. B. Auditorentätigkeit)?

Egal, für welches QM-System Sie sich entscheiden, die Autoren wünschen Ihnen viel Erfolg bei der Einführung von QM! Mögen Sie viele positive Erfahrungen machen und irgendwann mal sagen: »QM ist das Beste, was mir jemals passiert ist.« Dann haben Sie das für Sie passende Konzept gefunden – und das wünschen wir Ihnen von Herzen.

Weitere Formulierungshilfen für Praxisziele und zusätzliches Informationsmaterial können kostenlos bei den Autoren unter info@dental-qm.de angefordert werden.

Dipl.-Kffr. Dipl.-Hdl. Kirsten Schwinn (†), Kiel
Dr. med. dent. Rudolf Lenz, Palma de Mallorca

Literaturverzeichnis

1. Stellfeldt, S.: Effektivität von Qualitätsmanagement – Eine empirische Untersuchung in Zahnarztpraxen, VDM Verlag Dr. Müller, Saarbrücken, 2007
2. Malik, Fredmund: Führen, Leisten, Leben, Campus Verlag GmbH, 2006
3. Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung, Stand: Zuletzt geändert durch Art. 3 G vom 17. 03. 2009 I 534
4. Gemeinsamer Bundesausschuss: Richtlinie über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement in der vertragszahnärztlichen Versorgung (Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragszahnärztliche Versorgung) vom 17. November 2006, BAnz. Nr. 245 (S. 7463) vom 30.12. 2006, in Kraft getreten am 31.12. 2006
5. Qualitätsmanagementsysteme – Anforderungen, DIN EN ISO 9001:2008, Berlin: Beuth Verlag, 2008
6. Wikipedia Internet Enzyklopädie: Smart, http://en.wikipedia.org/wiki/SMART_criteria
7. Schwinn, K., Lenz, R.: QM-Praxishandbuch, dental-qm, Kiel, 2008
8. Robert-Koch-Institut, Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention: Empfehlung Infektionsprävention in der Zahnheilkunde – Anforderungen an die Hygiene, Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz 4, 2006

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2015

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2015

4.2.2.1.1. Qualitätsmanagementrichtlinie des GBA vom 23.01.2014 (ZÄQM-RL)

Die seit 2006 gültige Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement in der vertragszahnärztlichen Versorgung (Qualitätsmanagementrichtlinie vertragszahnärztliche Versorgung – ZÄQM-RL) wurde am 23.01.2014 geändert. Die Richtlinie ist auf der Webseite der KZBV (http://www.kzbv.de/einrichtungsinternes-qualitaetsmanagement.166.de.html) veröffentlicht.

Während in den §§ 1–3 keine wesentlichen Änderungen bis auf die Einführung des Begriffes »Patientensicherung« im § 1 vorgenommen wurden, ist der § 4 erweitert worden.

Im § 4 »Instrumente« ist als Gliederungspunkt 2.1 für den Bereich Arbeitsprozesse/Praxisorganisation ein verpflichtendes Risiko- und Fehlermanagement aufgenommen worden.

Auszug aus ZÄQM-RL vom 23.01.2014:

Risiko- und Fehlermanagement (verpflichtend)
Dazu gehören das Erkennen und Nutzen von potentiellen Risiken und unerwünschten Ereignissen zur Einleitung von Verbesserungsprozessen in der Praxis.

a. Risikomanagement ist eine zentrale Aufgabe der Praxisleitung und bedeutet,
   - ein Risikoprofil zu erstellen (Risiken auf der Grundlage von sektorspezifischen Quellen zu identifizieren und analysieren),
   - potentielle Risiken zu bewerten,
   - eine Risikostrategie festzulegen, die alle Beteiligten – auch den Patienten – einbezieht, indem Empfehlungen zur Erkennung/Überwachung, Bewältigung eines potentiellen Risikos formuliert, kommuniziert und
   - Verantwortlichkeiten festgelegt werden.

b. Ein praxisinternes Fehlermeldesystem muss die folgenden Mindestanforderungen erfüllen:
   - einfaches, klar strukturiertes System
   - anonyme und sanktionsfreie Berichtsmöglichkeit für alle Praxismitarbeiter
   - freiwillige Teilnahme (keine Berichtsverpflichtung)
   - Wahrung der Vertraulichkeit und des Datenschutzes
   - Auswertung des Ereignisses durch Verantwortlichen
   - vertraulicher Umgang mit dem Ergebnis
   - zeitnahes Feedback, falls gewünscht
   - Möglichkeit des externen Austausches
   - Berücksichtigung des Ergebnisses im Rahmen des Risikomanagements
   - Dokumentation

Damit sind hohe Anforderungen vorgegeben. Insbesondere ist die Einbeziehung der Patienten nicht einfach zu verwirklichen.

Ziel: Fehler vermeiden
Fehlermanagement hat das Ziel, Fehler zu vermeiden und nicht, Schuldige zu bestrafen. Die Richtlinie fordert nur ein internes Fehlermanagement. Dazu haben sich als Arbeitsmittel die Fehlerauswertung in der Teambesprechung oder wo sinnvoll im persönlichen Gespräch bewährt. Erkannte Fehlerquellen werden in der Arbeitsorganisation und in den entsprechenden Checklisten/Arbeitsanweisungen berücksichtigt.

Praxisextern gibt es die Möglichkeit Fehler und Fehlerquellen in Qualitätszirkeln, kollegialen Diskussionsrunden oder unter Berücksichtigung des Datenschutzes auch in entsprechenden Internetforen zu besprechen.

Eine weitere Möglichkeit ist das internetbasierte Berichts- und Lernsystem für Zahnarztpraxen »Jeder Zahn zählt« (http://www.jeder-zahn-zaehlt.de).

Bei der Organisation des Qualitätsmanagements helfen die Länderzahnärztekammern. Dabei gibt es föderalistisch bedingt gewisse Nuancen. Unser Rat ist daher, machen Sie sich bei Ihrer Kammer über Möglichkeiten und Angebote schlau.

Dr. Wolfram Sadowski

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2014

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2014

4.2.2.1.2. Qualitätssicherung nach SGB V

Wesentliche Anforderungen der neuen Qualitätsprüfungs- und Qualitätsbeurteilungsrichtlinie

»Mit Qualität hat man immer Erfolg; nur ganz selten funktioniert es auch ohne«

I) Einführung

Seit jeher werden Zahnärzte aus eigenem Antrieb ihrer gesellschaftlichen Aufgabe gerecht, Gesundheitsdienstleistungen in hoher Qualität anzubieten.

Dessen ungeachtet hält es der Gesetzgeber für nötig, Qualitätssicherung zusätzlich zu »verordnen«. Jüngste Beispiele hierfür sind die *»Qualitätsprüfungsrichtlinie zu Auswahl, Umfang und Verfahren der Qualitätsprüfungen* ***(QP-RL-Z)****«* und die ergänzende *»Qualitätsbeurteilungsrichtlinie vertragszahnärztliche Versorgung Überkappung* ***(QBÜ-RL-Z)****«*. Es handelt sich um Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses **(G-BA)**. Rechtsgrundlage ist jeweils § 135 Abs. 2 SGB V.

Die **QP-RL-Z** ist eine »Rahmenrichtlinie«. Sie basiert weitgehend auf der *»Qualitätsförderungsrichtlinie* ***(QF-RL)****«* der KZBV (zzt. In der Fassung vom 10. 04. 2019). Die QP-RL-Z legt für **alle** Qualitätsprüfungen (auch zukünftige) Auswahl, Umfang und Verfahren bundeseinheitlich fest. Die ergänzende **QBÜ-RL-Z** beinhaltet das erste zahnärztliche Prüfthema ***(»Qualitätsbeurteilung der Indikationsstellung zur direkten oder indirekten Überkappung«)***. Sie gestaltet die Vorgaben der QP-RL-Z und enthält insbesondere die Stichprobengröße, das Verfahren der Pseudonymisierung der einzureichenden Unterlagen sowie die Kriterien und die Bewertungsschemata für die Einzel- und Gesamtbewertung.

Es ist nicht ausgeschlossen, dass künftig weitere Prüfthemen folgen. Allerdings ist damit wohl erst in einigen Jahren zu rechnen.

	QP-RL-Z	**QBÜ-RL-Z**
Grundlage:	§ 135 Abs. 2 SGB V	§ 135 Abs. 2 SGB V
In Kraft seit:	01. 04. 2018	01. 07. 2019
Gilt für:	alle QP-RL-Z (auch zukünftige)	das Prüfthema *»Qualitätsanforderungen der Indikationsstellung zur direkten oder indirekten Überkappung«*
Gegenstand:	• Auswahl • Umfang und • Verfahren der Qualitätsprüfung	• Gestaltet die Vorgaben der QP-RL-Z • Prüfthema • Vorgabe für die Stichprobengröße (3 %) • Verfahren der Pseudonymisierung • Kriterien und Bewertungsschemata für die Einzel- und Gesamtbewertung

II) Einordnung der neuen Richtlinien

Die QP-RL-Z und die ergänzende QBÜ-RL-Z treten unter anderem neben die schon seit 2007 bestehende Qualitätsmanagementrichtlinie **QM-RL** (nach § 136 Abs. 1 Nr. 1, 2. Halbsatz SGB V). Sie führen insofern zu einer zusätzlichen, bürokratischen Belastung der Praxen.

III) Grundzüge des Verfahrens/ Bewertung/Mitwirkung

a) Grundzüge des Verfahrens

Die **QP-RL-Z** verpflichtet die KZV, die Qualität der in der vertragszahnärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen im Einzelfall durch Stichproben zu überprüfen. Ergänzend legt die **QBÜ-RL-Z** als erstes Überprüfungsthema **»Überkappungsleistungen«** (Cp und P) fest.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2020

Die jeweilige KZV muss im Rahmen der jährlichen Stichprobenüberprüfung zunächst den **»Prüfpool«** ermitteln. In diesen gelangen alle Praxen/Einrichtungen, die innerhalb **eines Abrechnungsjahrs** (das ist das der Ziehung vorausgehende Kalenderjahr) bei mindestens **zehn Behandlungsfällen** eine **Indikatorleistung** (Cp oder P) in Verbindung mit mindestens einer **Folgeleistung** (WBH-Maßnahmen oder Extraktionen) **abgerechnet** haben (§ 2 QBÜ-RL-Z).

Aus diesem Prüfpool werden sodann nach dem Zufallsprinzip **3 %** der betroffenen Praxen/Einrichtungen »gezogen«. Zusätzlich wählt die KZV bei den Gezogenen jeweils zehn Behandlungsfälle nach Zufallsprinzip aus. Die betroffenen Praxen/Einrichtungen erhalten ein Anforderungsschreiben. Sie werden u. a. aufgefordert, innerhalb von vier Wochen ab Zugang zu den zehn ausgewählten Behandlungsfällen schriftliche und evtl. bildliche Dokumentationen (Röntgenbilder) einzureichen. Die Einreichfrist kann einmalig um vier Wochen verlängert werden. Überprüft und bewertet wird dann ausschließlich die Qualität der eingereichten Dokumentationen.

Dies geschieht durch ein **Qualitätsgremium**, das mit erfahrenen und geschulten Kollegen besetzt ist, die vom Vorstand der KZV für vier Jahre berufen wurden. Das Qualitätsgremium erhält ausschließlich pseudonymisierte zahnarzt- und patientenbezogene Daten. Dies dient dem Datenschutz und der Objektivität. Im ersten Schritt werden auf der Grundlage der QBÜ-RL-Z zunächst die zehn einzelnen Behandlungsfälle bewertet. Aus den zehn Einzelfallbewertungen erfolgt dann in einem zweiten Schritt die Gesamtbewertung.

Je nach Gesamtbewertung kann das Qualitätsgremium dem Vorstand der jeweiligen KZV fachlich begründet **Maßnahmen** empfehlen. Welche Maßnahmen konkret ergriffen werden, entscheidet dann der Vorstand der KZV nach pflichtgemäßem Ermessen unter Beachtung von Verhältnismäßigkeit, Geeignetheit und Erforderlichkeit.

Abschließend erhält der Zahnarzt eine Ergebnismitteilung in Form eines **schriftlichen Bescheides** durch die KZV. Nach Fristablauf der Widerspruchsmöglichkeit (ein Monat nach Zustellung des Bescheides) erfolgt die Rückgabe der im Original eingereichten Unterlagen. Damit ist das Verfahren beendet.

b) Bewertung

Einzelfallbewertung (a, b, c)	
a	Keine Auffälligkeiten/Mängel; Qualitätskriterien erfüllt
b	Geringe Auffälligkeiten/Mängel; Qualitätskriterien nicht vollständig erfüllt
c	Erhebliche Auffälligkeiten/Mängel; Qualitätskriterien nicht erfüllt

Eine Bewertung des Einzelfalls als »a« setzt zwingend voraus:

1. Weitergehende schriftliche Dokumentation liegt vor (nur Abrechnungsdaten reichen nicht)
2. Leistungskette nachvollziehbar und plausibel (anhand der Dokumentation)
3. Aussagen der Sensibilitätsprüfung in der gesamten Leistungskette liegen vor
   - Ergebnis der Sensibilitätsprüfung vorhanden
   - Ergebnis der Sensibilitätsprüfung (wenn vorhanden) ist nachvollziehbar
4. Keine Kontraindikation für die Cp oder P weder aus der schriftlichen noch aus der bildlichen Dokumentation erkennbar

Gesamtbewertung (A, B, C)				
Gesamtbewertung als	»A«	»B«		»C«
Einzelfälle in »a«	Mindestens 7 Fälle in »a«	Weniger als 7 Fälle in »a«	oder mindestens 2 Fälle in »a«	
Einzelfälle in »b«		Höchstens 8 Fälle in »b«		Ab 9 Fällen in »b« oder ab 3 Fällen in »c«
Einzelfälle in »c«	Kein Fall in »c«	Kein Fall in »c«	Höchstens 2 Fälle in »c«	

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2020

Gesamtbewertung und Maßnahmen	
Gesamtbewertung B	Gesamtbewertung C
1. Schriftlicher Hinweis oder	4. Strukturierte Beratung mit Zielvereinbarung (zusätzlich zu 5.)
2. mündliche Beratung oder	5. Problembezogene Wiederholungsprüfung (immer)
3. Aufforderung zur gezielten Fortbildung	6. Einleitung anderer Verfahren gem. § 75 Abs. 2 in Verbindung mit § 81 Abs. 5 SGB V (letztes Mittel)

Gesamtbewertung und Auswirkungen	
A: Keine Auffälligkeiten	4 Jahre aus Stichprobe ausgenommen
B: Geringe Auffälligkeiten	2 Jahre aus Stichprobe ausgenommen
C: Erhebliche Auffälligkeiten	Wiederholungsprüfung innerhalb von 24 Monaten. Dazu werden neue Behandlungsfälle gezogen.

Prima! Die erste Stichprobenprüfung ist nur ein **»Probelauf«**. Ganz egal wie die Gesamtbewertung für die betroffene Praxis ausgefallen ist, teilt die KZV lediglich das Ergebnis mit. Maßnahmen erfolgen nicht!

c) Mitwirkung

Die **Mitwirkung** der betroffenen Praxen besteht zunächst im fristgerechten Zusammenstellen und Übermitteln der angeforderten zehn Behandlungsdokumentationen. Die Übermittlung an die KZV kann auch elektronisch erfolgen, wobei dann eine Verschlüsselung erfolgen muss. Darüber hinaus muss die Praxis nach den Vorgaben der QBÜ-RL-Z die zehn Behandlungsdokumentationen (schriftliche und bildliche) vor Einreichung **pseudonymisieren**. Dies ist der zeitaufwändigste Teil der Mitwirkung. Allerdings können die Praxen, wenn die Pseudonymisierung für sie einen **unverhältnismäßigen Aufwand** darstellt, diese schriftlich auf die **»Gesonderte Stelle«** bei der KZV übertragen. Ein unverhältnismäßiger Aufwand wird unter anderem angenommen, wenn die Praxis nicht über ausreichende personelle Ressourcen für die Pseudonymisierung verfügt. Des Weiteren ist eine **Konformitätserklärung** abzugeben, mit der die Praxis die Richtigkeit der übermittelten Dokumentation bestätigt. Für den Fall, dass die Praxis die patientenbezogenen Daten selbst pseudonymisiert, ist dann noch zusätzlich eine **Zuordnungsliste** zu erstellen. Diese ermöglicht die Zuordnung der Patienten zu den für die Pseudonymisierung des jeweiligen Patientenfalls verwendeten Dokumentencodes. Die Einzelheiten der Mitwirkung ergeben sich im Übrigen aus dem Anforderungsschreiben.

IV) Bewertung der QP-RL-Z und der QBÜ-RL-Z

Zweifellos bringen die neuen Richtlinien für die Praxen eine zusätzliche Belastung, die aus der erforderlichen Mitwirkung herrührt. Dabei ist der zeitaufwändigste Anteil die Pseudonymisierung der versichertenbezogenen Daten. Diese kann freilich unter bestimmten Voraussetzungen auf die Gesonderte Stelle bei der KZV schriftlich übertragen werden. Nutzen Sie diese Möglichkeit! Lassen Sie sich im Übrigen nicht Bange machen. Die KZBV hat gut verhandelt. Honorarabzüge oder Praxisbegehungen sind (anders als bei den Ärzten) kein Thema. Die neuen Anforderungen, die sich ausschließlich auf die Qualität der Dokumentation beziehen, sind maßvoll und in der täglichen Praxis gut umsetzbar. Wer wie gewohnt ordnungsgemäß dokumentiert, hat nichts zu befürchten. Er muss weder seine Behandlung noch seine Dokumentation umstellen.

V) Tipps

Besuchen Sie die Informationsveranstaltungen Ihrer KZV. Hier erhalten Sie wertvolle Tipps und Informationen. Ihre KZV hat auch entsprechende Info-Broschü-

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2020

ren und Hilfestellungen erstellt, die Ihnen die Umsetzung der Anforderungen wesentlich erleichtern. Nutzen Sie diesbezüglich auch die auf der Homepage Ihrer KZV eingestellten Infos und Beiträge.

VI) Wer gerne liest, ist eindeutig im Vorteil!

Auch die Beschäftigung mit den einschlägigen Richtlinien lohnt sich. Sie finden sie u. a. auf der Homepage Ihrer jeweiligen KZV oder zentral auf der Homepage der KZBV. Googlen Sie dazu *KZBV, Richtlinien* oder besuchen Sie die Homepage der KZBV direkt über:

www.kzbv.de/richtlinien-zum-thema-qualität.1210.de.html

Dr. Hendrik Schlegel

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2020

4.2.2.2. Hygienevorschriften

4.2.2.2.1. Medizinproduktegesetz (MPG)

Das Medizinproduktegesetz (MPG) ist bereits seit einigen Jahren in Kraft. Die Umsetzung obliegt den Länderbehörden. In der letzten Zeit ist das MPG zunehmend in den Fokus der Zahnärzteschaft geraten, weil einige Landesbehörden es mit dessen Umsetzung sehr genau nehmen. Insbesondere aus Nordrhein-Westfalen häuften sich Meldungen, die den Eindruck einer Rasterfahndung hinterließen. Das MPG gehört zu jenen Gesetzeswerken, bei denen die Umsetzung nach Punkt und Komma erhebliche Teile der freiberuflichen Praxistätigkeit blockiert und Zeitressourcen besetzt werden. Es verstärkt sich der Eindruck von Inquisition statt einer sinnvollen Korrektur von festgestellten Defiziten. Phasenweise scheint das MPG zu einem wohlfeilen Instrument zur Kujonierung der freiberuflichen Praxis zu gedeihen. Mit einer dringend notwendigen Entbürokratisierung hat das Ganze nichts zu tun. Wir aktualisieren die Thematik, damit Sie sich auf die gewachsenen Anforderungen einstellen können.

Mit der Einführung des MPG und der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) wurden europäische Vorschriften zur hygienischen Aufbereitung (Reinigung, Desinfektion und Sterilisation) von Medizinprodukten, also allen Instrumenten, Apparaten, Vorrichtungen und Stoffen, die mit dem Patienten direkt in Kontakt kommen, in deutsches Recht umgesetzt. Ziel dieser Vorschriften ist es, für den hohen technischen Standard der Medizinprodukte und damit für den Schutz von Patienten und Praxismitarbeitern Sorge zu tragen.

Für die Zahnheilkunde relevante Regelungen des MPG sind:

§ 3 Begriffsbestimmungen
- Instrumente, Apparate, Vorrichtung zur Anwendung für Menschen bei Erkennung und Behandlung von Krankheiten
- Sonderanfertigungen für einen bestimmten Patienten (u. a. Zahnprothesen)

§ 4 Verbote zum Schutz von Patienten, Anwendern und Dritten
- Verbot der Anwendung nach Verfalldatum

Pflichten zur hygienischen Aufbereitung ergeben sich aus der MPBetreibV.

§ 4 Instandhaltung

(2) Die Aufbereitung von bestimmungsgemäß keimarm oder steril zur Anwendung kommenden Medizinprodukten ist unter Berücksichtigung der Angaben des Herstellers mit geeigneten **validierten** Verfahren so durchzuführen, dass der Erfolg dieser Verfahren **nachvollziehbar** gewährleistet ist und die Sicherheit und Gesundheit von Patienten, Anwendern oder Dritten nicht gefährdet wird. …
Eine ordnungsgemäße Aufbereitung nach Satz 1 wird vermutet, wenn die gemeinsame Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert-Koch-Institut … zu den Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten beachtet wird.

Definition Validierung nach EN 554, § 3.29:

Ein dokumentiertes Verfahren zum Erbringen, Aufzeichnen und Interpretieren der Ergebnisse, die benötigt werden, um zu zeigen, dass ein Verfahren dauerhaft mit den vorgesehenen Spezifikationen übereinstimmt.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2010

4. Praxisführung

4.2. Praxisorganisation

4.2.2. Ablauforganisation

4.2.2.2. Hygienevorschriften

4.2.2.2.1. Medizinproduktegesetz (MPG)

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

4.2.2.2.2. RKI-Empfehlung

Das Robert-Koch-Institut (RKI) ist die zentrale Einrichtung der Bundesregierung auf dem Gebiet der Krankheitsüberwachung und -prävention und damit auch die zentrale Einrichtung des Bundes auf dem Gebiet der anwendungs- und maßnahmenorientierten biomedizinischen Forschung. Zu den Aufgaben gehört der generelle gesetzliche Auftrag, wissenschaftliche Erkenntnisse als Basis für gesundheitspolitische Entscheidungen zu erarbeiten. Die **Empfehlungen** des Robert-Koch-Institutes haben auf Grund seiner hervorgehobenen Stellung den Charakter einer Richtlinie und somit einen bedeutenden Einfluss auch auf die zahnärztliche Berufsausübung und Einhaltung der **Praxishygiene**.

Bereits 1998 wurde eine Empfehlung zur Hygiene in der Zahnarztpraxis vom Robert-Koch-Institut (Kommission für Krankenhaushygiene) herausgegeben. Diese Empfehlung wurde vom Robert-Koch-Institut letztmalig im Jahre 2006 unter Berücksichtigung des MPG aktualisiert (Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2006 · 49:375–394, DOI 10.1007/s00103-005-1219-y, © Springer Medizin Verlag 2005; http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/Zahn_Rili.pdf?__blob=publicationFile).

Kernpunkt der Richtlinie ist die Einteilung der **Medizinprodukte** in verschiedene Risikoklassen. Es werden unkritische, semikritische sowie kritische **Medizinprodukte** unterschieden und Angaben über die erforderlichen Aufbereitungsmaßnahmen gemacht. Auch mit den wasserführenden Systemen befasst sich die RKI-Empfehlung wesentlich ausführlicher als bisher.

Dr. Wolfram Sadowski

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2015

4. Praxisführung

4.2. Praxisorganisation

4.2.2. Ablauforganisation

4.2.2.2. Hygienevorschriften

4.2.2.2.2. RKI-Empfehlung

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2015

4.2.2.2.3. TRBA 250, Hygieneleitfaden der DAHZ und Hygieneplan der Bundeszahnärztekammer

Der Umgang mit **Biostoffen** in der Praxis ist durch die Biostoffverordnung (BioStoffV) geregelt. Auf dieser Verordnung fußend ist die Technische Regel Biologische Arbeitsstoffe (BGR 250/TRBA 250) der Berufsgenossenschaft für Gesundheit und Wohlfahrtspflege erlassen worden. In diesen Rechtsverordnungen wird ein Hygieneplan für die Praxis gefordert.

Die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und der Deutsche Arbeitskreis für Hygiene in der Zahnarztpraxis (DAHZ) haben 2014 einen aktualisierten **»HYGIENEPLAN/BETRIEBSANWEISUNGEN für die Zahnarztpraxis«** veröffentlicht. **Der vorgestellte Hygieneplan stellt einen Musterplan dar, der an die konkreten Verhältnisse in der jeweiligen Praxis individuell angepasst werden muss.**

Dieser Plan ist allen Praxen durch die Zahnärztekammern zugänglich gemacht worden.

Er findet sich im Internet unter der Adresse:
http://www.bzaek.de/fuer-zahnaerzte/zahnaerztliche-berufsausuebung/nutzung-hygieneplan.html

Der DAHZ hat außerdem den aktuellen **DAHZ-Hygieneleitfaden**, 9. Ausgabe 2014 herausgebracht:
http://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/za/hygieneplan/hygieneleitfaden.pdf.

Dr. Wolfram Sadowski

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

4.2.2.2.4. Ablauf der Überprüfungen nach MPG

Zuständig für die Umsetzung sind die einzelnen Bundesländer, die mit den gesetzlichen Vorgaben in sehr unterschiedlicher Weise umgehen. Beispielsweise sind in NRW bereits einige Überprüfungen nach § 26 MPG bekannt geworden, bei denen zum Teil die Hygienemaßnahmen massiv beanstandet wurden und sogar Praxisschließungen angedroht wurden. Mittlerweile gibt es allerdings in NRW positive Signale der Landesregierung, die MPG-Kontrollpraxis zukünftig zu entschärfen. Auch aus anderen Bundesländern gibt es Meldungen über Praxiskontrollen unterschiedlichen Ausmaßes.

Ein Zahnarzt sollte daher über den grundsätzlichen Ablauf der Überprüfungen informiert sein. Dieser stellt sich beispielsweise in NRW wie folgt dar:

– schriftliche Ankündigung der Überprüfung, mit der Bitte Unterlagen zur Vorabprüfung einzureichen
Beispiele:
– Aufstellung über die Anzahl und Qualifikation der Mitarbeiter, die für die Aufbereitung der Medizinprodukte zuständig sind, sowie deren Verantwortlichkeiten;
– Liste der Medizinprodukte, die aufbereitet werden, und deren Einstufung:
– unkritisch
Medizinprodukte, die lediglich mit intakter Haut in Berührung kommen, wie z. B. Gesichtsbogen, Kofferdam-Rahmen, Nierenschale;
– semikritisch A (ohne besondere Anforderungen an die Aufbereitung)
Medizinprodukte, die mit Schleimhaut oder krankhaft veränderter Haut in Berührung kommen, wie z. B. Handtastinstrumente für allgemeine, präventive, restaurative oder kieferorthopädische, nichtinvasive Maßnahmen oder Zusatzgeräte ohne Austritt von Flüssigkeiten und/oder Luft oder Partikeln;
– semikritisch B (mit erhöhten Anforderungen an die Aufbereitung)
Medizinprodukte, die mit Schleimhaut oder krankhaft veränderter Haut in Berührung kommen, wie z. B. Übertragungsinstrumente für allgemeine, restaurative oder kieferorthopädische Behandlung, rotierende oder oszillierende Instrumente für allgemeine, präventive, restaurative oder kieferorthopädische, nichtinvasive Maßnahmen, Zusatzgeräte mit Austritt von Flüssigkeiten und/oder Luft oder Partikeln;
– kritisch A (ohne besondere Anforderungen an die Aufbereitung)
Medizinprodukte, bei denen Blut, Blutprodukte und andere sterile Arzneimittel zur Anwendung kommen, und Medizinprodukte, die die Haut oder Schleimhaut durchdringen und dabei in Kontakt mit Blut, inneren Geweben oder Organen kommen, wie z. B. Instrumente und Hilfsmittel für chirurgische, parodontologische oder endodontische Maßnahmen;
– kritisch B (mit erhöhten Anforderungen an die Aufbereitung: Medizinprodukte mit Hohlräumen oder schwer zugänglichen Teilen; Dampfsterilisation erforderlich) Medizinprodukte, bei denen Blut, Blutprodukte und andere sterile Arzneimittel zur Anwendung kommen, und Medizinprodukte, die die Haut oder Schleimhaut durchdringen und dabei in Kontakt mit Blut, inneren Geweben oder Organen kommen, wie z. B. Instrumente und Hilfsmittel für chirurgische, parodontologische oder endodontische Maßnahmen;
– kritisch C (mit besonders hohen Anforderungen an die Aufbereitung: Hohlräume oder schwer zugängliche Teile, nicht dampfsterilisierbar) – Medizinprodukte, bei denen Blut, Blutprodukte und andere sterile Arzneimittel zur Anwendung kommen, und Medizinprodukte, die die Haut oder Schleimhaut durchdringen und dabei in Kontakt mit Blut, inneren Geweben oder Organen kommen;
– angewendete Reinigungs-, Desinfektions- und Sterilisationsverfahren;
– Liste der Prozesskontrollen für die einzelnen Aufbereitungsverfahren und die mit der Auswertung beauftragten Personen bzw. Prüfeinrichtungen;
– Liste sämtlicher Verfahrens- und Arbeitsanweisungen

– Praxisbegehung und Prüfung des gesamten Aufbereitungsablaufs während der normalen Praxiszeiten im Beisein des Zahnarztes und der für die Aufbereitung verantwortlichen Mitarbeiterinnen (Dauer ca. 3–5 Stunden):
– Bereitzuhaltende Unterlagen:
– Herstellerangaben zu den Verfahren, mit denen die Medizinprodukte aufbereitet werden (Gebrauchsanweisungen);

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 02/2014

– Verträge mit den Betrieben und Einrichtungen, für die oder von denen Medizinprodukte aufbereitet werden;
– Nachweise über Qualifikationen und Schulungen des Personals;
– Arbeitsanweisungen zur Prüfung der technisch-funktionellen Sicherheit der Medizinprodukte (Gebrauchsanweisung);
– Arbeitsanweisungen über die Kennzeichnung der aufbereiteten Medizinprodukte bzw. deren Verpackung;
– Validierungsunterlagen für alle Arbeitsschritte der Aufbereitung (z. B. für RDG: Aufzeichnung der quantifizierbaren Reinigungs- und Desinfektionsleistung [Wasservolumina, Wasserdruck, Temperatur, pH-Wert, Dosierung von Reinigungs- und Desinfektionsmitteln, Einwirkzeit]; ausschließlich Verwendung validierter Automaten);
– Wartungspläne der für die Aufbereitung eingesetzten Geräte wie beispielsweise Spülmaschinen und Sterilisatoren (Gebrauchsanweisungen);
– Medizinproduktebücher sowie Bestandsverzeichnis gem. §§ 7 und 8 MPBetreibV;
– Dokumentation der Instandhaltung/Wartung der Medizinprodukte gem. § 4 der MPBetreibV;
– Nachweise der Sachkenntnis beauftragter Techniker gem. § 4 MPBetreibV;
– Regelung der Meldewege bei Vorkommnissen i. S. d. § 3 MPBetreibV i.V.m.d. MPSV;
– Nachweise über die Durchführung der messtechnischen Kontrollen gem. § 11 MPBetreibV
– Anforderungen an den Aufbereitungsraum:
– Zu- und Abluft müssen gewährleistet werden
– reine und unreine Bereiche müssen voneinander getrennt sein
– Aufbereitungsraum darf nicht gleichzeitig als Lager genutzt werden
– Anforderungen an die Kleidung: Im Aufbereitungsraum sollte Schutzkleidung zur Vorreinigung vorhanden sein (wasserdichte Schürzen, langärmelige Kittel, Schutzbrille, Augenspülflasche, ggfs. Haarschutz); darüber hinaus: geeignete feste Handschuhe, keine Einmalhandschuhe; Kleidung bei der Aufbereitung darf nicht bei der Stuhlassistenz getragen werden (mindestens wasserdichte Schürze über der Berufskleidung)
– Anforderung an die Aufbereitung der Medizinprodukte:
– Unkritische Medizinprodukte – nur Wischdesinfektion oder manuelle/maschinelle Reinigung und Desinfektion je nach vorangegangenem Einsatz und Verschmutzung
– Semikritische Medizinprodukte Kategorie A – keine besonderen Anforderungen, vorzugsweise maschinelle Reinigung und thermische Desinfektion
– Semikritische Medizinprodukte Kategorie B – erhöhte Anforderungen an die Aufbereitung, vorzugsweise maschinelle Aufbereitung, soweit möglich thermische Desinfektion
– Kritisch Kategorie A – keine besonderen Anforderungen, vorzugsweise maschinelle Reinigung mit alkalischem Reiniger, thermische Desinfektion, Dampfsterilisation
– Kritisch Kategorie B – erhöhte Anforderungen, vorzugsweise maschinelle Reinigung mit alkalischem Reiniger, thermische Desinfektion, Dampfsterilisation
– Kritisch Kategorie C – kommt in der Zahnarztpraxis nicht vor
– Nicht angewendete Medizinprodukte (z. B. unsteril angelieferte Medizinprodukte, die steril zur Anwendung kommen, sterilisierte Medizinprodukte mit beschädigter oder geöffneter Verpackung, Medizinprodukte, bei denen die Lagerfrist abgelaufen ist):
– Auspacken und prüfen der technisch-funktionellen Sicherheit,
– kennzeichnen,
– neu verpacken,
– sterilisieren,
– Aufbereitung dokumentieren,
– zur Anwendung freigeben
– Angewendete Medizinprodukte:
– Vorbereitung (grobe Verschmutzung und zahnärztliche Werkstoffe unmittelbar nach der Anwendung entfernen, zur Vermeidung von Beschädigungen sachgerecht ablegen, Gelenkinstrumente öffnen),
– Reinigung/Desinfektion (um mechanische Beschädigungen zu vermeiden, sollten keine Metallbürsten und groben Scheuermittel eingesetzt werden, große Kraftanstrengungen sowie fallen lassen, anstoßen und abwerfen muss vermieden werden; Reinigungslösung arbeitstäglich frisch ansetzen und bei sichtbarer Verschmutzung sofort wechseln, Reinigungsbecken täglich gründlich mechanisch reinigen und desinfizieren),
– Spülung/Trocknung (intensives Nachspülen mit geeignetem Wasser – mindestens Trinkwasserqualität, abschließende Spülung zur Vermeidung von Kristallbildung mit entmineralisiertem Wasser, Verwendung von Druckluft zur Trocknung empfohlen, ansonsten fusselfreie Tücher verwenden),

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 02/2014

– Prüfung auf Sauberkeit und Unversehrtheit,
– Pflege und Instandsetzung,
– Prüfung der technisch funktionellen Sicherheit (nach schriftlich fixierten Vorgaben),
– Kennzeichnung,
– Verpackung (geeignet und zugelassen),
– Sterilisation,
– Freigabe (durch benannten qualifizierten Mitarbeiter nach festgelegten Kriterien, d. h. auf Basis des Abgleichs von Prozessparametern und Validierungsprotokollen)

– nach ca. 2–3 Wochen Erhalt eines MPG-Inspektionsprotokolls mit einer Aufstellung evtl. Mängel und der Aufforderung, innerhalb eines fixierten Zeitraumes einen geeigneten Maßnahmenplan zur Behebung der Mängel einzureichen (bei schwerwiegenden Mängeln) oder aber für die umgehende Beseitigung Sorge zu tragen (bei kritischen Mängeln)
  Beispiele für schwerwiegende Mängel:
– Aufbereitungsraum wird gleichzeitig zur Lagerung diverser Materialien oder bereits sterilisierter Medizinprodukte genutzt;
– neben dem Spülbecken sind nicht genügend Ablageflächen für die Grundreinigung vorhanden;
– die Abstellfläche für das Folienschweißgerät ist zu gering;
– es erfolgt keine mikrobiologische Überprüfung der Raumluft, keine Partikelmessung;
– weder Zu- noch Abluft sind vorhanden;
– die Kleidung, die zum Schutz während der Aufbereitung getragen wird, wird nicht täglich gewechselt oder auch bei der Stuhlassistenz getragen;
– Instrumente ragen aus der Reinigungs-Desinfektionslösung heraus;
– es wird kein Ultraschall zur Reinigung verwendet;
– es werden Reinigungs-Desinfektionslösungen in andere Behältnisse umgefüllt, die andere Etiketten tragen;
– erforderliche Einwirkzeit wird missachtet;
– Lösung wird nicht den Herstellerangaben entsprechend eingesetzt;
– verschmutzte Instrumente werden nach der Bürstenreinigung nicht erneut desinfiziert;
– keine mikrobielle Untersuchung des Leitungswassers und des demineralisierten Wassers;
– es werden Perlatoren eingesetzt;
– fehlende schriftliche Arbeitsanweisungen
  Beispiele für kritische Mängel:
– fehlender Bowie-Dick-Test (Dampfdurchdringungstest)
– offensichtliche Verschmutzungen

– kann die Mängelbeseitigung nicht glaubhaft gemacht werden, wird die Aufbereitung untersagt
– nach erfolgreicher Beseitigung der Mängel wird ein abschließender Gebührenbescheid ausgestellt

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 02/2014

4. Praxisführung
4.2. Praxisorganisation
4.2.2. Ablauforganisation
4.2.2.2. Hygienevorschriften
4.2.2.2.4. Ablauf der Überprüfungen nach MPG

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 02/2014

4.2.2.2.5. Hygienecheck für die Zahnarztpraxis

Mit freundlicher Abdruckgenehmigung der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe (Copyright).

Allgemeine Hygiene – auf einen Blick

REPETITOR

Begriffe:

Hygiene

Alle Maßnahmen, die vorbeugend gegen das Entstehen oder Verbreiten von Infektions-Krankheiten durchgeführt werden.

Mikrobiologie

Befasst sich mit den Lebensbedingungen von Mikroorganismen und deren pathologischen (krankmachenden) Einfluss auf andere Lebewesen und untersucht mögliche Therapien.

Epidemiologie

Sie beschreibt Vorkommen, Verlauf und Verteilung von Krankheiten in der Bevölkerung oder in anderen Kollektiven, wobei auch nicht infektiöse Erkrankungen eingeschlossen sind.

- Die **zahnärztliche Infektionsepidemiologie** konzentriert sich auf zahnärztliche Patienten und die Beschäftigung in ambulanten und stationären Einrichtungen der Zahnheilkunde und MKG-Chirurgie einschließlich der zahntechnischen Laboratorien.

Epidemiologische Begriffe

- Endemie: Dauernder, nicht erlöschender Durchseuchungsgrad innerhalb einer Bevölkerung (z. B. Herpes)
- Epidemie: Zeitlich gehäuftes und räumlich begrenztes Auftreten einer bestimmten Infektionskrankheit (z. B. Grippe, Masern)
- Pandemie: Große, über ganze Kontinente sich ausdehnende Epidemie (z. B. AIDS; früher auch die Pest oder Pocken)

Inzidenz

Neuerkrankungsrate, bezogen auf eine bestimmte Diagnose, einen bestimmten Zeitraum und auf die gesamte Bevölkerung oder auf den Anteil der Bevölkerung, der von einem Risiko betroffen ist.

Mortalität (Sterblichkeit)

Gibt, unabhängig von der Todesursache, die Anzahl der Verstorbenen (Sterberate) bezogen auf die betrachtete Gesamtpopulation in einem bestimmten Zeitraum an.

Letalität

Gibt den Anteil der an einer bestimmten Krankheit Erkrankten an, die in einem festgelegten Zeitraum daran gestorben sind.

Infektion

Kontakt zwischen Wirt und Erreger, mit nachfolgender Haftung des Erregers und dessen Eindringen in den Wirtsorganismus mit nachfolgender Vermehrung.

- Bei endogenen Infektionen, die einen großen Teil der Infektionen stellen, stammen der oder die Erreger aus der patienteneigenen Flora (Autoinfektion)
- Bei exogenen Infektionen gelangen die Keime im Rahmen ärztlicher Maßnahmen in den Körper des Patienten.

> Exogene Infektionen sind häufig vermeidbar, insbesondere wenn als Infektionsquelle der Zahnarzt, ein Mitarbeiter oder apparative Einrichtungen infrage kommen.

Nosokomiale Infektion

Infektion mit lokalen oder systemischen Infektionszeichen als Reaktion auf das Vorhandensein von Erregern oder ihrer Toxine, die im zeitlichen Zusammenhang mit einer stationären oder einer ambulanten medizinischen Maßnahme steht, soweit die Infektion nicht bereits vorher bestand (§ 2 IfSG).

Im weiteren Sinne: Alle Infektionen, die in Einrichtungen des Gesundheitswesens, also auch in der zahnärztlichen Praxis, erworben werden.

> Die iatrogenen Infektionen, die unmittelbar vom Arzt (oder seinem Mitarbeiter) verursacht werden, bilden eine Untergruppe der nosokomialen Infektionen, dürfen aber nicht mit diesen gleichgesetzt werden.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Infektionskrankheit
Infektion mit klinischen Erscheinungen (= manifeste Infektion oder Infektionskrankheit)
- Subklinische oder inapparente Infektionen verlaufen ohne klinische Symptomatik, allerdings kommt es durch Interaktionen zwischen Erreger und Wirt zu einer immunologischen Reaktion, die sich meist durch serologische Untersuchungen nachweisen lässt.

Kolonisation (Besiedelung)
Gleichgewichtszustand zwischen Erreger und Wirt, der in eine Infektion übergehen oder auch durch Elimination des Erregers beendet werden kann.

Kontamination
Vorübergehende Anwesenheit von Erregern auf der Körperoberfläche ohne Gewebsinvasion und ohne Reaktion des Organismus. (Dieser Begriff wird auch verwendet, um die Anwesenheit von Mikroorganismen auf oder in unbelebten Objekten zu beschreiben.)

Infektionskette
Beziehung Erreger – Übertragung – Wirt. Die Kenntnis der Infektionsketten und der sie beeinflussenden Faktoren ist eine wesentliche Voraussetzung für die erfolgreiche Bekämpfung bzw. Prophylaxe von Infektionskrankheiten, gleich ob es sich um Seuchen oder um nosokomiale Infektionen handelt.

Erreger (in der Zahnarztpraxis)
- Bakterien (behüllt oder unbehüllt)
- Viren (DNA- oder RNA-Viren)
- Pilze (Sprosspilze oder Fadenpilze)

Fakultativ pathogene Erreger
Erreger, die in der Regel nur im Zusammenwirken mit Risikofaktoren Infektionen verursachen (Opportunisten).

Die Mehrzahl der Erreger nosokomialer Infektionen ist zu dieser Gruppe (fakultativ-pathogen) zu rechnen.

Generationszeit
Zeitdauer, in der sich die Zahl der Individuen einer Population von Lebewesen verdoppelt.

Bakterium	Generationszeit
Escherichia coli (u. a. im menschlichen Darm zu finden)	20 Minuten
Treponema pallidum (Syphilis)	4–18 Stunden
Mycobakterium tuberculosis (Tuberkulose)	18 Stunden

Aerob/anaerob
- Aerob oder Aerobier sind Lebewesen, die zum Leben elementaren Sauerstoff (O_2) benötigen
- Anaerob oder Anaerobier sind Lebewesen, die für ihren Stoffwechsel keinen Sauerstoff benötigen oder sogar durch ihn gehemmt oder abgetötet werden

Bakterien und Resistenz
Gründe für Resistenz gegen Antiinfektiva:
- Natürliche Resistenz
- Erworbene Resistenz
- Massiver Einsatz von Antiinfektiva in den letzten 50 Jahren (Selektionsdruck)

Wo finden Sie weitere Informationen?
- Wissenschaftliche Stellungnahme der DGZMK; Stand: 12/2007 (www.dgzmk.de)
  „Systemische Antibiotikaprophylaxe bei Patienten ohne Systemerkrankungen zur Vermeidung postoperativer Wundinfektionen“
- Schweizer Monatsschrift für Zahnmedizin, Vol. 114: 6/2004, S. 601–607 (www.sso.ch)
  „Antibiotische Prophylaxe und Therapie in der zahnärztlichen Chirurgie“
- IZA Information zu zahnärztlichen Arzneimitteln (www.bzaek.de)
  „Behandlung von Infektionen“ (Kapitel 06)

Ist-Analyse allgemeine Hygiene

A) Ist-Analyse
Wie stets im Qualitätsmanagement steht am Anfang die (Problem-)Analyse (Ist-Analyse). Dazu verwenden Sie die nachfolgende Checkliste.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Checkliste Hygiene für Zahnarztpraxen

(zum internen Gebrauch)

I. Räumliche Bedingungen:

Aufbereitungsraum für das Instrumentarium?	ja ☐	nein ☐
Räumliche oder organisatorische Trennung zwischen reinem und unreinem Bereich?	ja ☐	nein ☐
Be- und Entlüftung gewährleistet?	ja ☐	nein ☐
Röntgenraum mit Händedesinfektionsmittelspender?	ja ☐	nein ☐
Raum für Abfallentsorgung und Putzmittel mit einer Kalt-Warm-Wasser-entnahmestelle und Wasserausgussbecken sowie Spender für Flüssigseife und einmal zu benutzende Handtücher?	ja ☐	nein ☐
Personalraum/Sozialraum?	ja ☐	nein ☐
Toiletten für Personal und Patienten getrennt?	ja ☐	nein ☐

II. Allgemeine Angaben:

Erfolgt eine regelmäßige Anamneseerhebung zu Infektionskrankheiten?	ja ☐	nein ☐
Liegt ein individueller Hygieneplan vor?	ja ☐	nein ☐
Wird der Hygieneplan bei Bedarf angepasst?	ja ☐	nein ☐
Werden die Mitarbeiterinnen zu Beginn des Arbeitsverhältnisses und danach mindestens jährlich über die im Hygieneplan festgelegten innerbetrieblichen Verfahrensweisen unterwiesen?	ja ☐	nein ☐
Wird die Unterweisung dokumentiert und aufbewahrt?	ja ☐	nein ☐
Ist eine Hygienebeauftragte benannt?	ja ☐	nein ☐
Erfolgt die regelmäßige Überprüfung der wasserführenden Systeme?	ja ☐	nein ☐
Erfolgt die 2-min. Durchspülung sämtlicher wasserführender Systeme zu Beginn des Behandlungstages?	ja ☐	nein ☐
Erfolgt eine 20-sek. Durchspülung der benutzten Wasserentnahmestellen nach jedem Patienten?	ja ☐	nein ☐
Erfolgt eine Desinfektion von Abformungen, Bissnahmen und zahntechnischen Werkstücken etc.?	ja ☐	nein ☐
Erfolgt die Desinfektion der patientennahen Oberflächen nach jedem Patienten?	ja ☐	nein ☐
Erfolgt die Desinfektion der Schläuche, Kupplungen, Köcher nach jedem Patienten?	ja ☐	nein ☐
Erfolgt die Desinfektion sämtlicher Arbeitsflächen am Ende des Behandlungstages?	ja ☐	nein ☐
Erfolgt die Desinfektion grundsätzlich als Scheuer-/Wischdesinfektion?	ja ☐	nein ☐
Sind alle Flächen unbeschädigt, leicht zu reinigen und desinfektionsmittelbeständig?	ja ☐	nein ☐

III. Hygienische Anforderungen:

a) Händehygiene und weitere persönliche Schutzausrüstung:

Hygienische Händewaschplätze in jedem Behandlungsraum vorhanden?	ja ☐	nein ☐
Sind Wandspender für Flüssigseife, Desinfektionsmittel, Hautschutzmittel und einmal zu benutzende Handtücher angebracht?	ja ☐	nein ☐
Liegt ein Hautschutzplan vor?	ja ☐	nein ☐
Werden bei den Behandlungen Einmalhandschuhe getragen?	ja ☐	nein ☐
Erfolgt eine Händedesinfektion vor und nach jeder Behandlung?	ja ☐	nein ☐
Werden bei den Behandlungen Mund-Nasenschutz getragen?	ja ☐	nein ☐
Werden bei den Behandlungen Schutzbrillen getragen?	ja ☐	nein ☐
Wird die persönliche Schutzausrüstung vom Zahnarzt/von der Zahnärztin und dem Mitarbeiter/der Mitarbeiterin getragen?	ja ☐	nein ☐
Wird die Arbeitskleidung v.d. Privatkleidung getrennt aufbewahrt?	ja ☐	nein ☐
Wird die Arbeitskleidung bei Verlassen der Praxis abgelegt?	ja ☐	nein ☐

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

b) Instrumentenaufbereitung:

Beschäftigen Sie für die Instrumentenaufbereitung fach- und sachkundige Mitarbeiter?	ja ☐	nein ☐
Aufbereitung im Autoklaven?	ja ☐	nein ☐
Fraktioniertes Dampf-Vakuum-Verfahren?	ja ☐	nein ☐
Validiertes Aufbereitungsverfahren?	ja ☐	nein ☐
Parametrische Überprüfung des Sterilisationsvorgangs?	ja ☐	nein ☐
Überprüfung des Sterilisationsvorgangs mittels Prozessindikatoren?	ja ☐	nein ☐
Führung des Kontrollbuches über den Betrieb des Steris?	ja ☐	nein ☐
Bei manueller Aufbereitung: Vorheriges Einlegen der Instrumente in Desinfektionsmittellösung (Zeitkontrolle)?	ja ☐	nein ☐
Benutzen Sie geschlossene Desinfektionswannen?	ja ☐	nein ☐
Täglicher Wechsel der Desinfektionsmittellösung?	ja ☐	nein ☐
Aufbereitung der Instrumente in Reinigungs-/Desinfektionsautomaten?	ja ☐	nein ☐
Vorreinigung der Instrumente mittels Ultraschall?	ja ☐	nein ☐

IV. Staubgeschützte/kontaminationssichere Lagerung von Medizinprodukten, z. B. Instrumenten:

Sterile Medizinprodukte (z. B. Instrumente)?	ja ☐	nein ☐
Desinfizierte Medizinprodukte (z. B. Instrumente)?	ja ☐	nein ☐
Praxiswäsche?	ja ☐	nein ☐

V. Praxiswäsche:

Wie erfolgt die Aufbereitung der Schmutzwäsche?

– Fremdreinigung?	ja ☐	nein ☐
– Waschmaschine in der Praxis?	ja ☐	nein ☐
– Separate Waschmaschine zu Hause?	ja ☐	nein ☐
– Wird eine desinfizierende Reinigung vorgenommen?	ja ☐	nein ☐

VI. Desinfektionsmittel/-verfahren:

Anwendungsbereich	VAH-zertifiziert		Name
Hände	ja ☐	nein ☐	
Flächen	ja ☐	nein ☐	
Instrumente/Geräte	ja ☐	nein ☐	
Desinfektionstücher	ja ☐	nein ☐	
Sprühdesinfektion	ja ☐	nein ☐	
Wäsche	ja ☐	nein ☐	
Sonstiges	ja ☐	nein ☐	

VII. Aufbereitung der Reinigungsmaterialien (z. B. Mopps etc.):

Hygienische Aufbereitung in separater Waschmaschine?	ja ☐	nein ☐
Lagerung separat und trocken?	ja ☐	nein ☐

VIII. Entsorgung der Praxisabfälle:

Werden scharfe oder zerbrechliche Gegenstände wie Spritzen/Kanülen in stichfeste Behälter entsorgt?*	ja ☐	nein ☐
Wird mit Blut, Sekreten etc. behafteter Müll gesondert gesammelt?	ja ☐	nein ☐
Wird in der Praxis Recapping vermieden?	ja ☐	nein ☐

* ggf. Entsorgung über den Hausmüll. (Fragen Sie bei dem kommunalen Entsorgungsunternehmen nach.)

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

B) Handlungsbedarf?

Wenn Sie im Rahmen der Ist-Analyse mit Hilfe der Checkliste **Verbesserungspotenziale** festgestellt haben, sollten Sie sich ein entsprechendes **Smart-Ziel** setzen. Smart-Ziele sind:

- spezifisch (für Ihre Praxis)
- messbar
- akzeptiert (vom gesamten Team)
- realistisch (innerhalb der vorgegebenen Zeit erreichbar)
- terminiert (mit Erledigungsdatum versehen)

C) Maßnahmen bestimmen und umsetzen

Mit Hilfe eines **Maßnahmenplans** teilen Sie dann die einzelnen Maßnahmen, die Sie zur **Erreichung des Ziels** festgelegt haben, an dafür jeweils Verantwortliche zu. Dazu gehört es auch, bis wann die jeweilige Aufgabe erledigt sein muss.

Beispiel für einen Maßnahmenplan

Was	Wer	Bis wann	Erledigt

D) Überprüfung und ggf. neue Planung

Überprüfen Sie in regelmäßigen Zeitabständen, ob mit den umgesetzten Maßnahmen das angestrebte Ziel erreicht wurde. Wenn nicht, beginnt der Qualitätskreislauf erneut.

Infektionsrisiken in der Zahnarztpraxis

In der Zahnheilkunde bestehen für Patienten und die in diesem Bereich Tätigen aufgrund der Besonderheiten der zahnärztlichen Behandlungen verschiedene Infektionsrisiken.

Diese Risiken können durch

- Anamneseerhebung,
- wirksame Hygienemaßnahmen,
- Methoden der Arbeitssystematik (z. B. Grundregeln der Nichtkontamination)
- sowie durch anerkannte Technologien entscheidend verringert werden.

(Vgl. RKI-Empfehlung 4/2006 „Infektionsprävention in der Zahnheilkunde – Anforderungen an die Hygiene“)

Risikobewertung

In der Zahnheilkunde sind folgende Übertragungswege für Krankheitserreger relevant:

- **Direkter Kontakt** mit Blut, Speichel oder anderen potenziell infektiösen Sekreten einschließlich Spritzer von Blut, Speichel, nasopharyngealen Sekreten auf intakte oder verletzte Haut oder Schleimhaut,
- **Indirekte Übertragung** z. B. über kontaminierte Instrumente, zahntechnische Materialien, Werkstücke oder Hände,
- **Aerosolbildung** mit kontaminiertem Wasser aus den Behandlungseinheiten bzw. aus dem Mundraum des Patienten

Übertragungswege in der Zahnarztpraxis

Zu den Krankheitserregern, die in der Zahnheilkunde sowohl für Patienten als auch für das Personal potenziell von Bedeutung sind, zählen z. B.:

Durch **Blut** übertragene Erreger wie:

- Hepatitis-B-Viren (HBV)
- Hepatitis-C-Viren (HCV)
- **HIV (AIDS)**

Überwiegend **durch direkten oder indirekten Kontakt** übertragene Erreger wie:

- **Herpes-Simplex-Viren**
- Staphylokokken (s. a. MRSA)

Überwiegend durch **Tröpfchen** oder **Tröpfchenkerne** übertragene Erreger wie:

- Streptokokken
- Influenza-Erreger **(Grippe)**
- Mycobacterium tuberkulosis (Tuberkulose)

Achtung: Postexpositionsprophylaxe!

Wenn davon ausgegangen werden muss, dass der beteiligte Patient an AIDS litt, sollte innerhalb von 2 Std. nach dem Ereignis eine medikamentöse Frühbehandlung begonnen werden! Bei Verdacht auf eine Infektion mit Hepatitis C sollte spätestens innerhalb der ersten 2 Monate nach der Infektion die medikamentöse Therapie begonnen werden.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Infektionsprävention in der Zahnarztpraxis

Infektionspräventive Maßnahmen:

1) Am Patienten
   - Gründliche Anamnese (in regelmäßigen Abständen wiederholt)
   - Orale Antisepsis (Zahnreinigung und Schleimhautantiseptik z. B. mit Chlorhexidinglukonat, Polyvidon-Jod usw.)
   - Antibiotikaprophylaxe (nur bei gegebener Indikation) (s. hierzu wissenschaftliche Stellungnahme der DGZMK unter www.dgzmk.de)

2) Des Behandlungsteams
   - Händehygiene
     – Hände waschen/Handpflege
     – Hygienische Händedesinfektion
     – Chirurgische Händedesinfektion
   - Schutz vor Kontamination
     – Schutzhandschuhe
     – Mund-, Nasen- und Augenschutz
     – Schutzkleidung
     – Abdeckung von Flächen und Gegenständen
   - Impfprophylaxe
   - Beschäftigungsbeschränkungen (z. B. nach dem Mutterschutzgesetz MuSchG)

(Vgl. zum Ganzen: RKI-Empfehlung 4/2006 „Infektionsprävention in der Zahnheilkunde – Anforderungen an die Hygiene" unter den Punkten 2 u. 3)

Ausgesuchte Bereiche der allgemeinen Hygiene

Persönliche Schutzausrüstung
Das zahnärztliche Team ist im Rahmen seiner Tätigkeit zahlreichen gesundheitlichen Risiken ausgesetzt.

Krankheitserreger können durch **direkten Kontakt** mit Blut, Speichel oder anderen potentiell infektiösen Sekreten einschließlich Spritzer von Blut, Speichel, nasopharyngealen Sekreten auf intakte oder verletzte Haut oder Schleimhaut übertragen werden.

Des Weiteren kann es zu **indirekter Übertragung**, z. B. über kontaminierte Instrumente, zahntechnische Materialien, Werkstücke oder Hände, kommen oder durch Aerosolbildung mit kontaminiertem Wasser aus den Behandlungseinheiten bzw. aus dem Mundraum des Patienten.

Das Tragen von persönlicher Schutzausrüstung (PSA) entspricht damit vor allem dem wohlverstandenen Eigeninteresse (Arbeitsschutz), dient aber zugleich auch dem Schutz der Patienten.

Einschlägige Vorschriften

Zahlreiche Vorschriften beschäftigen sich (auch) mit dem Tragen persönlicher Schutzausrüstung, wie die nachfolgende Übersicht zeigt. Statt weiterer beschränken wir uns nachfolgend auf die RKI-Empfehlung 4/2006 und die BGR 250/TRBA 250, TRGS 525.

RKI-Empfehlung 4/2006

3.2.2 – Mund-Nasen-Schutz und Augenschutz
Die RKI-Empfehlung, die vom Zahnarzt im Bereich der allgemeinen Hygiene zu beachten ist, gibt grundsätzliche Hinweise zum Mund-Nasen-Schutz und Augenschutz:

„Zur Verringerung eines Infektionsrisikos durch Mikroorganismen enthaltene Aerosole sowie Blut- und Speichelspritzer sollen ein geeigneter, dicht anliegender Mund-Nasen-Schutz und eine Schutzbrille, die die Augen möglichst auch seitlich abdeckt, getragen werden (Kat. IV) (24,32). Der Mund-Nasen-Schutz ist bei Verschmutzung und Durchfeuchtung zu wechseln. Die Brille ist nach Kontamination (z. B. mit einem desinfektionsmittelgetränkten Tuch) abzuwischen (Kat. IB) (37,82)."

3.2.3 – Schutzkleidung
„Schutzkleidung (Kittel, Schürze, ggf. Haarschutz) muss getragen werden, wenn die Berufskleidung bei der Behandlung mit Krankheitserregern kontaminiert werden kann (Kat. IV) (24,33,51)."

8 – Waschen von Berufs- und Schutzkleidung
„Berufskleidung ist eine berufsspezifische Arbeitskleidung ohne spezifische Schutzfunktion gegen schädigende Einflüsse. Schutzkleidung schützt den Träger bzw. die Berufskleidung vor einer Kontamination. Falls davon auszugehen ist, dass die Berufskleidung mit Krankheitserregern kontaminiert wurde, ist sie

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

wie Schutzkleidung zu wechseln und zu behandeln. Berufskleidung kann in der Praxis oder von Wäschereien gewaschen werden. Es bestehen aus hygienischer Sicht keine Bedenken, die Berufskleidung auch im Haushalt zu waschen.

Benutzte Schutzkleidung ist in ausreichend widerstandsfähigen und dichten Behältern/Säcken getrennt nach Art des Waschverfahrens (thermisch oder chemothermisch) zu sammeln."

Arbeitsschutz

BGR 250/TRBA 250
4.1.3 – Persönliche Schutzausrüstungen
4.1.3.1 – *„Der Unternehmer hat erforderliche Schutzkleidung und sonstige persönliche Schutzausrüstungen, insbesondere dünnwandige, flüssigkeitsdichte allergenarme Handschuhe in ausreichender Stückzahl zur Verfügung zu stellen. Er ist verantwortlich für deren regelmäßige Desinfektion, Reinigung und ggf. Instandhaltung der Schutzausrüstungen. Falls Arbeitskleidung mit Krankheitserregern kontaminiert ist, ist sie zu wechseln und vom Unternehmer wie Schutzkleidung zu desinfizieren und zu reinigen."*

4.1.3.2 – *„Die Versicherten haben die zur Verfügung gestellten persönlichen Schutzausrüstungen zu benutzen. Die Schutzkleidung darf von den Versicherten nicht zur Reinigung nach Hause mitgenommen werden."*

4.2 – Schutzmaßnahmen bei Tätigkeiten der Schutzstufe 2 (auch Zahnarztpraxis)
4.2.5 – *„Der Unternehmer hat den Beschäftigten zusätzlich folgende persönliche Schutzausrüstungen zur Verfügung zu stellen (…). Augen- oder Gesichtsschutz, wenn mit Verspritzen oder Versprühen infektiöser oder potenziell infektiöser Materialien oder Flüssigkeiten zu rechnen ist und technische Maßnahmen keinen ausreichenden Schutz darstellen. Dies kann unter bestimmten Voraussetzungen der Fall sein bei z. B.:*

- *(…)*
- *Zahnärztlichen Tätigkeiten, z. B. Zahnsteinentfernen mit Ultraschall*
- *Tätigkeiten an Patienten, die husten bzw. spucken*
- *Reinigung kontaminierter Instrumente von Hand oder mit Ultraschall*
- *(…)*

Als Augen- bzw. Gesichtsschutz sind geeignet:

- *Bügelbrille mit Seitenschutz, ggf. mit Korrekturgläsern*
- *Überbrille*
- *Korbbrille*
- *Einwegbrille mit Seitenschutz*
- *Mund-Visier-Kombination (Einweg)*
- *Gesichtsschutzschild*

Die Versicherten haben die zur Verfügung gestellten persönlichen Schutzausrüstungen zu benutzen."

4.2.8 – *„Werden Patienten mit Verdacht auf eine Erkrankung durch luftübertragbare Erreger der Risikogruppe 2 und höher behandelt, hat der Unternehmer im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung ein betriebsbezogenes Konzept zum Schutz der Versicherten von luftübertragbaren Infektionen festzulegen. Hierfür sind ggf. folgende Angebote bzw. Maßnahmen zu berücksichtigen:*

- *Bei impfpräventablen Erregern vorrangig das Angebot der Schutzimpfung (z. B. zur saisonalen Influenza …)*
- *Bereitstellung eines Mund-Nasen-Schutz-Produktes (MNS), das mindestens die wesentlichen Kriterien einer FFP1-Maske (Filterdurchlass, Gesamtleckage und Atemwiderstand) nach DIN EN 149 erfüllt."*

Mund-Nasen-Schutz

Das Tragen vom Mund-Nasen-Schutz dient dem Infektionsschutz! Damit soll verhindert werden, dass sich Viren oder Keime auf der Nasen- oder Mundschleimhaut niederlassen und gegebenenfalls schwere Erkrankungen hervorrufen.

Hinweise zum Mund-Nasen-Schutz finden sich in der **TRGS 525** – „Umgang mit Gefahrstoffen in Einrichtungen zur Humanmedizinischen Versorgung (Mai 1998)"/§ 3.5 „Persönliche Schutzausrüstung".

(4) „Bei üblichem OP-Mundschutz handelt es sich nicht um Atemschutz, der zum Schutz von Beschäftigten gegen Gefahrstoffe (Gase, Stäube, Rauche, Dämpfe, Aerosole) eingesetzt werden kann.

Bei solchen Expositionen richtet sich die Auswahl nach den berufsgenossenschaftlichen ‚Regeln für den Einsatz von Atemschutzgeräten'."

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Bitte beachten Sie:
In der Praxis wird normalerweise (z. B. für die Untersuchung oder die Behandlung) ein sog. **„OP-Mundschutz"** getragen. Dieser ist nur im Hinblick auf die Filterwirksamkeit vom Träger hin zum Patienten getestet, nicht aber vom Patienten hin zum Träger. Der OP-Mundschutz dient damit in erster Linie dem Schutz der Patienten vor Infektionen durch den Arzt.

Produkt: OP-Maske

Filterwirksamkeit für Bakterien (BFE)	Atemwiderstand – Druckdifferenz (mm H_2O/cm^2)	Produktklassifikation gem. EN 14683
> 98 %	< 3,0	Typ II
> 98 %	< 3,0	Typ II R

Hinweis:
Unter der Sammelbezeichnung „OP-Mundschutz" finden sich z. T. sehr einfache, ineffiziente und schlecht sitzende Papiermasken, ebenso wie mehrlagige, hoch effizient filternde Masken mit geringer Gesamtleckage. Die Mehrzahl der marktüblichen Produkte bietet keinen ausreichenden Schutz der Atemwege gegen luftübertragbare Krankheitserreger.

Der OP-Mundschutz ist ein Medizinprodukt, das **nicht** gem. der europäischen Atemschutzgerätenorm (EN 149) geprüft wird. Diese schreibt zum einen vor, dass der Durchlassgrad des Filtermaterials – je nach Schutzklasse – zwischen 2 und 22 % der Gefahrenstoffpartikel maximal betragen darf. Zum anderen muss die Maske gut am Gesicht des Trägers anliegen.

TIPP: Wenn Sie einen **OP-Mundschutz** tragen, achten Sie darauf, dass er speziell für die Zahnheilkunde entwickelt wurde, mehrlagig ist und dem Gesicht eng und ohne Leckagen anliegt (mit modellierbarem Nasenbügel).

FFP-Masken
FFP-Masken (**f**iltering **f**ace**p**iece) sind partikelfilternde Masken. Sie sind in 3 Schutzstufen erhältlich, wobei FFP1-Filter mindestens 80 %, FFP2-Filter 94 % und FFP3-Filter 99 % eines NACL-Prüfaerosols zurückhalten müssen. FFP-Masken schützen den Zahnarzt vor luftübertragbaren Infektionen durch den Patienten.

FFP-Masken werden standardgemäß nach der EU-Norm 149 geprüft.

Einstufung nach EN 149	Min. Filterleistung in %	Maximaler Durchlassgrad in %
FFP1	80	22
FFP2	94	8
FFP3	99	2

Ob es in der Zahnarztpraxis sinnvoll ist, statt eines OP-Mundschutzes eine FFP-Maske zu tragen, obliegt der Gefährdungsanalyse des Praxisinhabers im konkreten Einzelfall. Von den 3 Schutzstufen her kommen prinzipiell nur die FFP2-Maske (z. B. Feinstäube im Praxislabor) und die FFP3-Maske (bei infektiösem, blutigem Aerosol) infrage.

Augenschutz

Der Augenschutz dient der Vermeidung des Kontaktes von Aerosol aus Speichel und eventuell Blut mit der Schleimhaut des Auges. Normale Schutzbrillen gibt es mit und ohne Korrekturgläser.

Die Brille muss
- fest sitzen, darf nicht rutschen
- muss dicht abschließen
- inkl. Seitenschutz
- inkl. Augenbrauenschutz

Die Schutzbrille ist nach Kontamination (z. B. mit einem desinfektionsmittelgetränkten Tuch) abzuwischen.

Hinweis: Die **„normale persönliche Brille" bietet keinen ausreichenden Schutz** beim Arbeiten im infektiösen Bereich!

Berufskleidung/Schutzkleidung

Der in der Praxis für gewöhnlich getragene weiße Kittel ist eine berufsspezifische Arbeitskleidung (Berufskleidung). Diese wird anstelle der privaten Kleidung getragen und hat keine spezifische Schutzfunktion. Arbeits-/Berufskleidung muss an entscheidenden Stellen wie den Ärmeln, dem Ausschnitt und der Verschlussleiste die leicht kontaminierbaren Hautstellen

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

gut abdecken und den erhöhten Anforderungen an die Reinigung entsprechen (farbecht, waschbar bei 60 oder 95 Grad).

Arbeitskleidung kann in der Praxis, zu Hause oder in Wäschereien gewaschen werden. Ist die Arbeitskleidung kontaminiert, muss sie wie kontaminierte Schutzkleidung behandelt werden, d. h., sie muss entweder bei 95 Grad (thermisch) oder bei 60 Grad (chemothermisch) mit einem VAH-zertifizierten und/oder RKI-gelisteten Waschmittel gewaschen werden.

Kontaminierte Arbeitskleidung muss in ausreichend widerstandsfähigen und dichten Behältern/Säcken – getrennt nach Art des Waschverfahrens – gesammelt werden.

Schutzkleidung
Im Gegensatz zur Arbeits-/Berufskleidung schützt sog. Schutzkleidung den Träger bzw. die Berufskleidung vor einer Kontamination und gehört zur persönlichen Schutzausrüstung. Sie besitzt eine Schutzfunktion gegenüber schädigenden Einflüssen wie Gefahrstoffen oder Körperflüssigkeiten/infektiösen Aerosolen.

In der Zahnarztpraxis gehört zur Schutzkleidung z. B. die wasserundurchlässige Schürze oder der spezielle OP-Kittel, ggf. ein Haarschutz. Für die Aufbereitung gilt das oben zur kontaminierten Berufskleidung Gesagte. **Schutzkleidung darf nicht zu Hause gewaschen werden.**

Desinfektionswaschmittel
Mittlerweile gibt es ein differenziertes Angebot an VAH-zertifizierten und/oder RKI-gelisteten Desinfektionswaschmitteln, so z. B. SANOMAT Hygiene, Ariel Professional Formular Pro plus, Dreiturm Hexawa Hospital usw. Eine brauchbare Liste mit Preisvergleich finden Sie im Internet unter www.reinigungsberater.de/desinfektionswaschmittel. Weitere Hinweise und Produkte finden Sie z. B. über die google-Suchfunktion (Suchbegriff: Desinfektionswaschmittel).

Arbeitsschuhe
Viele Arbeitsunfälle sind auf ungeeignetes Schuhwerk zurückzuführen, insbesondere die Unfallkategorien „Stürzen", „Stolpern", „Umknicken" und „Ausrutschen". Arbeitgeber sind nur dann verpflichtet Sicherheitsschuhe zur Verfügung zu stellen, wenn mit Fußverletzungen durch äußere Einwirkungen zu rechnen ist. Das ist in der Zahnarztpraxis **nicht** der Fall.

Welche Eigenschaften braucht ein guter Schuh in der Praxis?
- rutschfest
- geschlossen mit geschlossener und fester Fersenkappe
- anatomisch geformtes Fußbett
- Dämpfung
- pflegleichtes Material

Schutzhandschuhe
Schutzhandschuhe sollen in der Praxis die Hände vor Kontamination, Verletzungen und Schadstoffen schützen. Dabei werden, je nach Tätigkeit, Handschuhe aus unterschiedlichen Materialien verwendet. Neben der sachlichen Notwendigkeit zum Handschuhtragen gibt es auch entsprechende Vorschriften, die vom Zahnarzt und seinen Mitarbeiterinnen im eigenen und vor allem im **Interesse der Patienten** zu beachten sind.

Vorschriften, z. B.:
- **RKI-Empfehlung 4/2006** „Infektionsprävention in der Zahnheilkunde – Anforderungen an die Hygiene" (Nr. 3.2.1 Schutzhandschuhe)

Arbeitsschutz, z. B.:
- **TRBA 250** (Technische Regeln für den Umgang mit biologischen Arbeitsstoffen)
- **BGR 195** (BG-Regel „Benutzung von Schutzhandschuhen" – aktualisierte Nachdruckfassung Okt. 2007)

RKI-Empfehlung 4/2006, Nr. 3.2.1
Die RKI-Empfehlung, die vom Zahnarzt – im Bereich der allgemeinen Hygiene – zu beachten ist, gibt grundsätzliche Hinweise zum Tragen von Schutzhandschuhen.

„Bei Infektionsgefährdung und auch dann, wenn mit Körperflüssigkeiten oder Sekreten kontaminierte Bereiche oder Oberflächen berührt werden, müssen Schutzhandschuhe getragen werden. Verletzungen an den Händen bedeuten – auch beim Tragen von Handschuhen – ein erhöhtes Infektionsrisiko.

Die Handschuhe sind zwischen der Behandlung verschiedener Patienten zu wechseln. Sofern nur Speichelkontakt bestand, können unversehrte Handschuhe

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

mit nachgewiesener Beständigkeit gegenüber dem verwendeten Desinfektionsmittel nach einer hygienischen Händedesinfektion weiter getragen werden.

*Der **Allergieprophylaxe** muss besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden (u. a. Handschuhauswahl, Hautschutzmaßnahmen, ungepuderte proteinarme Handschuhe).*

Zwar kann nach Zahnextraktion bisher kein Unterschied bzgl. Infektionen in Abhängigkeit davon belegt werden, ob der Behandler nicht sterilisierte oder sterile Handschuhe getragen hat. Da an die Materialeigenschaften (Qualität) steriler Handschuhe aber erhöhte Anforderungen gestellt werden (z. B. geringere Perforationsraten), minimiert die Verwendung solcher Handschuhe die Übertragung von Mikroorganismen von den Händen der Behandler ins Wundgebiet und ebenso eine Kontamination der Haut der Behandler mit Blut oder Körperflüssigkeiten des Patienten. Sie gewährleisten damit wahrscheinlich einen erhöhten Schutz, wenn ein Blutkontakt zu erwarten ist.

***Sterile Handschuhe** sollten deshalb vor allem bei zahnärztlich-chirurgischen/-oralchirurgischen Eingriffen mit nachfolgendem speicheldichtem Wundverschluss und bei allen zahnärztlich-chirurgischen/-oralchirurgischen Eingriffen bei Patienten mit erhöhtem Infektionsrisiko getragen werden.*

Bei Entsorgungs- und Reinigungsarbeiten müssen Handschuhe getragen werden, die gegen Reinigungsmittel beständig und durchstichfest sind."

TRBA 250

- **Verpflichtung des Arbeitgebers**
  Handschuhe müssen auf der Grundlage der TRBA 250 „Technische Regeln für den Umgang mit biologischen Arbeitsstoffen" vom Arbeitgeber (auch für Tätigkeiten der Schutzstufe 1 und 2: Zahnarztpraxis) zur Verfügung gestellt werden.

- **Verpflichtung des Arbeitnehmers**
  Das **Arbeitsschutzgesetz** (§ 15) verpflichtet den Arbeitnehmer, die ihm zur Verfügung gestellte Schutzausrüstung auch zu tragen.

Arbeitssituation und jeweils geeignete Handschuhe

Arbeitssituation (wann)	Maßnahme (wie)	Handschuhe (womit)[1]	Beschäftigte (wer)
Immer, wenn die Hände mit Blut, Eiter oder infektiösen Sekreten in Kontakt kommen können oder ein Infektionsrisiko bekannt ist Wechsel nach jedem Patienten[3]	nach hygienischer Händedesinfektion auf die trockene Haut	unsterile, ungepuderte Einmalhandschuhe bei Patienten mit bekannter Latexallergie: Nitrilhandschuhe	alle Beschäftigten im Untersuchungs-, Behandlungs- und Wartungsbereich
Vor chirurgischen Eingriffen Vor allen Eingriffen bei Patienten mit erhöhtem Infektionsrisiko	nach chirurgischer Händedesinfektion auf die trockene Haut	sterile, ungepuderte Einmalhandschuhe	alle Beschäftigten im Untersuchungs-, Behandlungs- und Wartungsbereich
Wenn die Hände mit schädigenden Stoffen in Kontakt kommen können, z. B. Desinfektions-, Reinigungs- und Entsorgungsarbeiten, Instrumentenaufbereitung – unreine Seite, Wartung der Entwicklermaschinen	auf die trockene Haut	flüssigkeitsdichte, widerstandsfähige Handschuhe[2] (ggf. Chemikalienschutzhandschuhe nach EN 374)	alle Beschäftigten im Wartungsbereich, Reinigungspersonal

1 Ein Austausch sollte nach jeder Verletzung der Handschuhintegrität erfolgen.
2 Die BGR 206 sowie TRBA 250 schreiben für Desinfektionsarbeiten das Tragen von Handschuhen mit Stulpen vor, die das Risiko eines Eindringens des Desinfektionsmittels von oben in den Handschuh verringern sollen.
3 Dünnwandige medizinische Einmalhandschuhe sind grundsätzlich weder zur Mehrfachverwendung noch für Desinfektionsarbeiten konzipiert.

(Quelle: Memorix Zahnmedizin, Thomas Weber, 3. vollständige Auflage, Thieme Verlag 2010, Seite 268)

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Regeln für das Handschuhtragen

- Für die Tätigkeit geeigneten Handschuhtyp (unsteril/steril) und geeignetes Material verwenden.
- Handschuhe vor Benutzung auf Defekte überprüfen (optisch/aufblasen).
- Passgenaue Handschuhe tragen.
- Puderfreie, allergenarme Handschuhe verwenden.
- Hände vor und nach Handschuhgebrauch desinfizieren und gut ablüften.
- Handschuhe nur mit sauberen und trockenen Händen erst kurz vor Patientenkontakt anziehen.
- Tragezeit an Beanspruchung bzw. Tätigkeit anpassen.
- Handschuhe bei jedem Patienten wechseln.
- Beschädigte, verschmutzte oder nasse Handschuhe sofort wechseln.
- Einmalhandschuhe nur einmal verwenden.
- Behandschuhte Hände nicht desinfizieren.
- Intraoperativer Handschuhwechsel bei geringstem Verdacht auf Mikroperforationen.
- 2 Paar Handschuhe übereinander tragen bei hoher Perforationsgefahr, mehrstündigen Operationen und speziellem Infektionsrisiko (HIV, Hepatitis).
- Handschuhschonend arbeiten – soweit möglich.
- Hände konsequent pflegen, Pflegemittel aber nicht vor Handschuhverwendung auftragen.

(Quelle: sempermed informiert, Nr. 8, Seite 4)

Latex-Einmalhandschuhe und Allergiegefahr

Das Tragen gepuderter Einmalhandschuhe aus Naturlatex hat in der Vergangenheit zu Latexallergien bei 10–17 % der Beschäftigten im Gesundheitsdienst geführt. Daraus lässt sich Folgendes ableiten: Wenn schon Latexhandschuhe, dann ungepuderte mit niedriger Proteinkonzentration, thiuramfrei. Einsatz eines **konsequenten Hautschutzprogramms** (s. u.). Ansonsten: Alternativhandschuhe wählen.

Alternativhandschuhe

I. Kunstgummihandschuhe aus:

- Styrol-Ethylen-Butylen-Styrol (Tactylon)
- Styrol-Butadien-Kautschuk
- Polychloropren (Neoprene)
- **Nitril-Kautschuk**
- Sonstige Materialien

II. Kunststoffhandschuhe aus:

- Polyethylen (PE)-Folie
- Polyethylen-Copolymer
- Polyvinylchlorid **(Vinyl, PVC)**

Bitte beachten Sie: Handschuhe müssen passen. Effizientes Arbeiten in zu großen oder zu kleinen Handschuhen ist nicht möglich. Wählen Sie also die richtige Größe!

Größenvergleichstabelle für Handschuhe

Packungsbezeichnung			Größe
xs	extra small	extra klein	5–6
s	small	klein	6–7
m	medium	mittel	7–8
l	large	groß	8–9
xl	extra large	extra groß	9–10

(Quelle: Memorix Zahnmedizin, Thomas Weber, 3. vollständig überarbeitete Neuauflage, Thieme 2010, S. 268 Zahnärztliche Hygiene/Schutzausrüstung)

Anziehen steriler Handschuhe

Beim Anziehen steriler Handschuhe ist nach Anleitung vorzugehen, damit keine Kontamination eintritt.

Hinweis: Eine entsprechende Anleitung findet sich zumeist auf der Verpackungsinnenseite.
Im Internet finden Sie eine brauchbare Anleitung z. B. unter: http://www.pflegewiki.de/wiki/Sterile_Handschuhe

Vor- und Nachteile des Tragens keimarmer Handschuhe für den Träger

Vorteile:

- Verhindern der sichtbaren Verschmutzung der Hände
- Verminderung der Keimlast auf den Händen

Nachteile:

- Das Tragen von Handschuhen verleitet dazu, notwendige Händedesinfektionen nicht durchzuführen
- Handschuhe werden nicht gewechselt oder ausgezogen, wenn dies angezeigt ist. Der Träger empfindet eine „gefühlte Sauberkeit“
- Die Hände werden beim Ausziehen der Handschuhe häufig kontaminiert
- Handschuhe sind nicht 100 % dicht
- Das zu häufige und zu lange Tragen von Handschuhen führt zu Hautschäden (Feuchtarbeit)

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Bitte beachten: Das Tragen keimarmer Handschuhe ersetzt niemals das vorherige Desinfizieren der Hände!

Tipp: Achten Sie auch auf (unbewusste) „Angewohnheiten". So sollten Sie z. B. vermeiden, sich mit angezogenen Handschuhen im Gesicht zu berühren.

Händehygiene

(s. RKI-Empfehlung 4/2006 Nrn. 3.1, 3.1.1, 3.1.2 und 3.1.3)
- Hände waschen/Handpflege
- Hygienische Händedesinfektion
- Chirurgische Händedesinfektion

Hände waschen/Handpflege
Die Hände des Personals sind das wichtigste Übertragungsvehikel von Krankheitserregern. Deshalb gehört die Händehygiene zu den wichtigsten Maßnahmen zur Verhütung von Infektionen. Sie dient sowohl dem Schutz des Patienten als auch dem Schutz des Behandlungsteams.

Ringe, Uhren und andere Schmuckgegenstände an Händen und Unterarmen dürfen bei Untersuchungen und Behandlungen nicht getragen werden. Außerdem wird empfohlen, dass Fingernägel – wegen der Gefahr einer Handschuhperforation – die Fingerkuppe nicht überragen.

Es gehört zu den allgemeinen Regeln der Händehygiene, auch vor Arbeitsbeginn und nach Arbeitsende, die Hände mit Wasser und Seifenlotion zu waschen. Händewaschen ist ebenfalls selbstverständlich z. B. bei sichtbarer Verschmutzung, nach dem Naseputzen, vor dem Essen und nach der Toilettenbenutzung.

Hygienische Händedesinfektion
Sie ist vor jeder Behandlung, bei Behandlungsunterbrechung, bei Handschuhwechsel und nach Behandlungsende erforderlich, auch wenn Handschuhe getragen werden bzw. getragen wurden.

Vorgehensweise:
Das Desinfektionsmittel wird aus einem dafür geeigneten Spender über die sauberen und trockenen Hände verteilt (Innen- und Außenflächen einschließlich Handgelenk, Flächen zwischen den Fingern und Daumen) und gründlich eingerieben. Besondere Sorgfalt ist auf die Desinfektion der Fingerkuppen und der Nagelfalze zu verwenden.

1. Schritt: Handfläche auf Handfläche
2. Schritt: Handgelenke einreiben
3. Schritt: Handfläche auf Handfläche mit verschränkten, gespreizten Fingern
4. Schritt: Außenseite der Finger auf gegenüberliegende Handflächen mit verschränkten Fingern
5. Schritt: Kreisendes Reiben des linken Daumens in der geschlossenen rechten Handfläche und umgekehrt
6. Schritt: Kreisendes Reiben hin und her mit geschlossenen Fingerkuppen der rechten Hand in der linken Handfläche und umgekehrt

(Einwirkzeit des Desinfektionsmittels nach Herstellerangaben!)

Bitte beachten:
Als Voraussetzung für eine effektive Handdesinfektion müssen die Hände während der vorgeschriebenen Einwirkungszeit mit dem Desinfektionsmittel feucht gehalten werden. Für eine hygienische Händedesinfektion sind bevorzugt alkoholische Präparate zu verwenden.

Hautschutz

Das ständige Tragen von Handschuhen macht es notwendig, intensiven Hautschutz zu betreiben.

Hautschutzmittel gehören zur persönlichen Schutzausrüstung. In einem Hautschutzplan werden die entsprechenden Mittel eingetragen und die jeweilige Anwendung dokumentiert.
- Spezieller Hautschutz
- Hautreinigung
- Händedesinfektion *(siehe auch ZBWL 6/2012 „Nosokomiale Infektionen Teil 2")*
- Hautpflege

Die Hautschutzpräparate sind anhand der gefährdenden Tätigkeit auszuwählen. Im zahnärztlichen Bereich sollte das Hautschutzmittel **vor Feuchtarbeit schützen und das Schwitzen im Handschuh verhindern oder verzögern**. Sie sollten möglichst kei-

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

ne Konservierungs-, Farb- oder Duftstoffe enthalten, da diese Allergien auslösen können. Ein schnelles Einziehen des Produktes sorgt für eine bessere Akzeptanz der Mitarbeiter beim täglichen Gebrauch.

Hautreinigung
Die Hautreinigung sollte nach heutigen Erkenntnissen so wenig wie möglich, nur vor Beginn der Arbeit, bei sichtbaren Verunreinigungen und nach Toilettengängen durchgeführt werden. Das Hautreinigungsmittel sollte keine Seifen enthalten, sondern aus hautneutralen synthetischen Detergentien, sogenannten Syndets, bestehen, die einen pH-Wert von 5,5 haben. Außerdem ist zu empfehlen, Reinigungsmittel möglichst ohne Konservierungs-, Farb- oder Duftstoffe auszuwählen, da diese Inhaltsstoffe Allergien auslösen können. Das Hautreinigungsmittel sollte in Form von Spendern zur Verfügung gestellt werden (siehe BGR/TRBA 2504.2.3).

Nach der Händereinigung müssen die Hände mit weichen, saugfähigen Einmalhandtüchern gut abgetrocknet werden. Hierbei dürfen die Fingerzwischenräume nicht vergessen werden. Anschließend ist das Eincremen mit Hautschutz oder Hautpflege zu empfehlen.

Jede Hautreinigung greift den Schutzfilm der Haut an. **Daher sollte im zahnärztlichen Bereich eher eine Händedesinfektion durchgeführt werden.**

Hautpflege
Im Anschluss an die Hautreinigung müssen vor Pausen und am Arbeitsende fett- und feuchtigkeitshaltige Hautpflegemittel angewendet werden. Auch diese sollten möglichst frei von Konservierungs-, Farb- und Duftstoffen sein. Die regelmäßige Hautpflege unterstützt die natürliche Regeneration der Haut.

Der/die **Praxisinhaber/in** hat nur die Produkte einzusetzen, die durch eine eindeutige Kennzeichnung den Kategorien
- spezieller Hautschutz
- Hautreinigung
- Hautdesinfektion
- Hautpflege

und der spezifischen Einwirkungsgruppe zugeordnet werden können.

Der **Unternehmer** soll nur Mittel einsetzen,
- die vom Hersteller hinsichtlich Wirksamkeit und Unbedenklichkeit bei bestimmungsgemäßer Verwendung geprüft wurden
- und deren Zusammensetzung sowie Herstellungsdatum genannt ist.

Die Haltbarkeitsgarantie soll 30 Monate nicht unterschreiten. Ist diese Frist nicht einzuhalten, muss das Verfallsdatum angegeben werden.

Der/die Praxisinhaber/in hat durch hygienische und organisatorische Voraussetzungen die Durchführung des Hautschutzes zu ermöglichen.

Die Mitarbeiter(innen) haben gemäß § 30 der BGV A 1 „Grundsätze der Prävention" die zur Verfügung gestellten Hautschutzpräparate zu benutzen.

Regelmäßig, mindestens jedoch einmal jährlich, hat der/die Praxisinhaber/in die Mitarbeiter(innen) gemäß § 12 Arbeitsschutzgesetz mündlich und arbeitsplatzbezogen über die Hautgefährdung und den Hautschutz zu unterweisen.

Hautschutz- und Hygieneplan
Die BGW stellt seit 2008 einen speziellen „Hautschutz- und Händehygieneplan" kostenlos für alle Zahnarztpraxen zur Verfügung. Er muss bei der BGW (unter der Bezeichnung TP-HSP-2) angefordert werden. Ausgefüllt mit den in der Praxis relevanten Produkten sollte dieser für alle Mitarbeiter zur Information aushängen. Der „Hautschutz- und Händehygieneplan, Zahnmedizin" sollte auch die Grundlage für die jährlich durchzuführende Unterweisung zu diesem Thema sein.

Weitere Infos finden Sie unter den nachfolgend genannten Internetfundstellen:
- http://www.dguv.de/ifa/de/pra/chemikalienschutzhandschuhe/auswahlhilfen/index.jsp
- http://www.dguv.de/ifa/de/pra/chemikalienschutzhandschuhe/permeation/index.jsp
- http://www.dguv.de/ifa/de/pra/chemikalienschutzhandschuhe/kennzeichnung/index.jsp
- http://www.basis-bgetem.de/hhdt_de/Hand-und-Hautschutz/Schutzhandschuhe

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

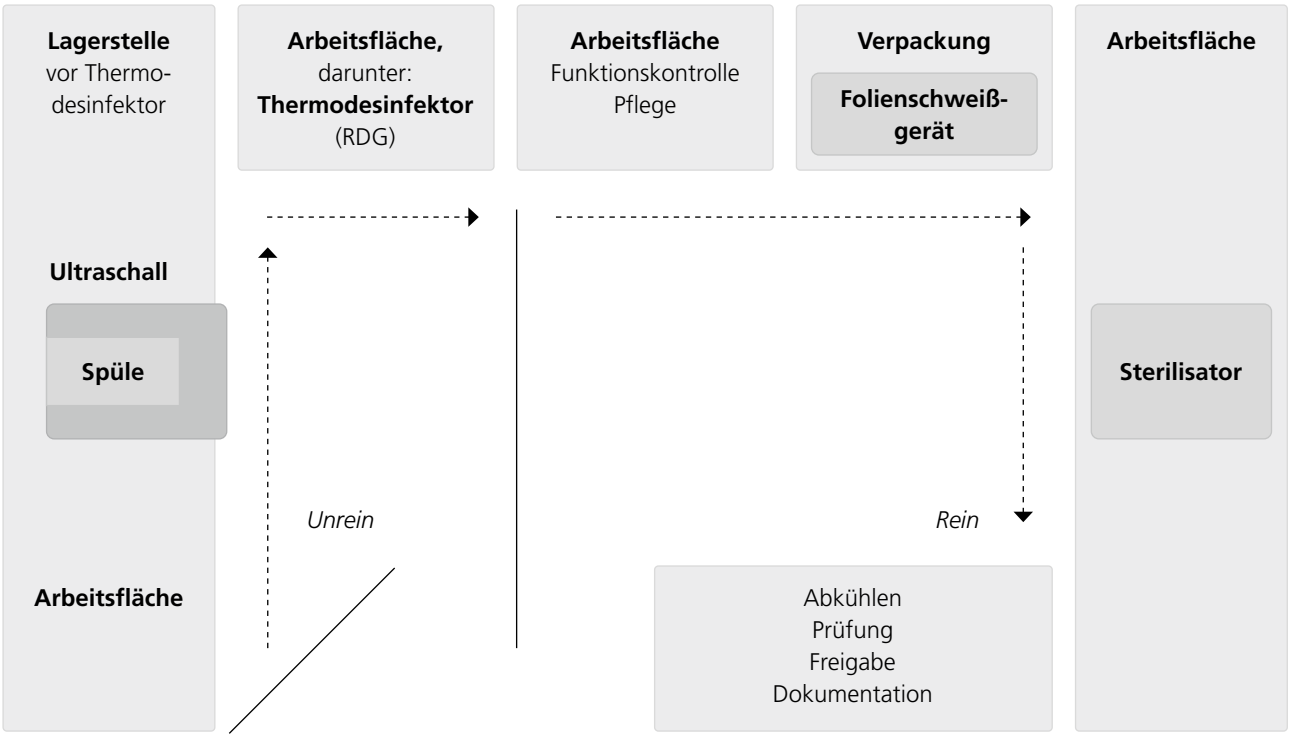
Räumlichkeiten

(vgl. RKI-Empfehlung 4/2006)

Aufbereitungsraum

- Der Aufbereitungsraum ist kein Lagerraum.
- Der Aufbereitungsraum muss so beschaffen sein und eingerichtet werden, dass es möglich ist, „reine" von „unreinen" Aufgaben zu trennen. Idealerweise ist der Aufbereitungsraum groß genug, dass eine solche Trennung möglich ist.
- Während der Aufbereitung von MP sind weitere Tätigkeiten nicht zulässig.
- Schränke und Schubladen bleiben geschlossen!

Vorschlag für einen „idealen" Aufbereitungsraum
Die Pfeile kennzeichnen den Aufbereitungsweg von „unrein" nach „rein".



Hinweis: In vielen Fällen wird gerade bei Übernahme einer Altpraxis kein ausreichender Platz für die Gestaltung eines idealen Aufbereitungsraumes vorhanden sein.
Wenn sich also die Trennung der Aufbereitung von unrein nach rein nicht **räumlich** vornehmen lässt, ist sie **organisatorisch** sicherzustellen. Es müssen dann zunächst die unreinen Arbeiten durchgeführt werden, dann müssen die Arbeitsflächen wischdesinfiziert werden und erst dann dürfen die reinen Arbeiten durchgeführt werden.
Über die korrekte Vorgehensweise sollte eine Arbeitsanweisung erstellt werden, deren Vorgaben exakt einzuhalten sind.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Behandlungsraum (RKI-Empfehlung 4/2006 Nr. 11.1 „Behandlungsraum/-räume“)

- Waschplätze mit warmem und kaltem Wasser erreichbar in der Nähe des Behandlungsplatzes
- Geeignete Spender für Händereinigungsmittel und für Händedesinfektionsmittel
- Einmal-Handtücher
- Wasserarmaturen sowie Spender für flüssige Mittel müssen ohne Handberührung benutzt werden können
- Bei mehreren Behandlungsplätzen im Behandlungsbereich müssen an jedem Behandlungsplatz auch für das Assistenzpersonal gut erreichbare Desinfektionsmittelspender vorhanden sein
- Raumlufttechnische Anlagen?
  Hinweis: Raumlufttechnische Anlagen sind in Behandlungsräumen nicht notwendig. Zur Absenkung der Raumtemperatur können Klimageräte installiert werden
- (Bei vorhandenem **Aufwachraum** ist mind. ein Spender für Händedesinfektionsmittel anzubringen)
- Fußböden müssen feucht zu reinigen, zu desinfizieren und flüssigkeitsdicht sein
- Außenflächen von eingebauten Einrichtungen und Einrichtungsteilen und Patientenliegen müssen Oberflächen haben, die leicht zu reinigen und zu desinfizieren sind

Röntgenraum/-bereich (RKI-Empfehlung 4/2006 Nr. 11.2 „Röntgenraum/-bereich“)

- Mind. 1 Spender für Händedesinfektionsmittel
- Desinfizierbare Ablageflächen zur Ablage von Röntgenfilmen und Hilfsmitteln für die Aufnahmetechnik (Watterollen, Filmhalter, Kinnstützen)

Wartezimmer/-bereich (RKI-Empfehlung 4/2006 Nr. 11.4 „Wartezimmer/-bereich“)

- Ausstattung sollte leicht zu reinigen sein
- Auslegen von Zeitschriften und Aufstellen von Pflanzen hygienisch unbedenklich

Personalräume (RKI-Empfehlung 4/2006 Nr. 11.5 „Personalräume“)

- Ein Pausen-/Umkleideraum bei Bedarf auch mit Möglichkeiten zur Aufbewahrung von Speisen und Getränken ist vorzusehen
- Wechsel der persönlichen Kleidung gegen die Berufskleidung erfolgt im Pausenraum ggf. im gesonderten Umkleideraum
  – Trennung der persönlichen Kleidung von sauberer und benutzter Berufskleidung muss möglich sein
  – Pausenräume dürfen nicht in Schutzkleidung betreten werden

Toiletten (RKI-Empfehlung 4/2006 Nr. 11.6 „Toiletten“)

- Getrennte Toiletten für Patienten und Personal
- In den Toiletten müssen Waschbecken, Seifenspender und Einmal-Handtücher zur Verfügung stehen

Tipps:

Bestandschutzregelungen bei Altpraxen:

- Bestandschutzregelungen für Altpraxen ergeben sich aus dem Arbeitsstättenrecht

Bei Neuplanung:

- Hinzuziehung eines Facharztes für Hygiene und Umweltmedizin und
- Hinzuziehung eines Betriebsarztes oder einer Fachkraft für Arbeitssicherheit sinnvoll

Bei Umbaumaßnahmen:

- Bauliche Verhältnisse sobald wie möglich den Bedingungen für eine Neupraxis anpassen
- Für eine effektive Infektionsprävention ist eine räumliche Trennung zwischen den Behandlungsbereichen und anderen Bereichen sinnvoll

Hinweis: Neben den gesetzlichen Bestimmungen in der Arbeitsstättenverordnung und den Arbeitsstättenrichtlinien sind bestimmte bauliche Anforderungen zu beachten, damit zahnärztliche Behandlungen unter hygienisch einwandfreien Bedingungen durchgeführt werden können.

Es wird empfohlen, bei der Planung von Zahnarztpraxen einen Facharzt für Hygiene- und Umweltmedizin, Betriebsärzte und/oder Fachkräfte für Arbeitssicherheit beratend hinzuzuziehen.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Überwachung

Bitte beachten Sie, dass die Einhaltung der Anforderungen an die allgemeine Hygiene durch die Untere Gesundheitsbehörde (Gesundheitsamt) überwacht wird.

Zahnarztpraxen (die keine Einrichtung des ambulanten Operierens nach SGB V sind) unterliegen der **„Kann-Überwachung"** und werden daher (bislang) lediglich anlassbezogen oder stichprobenartig überprüft.

Überwachung nach IfSG
Die Überwachung der allgemeinen Hygiene erfolgt durch die Untere Gesundheitsbehörde (Gesundheitsamt) auf der Grundlage von **§ 23 Abs. 6 IfSG i. V. m. Abs. 5, S. 2 („Kann"-Überwachung)**.

Kann-Überwachung/Muss-Überwachung
Die normale Zahnarztpraxis – auch wenn sie invasive Maßnahmen wie Extraktionen, Implantationen oder Operationen durchführt – ist **keine** „Einrichtung des ambulanten Operierens" und unterliegt damit nur der **Kann**-Überwachung nach **§ 23 Abs. 6 i. V. m. Abs. 5, S. 2 IfSG** durch das **Gesundheitsamt**. Demgegenüber führen Einrichtungen des ambulanten Operierens sog. stationsersetzende Maßnahmen durch und unterliegen der **Muss-**Überwachung nach § 23 Abs. 6 i. V. m. Abs. 5, S. 1 IfSG.

Folge:
In normalen Zahnarztpraxen hat das Gesundheitsamt bislang nur dann Überwachungsmaßnahmen durchgeführt, wenn etwa eine Anzeige wegen vorgeblich mangelnder Hygiene (anlassbezogene Überwachung) vorlag.

Die **Überwachung** erfolgt – egal ob anlassbezogen, stichprobenartig oder routinemäßig – nach den konkreten **Vorgaben der RKI-Empfehlung 4/2006** „Infektionsprävention in der Zahnheilkunde – Anforderungen an die Hygiene" (Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 4 2006 S. 375 ff).

Diese enthält folgende Unterpunkte:
1 Risikobewertung
2 Infektionspräventive Maßnahmen am Patienten
3 Infektionspräventive Maßnahmen des Behandlungsteams
4 Aufbereitung von Medizinprodukten (wird nicht vom MGEPA als Standard anerkannt)
5 Wasserführende Systeme
6 Reinigung und Desinfektion von Abformungen und zahntechnischen Werkstücken
7 Flächendesinfektion und Reinigung
8 Waschen von Berufs- und Schutzkleidung
9 Entsorgung
10 Qualitätssicherung
11 Bauliche Anforderungen
12 Rechtliche Rahmenbedingungen

Nosokomiale Infektionen
Nosokomiale Infektionen sind speziell im **Krankenhausbereich** (s. o.) ein Thema. Dem trägt **§ 23 Abs. 4 des IfSG** durch abgestufte Pflichtenstellungen Rechnung. So müssen z. B. **Leiter von Krankenhäusern und Einrichtungen des ambulanten Operierens** sicherstellen, dass die vom RKI (...) festgelegten nosokomialen Infektionen und das Auftreten von Krankheitserregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen fortlaufend – in einer gesonderten Niederschrift – aufgezeichnet, bewertet und sachgerechte Schlussfolgerungen hinsichtlich erforderlicher Präventionsmaßnahmen gezogen werden (...).

Darüber hinaus haben die Leiter sicherzustellen, dass (...) Daten zu Art und Umfang des **Antibiotikaverbrauchs** fortlaufend, in zusammengefasster Form, aufgezeichnet (...) werden.

Demgegenüber müssen Zahnarztpraxen, in denen invasive Eingriffe vorgenommen werden, weder eine **Infektionsstatistik** noch eine **Statistik über den Antibiotikaeinsatz** führen. Es ergibt sich auch keine **sektorenübergreifende Informationspflicht**.

HygMedVO NRW
Sie ist seit dem 01. 04. 2012 zu beachten. Sie enthält für die Zahnarztpraxis/den Zahnarzt folgende 3 Pflichten:
1. **Benennung von Hygienebeauftragten** (schriftlich unter schriftlicher Angabe ihrer Befugnisse) (ZFA gilt als qualifiziert)

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

2. Vorhalten eines individuellen, auf die Praxis zugeschnittenen **Hygieneplans**
3. **Unterweisung** zum Hygieneplan und **Dokumentieren** der Unterweisung
   - Hier verhält sich z. B. ordnungswidrig, wer entgegen § 7 HygMedVO NRW das in der Einrichtung tätige Personal nicht bei Beginn des Arbeitsverhältnisses und danach in regelmäßigen Abständen, mind. jedoch einmal jährlich über die in den Hygieneplänen nach § 23 Abs. 5 und 8 IfSG festgelegten innerbetrieblichen Verfahrensweisen zur Infektionshygiene informiert oder dies nicht in geeigneter Weise dokumentiert **(Geldbuße bis 25.000 € !!!)**.

Prüfen Sie Ihr Wissen

Nr.	Frage	Richtig?
1	Die allgemeine Hygiene richtet sich nach dem IfSG und der RKI-Empfehlung 4/2006.	
2	Endemie ist ein zeitlich gehäuftes und räumlich begrenztes Auftreten einer bestimmten Infektionskrankheit.	
3	Pandemie ist eine große, sich über ganze Kontinente ausdehnende Epidemie.	
4	Kontamination ist eine vorübergehende Anwesenheit von Erregern auf der Körperoberfläche mit Gewebsinvasion.	
5	Fakultativ pathogene Erreger verursachen in der Regel nur im Zusammenwirken mit Risikofaktoren Infektionen.	
6	Aerob sind Lebewesen, die zum Leben keinen Sauerstoff benötigen.	
7	Die Berufskleidung kann im Haushalt gewaschen werden.	
8	Im Aufbereitungsraum sind reine von unreinen Aufgaben räumlich oder organisatorisch zu trennen.	
9	Zu den infektionspräventiven Maßnahmen am Patienten zählt die gründliche Anamnese.	
10	Zu den infektionspräventiven Maßnahmen des Behandlungsteams zählt die Händehygiene.	
11	Zum Schutz vor Kontamination muss der Zahnarzt keine Schutzhandschuhe tragen.	
12	Zur persönlichen Schutzausrüstung zählt der Augenschutz.	
13	Mund-Nasen-Schutz ist in der Zahnarztpraxis nicht zwingend notwendig.	
14	FFP-3-Masken schützen den Zahnarzt vor luftübertragbaren Infektionen durch den Patienten.	
15	Die Schutzhandschuhe müssen nicht bei jedem Patienten gewechselt werden, wenn sie noch unversehrt sind.	
16	Das Tragen keimarmer Handschuhe ersetzt die vorherige Desinfektion der Hände.	
17	Das Auslegen von Zeitschriften und Aufstellen von Pflanzen im Wartezimmer ist hygienisch unbedenklich.	
18	Die Trennung der persönlichen Kleidung von sauberer und benutzter Berufskleidung ist nicht zwingend erforderlich.	
19	Patienten und Personal können die gleiche Toilette benutzen.	
20	Weiche Frottierhandtücher werden für die Patiententoilette empfohlen.	
21	Die Zahnarztpraxis unterliegt der Muss-Überwachung der allgemeinen Hygiene durch die Gesundheitsämter.	
22	Die Überwachung der allgemeinen Hygiene erfolgt auf der Grundlage der Medizinprodukte-Betreiberverordnung.	

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Lösung Wissensabfrage

Richtig sind die Aussagen unter den Nummern:
1, 3, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 14 und 17

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

4.2.2.2.6. Amalgamabscheider (Indirekteinleitung amalgamhaltigen Abwassers)

Was Sie zum Thema Amalgamabscheider wissen müssen (Indirekteinleitung amalgamhaltigen Abwassers)

Beim (zunehmend selteneren) Legen oder Entfernen von Amalgamfüllungen kann amalgamhaltiges Abwasser über die öffentliche Kanalisation und Kläranlage in ein Gewässer gelangen. Man spricht insoweit von *Indirekteinleitung.*

Indirekteinleiter müssen *gefährliche Stoffe* (z. B. Schwermetalle) selbst aus dem Abwasser entfernen. Dabei muss der Stand der Technik eingehalten werden. Dies geschieht in Zahnarztpraxen durch den Einsatz von bauartzugelassenen Amalgamabscheidern.

Seit 1986 unterliegen Einleitungen von Abwasser mit gefährlichen Stoffen in die öffentliche Kanalisation einer wasserrechtlichen Genehmigungspflicht (vergleiche § 58 des Gesetzes zur Ordnung des Wasserhaushalts-WHG).

Allerdings sind ***Amalgamabscheider* von der Genehmigungspflicht** *freigestellt*. Das ergibt sich aus § 58 des Wassergesetzes für das Land NRW sowie Nr. 5 der Anlage zu § 1 der »Rechtsverordnung über die Freistellung von Abwasserbehandlungsanlagen von der Genehmigungspflicht« (FreistVO). Insofern genügt bei bauartzugelassenen Amalgamabscheidern die Anzeige bei der Unteren Wasserbehörde.

Tipp:
Die jeweilige Untere Wasserbehörde hält auf ihrer Homepage auch für Zahnärzte interessante Infos zur Thematik Abwasser bereit.

Was muss der Zahnarzt zum Thema Amalgamabscheider und Indirekteinleitung wissen und beachten?

1. Welche Rechtsnormen sind zu beachten?
Übersicht über die einschlägigen Rechtsnormen am Beispiel des Landes NRW

- § 58 des Gesetzes zur Ordnung des Wasserhaushalts (WHG = Wasserhaushaltsgesetz) »Einleitung von Abwasser in öffentliche Abwasseranlagen«.
- § 60 WHG »Abwasseranlagen« (Stand der Technik).
- § 61 WHG »Selbstüberwachung bei Abwassereinleitungen und Abwasseranlagen«.
- § 58 des Wassergesetzes für das Land Nordrhein-Westfalen (LWG NRW) »Anzeige und Genehmigung von Abwasseranlagen«.
- § 59 LWG NRW »Einleitung von Abwasser in öffentliche Abwasseranlagen«.
- § 60 a LWG NRW »Selbstüberwachung von Indirekteinleitungen in Abwasseranlagen«.
- Abwasserverordnung (AbwVO) mit Anhang 50 »Zahnbehandlung«.

Abdruck mit freundlicher Genehmigung der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

2. Welche Aktivitäten ergeben sich daraus für den Zahnarzt und seine Mitarbeiterinnen?

Art des Behandlungsplatzes	Erforderliche Aktivitäten
Behandlungsplätze, an denen ***kein*** amalgamhaltiges Abwasser anfällt	Keine Anzeige bei der Unteren Wasserbehörde erforderlich (KFO, Chirurgie, Prophylaxe).
Behandlungsplätze, an denen amalgamhaltiges Abwasser anfällt	**Anzeigepflicht** bei der Unteren Wasserbehörde: Hinweis: Bei manchen Unteren Wasserbehörden reicht eine formlose Anzeige. Ansonsten verwenden Sie bitte die Kopiervorlage. **Anforderungen an den Abscheider:** Es dürfen nur Amalgamabscheider mit einer Allgemeinen bauaufsichtlichen Zulassung des Deutschen Institutes für Bautechnik (DIBt), deren Abscheidewirkungsgrad mindestens 95 % beträgt, verwendet werden. **Bemessung und Einbau:** Es ist sicherzustellen, dass das gesamte amalgamhaltige Abwasser behandelt wird. Es können Einzelplatzgeräte an jedem Behandlungsstuhl oder Zentralabscheider für alle Behandlungsplätze errichtet werden. Der Abwasseranfall darf die der Allgemeinen bauaufsichtlichen Zulassung zugrunde gelegten Gerätekapazität nicht übersteigen. **Betrieb und Wartung:** • Regelmäßige Entleerung der Abscheider entsprechend der Betriebsanleitung. • Übergabe des Abscheidegutes an Entsorgungsfachbetriebe mit Übernahmeschein. • Dokumentation der Übergabe des Abscheidegutes im Betriebsbuch Wartung der Abscheider entsprechend der Wartungsanleitung des Herstellers und den Bestimmungen der Allgemeinen bauaufsichtlichen Zulassung durch Sachkundige (Dentaldepot bzw. geschultes Praxispersonal) in der Regel 1x pro Jahr. • Dokumentation der Wartung im Betriebsbuch. **Hinweis:** Das Betriebsbuch ist 5 Jahre nach der letzten Eintragung aufzubewahren. **Überprüfung:** Die Amalgamabscheider sind vor Inbetriebnahme und in Abständen von max. 5 Jahren durch geeignete Sachkundige (Lieferfirma oder Dentaldepot) auf ihren ordnungsgemäßen Zustand zu überprüfen. Die Überprüfung ist durch den Betreiber (Zahnarzt) zu veranlassen und im Betriebsbuch zu dokumentieren. **Folgende Veränderungen sind der unteren Wasserbehörde anzuzeigen:** • Neuinstallation vor Inbetriebnahme (z. B. Praxis in neuem Objekt). • Umsetzung von gebrauchten Amalgamabscheidern. • Betreiberwechsel (neuer Betreiber hat Anzeige einzureichen). • Einrichtung weiterer Behandlungsplätze. • Austausch von Amalgamabscheidern (gesamte Baugruppe). • Stilllegung von Amalgamabscheidern.

3. Welche Aufbewahrungsfristen sind zu beachten?

Wartungsbuch Amalgamabscheider	5 Jahre nach letztem Eintrag	Anhang 50 zur Abwasserverordnung
Entsorgungsnachweise/Übernahmeschein, Begleitschein	Aufbewahrung mindestens 3 Jahre ab Eintragung. **Empfehlung: 10 Jahre**	§ 42 Abs. 1 u. 5, § 43 Kreislaufwirtschafts- und Abfallgesetz i. V. m. § 25 Nachweisgesetz

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

4. Welche Formulare benötigen Sie ?

Anlass	Formular	Zu erhalten bei
• Anzeige über die Einleitung von Abwasser bei der Unteren Wasserbehörde	• Formlos oder unter Verwendung eines Anzeigeformulars	• Homepage Untere Wasserbehörde od. ZÄK
• Anzeige von Veränderungen an der Abwasseranlage	• Anzeige von Veränderungen an der Abwasseranlage	• ZÄK
• Bei Anzeige **zusätzlich einzureichen**	• Prüfbogen für Amalgamabscheider	• Homepage Untere Wasserbehörde od. ZÄK (Beschreibungsbogen für Amalgam-abscheider)
• Wartung des Amalgamabscheiders	• Wartungskontrollblatt Amalgamabscheider	• ZÄK
• Sonstige Formulare	• Erfassungsbogen für amalgamhaltige Abwässer	• ZÄK

Bitte beachten Sie: Reichen Sie bei der Unteren Wasserbehörde nur die Formulare ein, die von Ihnen verlangt werden. Zumeist finden sich die entsprechenden Formulare zum Herunterladen auf der Homepage der Unteren Wasserbehörde. Vielfach können Sie diese Formulare online ausfüllen (beschreibbare pdf) und direkt (online) losschicken. Wenn die Untere Wasserbehörde keine Formulare anbietet, wenden Sie sich an Ihre Zahnärztekammer.

5. Was sollten Sie noch wissen?

Amalgam als besonders überwachungsbedürftiger Abfall	
Amalgamabscheidebehälter	• Amalgam ist ein besonders überwachungsbedürftiger Abfall. • Der Postversand ist zulässig, **sofern eine Befreiung von der Nachweispflicht erteilt ist.** • Im Falle der Entsorgung von Amalgamresten erhält der Praxisinhaber direkt bei der Übergabe einen sogenannten Übernahmeschein (mindestens 3-jährige Aufbewahrungsfrist, **Empfehlung: 10 Jahre**). • Im Falle des Postversandes geht eine Eingangs- und Empfangsbestätigung zu. • Evtl. mit der zuständigen Behörde abklären (z. B. Amt für Abfallbeseitigung) ob eine pauschale Befreiung von der Nachweispflicht möglich ist.

6. Was ist mit der 10-Jahres Frist?

In der Zeit, in der die Indirekteinleitung amalgamhaltiger Abwässer noch der **Genehmigung** bedurfte, wurden in vielen Fällen und je nach Unterer Wasserbehörde nur **befristete Indirekteinleitungsgenehmigungen** erteilt. **Die Befristung betrug dann regelmäßig 10 Jahre.** Entweder musste dann nach Ablauf der Befristung ein neuer Antrag an die Untere Wasserbehörde gestellt werden oder diese schrieb die Praxis direkt an. Daneben gab es auch Untere Wasserbehörden, die *unbefristete* Indirekteinleitungsgenehmigungen erteilten. Dann ist auch kein Fristablauf zu beachten!

Heute reicht bei Bauart zugelassenen Amalgamabscheidern die Anzeige. Die Untere Wasserbehörde kann allerdings auch im Rahmen des Anzeigeverfahrens Auflagen erteilen, um etwa sicherzustellen, dass der Amalgamabscheider dem jeweiligen Stand der Technik entspricht.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Wartungsprotokollblatt Amalgamabscheider

Stand:
Formular Nr.

Abscheider überprüft und gereinigt	**Abscheider überprüft und gereinigt**	**Abscheider überprüft und gereinigt**	**Abscheider überprüft und gereinigt**	**„Ballongefäße“ gesäubert**	**Sedimentsgefäße gewechselt**	**Sedimentsgefäße gewechselt**
Datum: Unterschrift	Datum: Unterschrift	Datum: Unterschrift	Datum: Unterschrift	Datum: Unterschrift	Datum: Unterschrift	Datum: Unterschrift

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

4.2.2.2.7. Beschwerdemanagement

Wenden sich Patienten mit einer Beschwerde an die Praxis, ist eine angemessene Reaktion besonders wichtig. Sind Mitarbeiter im Umgang mit Beschwerden trainiert, können sie professionell reagieren und Beschwerden in Kundenbindung umwandeln.

Die meisten unzufriedenen Patienten kehren der Praxis den Rücken ohne Beschwerde, ohne die Äußerung ihrer Unzufriedenheit. Beschwerden sind eine Chance, aus Fehlern zu lernen und diejenigen Patienten zu binden, die sich mit der Beschwerde an die Praxis wenden.

Sofortiges Handeln erforderlich

Patienten geht es bei Beschwerden insbesondere um die schnellstmögliche Bearbeitung und die Beseitigung der negativen Folgen. Der betreffende Mitarbeiter muss sich umgehend und professionell um den Patienten kümmern.

Beschwerden zur Patientenbindung nutzen

Ist die Patientenbeschwerde erfolgreich gelöst, profitiert das Unternehmen von einer Bindung, die weitaus positiver ist als eine »normale« Patientenbeziehung. Sich beschwerende Patienten haben das Potenzial, zu besonders loyalen Patienten zu werden.

Multiplikator-Effekt

Eine weitere Chance ergibt sich aus dem bekannten Multiplikator-Effekt: Die Unzufriedenheit von Patienten führt dazu, dass diese davon im Bekanntenkreis erzählen. Dies geschieht weitaus häufiger, ca. 10-mal öfter als in den Fällen, in denen alles zur Zufriedenheit verlief. Entsprechend hoch ist die Anzahl der Fälle, in denen Patienten nach Lösung des Anliegens positiv von dem Umgang der Praxis mit dieser Situation zu berichten haben.

Was ist zu tun?

- Fragen Sie Patienten, ob Sie mit Ihrer Behandlung zufrieden sind.
- Informieren Sie Ihre Patienten darüber, an wen sie sich mit ihren Beschwerden wenden können.
- Ermutigen Sie Ihre Patienten zu Anregungen und Verbesserungsvorschlägen gegebenenfalls durch einen Patientenbriefkasten.
- Versuchen Sie, Beschwerden immer zügig und freundlich abzuwickeln.
- Reagieren Sie sofort (innerhalb von 24 Stunden) auf schriftliche Beschwerden. Notieren Sie jede Beschwerde, um Vorkommnisse auswerten zu können.
- Beseitigen Sie die so erkannten Schwachstellen und Mängel schnell.
- Nutzen Sie Beschwerden, um Ihren Service sowie Ihre Behandlung zu verbessern.
- Sprechen Sie mit Ihren Mitarbeiterinnen über die erkannten Schwachstellen bzw. Verbesserungsvorschläge.
- Kümmern Sie sich persönlich um die Probleme Ihrer Patienten.
- Fragen Sie bei Patienten persönlich nach, ob ihre Beschwerde zur vollsten Zufriedenheit bearbeitet wurde.

Dr. Christian Öttl

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 04/2018

4. Praxisführung

4.2. Praxisorganisation

4.2.2. Ablauforganisation

4.2.2.2. Hygienevorschriften

4.2.2.2.7. Beschwerdemanagement

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 04/2018

4.2.2.2.8. Das neue Strahlenschutzgesetz

Was bedeutet die neue Strahlenschutzverordnung für die Zahnmedizin

Am 31.12.2018 traten das schon am 27.06.2017 beschlossene Strahlenschutzgesetz (StrlSchG) und die neue Strahlenschutzverordnung (StrlSchV-E) in Kraft. Beide wurden durch die seit dem 17.01.2014 geltende EURATOM-Richtlinie 2013/59 veranlasst. Aufgrund von Einsprüchen, zuletzt durch den Bundesrat, wurde die endgültige Fassung erst zum 05.12.2018 der Öffentlichkeit im Bundesgesetzblatt zur Verfügung gestellt. Dadurch werden die alte Röntgenverordnung (RöV) sowie bisherige Strahlenschutzverordnung (StrlSchV) ersetzt. Die neue Systematik bedingt, dass sich die für die zahnärzteschaft relevanten Regelungen sowohl in der StrlSchV-E als auch im StrlSchG befinden können. Da nur wenige Teile der umfangreichen Werke für das zahnärztliche Röntgen relevant sind, sind die Änderungen gegenüber der alten Röntgenverordnung überschaubar.

Nach § 19 StrlSchG muss der Betrieb einer Röntgenanlage nun mindestens vier Wochen vor der Inbetriebnahme mit den vollständigen Unterlagen schriftlich angezeigt werden. Erst nach Bestätigung durch die Aufsicht darf das Gerät früher in Betrieb genommen werden. Bei Zuwiderhandlung wird ein Bußgeld bis zu 50.000 Euro fällig.

Die Bestellung eines Strahlenschutzbeauftragten mit weitreichenden Konsequenzen ergibt sich aus dem § 19 StrlSchG. In den meisten Bundesländern sehen die Behörden keine Notwendigkeit zur Bestellung. Hier sollte vor einer Benennung die Notwendigkeit geklärt werden.

Durch die StrlSchV-E entfällt auch die Verpflichtung zum Vorhalten, Anbieten und Führen eines Röntgenpasses.

Nutzen mehrere Strahlenschutzverantwortliche eine Röntgeneinrichtung, regeln die § 44 und § 188 das Verhältnis, das nun eindeutig vertraglich geregelt sein muss. Der Vertrag ist der Behörde auf Verlangen vorzulegen. Bei vor dem 31.12.2018 betriebenen Röntgeneinrichtungen ist der Vertrag bis zum 31.12.2019 abzuschließen.

Der Strahlenschutzverantwortliche muss dafür sorgen, dass die StrlSchV-E und das StrlSchG ständig zur Einsicht bereit sind. Da beide Regelwerke sehr umfangreich sind, wird empfohlen, sie digital vorzuhalten oder auf dem Praxisrechner einen Link zu den Gesetzeswerken einzurichten. Die Internetseite der Bundeszahnärztekammer (www.bzaek) sowie verschiedener Zahnärztekammern halten diese Regelwerke vor.

Nach § 114 und § 195 müssen durch die Röntgeneinrichtungen, die nach dem 1. Januar 2023 erstmalig in Betrieb genommen werden, die Expositions-Daten elektronisch aufgezeichnet werden. Geräte, die vor diesem Datum in Betrieb genommen wurden, sind davon nicht betroffen.

Die Konstanzprüfungen nach § 116 müssen weiterhin nach der noch geltenden Qualitätssicherungsrichtlinie (QS) und dort benannten Norm DIN 6868-5 durchgeführt werden.

Die Aufzeichnungen über die Abnahmeprüfung müssen für die Dauer des Betriebes und jetzt mindestens drei Jahre nach der letzten kompletten Abnahmeprüfung aufbewahrt werden. Die Aufbewahrungsfrist für die Konstanzaufnahmen wurde deutlich verlängert und beträgt jetzt zehn Jahre (vorher zwei) nach Abschluss der Prüfung.

In der Praxis muss jetzt ein Leitfaden für die Betreuungs- und Begleitpersonen vorgehalten werden. Die Arbeitsgemeinschaft Röntgenologie (ARö) in der DGZMK ist dabei, ein Musterformular zu entwerfen.

Die zuständigen Behörden werden in Zukunft auch Vor-Ort-Prüfungen vornehmen. Für die DVT-Geräte ist ein Turnus von voraussichtlich sechs Jahren vorgesehen. Für die anderen zahnärztlichen Geräte sind diese Prüfungen nicht vorgeschrieben. Diese liegen im Ermessen der zuständigen Behörden.

Die bisher gültigen Richtlinien (Qualitäts-RL, Sachverständigen-RL, Fachkunde-Richtlinien usw.) haben inhaltlich bis auf weiteres ihre Gültigkeit und sind anzuwenden.

Dr. Burkhard Maager

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2019

4. Praxisführung

4.2. Praxisorganisation

4.2.2. Ablauforganisation

4.2.2.2. Hygienevorschriften

4.2.2.2.8. Das neue Strahlenschutzgesetz

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2019

4.2.4. Zahnzusatzversicherungen

Zahnzusatzversicherungen (ZZV)

Zahnzusatzversicherungen erfreuen sich immer größerer Beliebtheit, mehr als jede andere Krankenzusatzversicherung. Ende 2017 gibt es etwa 17 Mio. Verträge, Tendenz steigend. Der Grund dafür liegt auf der Hand: In keinem anderen medizinischen Bereich spürt der Patient seinen Eigenanteil so deutlich wie bei notwendigem Zahnersatz. Gleichzeitig steigt das Bewusstsein vieler Patienten beim Thema Zahnerhalt und Individualprophylaxe, bei der sich die gesetzliche Krankenversicherung auch nur rudimentär beteiligt.

Im Praxisalltag werden Zahnarzt und Praxisteam daher immer wieder mit der Frage konfrontiert, welche denn die beste Zahnzusatzversicherung ist und welche man empfehlen könne.

Zahnarzt ist kein Versicherungsvermittler

Selbst wenn Sie schon viele gute Erfahrungen mit einem bestimmten Tarif oder einer Versicherungsgesellschaft gemacht haben – dem Patienten hier einen bestimmten Tarif oder eine Versicherungsgesellschaft seitens der Praxis zu empfehlen, ist erstens falsch und zweitens generell verboten! Sollten dem Patienten später Leistungserstattungen verwehrt werden, die auf eine falsche Tarifempfehlung der Praxis zurückzuführen sind, ergeben sich daraus auch Haftungsthematiken, die von der Berufshaftpflicht des Zahnarztes nicht gedeckt sind.

Gleichwohl ist das Thema zu komplex, um den Patienten sich selbst zu überlassen. Es birgt eine Vielzahl von Hürden, die den Patienten schlicht überfordern. Das endet nicht selten darin, dass bei Einreichung eines größeren HKP die Versicherung vom Vertrag zurücktritt oder die Erstattungsleistung weit hinter der Erwartung zurückbleibt.

Zum einen suggerieren die Werbeversprechen der Versicherungsgesellschaften oft einen Versicherungsschutz, der von der tatsächlich versicherten Erstattungsleistung stark abweicht. Zum Beispiel wird das »100 %-Versprechen« einiger Zahnzusatztarife täglich mehrere hundert Mal fehlinterpretiert und Versicherungsverträge in falscher Annahme abgeschlossen. Vielen Patienten gelingt es nicht eine »100 %-Verdopplung Festzuschuss« von einer »100 %-Privatleistung abzüglich Kassenvorleistung« zu unterscheiden. Hinzu kommt häufig die Abhängigkeit einer Zahnversicherung vom Bonusheft, deren Auswirkung dem Patienten aber nicht bewusst ist.

Die sogenannte »vorvertragliche Anzeigepflichtverletzung« seitens des Versicherten (des Patienten) ist ein weiterer häufiger Grund für enttäuschte Patienten und nicht realisierte Heil- und Kostenpläne. Es handelt sich hierbei um die unrichtige Beantwortung der Gesundheitsfragen, die meistens aus Unwissenheit über den eigenen Zahnbefund, ohne Vorsatz, aber dennoch falsch, durch den Versicherten bei Antragstellung erfolgte.

Im Interesse des Patienten

Egal welcher Zahnersatz auch empfohlen oder benötigt wird, Kassenpatienten mit optimaler Zusatzversicherung erhalten bessere Erstattungen als die meisten PKV-Patienten. Bei den modernen 100 %-Tarifen entfällt jeglicher Eigenanteil. Demgegenüber erhalten PKV-Patienten regelmäßig nur 70 % bis 80 % Erstattung bei Zahnersatz. Bei den Premiumtarifen unter den Zahnzusatzversicherungen ist das vollständige Spektrum der modernen Zahnmedizin zu 90 % bis 100 % inkl. Kassenvorleistung versichert und die Erstattung wird im Gegensatz zu PKV-Tarifen auch nicht durch eine Sachkostenliste eingeschränkt.

Es ist also sowohl im Interesse des Patienten als auch der Praxis, wenn eine Zahnzusatzversicherung befund- und bedarfsorientiert passend abgeschlossen wird.

Wichtige Aspekte

Auch wenn seitens der Praxis keine konkrete Tarif- oder Gesellschaftsempfehlung erteilt werden darf, gibt es wichtige Aspekte, die alle der inzwischen über 260 Zahnzusatztarife betreffen und die bekannt sein sollten:

1. Die beste Zahnzusatzversicherung gibt es nicht, da der Befund von Patient zu Patient unterschiedlich

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 04/2018

ist. Dieser ist aber entscheidend für Gesundheitsfragen und die generelle Auswahl eines Zahntarifs.

2. Es gibt fünf Kategorien, in die man Zahntarife gliedern kann:
   - **Zahnerhalt inkl. PZR.** Der Fokus liegt auf PZR, Endo und PAR.
   - **Zahnersatz Solo.** Implantate und Knochenaufbau, Brücken, Kronen etc.
   - **KFO – Kinder.** KFO für Erwachsene ist auch möglich.
   - **Premium.** Neudeutsch kann man sie mit »all-inclusive« umschreiben.
   - **Sofortleistungen.** Der Tarif der fünften Kategorie ist sehr umstritten. Hier kommt es darauf an, vorab festzustellen, ob er sich wirklich lohnt.

3. Die finanziellen Sparmöglichkeiten sind bei Patient A ganz anders als bei Patient B. Wenn also theoretisch die Punkte 1. und 2. bei beiden Patienten identisch sind, werden sie eventuell dennoch nicht den gleichen Tarif abschließen können, weil die finanziellen Möglichkeiten andere sind.

Der optimal passende Zahntarif wird also von drei Faktoren bestimmt: Befund, Bedarf und der individuellen finanziellen Sparmöglichkeit.

Der Impuls

Der Patient interessiert sich regelmäßig erst für eine Zahnzusatzversicherung, wenn er bereits mit Schmerzen die Praxis betritt oder sie in Erwartung eines HKP verlässt. Also erst wenn konkreter Bedarf besteht und die Umsetzung an der Finanzierbarkeit zu scheitern droht. Dann ist es aber zu spät, denn bereits angeratene oder begonnene Behandlungen sind außer bei dem Tarif der fünften Kategorie – Sofortleistungen – immer ausgeschlossen. Die Zahnarztpraxis kann also mit der Sensibilisierung des Patienten einen einfachen, aber wichtigen Part übernehmen. Hierbei kommt es lediglich darauf an, dem Patienten rechtzeitig den Impuls zu geben, sich mit einer Zahnzusatzversicherung auseinanderzusetzen. Der professionelle Umgang mit dem Thema liegt in der eindeutigen Positionierung der Praxis, um in der Wahrnehmung des Patienten keinesfalls als Versicherungsexperte oder -vermittler zu erscheinen. Juristisch einwandfrei kann so beim Patienten ein Eigeninteresse erzeugt werden. Mit der Aushändigung seines Befundes wird er durch die Praxis unterstützt, den passenden Tarif zu erhalten.

Expertenberatung ist im Anschluss unerlässlich und kann ohne den aktuellen Befund des Patienten nicht erfolgen. Optimal definiert sich der Expertenstatus zum einen aus der profunden Kenntnis über möglichst alle Zahnzusatzversicherungen, zum anderen ist es zielführend, wenn auch zahnmedizinische Erfahrung und Kompetenz vorliegen.

Tipp:
Auch wenn die modernen Premiumtarife unter den Zahnzusatzversicherungen nicht durch Sachkostenlisten eingeschränkt sind, sollte der Patient dennoch vor Behandlungsbeginn immer einen HKP bei seiner Versicherung einreichen.

Tassilo Pollmeier
Deutscher Zahnversicherungs-Service

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 04/2018

4.3. Personalauswahl und -führung

4.3.1. Fachkräftemangel

Was hilft gegen hausgemachte Probleme?

Es fehlt an Fachkräften in den Zahnarztpraxen – und das Problem spitzt sich zu. Zahnärztliche Fachangestellte (ZFA) können wählerisch sein bei der Arbeitsplatzwahl. Doch woran liegt das? Was läuft falsch? Warum sind die zahnärztlichen Assistenzberufe so wenig attraktiv in der Wahrnehmung? Sieben Thesen zum Berufsbild ZFA.

These 1:
Das Berufsbild ZFA ist unattraktiv

Die Wahrnehmung des Berufsbildes bei jungen Menschen, die vor der Berufswahl stehen, und das tatsächliche Profil des Berufsbildes klaffen meilenweit auseinander. Was weiß Otto Normalverbraucher vom Berufsbild ZFA? Ein bisschen Telefonieren, Patienten begrüßen, Daten aufnehmen, Anamnesebogen in die Hand drücken, Behandlungsassistenz, Lätzchen umbinden, Sauger halten, Instrumente anreichen. Die tatsächliche Vielfalt des Berufsbildes und die zahlreichen interessanten Weiterbildungsmöglichkeiten sowie die damit verbundene Verantwortung sind in der Bevölkerung kaum bekannt. Hinzu kommt auch noch das häufig verwendete Wort »Helferin«. Das mag durchaus dazu beitragen, dass der Beruf als minderwertig im Sinne von »keine eigene Verantwortung« wahrgenommen wird.

Wie kann gegengesteuert werden?

Jeder Praxisinhaber kann dazu beitragen, dass das Berufsbild ZFA in seinem vollen Umfang wahrgenommen wird: Tage der offenen Tür, ein Ausbildungs-Blog zur Dokumentation des Praxisalltags der eigenen Auszubildenden, Praktikanten Einblicke in die Praxis geben, Fotobücher im Wartezimmer: »Ein Tag mit … (Name der einzelnen Mitarbeiter der Praxis mit einem Blick in den Alltag der jeweiligen Mitarbeiter und O-Tönen zur eigenen Arbeit)« und natürlich auf die eigene Wortwahl achten und statt »Helferin« von »Mitarbeiterin« sprechen.

These 2:
Manche Chefs vergraulen das Personal

Leider gibt es sie immer noch: Die wenigen Chefs, die

- nach Gutsherrenart führen, ihre Mitarbeiter durch cholerische Anfälle drangsalieren,
- ihr Personal so schlecht bezahlen, dass dieses damit nicht in der Lage ist, seinen Lebensunterhalt zu sichern, oder
- zwar den Anforderungen des Mindestlohngesetzes dem Buchstaben nach entsprechen, faktisch aber zum Beispiel unbezahlte Überstunden einfordern,
- nicht bereit sind, Spezialwissen oder Erfahrung entsprechend zu honorieren,
- älteren Mitarbeitern aus Kostengründen kündigen

und so dazu beitragen, dass Mitarbeiter dem Beruf der ZFA für immer den Rücken kehren.

Wie kann gegengesteuert werden?

Reden, reden, reden. Ändern kann sich der betreffende Kollege nur selbst. Alternativ kann jeder Praxisinhaber es selbst besser machen und darauf vertrauen, dass sich das herumspricht. Denn Praxismitarbeiterinnen sind untereinander gut vernetzt. Sie wissen genau, welche Praxisinhaber als »Traumarbeitgeber« gelten. Im Kern geht es übrigens immer um Wertschätzung. Dort, wo Praxisinhaber den Mitarbeitern glaubhaft zu verstehen geben, dass sie ihre Arbeit, ihre Ideen und Impulse schätzen, dass sie ohne sie nur halb so erfolgreich sein würden, haben sie gewonnen.

These 3:
Befristete Jobs will niemand

Viele Praxen bieten Mitarbeitern zunächst eine befristete Stelle an, um zum Beispiel Mutterschutz- und Elternzeiten zu überbrücken. Doch kaum jemand tauscht eine sichere Stelle gegen das Risiko, den Job nach Ende der Befristung zu verlieren.

Wie kann gegengesteuert werden?

Selbst wenn vorübergehend ein Personalüberhang besteht, lohnt sich die Festanstellung. Die nächste Schwangerschaft oder der nächste Wegzug einer Mitarbeiterin kommt bestimmt. Dann trägt Vorsorge sichere Früchte: Es muss niemand neu gesucht werden, niemand eingearbeitet werden, niemand sich neu ins Team integrieren. Das spart Zeit, Geld und vor allem Nerven.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2017

These 4:
Familie und Beruf sind nur schwer vereinbar

Die Arbeitszeiten in der Praxis lassen ein Nebeneinander von Familie und Beruf nur schwer zu, denn gerade die stark frequentierten Praxis-Nachmittagszeiten möchten die meisten Mütter doch gerne ihren Kindern widmen. Wer nur Vollzeitkräfte einstellen möchte, gibt diesen Frauen nicht die Chance, in ihrem erlernten Beruf weiterzuarbeiten.

Wie kann gegengesteuert werden?

Kreative Lösungen sind gefragt: alternative Arbeitszeitmodelle, Job-Sharing oder Möglichkeiten der gemeinsamen Kinderbetreuung.

These 5:
Personalsuchkultur von vorgestern

Noch immer suchen Praxisinhaber ihr Personal meistens über herkömmliche Instrumente wie zum Beispiel Zeitungsanzeigen, obwohl dadurch nur noch ein gutes Drittel der Arbeitsverträge zustande kommt.

Wie kann gegengesteuert werden?

Insbesondere jüngere Mitarbeiter sind zu einem hohen Prozentsatz in den sozialen Netzwerken aktiv. Die eigenen Mitarbeiter können dort am wirkungsvollsten nach Kollegen suchen. Sie wissen genau, was neue Kollegen in der Praxis erwartet, was sie selbst an der Zusammenarbeit mit dem Praxisinhaber und dem Team schätzen, was die Praxis von anderen Praxen abhebt, und können daher mit den richtigen Worten akquirieren.

These 6:
Alles ist relativ

Viele ZFA beklagen in den einschlägigen Foren die schrecklichen Arbeitszeiten und die geringe Bezahlung. Sie suchen nach alternativen Betätigungsfeldern, in denen sie bessere Bedingungen vorfinden.

Wie kann gegengesteuert werden?

Es gibt reichlich ungenutztes Potenzial auf dem Arbeitsmarkt: Menschen ohne Schulabschluss sowie Ältere. Diese setzen oft ungeahnte Kräfte frei, wenn ihnen eine Chance gegeben wird. Aus dieser Gruppe generieren sich häufig ganz besonders loyale und engagierte Mitarbeiter. Auch Arbeitssuchende aus anderen Branchen mit einer Affinität zum Gesundheitswesen oder zu serviceorientiertem Verhalten sind eine Option. Zu denken ist insbesondere an Alten- und Krankenpfleger oder Hotelfachangestellte. Das Berufsbild der ZFA stellt für sie eine im Vergleich deutlich attraktivere Alternative zu ihrem alten Beruf dar: bessere Arbeitszeiten, bessere Arbeitsbedingungen, geringere gesundheitliche Belastungen, keine Nachtschichten und oft sogar eine bessere Bezahlung. Die Investition in die Ausbildung oder Umschulung dieser Mitarbeiter kann sich auszahlen, auch wenn damit zugegebenermaßen einige Mühen verbunden sind, um die erforderliche fachliche Basis zu schaffen.

These 7:
Durch Ausbildung vorsorgen

Wer heute nicht aus- und weiterbildet, muss sich nicht wundern, wenn morgen keine Fachkräfte zur Verfügung stehen. Natürlich ist es nicht einfach auszubilden, weil bedingt durch systembedingte Schwächen Ausbildung heute noch viel mehr Kraft als früher erfordert, denn es müssen teilweise grundlegende Dinge wie der höfliche und respektvolle Umgang miteinander oder Sprachkompetenz vermittelt werden.

Wie kann gegengesteuert werden?

Es lohnt sich auch heute noch junge Menschen für die eigene Praxis auszubilden. Sie sind noch formbar und können zum Gewinn für die Praxis werden, weil sie auf die individuellen Bedürfnisse der Praxis hin ausgebildet werden. Um für zukünftige Schwangerschaften oder Wegzüge gerüstet zu sein, empfiehlt sich sogar eine Ausbildung über Bedarf. Selbst wenn der selbstausgebildete Nachwuchs nicht in der eigenen Praxis weiterbeschäftigt wird, hat jeder ausbildende Praxisinhaber gesamtwirtschaftliche Verantwortung übernommen. Denn er hat seinen Teil dazu beigetragen, dass der Fachkräftemangel von morgen ausbleiben wird.

Dr. Susanne Woitzik

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2017

4.3.2. Personalsuche

Wo finde ich gutes Personal? – Heiße Tipps für mehr Bewerbungen

Der österreichische Wirtschaftsjournalist Karl Pilsl hat einmal gesagt:

> *» Wir haben zu viele ähnliche Ärzte, die ähnliche Mitarbeiter beschäftigen, mit ähnlicher Ausbildung, die ähnliche Arbeiten durchführen. Sie haben ähnliche Ideen und produzieren ähnliche Dinge, zu ähnlichen Preisen, in ähnlicher Qualität. Wenn Sie dazugehören, werden Sie es in Zukunft schwer haben. «*

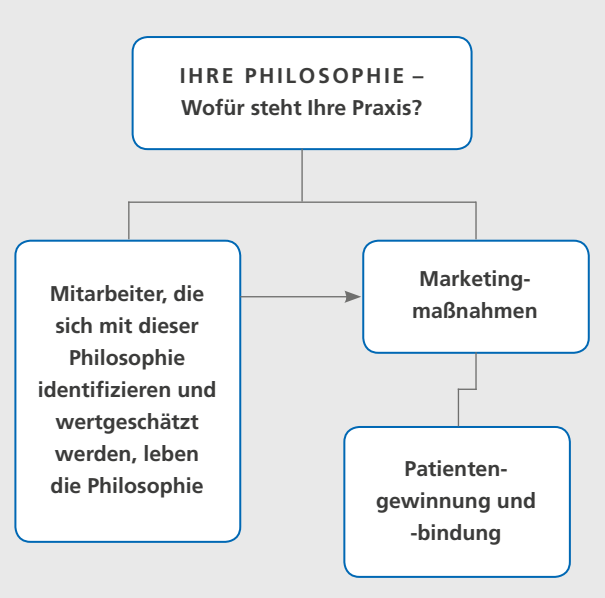
Diese Aussage gilt auch für Zahnärzte im Allgemeinen und im Besonderen mit Blick auf die personellen Sorgen vieler Praxen. Schon jetzt zeichnet sich in vielen Branchen ein Personalengpass ab. Es ist abzusehen, dass sich dies zukünftig noch verstärken wird, so dass die Konkurrenz um Personal nicht nur branchenintern, sondern auch -übergreifend noch deutlich zunehmen wird. Schon heute haben diejenigen, die wissen, was Mitarbeiter wünschen und den richtigen Nährboden für sie schaffen, die Nase vorn und kennen keine Personalengpässe. Sie haben immer eine Liste mit Namen, die sie nur abtelefonieren brauchen, um einen neuen Mitarbeiter zu finden. Doch wie gelingt ihnen das?

Tipp I:
Sie sollten eine klare Strategie haben und mit Konsequenz verfolgen.

Finden Sie heraus, was Sie anders als andere macht. Was ist Ihre Philosophie? Die Antwort auf diese Frage ist deshalb so wichtig, weil auf dieser Basis nicht nur das Marketing der Praxis fußt, sondern auch die Personalauswahl. Sie brauchen das Personal, das genau zu dieser Philosophie passt, sich mit dieser Philosophie identifiziert und die Philosophie in der Praxis für den Patienten erlebbar macht.

Das haben Sie davon:

Wenn Sie Ihre Philosophie nach außen authentisch abstrahlen, finden die richtigen Mitarbeiter von selbst den Weg in Ihre Praxis. Die Wunsch-Mitarbeiter wissen genau, welches Umfeld sie brauchen, um sich wohlzufühlen, und tauschen sich darüber mit anderen in den einschlägigen Foren in den sozialen Medien aus.



Tipp II:
Zeigen Sie Ihren Mitarbeitern im Alltag immer wieder, dass Sie sie wertschätzen.

Mangelnde Wertschätzung ist eines der zentralen Themen, das Mitarbeiter – egal welcher Branche – beklagen. Insbesondere die Besten der Besten suchen ein Umfeld, in denen ihre Arbeit auch nach vielen Jahren noch wertgeschätzt wird.

Das haben Sie davon:

- Ihre Mitarbeiter fühlen sich bei Ihnen wohl
- und bleiben Ihnen lange treu.
- Sie erzählen Kollegen auf Fortbildungen davon.
- Sie geben diese Wertschätzung an die Patienten weiter, die es Ihrer Praxis wiederum mit Treue und Weiterempfehlung danken.
- Ein weiterer Grund dafür, dass neue Mitarbeiter den Weg in Ihre Praxis finden, da sich dies in der Mitarbeiter-Community herumspricht.

Tipp III:
Optimieren Sie Ihre Praxisprozesse und definieren Sie klare Verantwortlichkeiten.

In Praxen, in denen jeder genau weiß, was wie zu tun ist, und alle Prozesse rund laufen, gibt es keine Rei-

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2017

bungsverluste. Jedes Rädchen greift sauber in das nächste und so läuft das Werk komplett rund.

Das haben Sie davon:

- Kosteneinsparung z. B. durch schnelle, routiniert ablaufende Prozesse.
- Einnahmenerhöhung, weil z.B. mehr Patienten den Weg in Ihre Praxis finden, weil sich herumspricht, dass dort eine professionell-routinierte, entspannte Atmosphäre herrscht.
- Dadurch steigt die Praxis-Rentabilität.
- Der Stresspegel sinkt.
- Die Zufriedenheit/Motivation im Team steigt.
- Noch ein weiterer Grund dafür, dass neue Mitarbeiter den Weg in Ihre Praxis finden, denn auch das spricht sich über die gängigen sozialen Medien herum.

Diese drei Tipps bilden somit nicht nur den Nährboden, in dem gutes Personal wächst und gedeiht, sondern sind auch die Basis dafür, dass neue Mitarbeiter von selbst den Weg in die Praxis finden.

Tipp IV:
Lassen Sie Ihre Mitarbeiter die Stellenausschreibung formulieren.

Sie wissen, warum Sie bei Ihnen arbeiten und was potenziellen Kollegen wichtig ist. Dadurch gelingt die zielgruppengenaue Ansprache. Wie wäre es z. B. mit einem handgemachten Praxis-Video, damit sich ein potenzieller Bewerber ein Bild von dem Arbeitsumfeld machen kann, das ihn erwartet? Wie mit einem unterstützenden Bild? Inspiration bietet beispielsweise die facebook-Seite der Metzgerei Hack von Steffen Schütze. Er hat einen sehr originellen Weg gefunden, Azubis zu suchen, und dadurch reiche Presseveröffentlichungen geerntet. Interessant ist auch das YouTube-Video von Tabea Budke und Said Adrien Mucur, das von proDente den Kommunikationspreis erhielt.

Machen Sie sich klar, was potenzielle Mitarbeiter wissen wollen:

- Sie wollen wissen, welche Aufgaben sie haben werden, um abschätzen zu können, ob sie dem Suchprofil entsprechen.
- Sie wollen wissen, welche Praxisphilosophie der potenzielle Arbeitgeber hat, um abschätzen zu können, ob sie ins Team passen.

Wenn Sie die Perlen unter den Bewerbern gezielt anziehen wollen, sollten Sie wissen, was diesen A-Mitarbeitern wichtig ist:

- die Arbeitsatmosphäre,
- interessante Aufgaben,
- offene Kommunikation,
- Karriere/Weiterbildung,
- Gehalt/Sozialleistungen,
  andere Arbeitsbedingungen.

Tipp V:
Nutzen Sie für die Personalsuche die Medien und Orte, in denen sich potenzielle Mitarbeiter tummeln.

Das sind z. B. die einschlägigen facebook-Foren, kununu, die Teamzeitschriften, Fortbildungsveranstaltungen und Schulen. Dort findet ein reger Austausch auch über offene Stellen und Erfahrungen mit den Praxen statt.

Damit Ihre Suchanzeige auch gefunden wird:

- Genaue Jobbezeichnungen mit Hinweis auf hierarchische Einordnung der Stelle verwenden, damit a) die richtigen Leute die Anzeige lesen und b) die Suchmaschinen die Anzeige auch entsprechend als Ergebnis ausweisen können.
- Anzeige bei facebook schalten – es reicht nicht aus, nur die Stellenanzeige zu teilen. Eine ausreichende Reichweite erzielen Sie erst, wenn Sie eine – kostenpflichtige – Anzeige schalten. Der Preis dafür ist zumeist überschaubar.
- Mitarbeiter (insbesondere Ihre A-Mitarbeiter) bitten, die Anzeige über ihre Netzwerke zu teilen (siehe dazu auch Tipp VI).

Tipp VI:
Bieten Sie Ihren Top-Kräften eine Empfehlungsprämie für neue Kollegen.

Warum nur den Top-Kräften? A-Kräfte empfehlen auch A-Kräfte. Sie erkennen sich gegenseitig auf den ersten Blick und lieben es in einem inspirierenden Umfeld zu arbeiten. Sie scheuen keine Konkurrenz mit anderen, weil sie genau wissen, dass sie daran nur wachsen können. Außerdem werden A-Kräfte nur Mitarbeiter empfehlen, die auch zur Praxis passen. Somit steigt die Wahrscheinlichkeit des »Cultural Fit« und Fehlinvestitionen in falsche Mitarbeiter werden vermieden.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2017

Tipp VII:
Ersparen Sie sich die Suche nach Personal durch rechtzeitige Vorsorge und Ausbildung.

Nachstehend ein O-Ton eines Praxisinhabers aus 2013:

» *Um dem drohenden Mitarbeitermangel zu entgehen, bilden wir seit diesem Jahr drei statt wie bisher einen Azubi aus. Dann haben wir rechtzeitig die eingearbeiteten, zu uns passenden Mitarbeiter, um die kommenden Schwangerschaften auszugleichen, und müssen keine stressigen Einstellungsverfahren durchlaufen. Deshalb haben wir unseren Planungshorizont im Mitarbeiterbereich mittlerweile auch auf zwei Jahre ausgeweitet und binden diese in die Überlegungen ein, was mit großer Offenheit aufgenommen wurde. Die wissen halt auch gerne, was die Zukunft bringt.*

Hätten wir schon früher machen sollen. «

Ja, das Ausbilden ist mit Herausforderungen verbunden. Das »Rohmaterial« hat eine andere Qualität als früher. Doch wenn es Ihnen gelingt, die Mitarbeiter ihren Begabungen und Neigungen entsprechend einzusetzen, werden Sie deren Motivation »wachküssen« können. Es lohnt sich. Gerne unterstützen wir Sie bei Bedarf dabei.

Fazit

Wenn Sie die 7 Tipps in Ihrem Praxisalltag beherzigen, stellen Sie zum einen die Weichen Ihrer Praxis auf Erfolg, schaffen zum anderen ein Arbeitsumfeld, in dem Arbeiten Spaß macht, weil das ganze Team mit Herz und Leidenschaft dabei ist, und locken ganz nebenbei neue Mitarbeiter in Ihre Praxis, die genau so ein Arbeitsumfeld für sich suchen.

Dr. Susanne Woitzik

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2017

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2017

4.3.3. Personalführung

» Das Gespräch ist das wirksamste Instrument der Menschenführung. «

Dieses Zitat des Führungskräftetrainers Hartmut Laufer gilt selbstredend auch für die Personalführung. Durch Gespräche mit Ihren Mitarbeitern können Sie Ihre Mitarbeiter an Ihrer Vision der optimalen Zahnarztpraxis teilhaben lassen und sie mit einbeziehen. Je besser es Ihnen gelingt, Ihre Mitarbeiter emotional an Ihre Praxis und deren Fortbestand zu binden, desto motivierter werden diese an ihre Aufgaben herangehen.

Durch Gespräche können auch Reibungsverluste vermieden werden. Auch trägt dies zur Steigerung der Mitarbeitermotivation bei. Je offener Sie und Ihr Team miteinander kommunizieren, je offener Sie mit konkreten Problemen und schwelenden Konflikten umgehen, desto einfacher wird der Umgang miteinander.

Zum Aufbau einer derartigen Kommunikationskultur empfehlen sich regelmäßige Teamsitzungen, in der alle wichtigen Praxisthemen nach Bedarf diskutiert werden sollten. Dabei geht es nicht nur darum, Probleme zu lösen, sondern auch darum immer wieder Verbesserungen einzubringen und die gemeinsame Argumentation abzustimmen, um gegenüber den Patienten immer »mit einer gemeinsamen Stimme zu sprechen«.

Folgende Regeln sollten für diese Veranstaltungen gelten:

- Jedes Teammitglied darf Themenvorschläge einbringen.
- Der Ablauf jeder Sitzung sollte aus Effizienzgründen immer straff strukturiert werden.
- Jeder darf offen und ehrlich seine Meinung äußern.
- Entscheidungen werden nach Möglichkeit demokratisch getroffen. Im Zweifel hat der Praxisinhaber das letzte Wort.
- Schweigen gilt nicht als Zustimmung.
- Aktivitäten werden immer klar und präzise beschrieben: Was soll wie, wann, von wem und warum gemacht werden?
- Alle Ergebnisse werden protokollarisch festgehalten.

Über den zeitlichen Rhythmus der Teamsitzungen bestimmen Sie selbst. Ergänzend sollten kurze morgendliche Teamsitzungen stattfinden, in der alle für den Tag relevanten Dinge abgestimmt werden, um so einen reibungslosen Ablauf zu gewährleisten.

Damit Ihr Team bestmögliche Arbeitsleistungen erbringen kann, sollten Sie Ihre Mitarbeiter mit den Instrumenten Lob und Kritik steuern. Dabei sollten Sie niemals pauschalieren und stattdessen immer konkrete Verhaltensweisen zeitnah benennen, ohne dabei bloßzustellen. Eine vor anderen Mitarbeitern oder Patienten geäußerte Kritik ist kontraproduktiv.

Dr. Susanne Woitzik

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2017

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2017

4.4. Praxismarketing und Patientenansprache

4.4.1. Praxismarketing

4.4.1.1. Marketingplanung

Wie bei jedem anderen **Planungsprozess** auch beginnt auch die Marketingplanung mit einer **Analyse der Ausgangssituation**:
– Wo liegt das Problem?
– Welche Einflussfaktoren gibt es?
– Welche davon kann ich selbst beeinflussen?
– usw.

Ein typisches Problem ist beispielsweise der zu geringe Bekanntheitsgrad der Praxis. Einflussfaktoren sind die Dauer des Bestehens der Praxis, der Standort, die zu geringe Empfehlungsquote und anderes mehr. Kurzfristig beeinflussbar ist am ehesten die Empfehlungsquote.

In einem nächsten Schritt müssen Sie Ihr **Ziel genau benennen**. Was wollen Sie erreichen? Wo wollen Sie hin?

Zum Beispiel könnten Sie anstreben, den Bekanntheitsgrad zu erhöhen.

Denken Sie dabei immer daran, Ihre Mitarbeiter »mitzunehmen«, denn Sie müssen Ihre Ziele mittragen.

Wenn Sie Ihr Ziel definiert haben, können Sie in den Planungsprozess im engeren Sinne einsteigen. Wichtig ist es, die Planung in kleinen, tatsächlich bearbeitbaren Schritten vorzunehmen **(Routenplanung)**, um eine Überforderung zu vermeiden und sich auf dem Weg zur Ziellerreichung psychologische wichtige Erfolgserlebnisse zu verschaffen.

In einem letzten Schritt geht es an die tatsächliche Umsetzung. In dieser Phase gilt es, alle Aktivitäten analog zur Routenplanung an den vorab formulierten Zielen auszurichten.

Der Planungsprozess im Überblick:
1. Analyse der Ausgangssituation
2. Zieldefinition
3. Routenplanung (Planung im engeren Sinne)
4. Umsetzung

Orientierungsmarke für jede Art der Planung sollten Ihre Patienten sein. Denn diese zahlen mittelbar (GKV) und auch unmittelbar Ihr Honorar (Privatleistungen). Insofern muss all Ihr Handeln darauf gerichtet sein, Ihre Patienten zufrieden zu stellen.

Mithin sollte sich auch jede Marketingaktivität an Ihren Patienten orientieren. Das ist grundsätzlich nicht einfach, da zum einen alle Patienten unterschiedlich sind und entsprechend unterschiedliche Bedürfnisse haben und zum anderen die zahnärztliche Leistung als solches sich von Ihren Patienten nur schwer beurteilen lässt (abgesehen von offensichtlichen Qualitätsmängeln, wie beispielsweise einer Füllung, die gleich wieder herausfällt). Hilfsweise ziehen sie daher andere Kriterien zur Beurteilung Ihrer Praxis heran:
- Praxisambiente,
- Praxismitarbeiter und deren Auftreten und Umgang mit den Patienten,
- Praxisabläufe (beispielsweise Wartezeiten u. a.)
- u. a.

Für Ihr Praxismarketing ist es wichtig, Ihre Praxis von anderen Praxen abzugrenzen, unterscheidbar zu machen, sie quasi als Marke zu positionieren.

> Der Begriff »Marke« leitet sich von dem französischen Wort »marque« = »Kennzeichen« ab. Eine Marke ist ein Bündel von spezifischen Merkmalen eines Gutes, also hier Ihrer Zahnarztpraxis wie z. B. äußeres Erscheinungsbild, Services usw., die dazu beitragen, dass sich Ihre Praxis von anderen, grundsätzlich gleichartigen Praxen abhebt, sich von diesen merklich unterscheidet.

Mit Marketingaktivitäten können Sie dies an (potentielle) Patienten kommunizieren. Nur dann, wenn Sie das offensichtlich Augenscheinliche, und das nicht auf den ersten Blick Erkennbare, Ihren Patienten auch durch Marketingaktivitäten aufzeigen, werden Ihre Patienten das Einzigartige an Ihrer Praxis erkennen

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2010

und wertschätzen lernen. Ihr Vorteil: Der Druck, über den Preis Behandlungen verkaufen zu müssen, wird geringer. Der Patient spürt den Mehrwert, den ihm Ihre Praxis bietet, wird langfristig an Sie gebunden und wird Ihre Praxis aus Überzeugung weiterempfehlen.

Ausgangspunkt der Marketingplanung ist das vom gesamten Team festgelegte Praxisleitbild, das ist Ihre Zielvorstellung von einer optimalen Praxis.

Das Leitbild einer Praxis könnte zum Beispiel so aussehen:

Sowohl Patienten als auch Mitarbeiter sollen sich in der Praxis wohlfühlen.
Wir erfüllen gerne die Wünsche unserer Patienten, sofern sie medizinisch vertretbar sind usw.

Das Leitbild sollte im Rahmen des Praxismarketing entsprechend kommuniziert werden. So spüren Ihre Patienten, dass Sie und Ihr Team sich mit Ihrer Arbeit in vollem Umfang identifizieren, von der Qualität Ihrer Arbeit überzeugt sind. So werden Sie als glaubwürdig eingeschätzt. Ihre Patienten werden daher leicht Vertrauen zu Ihnen aufbauen, sich von Ihrer Begeisterung anstecken lassen und in ihrer Wahrnehmung mit Ihrer Arbeit zufriedener sein.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2010

4.4.1.2. Erfolgsfaktoren des Praxismarketing

Das äußere Erscheinungsbild der Praxis

Das gesamte Erscheinungsbild Ihrer Praxis sollte auf das Praxisleitbild abgestimmt sein. Dies betrifft nicht nur die äußere Gestaltung der Praxisräume, sondern vielmehr auch Kriterien wie Sauberkeit und Aufgeräumtheit. Daneben sollten auch die Mitarbeiterkleidung, die Gestaltung des Briefbogens, des Praxisstempels dieses Bild der Praxis in den Augen der Patienten verstärken. Besondere Relevanz in diesem Zusammenhang hat das Auftreten der Mitarbeiter, da gerade dies von den Patienten besonders stark beachtet und vor allem auch mit hohem Gewicht in die Beurteilung der Praxisqualität eingeht.

Patientenkommunikation

a) Zielgruppendefinition
Zunächst einmal sollten Sie überlegen, welche Zielpersonen für jede einzelne der von Ihnen angebotenen Leistungen in Frage kommen.

Beispiel:
PZR – Ästhetikbewusste Patienten, Vorsorge bewusste Patienten, die bereit sind, für Zusatzleistungen, deren Nutzen ihnen überzeugend kommuniziert wird, zu zahlen

b) Zielgruppenanalyse
In einem nächsten Schritt müssen Sie überlegen, wie man diese Personen am Besten ansprechen kann. Dazu sollten Sie die Zielgruppe analysieren:

Was bewegt sie?
Welches sind ihre dringendsten Bedürfnisse?
Wie informieren sie sich?
Welche Entscheidungskriterien ziehen Sie heran?
Wie sind sie versichert?

Je mehr Sie über die Zielgruppe herausfinden, desto leichter wird es Ihnen fallen, in Praxisflyern oder im Patientengespräch selbst die richtigen Worte zu finden, dem Patienten Ihre Leistung als genau auf ihn maßgeschneiderte Lösung zu präsentieren.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2010

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2010

4.4.2. Patientenansprache

Grundvoraussetzung für die Optimierung der Patientenansprache ist das aktive Zuhören. Denn so erfahren Sie nicht nur viel über den Patienten, sondern geben ihm auch gleichzeitig das Gefühl, ernst genommen zu werden. Fassen Sie am Ende des Gespräches zusammen, ob Sie alles richtig verstanden haben, die Situation des Patienten korrekt erfasst haben.

Auch sollten Sie in allen Gesprächen mit Patienten deutlich machen, dass Sie der Experte sind. Sie schlagen die medizinisch sinnvolle Behandlung vor und erläutern deren Vor- und Nachteile sowie eventuelle Alternativen. Gehen Sie ferner darauf ein, was geschieht, wenn Ihr Lösungsvorschlag nicht realisiert wird.

Weil es Menschen leichter fällt, eine Entscheidung zu treffen, wenn Sie die Wahl zwischen verschiedenen Alternativen haben, sollten Sie sich dies zu Nutze machen.

Ein konkretes Beispiel:
»Amalgam setzen wir in unserer Praxis nicht mehr ein, weil … Sie können aber zwischen folgenden Alternativen wählen … Alternative 1 hat folgende Vorteile usw.«

Schon aus betriebswirtschaftlichen Aspekten sollten Sie sich in effizienter Gesprächsführung üben, denn die Honorierung von Patientengesprächen ist alles andere als zufriedenstellend. Denken Sie in diesem Zusammenhang auch an die Bedeutung der Dokumentation. So wissen Sie immer genau, was Sie mit Ihrem Patienten schon besprochen haben und wie Ihr Patient »tickt« und können entsprechend bei weiteren Gesprächen schneller »auf den Punkt kommen«. Dies dient letztlich auch der Effizienz Ihrer Gespräche.

Ergänzend sollten Sie themenbezogene schriftliche Informationen bereithalten. So geben Sie Ihren Patienten das Gefühl, mit ihren Sorgen und Informationsbedürfnissen ernst genommen zu werden.

Kontakt: swoitzik@za-eg.de

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2010

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2010

4.4.3. Patienteninformation

4.4.3.1. Hilfreiche Links

Weitere Patienteninformationen finden Sie im Internet

www.bzaek.de	Fachliche und zahnmedizinische Informationen erhalten Sie bei der Bundeszahnärztekammer. Dort finden Sie außerdem Links zu allen Patienteninformationsstellen der Zahnärztekammern
www.proDente.de	Gemeinsame Initiative von Zahnärzten und Zahntechnikern für schönere Zähne, umfangreiche Information zu Zahnersatz und ästhetischer Zahnheilkunde
www.fvdz.de	Patienten-Informationsseiten des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte e.V.
www.patienten-information.de	Infos von der Ärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung
www.surfmed.de	Laut Bundesgesundheitsministerium das größte Medizinportal Europas
www.zahn-online.de	Patienten-Infos zum Thema Zahnheilkunde
www.zahnhotline.de	Angebot der Kammer Schleswig-Holstein
www.patienteninfo-sachsen.de	Gesundheitslotse der Kammern in Sachsen
www.arztauskunft.de	Online den richtigen Arzt finden
www.zzq-koeln.de	Infos zu Fissurenversieglung, Fluoridierungsmaßnahmen und zur operativen Entfernung von Weisheitszähnen.
www.implantat-berater.de	Infos zu Implantatversorgung
www.de-versicherung-online.de	Ein weiterer kostenloser Online-Vergleich von privaten Zusatzversicherungen

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

4.4.3.2. Zuzahlungen nach den aktuellen Gesundheitsreformen

Zuzahlungen nach den aktuellen Gesundheitsreformen

Liebe Patienten,

durch ständige Veränderungen in der Gesetzgebung herrscht eine große Verunsicherung darüber, welche Behandlungen die Kassen übernehmen und für welche Behandlungen Sie selbst die Kosten tragen müssen. Mit dieser Information möchten wir Ihnen eine kleine Hilfe zu den dringendsten Fragen geben. In einem persönlichen Gespräch beraten wir Sie gerne zu individuellen Fragen für Ihre optimale Behandlung.

Grundleistungen
Was wird von den Krankenkassen komplett bezahlt oder bezuschusst?

Alle notwendigen Grundleistungen nach § 12 des Sozialgesetzbuches V.
Dabei wird vom Gesetz vorgeschrieben, dass die Behandlung notwendig, ausreichend, wirtschaftlich und zweckmäßig sein muss. Dazu gehören z. B. folgende Behandlungen:
- Schmerzbehandlung
- Zahnfüllung mit einem einfachen Füllungsmaterial (Amalgam, Zement …)
- halbjährliche Untersuchung
- Zahnsteinentfernung (nur 1× pro Jahr)
- Einfache Wurzelbehandlungen im Rahmen der kassenzahnärztlichen Richtlinien
- Zahnentfernung
- Standardkronen
- Versorgung von Zahnlücken mit einfachen Brücken und Prothesen

Mehrleistungen
Bei welchen Behandlungen müssen Sie etwas dazubezahlen?

Bei Kassenbehandlungen, die mit besseren Materialien oder aufwendigeren Techniken durchgeführt werden.
Dazu gehören z. B. folgende Behandlungen:
- Kunststoff-Füllungen
- Laborgefertigte Füllungen (Inlays)
- Neue Techniken in der Kariesentfernung
- Aufwendigere Kronen, Brücken oder Prothesen

Komfortleistungen
Für welche Behandlungen müssen Sie komplett selbst zahlen?

Alle Behandlungen, die nicht von den Krankenkassen bezuschusst werden dürfen.
Dazu gehören z. B. folgende Behandlungen:
- Implantate
- Komplizierte Wurzelbehandlungen außerhalb der kassenzahnärztlichen Richtlinien
- Prophylaxe für Erwachsene
- Zahnreinigung einschließlich Politur
- Zahnärztliche Kosmetik (z. B. Bleichen von Zähnen)
- Prothesenreinigung
- Veneers (Keramikschalen)
- Aufwändige Verbindungselemente anstelle von Prothesenklammern
- Gesundheitsschäden infolge von Tattoos und Piercing
- … und alle Behandlungen, die über das notwendige, ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Maß hinausgehen.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

4.4.3.3. Infoblatt für Pflichtversicherte zur Kostenerstattung

Erläuterung

Dieses Infoblatt kündigt eine Veränderung in Ihrer Praxis an. Der Patient erfährt aber ganz allgemein, dass manche Leistungen nicht mehr umsonst erbracht werden, er aber das Recht hat, sich ganz oder teilweise privat behandeln zu lassen. Auf die Vorteile wird er hingewiesen.

Der Patient wird mit diesem Infoblatt zu einem Gespräch aufgefordert, wenn er über Behandlungsmaßnahmen, die er selbst bezahlen muss, informiert werden will.

Patienteninformation

Direktabrechnung mit Kostenerstattung – Ihre Chance für eine Behandlung auf höchstem Niveau

Sehr geehrte Frau _____/Herr _____,

seit Beginn dieses Jahres bietet sich für Sie die Möglichkeit, sich als gesetzlich Krankenversicherter in einem unkomplizierten und unbürokratischen Verfahren über den Weg der Direktabrechnung mit Kostenerstattung als Privatpatient behandeln zu lassen. Damit stehen Ihnen die gesamten Behandlungsmöglichkeiten der modernen Zahnheilkunde zur Verfügung.

Ein für Sie in vielen Behandlungsbereichen schon bekanntes Verfahren, denn bei allen Maßnahmen, die nicht im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung enthalten sind (z.B. professionelle Zahnreinigungen, zahnfarbene Füllungen, prothetische Versorgungen über dem Regelleistungsniveau) erhalten sie bereits eine Direktabrechnung.

Neu ist seit dem 01.01.2011, dass Sie sich über einen für Sie wählbaren Zeitraum – mindestens ein Kalendervierteljahr – in der gesamten zahnärztlichen Behandlung als Privatpatient behandeln lassen können. Dies bedeutet für Sie eine Behandlung auf höchstem fachlichem Niveau, ohne dass Sie durch Leistungseinschränkungen Ihrer Krankenkasse auf bestimmte Behandlungsformen verzichten müssen.

Sollten Sie sich für eine Privatbehandlung entscheiden, erhalten Sie für die gesamte Behandlung für den von Ihnen gewählten Zeitraum eine für Sie nachvollziehbare Gesamtrechnung, basierend auf der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Diese Rechnung reichen Sie bei Ihrer Krankenkasse ein, um den Ihnen zustehenden Anteil Ihrer Krankenkasse zu erhalten. Sollten Sie im Besitz einer Zusatzversicherung sein, können sie mit dieser Rechnung ebenfalls Ihren Anspruch geltend machen.

Sicherlich haben Sie noch Fragen zu diesem neuen Verfahren.
Wenden Sie sich vertrauensvoll an uns – wir werden Ihnen Ihre Fragen gerne beantworten!

Mit freundlichen Grüßen
Ihre Zahnarztpraxis _____

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

4.4.3.4. Informationen zu den Festzuschüssen

Informationen zu den Festzuschüssen

Die Krankenkassen zahlen festgelegte Beträge, sogenannte Festzuschüsse, für den Zahnersatz. Die Höhe dieser Beträge richtet sich nach dem jeweils vorliegenden Befund. Das heißt, dass jeder gesetzlich Krankenversicherte im Bundesgebiet für den Befund »Zahnlücke« den gleichen Zuschuss erhält. Die Kosten, die oberhalb dieses Betrags liegen, zahlen Sie selbst. Die Festzuschüsse sind auf die so genannte Regelversorgung hin berechnet, auf die sich der Gemeinsame Bundesausschuss von Zahnärzten und Krankenkassen geeinigt hat.

Beispiel Backenzahnkrone

Muss also zum Beispiel der obere rechte Backenzahn 16 überkront werden, so ist die Regelversorgung die unverblendete gegossene Metallkrone. Wünschen Sie eine zahnfarbene Verblendung, so ist dies eine Zusatzleistung, die aber am grundsätzlichen Charakter der Krone nichts ändert. Wählen Sie einen solchen gleichartigen Zahnersatz, so erhalten Sie den Festzuschuss von Ihrer Krankenkasse und tragen die anfallenden Mehrkosten selbst.

Auch für finanziell aufwändigere Versorgungen auf Implantaten gibt es denselben festen Zuschuss von der Kasse wie bei normalen Kronen/Brücken. Die Implantate selbst sind jedoch weiterhin Privatleistung.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

4. Praxisführung
4.4. Praxismarketing und Patientenansprache
4.4.3. Patienteninformation
4.4.3.4. Informationen zu den Festzuschüssen

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

4.4.3.5. Zahnersatz ist steuerlich absetzbar

Zahnersatz ist steuerlich absetzbar

Patienten müssen in den meisten Fällen Zuzahlungen aus eigener Tasche leisten, um Zahnersatz zu erhalten. Die Entscheidung für hochwertigeren Zahnersatz fällt dann leichter, wenn man den Fiskus an den Kosten beteiligen kann:

Grundsätzlich können Steuerpflichtige **Aufwendungen für außergewöhnliche Belastungen** steuerlich geltend machen. Dazu gehören beispielsweise Aufwendungen für Heilbehandlungen wie für Zahnersatz, Gebissprothesen, Kronen, Füllungen etc.

Neben den Behandlungskosten, d. h. Zahnarzthonorar und Material, kann der Patient die Kosten für die Fahrt zur Zahnarztpraxis mit 0,30 Euro pro gefahrenen Kilometer steuerlich geltend machen. Ferner sind auch eventuell anfallende Finanzierungskosten, die in Zusammenhang mit der zahnärztlichen Behandlung stehen, als außergewöhnliche Belastung steuerlich absetzbar.

Allerdings wirken sich nicht alle Aufwendungen für außergewöhnliche Belastungen steuerlich aus, die ein Steuerpflichtiger im Kalenderjahr bezahlt hat:

Zum einen mindern Erstattungen für Zahnbehandlungskosten und Zahnersatz (z. B. Zahlungen der Gesetzlichen Krankenkasse, einer privaten Krankenversicherung oder einer Beihilfestelle bei Beamten), auch wenn sie erst in späteren Zeiträumen ausgezahlt werden, die abziehbaren Heilbehandlungskosten. Zum anderen zieht das Finanzamt bei der Steuerberechnung einen »zumutbaren Eigenanteil« ab. Die nicht abzugsfähige zumutbare Belastung ist stufenweise zu berechnen. Es wird lediglich der Teil des Gesamtbetrags der Einkünfte, der den im Gesetz genannten Stufengrenzbetrag übersteigt, mit dem jeweils höheren Prozentsatz belastet.

	<15.340 €	**<51.130 €**	**>51.130 €**
Ledig ohne Kinder	5 %	6 %	7 %
Verheiratet ohne Kinder	4 %	5 %	6 %
Mit 1–2 Kindern	2 %	3 %	4 %
3 und mehr Kinder	1 %	1 %	2 %

Beispiel:

Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (keine sonstigen Einkünfte)	150.000 €
Gesamtbetrag der Einkünfte	150.000 €
Krankheitskosten einschließlich Zahnbehandlung (nicht erstattet)	20.000 €
Zumutbare Eigenbelastung (verheiratet, 2 Kinder)	– 6.000 €
- Bis 15.340 €: 2 %	307 €
- 15.340 € – 51.330 €: 3 %	1.080 €
- 51.330 – 150.000 €: 4 %; 3.947 €, macht zusammen	5.334 €
Abzugsfähige Krankheitskosten: 20.000 € – 5.334 €	14.666 €

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

4.4.3.6. Gegen Parodontitis hilft nur Vorsorge

Gegen Parodontitis hilft nur Vorsorge

Im Mund ist es feucht und warm und es gibt viele Nischen, die eine perfekte Zahnreinigung erschweren – ein idealer Lebensraum für Mikroorganismen und Bakterien. Hochproduktive Belag bildende Bakterien und ihre Stoffwechselprodukte sind der Hauptgrund für die Entstehung von Parodontitis, der Entzündung des Zahnhalteapparates.

Meist bleiben die Anfänge von Parodontitis unbemerkt. Besonders in Zeiten mit erhöhter beruflicher oder privater Stressbelastung neigen die Menschen zu flüchtiger Mundhygiene, die vermehrte Plaque-Ablagerungen begünstigt. Kommt eine mechanische Überlastung des Zahnhalteapparats hinzu, zum Beispiel durch Zähneknirschen, kann das zu Parodontitis und Zahnbettzerstörungen mit der Folge Zahnverlust führen. Chronische Entzündungen des Zahnhalteapparates begünstigen auch Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems.

Deshalb sind regelmäßige Vorsorge-Untersuchungen unverzichtbar. Eine beginnende Parodontitis kann so in den meisten Fällen gestoppt und ausgeheilt werden. Der Zahnarzt untersucht mit Hilfe genormter Messsonden die Zahnfleischtaschen darauf, ob Plaque-Ablagerungen oder sogar schon Entzündungsfolgen wie Zahnfleischbluten oder vertiefte Zahnfleischtaschen vorhanden sind und kann so millimetergenau beginnende Veränderungen feststellen. Damit Parodontitis keine Chance hat, sollten weiche Plaque und harte Zahnbeläge regelmäßig durch professionelle Zahnreinigung entfernt werden.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

4.4.3.7. Rauchen gefährdet die Mundgesundheit

Rauchen gefährdet die Mundgesundheit

Rauchen ist gesundheitsschädlich. Das ist hinlänglich bekannt. Aber wissen Sie auch, dass der blaue Dunst Ihrer Mundhöhle massiv schadet? Ihre Mundgesundheit wird durch Zigarettenqualm auf vielfältige Weise angegriffen. Deshalb ist es absolut empfehlenswert, dieses unschöne Laster auch um der Zähne willen aufzugeben.

Die Vorteile sprechen für sich: Wenn Sie mit dem Rauchen aufhören, verringern Sie maßgeblich Ihr Risiko, an Parodontitis, Knochenabbau und natürlich an Mundhöhlenkrebs zu erkranken. Das Nervengift Nikotin schädigt die feinen Blutgefäße im Zahnfleisch und führt zu einer Unterversorgung mit Sauerstoff und Nährstoffen. Das Zahnfleisch verliert dadurch an Widerstandskraft und wird anfällig für Bakteriengifte und Entzündungen.

Je früher Sie mit dem Rauchen aufhören, desto besser: Es dauert fünf bis zehn Jahre, bis das Risiko der Erkrankung an Mundhöhlenkrebs beinahe wieder auf dem Stand von Nichtrauchern gefallen ist. Das Zahnfleisch hingegen erholt sich schon innerhalb eines Jahres nach dem Rauchstopp.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

4.4.3.8. Einwilligung zur Implantation

Einwilligung zur Implantation

Hiermit bescheinige ich,

dass ich im Zusammenhang mit der von mir gewünschten und vereinbarten Implantat-Versorgung über Art, Zweck und Hergang der Eingriffes sowie seine wesentlichen Vor- und Nachteile, insbesondere einen möglichen Implantatverlust, mündlich informiert worden bin.

Ich wurde darüber unterrichtet, dass sich unter Umständen während des Eingriffs Änderungen der geplanten Maßnahmen als notwendig herausstellen können. Ich gebe dazu vorsorglich meine Einwilligung.

Insbesondere ist mir bekannt, dass Implantate regelmäßig und besonders sorgfältig gepflegt werden müssen. Die Mundhygiene ist ein wichtiger Faktor zur Erhaltung der Implantate. Ich verpflichte mich zur regelmäßigen Kontrolle. Ferner ist es für mich verständlich, dass eine Gewährleistung für die Implantation nicht möglich ist.

Ich habe keine weiteren Fragen und Aufklärungswünsche und wünsche die Implantatversorgung wie im Heil- und Kostenplan niedergelegt.

Ich weiss, dass für diese Privatleistungen eine Verpflichtung der gesetzlichen Krankenkasse zur Kostenübernahme nicht besteht.

Elmshorn, den _____

_____ _____

Patient Zahnarzt

Der Abdruck erfolgt mit freundlicher Genehmigung des Spitta-Verlages. Das komplette, in Herausgeberschaft von Dr. Susanna Zentai und Dr. K. Ulrich Rubehn erschienene Werk »Der Korrespondenz-Profi« (1 Basiswerk, DIN A 5, ca. 400 Seiten plus 1 CD-ROM) können Sie per Fax unter 0 74 33/95 23 21 zum Preis von 118,00 Euro zuzüglich Versandkosten bestellen.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

4.4.4. Erfolgreich im Web – Onlinemarketing für Ihre Praxis

Onlinemarketing bietet viele Möglichkeiten, Patienten auf verschiedensten Kanälen und Netzwerken direkt anzusprechen. Eine Orientierung über Chancen und Risiken bietet die folgende Aufstellung.

Die Praxiswebsite

Eine Praxiswebsite ist heute ein unverzichtbarer Teil des Praxismarketings. Von einer einfachen Online-Visitenkarte bis hin zur umfangreichen Darstellung von Praxis und Leistungen inklusive Funktionen, die den Ablauf in der Praxis unterstützen – die Möglichkeiten sind unbegrenzt. Umso größer ist jedoch auch die Gefahr, bei allen Überlegungen zu Design und Technik das Wichtigste zu vergessen: den Patienten. Die folgende Übersicht kann somit eine Orientierung für Ihre Planung sein.

Die Patientenansprache
Inhalt und Design der Praxiswebsite müssen sich so wie alle anderen Medien und Marketingaktivitäten an den Bedürfnissen der Patienten orientieren. Definieren Sie daher wichtige Kriterien und erarbeiten Sie gemeinsam mit Ihrer Agentur ein Konzept, diese Bedürfnisse bestmöglich zu erfüllen. Kriterien können sein:

- Welche Informationen benötigen Patienten?
- Nach welchen Kriterien wählt ein Patient seinen Zahnarzt bzw. seine Zahnärztin aus und wie können diese Kriterien positiv betont werden?
- Was sind besondere Stärken oder Schwerpunkte der Praxis und werden diese ausreichend kommuniziert? Ist das Leistungsangebot verständlich und übersichtlich dargestellt?
- Wie kann die Website Abläufe in der Praxis vereinfachen? Welche Funktionen sind zu vermeiden, da sie im Praxisalltag nicht ausreichend betreut werden können. Die Möglichkeit einer Online-Terminvereinbarung kann auf den ersten Blick attraktiv wirken, fordert jedoch auch personelle bzw. technische Voraussetzungen, um eingehende Terminwünsche kurzfristig zu bedienen.
- Was hemmt Patienten und wie kann eine Website zur Aufklärung beitragen?
- Ist es notwendig, aktiv Vorurteilen, Ängsten oder finanziellen Hürden zu begegnen?
- Erfordert die Patientenstruktur oder die Lage der Praxis eine mehrsprachige Website? Ist die kulturelle Zusammensetzung der Patienten zu berücksichtigen?

Führen Sie sich dabei immer wieder vor Augen, dass Ihre Website nicht für Sie selbst, sondern für Ihre Patienten bestimmt ist.

Das Design
Das Design der Website kommuniziert den Charakter Ihrer Praxis. Hierüber lassen sich Modernität, Wärme, Kompetenz oder Innovation vermitteln. Beim Design gilt jedoch ganz besonders, dass Ihre Website in erster Linie Ihre Patienten ansprechen muss – nicht Sie selbst oder Ihre Mitbewerber. Daher sind vorab Überlegungen zur Zielgruppe der Praxis unerlässlich.

Es ist wichtig, dass Sie sich selbst mit Ihrem Onlineauftritt bestmöglich identifizieren können, jedoch sollten Ihre persönlichen Vorlieben nicht den alleinigen Ausschlag hinsichtlich wichtiger Kriterien wie Farb- oder Schriftwahl, Darstellung und Ausführung der Inhalte geben. Fordern Sie hier eine neutrale und beratende Rolle Ihrer Agentur, die Ihre Wünsche berücksichtigt, jedoch auch auf Schwächen und Risiken hinweist und sinnvolle Alternativen aufzeigt.

- Mut zur Einfachheit: Informationen sind gut, müssen jedoch übersichtlich und relevant bleiben.
- Farbgestaltung: funktional, diskret, sauber – so wie Ihre Praxis
- Sorgen Sie für eine freie Erreichbarkeit der Seite. Sie sollte ohne Zusatzsoftware und über jeden Browser/jedes Gerät problemlos aufrufbar sein.
- Verzichten Sie auf nicht relevante Introseiten, bieten Sie stattdessen einen direkten Zugriff auf die wichtigsten Themen Ihres Onlineangebotes.

Technische Umsetzung
Grundsätzlich können Sie bei der Umsetzung einer Website zwischen einer statischen Website oder einem Content Management System (CMS) wählen. Die Wahl wird meist darüber bestimmt, ob es sich um kleinere oder temporäre Microsites wie z. B. Aktionsseiten handelt oder eine umfangreiche Seite geplant ist.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 02/2017

Statische Websites
Statische Websites sind nur bei »Web-Visitenkarten«, d. h. Websites mit sehr geringem Umfang an Unterseiten und ohne regelmäßige Aktualisierungen, sinnvoll. Sie sind in der Erstellung zwar günstiger als die datenbankbasierte Lösung eines CMS, Änderungen sind jedoch nur mit entsprechendem Fachwissen und/oder spezieller Software möglich. Zudem steigen die Kosten bei regelmäßigen Aktualisierungen. Anpassungen der Seitenstruktur sind aufwändig und fehleranfällig. Planen Sie die Neuerstellung oder den Relaunch Ihrer Praxiswebsite, ist eine statische Website in der Regel keine geeignete Wahl.

Content Management Systeme
Bei einem CMS handelt es sich um eine Software, mit der Webinhalte redaktionell ohne Programmierkenntnisse gepflegt und erstellt werden können. Die Software wird hierbei üblicherweise direkt auf dem Webserver installiert. Zur Pflege der Seite wird in der Regel nicht mehr benötigt als ein aktueller Webbrowser. Dadurch ist die Pflege auch unabhängig von Zeit und Ort möglich.

Etablierte Content Management Systeme sind z. B.
- TYPO3
- Wordpress
- Drupal
- Joomla

(Stand 2016)

Zu unterscheiden sind die o.g. lizenzkostenfreien von kommerziellen, lizenzkostenpflichtigen Systemen, bei denen regelmäßige Kosten alleine für den Einsatz des Systems entstehen. Die Wahl des passenden CMS ist von Anforderungen wie
- Nutzerverwaltung und Rechtevergabe
- Lokalisierungen und Übersetzungen
- Erweiterungsmöglichkeiten und Skalierbarkeit
- Schnittstellen, beispielsweise zur Praxissoftware
- Support durch die Agentur
- Sicherheit, Updates und Upgrades

abhängig zu machen. Agenturen sind oftmals auf bestimmte Systeme spezialisiert, lassen Sie sich hier die Vorteile und Nachteile des geplanten Systems vorstellen.

Einige Vorteile beim Einsatz eines CMS:
- Selbstständiges Editieren und Anlegen der Inhalte im sog. »Backend«
- Kostenreduktion im Betrieb, da für allgemeine Aktualisierungen der Inhalte kein Agentureinsatz notwendig ist
- Zugriff von überall möglich, dies motiviert zu hohen Aktualisierungsraten

Zu den Nachteilen eines Content Management Systems zählen
- ein höherer initialer Aufwand
- höhere Anforderungen an den Webserver
- die Sicherheit muss durch permanente Updates gewährleistet werden

Mobile Endgeräte
Die Anzahl unterschiedlicher Endgeräte und insbesondere mobiler Zugriffe nehmen zu. Websites werden heute auf
- Desktop-Rechnern
- Tablets
- Smartphones
- TV/Beamer
- Smartwatches

dargestellt. War es vor einigen Jahren noch üblich, getrennte Websites für Desktop und mobil auszuliefern, ist heute das sog. »Responsive Design« ein zielführender Weg. Hierbei passt sich die Website dynamisch dem zur Verfügung stehenden Raum des jeweiligen Gerätes an.

Die Darstellung auf mobilen Geräten ist heute unerlässlich. Seiten, welche Inhalte nicht mobilgerecht ausliefern, verlieren zunehmend die Akzeptanz bei Nutzern, zudem werden sie im Suchmaschinenranking abgewertet.

Soziale Netzwerke

Soziale Netzwerke wie Facebook, Twitter oder YouTube spielen im Privaten für viele Menschen eine wichtige Rolle. Aber können sie auch eine sinnvolle Ergänzung des Praxis-Onlinemarketings sein?

Bekannte soziale Netzwerke
- Facebook & Google+: Netzwerke mit Newsfeed, Terminen und Unternehmensseiten
- XING: Business-Netzwerk für professionelle Nutzer
- Twitter: Kurznachrichten
- Instagram: Foto-Netzwerk
- YouTube: Video-Netzwerk

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 02/2017

- Pinterest: Netzwerk für Inspirationen/Ideen, das über Lesezeichen Verknüpfungen zu Websites erstellt

Aktivitäten in sozialen Medien haben grundsätzlich auch Auswirkungen auf die Relevanz in Suchmaschinen wie Google oder Bing. Dennoch ist der Einsatz von sozialen Medien im Praxisalltag immer kritisch zu hinterfragen, um eine negative Wirkung durch fehlende Planung, qualitativ nicht ausreichende Beiträge oder zu langsame Reaktionszeiten zu vermeiden.

Redaktionelle Planung
Im Praxisalltag sind oftmals keine Ressourcen vorhanden, permanenten Nachschub an interessanten Artikeln für soziale Netzwerke zu gewährleisten. Das Ergebnis ist in vielen Fällen eine mit veralteten Artikeln oder unspezifischen »Notbeiträgen« versehene Praxisdarstellung.

Erarbeiten Sie daher eine sog. »Redaktionsplanung«, in der Sie die Themen und Beiträge für einen bestimmten Zeitraum – beispielsweise ein Quartal – im Vorfeld definieren und ausarbeiten. Über ein automatisiertes, zeitgesteuertes Veröffentlichen ist somit dann das regelmäßige Aktualisieren gesichert. Präsentieren Sie sich zudem authentisch, soziale Netzwerke sind nicht der richtige Ort für übermäßige »Corporate Language«.

Verantwortung
Sensibilisieren Sie das Praxisteam für seine Aktivitäten in den sozialen Medien. Definieren Sie Verantwortlichkeiten, um auf eingehende Anfragen oder Kommentare schnell und professionell zu antworten.

Ist Ihre Praxis bereit?
Bei allen Chancen, die die sozialen Netzwerke für Ihre Praxis bieten – Sie gehen auch ein gewisses Risiko ein. Rechnen Sie damit, dass Sie auch negatives Feedback oder kritische Antworten auf Beiträge erhalten werden, und erarbeiten Sie eine Strategie, wie Sie damit umgehen werden.

Facebook & Co. werden zu einem Teil Ihrer Außendarstellung und erfordern permanente Aufmerksamkeit und Reaktion. Können Sie dies im Praxisalltag nicht leisten, ist es oftmals sinnvoller, auf eine Darstellung der Praxis in sozialen Netzwerken zu verzichten oder einen Dienstleister mit Planung und Platzierung von Beiträgen zu beauftragen.

Bewertungsportale

Der mündige Patient – er ist Chance und Risiko zugleich. Auf Bewertungsportalen wie z. B. jameda wird konstruktiv bewertet, aber auch allen Frustrationen über Behandler oder Behandlung freien Lauf gelassen. Hier ist es wichtig, dass die Praxis eine Strategie erarbeitet, wie mit Lob und Kritik umzugehen ist.

Chancen
- Transparenz schafft Vertrauen.
- Konstruktives Feedback kann die Abläufe in der Praxis verbessern, um Anforderungen der Patienten zukünftig zu berücksichtigen.
- Mit guten Bewertungen werben (»Die besten Werber sind zufriedene Kunden«)
- Mit sachlichem Umgang bei negativen Kritiken punkten
- Integration in Website möglich

Risiken
- Schlechte Bewertungen – gerechtfertigt oder nicht – sind für alle Besucher des Portals einsehbar und können das Image der Praxis oder des Arztes/der Ärztin mitbestimmen.
- Die wenigsten Patienten verfügen über die fachliche Kompetenz einer objektiven Bewertung der Behandlung oder des Behandlers. Bewertungen sind somit in den meisten Fällen rein subjektiv und von Emotionalität geprägt. Probleme, wie eine zu lange Wartezeit, können die gesamte Bewertung entscheidend beeinflussen.
- Wettbewerber können durch falsche Bewertungen die Benotung manipulieren.

SEO (Suchmaschinenoptimierung)

Der weite Begriff der Suchmaschinenoptimierung beschreibt Tätigkeiten und Maßnahmen, welche eine Steigerung der Relevanz der Website in den Suchergebnissen der Suchmaschinen zum Ziel haben. Diese können
- OnPage (d. h. auf der betreffenden Website selbst) oder
- OffPage (auf fremden Websites, z. B. Branchenverzeichnissen)

stattfinden. Eine gute Position in Suchmaschinen ist wichtig, da sich Patienten heute relevante Informationen aus eigenem Antrieb selbst beschaffen. Zudem

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 02/2017

entfällt der überwiegende Teil aller Klicks auf Google auf die Suchpositionen 1 bis 3. Ergebnisse auf Seite 2 werden von den Nutzern in der Regel als nicht relevant angesehen. Trotz des Wettbewerbs um die vorderen Rankingpositionen ist die Suchmaschinenoptimierung immer noch eine sehr gute Möglichkeit, lokale Unternehmen zu bewerben.

SEO: Wie finde ich den richtigen Dienstleister?
Die Angebote von Dienstleistern im Bereich der Suchmaschinenoptimierung sind oftmals schwierig zu bewerten. Die folgende Auflistung kann als Orientierungshilfe bei der Wahl einer geeigneten Agentur dienen:

- Seriöse Anbieter versprechen nicht Platz 1 oder 2, sondern setzen konkrete Ziele auf spezielle Keywords, mehr Traffic oder mehr Conversions.
- Seriöse Anbieter sehen von massenhaftem Linkkauf ab, denn diese Maßnahmen sind von den Suchmaschinen unerwünscht. Verstöße führen zu Abwertungen bis hin zum Ausschluss aus den Suchergebnissen.
- Seriöse Anbieter nutzen nur »White Hat SEO«: keine Tricks, sondern nur von Google geduldete Methoden
- SEO hängt mit vielen technischen und inhaltlichen Faktoren zusammen, daher ist ständiges Monitoring unerlässlich.

Der Inhalt zählt

- SEO ist nur eine Hilfestellung zum richtigen Einsatz einer Website.
- Ohne guten Content ist SEO nur begrenzt sinnvoll – was der Content nicht leistet, können Metainformationen nicht korrigieren.
- Texte und Wording müssen vom ersten Tag eines Projektes auf die Zielgruppe und deren Suchgewohnheiten abgestimmt sein.

SEA (Suchmaschinenwerbung)

Betreiben Sie Suchmaschinenmarketing, werden die von Ihnen erstellten Anzeigen bei relevanten Suchanfragen in den Suchergebnissen eingeblendet. Ein bekanntes Beispiel ist AdWords von Google. Die Anzeigen erscheinen auf Wunsch auch in einem sog. Display-Netzwerk, d. h. auf Webseiten, welche selbst entsprechende Anzeigen einblenden lassen.

Die Vorteile

- Geringe Streuverluste, da thematisch und regional gut abgrenzbar
- Kosten entstehen nur, wenn auf die Anzeige geklickt wird. Für das Einblenden der Anzeige entstehen keine Kosten.
- Budget über Limits gut steuerbar, somit volle Kostenkontrolle
- Optimale Planung der Kampagnen und Anzeigen ermöglicht einen hohen Return-on-Investment, da Anzeigen zielgruppengerecht ausgeliefert werden.
- Umfangreiche Analysemöglichkeiten ermöglichen die permanente Überwachung und Korrektur der laufenden Kampagnen.
- Gute AdWords-Kampagnen beeinflussen zusätzlich das organische Suchmaschinenranking.

Tim Christian Hühner
Geschäftsführer akenzo GmbH & Co. KG
www.akenzo.de

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 02/2017

4.5. Kann ich als Zahnarzt Fördermittel nutzen und wofür?

Es existiert eine Fülle von Informationen über Fördermittel für bestehende Praxen oder Existenzgründer, die zu sichten und zu sortieren Geduld und Nerven erfordern. Die größte Hürde stellen der Antragsprozess und der nicht vorhandene Überblick dar. Fördergelder ob von der EU, Deutschland oder den einzelnen Bundesländern sind oft unübersichtlich, sodass hier ohne entsprechende Einarbeitung und Erfahrung kaum ein Durchkommen ist.

Doch die Mühe lohnt sich!

Von der Existenzgründung bis hin zur Organisations- und Entwicklungsberatung bestehen hier vielseitige Möglichkeiten nicht nur während der Niederlassung. Die derzeitig etwa 1.700 Förderprogramme für kleine und mittelständische Unternehmen bieten ein breites Spektrum, um als niedergelassener Arzt oder Zahnarzt daran zu partizipieren. Die Fördermöglichkeiten sind oftmals regional verschieden, dies sollte Sie aber nicht davon abhalten, sich der Thematik anzunehmen.

Im Folgenden werden exemplarisch kurz Förderprogramme vorgestellt, die für Sie von Belang sein können, vor allem im Bereich der Reorganisation, Existenzgründung, Personalentwicklung und Prozessoptimierung.

Gründungsberatung

Im Rahmen der Existenzgründung können Neuunternehmer Förderprogramme während der Gründungsphase nutzen und entstehende Kosten für die Beratung durch Fachanwälte, Steuerberater und Finanzdienstleister bezuschussen lassen. Die wohl bekannteste Förderinstitution an dieser Stelle ist die KfW-Bank, die geförderte Kredite zur Verfügung stellt.

Im Bereich der Existenzgründungsberatung ist die Höhe der Förderung abhängig vom gezahlten Honorar und der Form der Zusammenarbeit. Generell werden Beratungsleistungen gefördert, die die professionelle Ausarbeitung eines Businessplanes, einer Standortanalyse und eines Finanzierungskonzeptes für die Existenzgründung unterstützen.

Im Allgemeinen können bis zu 50 Prozent der Beratungskosten durch das Land übernommen werden. Hierbei gibt es Möglichkeiten, die Förderung bis auf max. 80 Prozent zu erhöhen (maximale Förderung: 1.280,– €).

Für die Existenzgründung und Niederlassung sind dies Möglichkeiten, Beratungskosten zu senken und sich externe Expertise fördern zu lassen. Das stärkt das Fundament Ihres neuen Unternehmens, vermindert Unsicherheit und schafft Transparenz.

Beratung in bestehenden Unternehmen

Auch bestehende Zahnarztpraxen können Fördergelder für zukünftige Investitionen oder Beratungsdienstleistungen in Anspruch nehmen. Die Mittel werden allerdings selten ausgenutzt, da der Antragsprozess als zu komplex gilt und die Informationen über Fördermöglichkeiten nicht transparent kommuniziert werden.

Für bereits bestehende Unternehmen mit weniger als zehn Mitarbeitern gibt es bspw. die Möglichkeit, vom Programm »unternehmensWert:Mensch« zu profitieren. Diese Initiative unterstützt maximal zehn Beratungstage mit bis zu 80 Prozent im Bereich der zukunftsgerechten Personalpolitik. Beratungshonorare bis zu einem Tagessatz von 1.000,– € können in diesem Programm abgebildet werden. Hierunter fallen bspw. Beratungsleistungen in den Bereichen Personalführung, Chancengleichheit & Diversity, Gesundheit, Wissen & Kompetenz. Hieraus ließen sich Maßnahmen im Bereich des betrieblichen Gesundheits-, Prozess- und Weiterbildungsmanagements ableiten, von denen Sie und Ihre Angestellten profitieren können.

Mit Bedacht auf die zunehmende Bedeutung ein fachkompetentes und funktionierendes Team im Rücken zu haben, sind Maßnahmen im Bereich der Arbeitgebermarkengestaltung ein wichtiger strategischer Faktor geworden. Das Personal stellt nicht nur einen der größten Kostenpunkte dar, es ist als verlängerter Arm des Arztes zu verstehen und kann somit über Gunst und Missgunst der Patienten bis hin zur Profitabilität einzelner Bereiche entscheiden. Zudem

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2020

erhöht eine steigende Fluktuation das Risiko für ineffiziente Prozesse und Fehler sowie erhöhte Einarbeitungskosten. Mittelständische Unternehmen zwischen zehn und 250 Mitarbeitern können analog zu kleinen Einheiten (<10 Mitarbeiter) skalierte Programme nutzen, um Beratermandate in einem ähnlichen Modell zu initiieren. Bezuschusst werden hier bis zu zehn Beratertage mit prozentualer Beteiligung und den Schwerpunkten Arbeitsorganisation, Kompetenzentwicklung, demografischer Wandel, Digitalisierung und Gesundheit.

Im Weiteren gibt es viele andere Möglichkeiten, Fördergelder in der Entwicklung der eigenen Zahnarztpraxis zu nutzen. Ob vom Bundesamt für Wirtschaft und Ausfuhrkontrolle, die auch für KMUs/Selbstständige und Freiberufler die Förderung unternehmerischen Know-hows bezuschussen, bis hin zu Fördermitteln für Unternehmen, die Krisensituationen oder Wachstum meistern müssen.

Fazit

Viele Zahnarztpraxen sind sich über das Potenzial und die Möglichkeiten vieler Förderprogramme nicht im Klaren und lassen so Finanzierungs- und Investitionsmittel ungenutzt liegen. Fragen Sie als Zahnarzt Experten, die Sie über Fördermaßnahmen informieren, beraten und bei den Anträgen für Fördergelder helfen.

Jan Siol
www.auxmed.de

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2020

4.6. Praxisbegehung

Wenn die Praxis ein Schreiben mit der Ankündigung einer Praxisbegehung erhält, sollte man im Vorfeld bereits einige Dokumente vorbereitet haben:

1. Dokumente der Hygiene-Qualitätssicherung

a. Hygieneplan
b. Praxisorganigramm
c. Stellenbeschreibung für Hygiene- und Aufbereitungstätigkeiten der Mitarbeiter
d. Einstufung und Risikobewertung der Medizinprodukte
e. Herstellerinformation über Medizinprodukte-Aufbereitung
f. Unterweisungen der Mitarbeiter in Arbeitsschutz, Arbeitsmedizin, Unfallverhütung, Biostoffe, Gefahrstoffe, Hygiene etc.)
g. Freigabeberechtigung der Mitarbeiterinnen
h. Personenbezogenes Fortbildungskonzept der Mitarbeiterinnen
i. Standardarbeitsanweisungen für die Aufbereitung von Medizinprodukten

Es ist ratsam, diese Dokumente vorher laufend zu erstellen, da kurz vor einer Begehung der Arbeitsumfang zu groß wäre.

Darüber hinaus sollte insbesondere bei der infektionshygienischen Begehung auch auf weitere Punkte geachtet werden wie:

– Umkleideräume: getrennte Aufbewahrung von Privatkleidung und Arbeitskleidung
– Praxiswäsche: Sammelstelle, Transport, RKI-konformes Waschverfahren, Rücktransport der sauberen Arbeitskleidung in geschlossenen Behältnissen
– Handwaschplatz
– Sanitärräume/Toiletten
– Praxislabor: Waschbecken, Aufbereitung von Abdrücken, einwandfreie Einrichtungsgegenstände
– Behandlungsräume
– Persönliche Schutzausrüstung: Handschutz, Augenschutz, Mund-Nasen-Schutzmaske, ggf. FF2-Maske, technische Regelungen für biologische Arbeitsstoffe
– Abfallentsorgung, insbesondere bei spitzen oder scharfen Gegenständen
– Arzneimittel: Haltbarkeit, Lagerort, separater Kühlschrank für Arzneimittel
– Reinigung: Desinfektion der Flächen
– Trinkwasser: Wasseruntersuchung nach Trinkwasserverordnung
– Naturpflanzen nicht in Funktionsräumen (Behandlung, Aufbereitung, Praxislabor oder Röntgen)
– Keine Stofftiere im Wartezimmer und Funktionsräumen

Hier noch einige rechtliche Aspekte zur Praxisbegehung

Prinzipiell wird unterschieden zwischen regelhafter Begehung mit Vorankündigung und anlassbezogener unangekündigter Begehung. Bei der Ankündigung einer Praxisbegehung liegt häufig je nach Regierungspräsidium ein Fragebogen bei. Zwischen Ankündigung und Begehung liegt meist mindestens ein Monat. Unterlagen, die man vorbereiten sollte, sind u. a. Validierungsberichte. Prinzipiell hat der Praxisinhaber das Recht, für den Begehungstermin zusätzlich zu dem betrauten Personal auch eine weitere Person hinzuzuziehen. Dies könnte ein QM-Fachberater, Rechtsanwalt, Familienangehörige o. Ä. sein. Allerdings ist es den Begehern nicht gestattet, Einblick in Patientenunterlagen zu nehmen. Es empfiehlt sich, als Praxisinhaber selbst die Begehung aktiv mitzubegleiten und nicht an die Mitarbeiterin zu delegieren. Der Praxisinhaber hat bei der Begehung eine Mitwirkungspflicht, wer sich dieser widersetzt, kann mit einem Bußgeld bis max. 25.000,– € belegt werden.

Zum Ende der Begehung erfolgt ein Abschlussgespräch, dem dann ggf. ein Protokoll folgt mit notwendigen Maßnahmen. Bei keinen oder geringfügigen Mängeln kann die Praxis den Praxisbetrieb fortführen. Bei schwerwiegenden Verstößen kann die Behörde eine Untersagungsverfügung aussprechen. Hierbei handelt es sich um einen Bescheid, gegen den Widerspruch eingelegt werden kann. Bei Nichtbefolgung kann Zwangsgeld angedroht werden. Alternativ hierzu kann die Behörde dem Praxisinhaber einen Vertrag anbieten, dass bestimmte Medizinprodukte nicht mehr zur Anwendung gebracht werden, bis erforderliche Maßnahmen umgesetzt sind. Dieser Vertrag ist allerdings für den Praxisinhaber freiwillig.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2020

Wenn die Mängel beseitigt sind, muss dies der Behörde angezeigt werden.

Bei Rechtsfragen zur Praxisbegehung wenden Sie sich bitte an unsere Rechtsberatungshotline.

Für weitere Fragen wenden Sie sich bitte an Ihre Kammer.

Dr. Gudrun Kaps-Richter

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2020

4.7. Die unverkäufliche Praxis

Die unverkäufliche Praxis – ist das wirklich so?

Ihre Praxis hat zwei Behandlungszimmer, liegt im ersten Stock ohne behindertengerechten Zugang, ist eine Einzelpraxis, die mit viel persönlichem Einsatz von Ihnen geführt wird, weil die Auflagen zur Praxisführung immer mächtiger werden, dazu vielleicht in ländlicher Gegend, in die heutzutage kaum mehr jemand ziehen will? Die unverkäufliche Praxis, einerseits das Lebenswerk, andererseits die Patienten und Mitarbeiterinnen, bleibt da nur noch den Schlüssel umdrehen und schließen? Bevor man hier zu schnell aufgibt, warum nicht einmal neue gedankliche Ansätze suchen?

1. **Machen Sie aus einer Einzelpraxis eine Mehrbehandlerpraxis, z. B. eine Berufsausübungsgemeinschaft**
   Zusammenlegen mehrerer Alterspraxen zu einer größeren Mehrbehandlerpraxis mit Einbringung des Patientenstammes und ggf. Material und Inventar.

   Vielleicht sind Sie nicht alleine in der schwierigen Situation, anderen Kollegen in der Region geht es ähnlich. Sei es im Ballungsgebiet oder in der ländlichen Struktur, gehen Sie auf andere Kollegen zu, gerne ist der FVDZ hier bereit, auch begleitend und beratend beim Gespräch zu unterstützen. In einer Mehrbehandlerpraxis wie einer BAG (Berufsausübungsgemeinschaft) kann man die Einrichtung teilen, die Arbeitszeit freier gestalten, die bürokratischen Auflagen auf mehrere verteilen, mehr professionelle Unterstützung für die Praxisführung in Betriebswirtschaft, Hygiene, Digitalisierung des Workflow der Praxisabläufe von extern dazuholen. Auch wenn dies kostet, die Kosten verteilen sich und der Wert ist Gewinn von gewünschter Work-Life-Balance.

   Eine andere Alternative ist, eine kleinere Praxiseinheit als Zweigpraxis einer benachbarten größeren Praxis anzugliedern. Ihre Patienten und Mitarbeiterinnen werden es Ihnen danken.

2. **Regionale und kommunale Unterstützung**
   Falls Sie zusammenlegen möchten, fragen Sie bei der Gemeinde nach, ob zur Sicherstellung der zahnärztlichen Versorgung die Gemeinde größere Räumlichkeiten zur Verfügung stellt oder andere kommunale Unterstützung möglich ist.

   Ortsansässige Industrie, Gewerbe und größere Betriebe brauchen Mitarbeiter. Arbeitsplätze in der Region sind nur attraktiv, wenn Versorgungsstrukturen vorhanden sind. Dazu gehört auch die zahnärztliche Versorgung. Fragen Sie auch hier bei Unternehmen in der Region nach, ob Bereitschaft und Interesse besteht, zu unterstützen. Und sei es nur, dass eine junge Kollegin als Ihre Nachfolgerin einen Platz in der betriebseigenen Kita-Einrichtung erhält. Sagen Sie das einem potenziellen Nachfolger/in.

3. **Residenzpflicht**
   Auch wenn die Praxis im eher ländlichen Raum liegt, die Residenzpflicht am Praxisort besteht in dieser strengen Form nicht mehr. Wenn der Partner im Ballungsgebiet einen Arbeitsplatz hat, ist ein gemeinsamer Wohnsitz im grünen Gürtel durchaus attraktiv. Ob man von dort ins Ballungsgebiet oder in eine ländlich gelegene Praxis fährt, ist vergleichbar, aber häufig betriebswirtschaftlich attraktiver. Sagen Sie dies einem potenziellen Nachfolger/in!

4. **Ausschreibung der Praxis zum Verkauf**
   Neben der klassischen Ausschreibung in Printmedien, über Vermittler oder Depot, gehen Sie neue Wege. Manche Praxis wurde auch schon über das Dentallabor vermittelt. Oder geben Sie das Verkaufsangebot dorthin, wo junge Menschen sich heute eher aufhalten: in die sozialen Netzwerke. Denken Sie vielleicht auch einmal bei der Präsentation weiter als den klassischen »Fünfzeiler«. Machen Sie einige Filmaufnahmen Ihrer Praxis, die unproblematisch in die sozialen Medien eingestellt werden können. Das sticht aus den üblichen Ausschreibungen heraus. Fragen Sie doch auch einmal bei der Gemeinde nach, ob ein Werbefilm aus der Region verfügbar ist, welche Angebote sich in der Region befinden, auch dies kann unproblematisch online gestellt werden und ist deut-

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2020

lich ansprechender als eine Ausschreibung ... Praxis in Grünkraut ... Die abstrakte Vorstellung muss durch konkrete Attraktivität einer Region übertroffen werden.

5. Bio, ökologisch, gesund und nachhaltig
Das ist es, was junge Menschen heute wollen, vor allem junge Familien für ihre Kinder. Wenn dies in der Region gut vorhanden und verfügbar ist, ist dies ein Standortvorteil, den man nicht verschweigen sollte. Vielleicht findet sich auch hier hilfreiches Bildmaterial für die Ausschreibung.

6. Vorteile einer BAG/Mehrbehandlerpraxis
- Gemeinsame Nutzung der Einrichtung
- Freiere Gestaltungsmöglichkeit der Arbeitszeit
- Kollegiale Austauschmöglichkeit, kein Einzelkämpferdasein
- Tätigkeitsschwerpunkte unter einem Dach
- Gemeinsamer Mitarbeiterpool
- Verteilung der Last von Betriebswirtschaft/Ökonomie und der Auflagen zur Praxisführung wie Qualitätsmanagement, Hygiene, Digitalisierung etc.
- Zuführung von professioneller Unterstützung für alle Bereiche der Praxisführung und Mitarbeiterführung: Der FVDZ bietet hier Module und Bausteine zur Erleichterung der Praxisführung, fragen Sie bitte einfach nach und informieren Sie sich.
- Bessere Work-Life-Balance wie Urlaub, Arbeit in Teilzeit, Schwangerschaft und Erziehungszeit etc.

Einige Nachteile gibt es sicher auch, wie z. B. die Einbindung und Einordnung in eine größere Struktur. Das Einzelkämpferdasein gibt sicher mehr Freiheitsgrade, aber Arbeitsbelastung über eigentliche zahnärztliche Tätigkeit hinaus. Wenn die Einzelpraxis schwer verkäuflich ist, denken Sie über die Einbringung dieser Praxis in eine größere Struktur nach. Gerade im Ballungsgebiet sicher eine gute Möglichkeit, die mehr Konkurrenzfähigkeit im Wettbewerb bieten kann.

Der Freie Verband unterstützt Sie auf diesem Wege. Wenn Sie Unterstützung, Beratung oder Hilfe suchen, wenden Sie sich bitte an die Bundesgeschäftsstelle, an die Rechtsberatungshotline oder an die Hotline für Betriebswirtschaft.

Bitte haben Sie Mut und geben Sie nicht zu schnell auf!

Dr. Gudrun Kaps-Richter

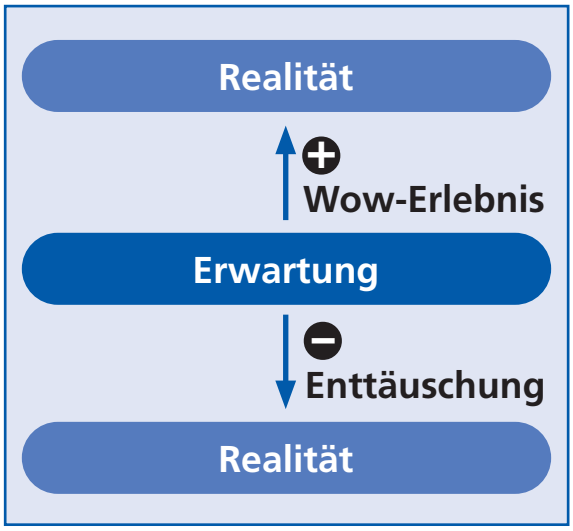
© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2020

4.8. Praxisabgabe – die psychologischen Facetten

1. Das sollten Sie über potenzielle Übernehmer wissen

Ein potenzieller Übernehmer schaut als Erstes auf die Optik der Praxis. Das ist quasi der erste Filter. Er stellt sich also die Frage: Gefällt mir, was ich sehe?

Die Messlatte dafür ist seine Erwartung. Wie stellt er sich seine zukünftige Praxis vor? Sieht sie mindestens so gut wie erwartet aus, kommt die Praxis für ihn in Frage. Sieht sie schlechter als erwartet aus, ist er zunächst einmal enttäuscht. Das muss jedoch noch nicht das Aus für sein Interesse sein. Auch wenn er Ideen hat, wie er die Praxis in Richtung seiner Vorstellungen verändern kann, kann der erste Filter passiert werden.



Wie moderne Praxen aktuell aussehen, können Sie den vielen Zeitschriften der Branche entnehmen. Insofern ist zu erwarten, dass die Erwartung potenzieller Übernehmer sich an den dort vorgestellten Praxen orientiert.

Eine Praxis eines Ihrer Kollegen ist im Stil der 70er-Jahre eingerichtet: Rezeption aus Eiche-Vollholz, im Wartezimmer orange Schalensitze, Nierentisch, Häkeldeckchen, braune Behandlungseinheiten, khakifarbene Schränke in den Behandlungszimmern, auf der Toilette die Ersatzrolle steckt unter dem Rock einer in ein langes Häkelkleid gesteckten Barbiepuppe. Diese Praxis findet sicher nicht auf Anhieb Liebhaber.

Dennoch: In einem Existenzgründerseminar hatte ich von dieser Praxis berichtet, woraufhin eine junge Dame mit leuchtenden Augen sagte »Cool, die Praxis möchte ich sehen. Daraus mache ich etwas ganz Besonderes: modernste Zahnmedizin in historischem Ambiente.«

Auch für dieses Töpfchen gibt es also ein Deckelchen.

Nehmen wir nun an, Filter 1 wäre passiert. Dann wird der Übernehmer die Praxis auch einmal im Betrieb sehen wollen und das Bauchgefühl des Übernehmers ist relevant: Wie empfindet er die Atmosphäre in der Praxis? Fühlt er sich dort wohl?

Und da spielen viele unterschiedliche Faktoren hinein: Wie geht das Team miteinander um? Wird miteinander gescherzt und gelacht? Oder ist man bierernst, keift sich an oder es herrscht sogar Grabesstille? Wie sympathisch ist ihm das Team? Wie wirken die Abläufe in der Praxis? Läuft alles seinen geregelten Gang und wirkt das ganze Team gelassen und ruhig? Oder wirkt es ein wenig chaotisch, hektisch und nervös?

Im jeweils ersten Fall ist die Atmosphäre angenehmer als im zweiten. Allerdings liegt die Bewertung der Atmosphäre im Auge des Betrachters. Und da gilt: Wahrnehmung ist immer subjektiv. Es kommt also ganz entscheidend auf die Persönlichkeit des potenziellen Übernehmers und seine Erfahrungen an. Je ähnlicher er Ihnen ist, desto eher wird er sich in demselben Umfeld wie Sie wohlfühlen.

Nehmen wir an, dass auch Filter 2 passiert wird. Erst dann wird der potenzielle Übernehmer sich für die Praxiszahlen und das Preis-Leistungs-Verhältnis interessieren: Kann er sich diese Praxis leisten und wird er in der Lage sein, die Praxis selbst erfolgreich führen zu können?

Von Vorteil ist es hier, wenn der potenzielle Übernehmer schon in der Praxis gearbeitet hat, dann kann er das viel besser einschätzen. Wenn Sie in diesem Fall auch stetig darauf hinarbeiten, den potenziellen Übernehmer in die Praxisführung sukzessive einzubinden, werden die ganzen »Abers«, die der potenzielle Übernehmer im Kopf hat und die ihn bislang von einer Praxisübernah-

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2022

me abgehalten haben, Stück für Stück verschwinden und er wird es sich zutrauen, die Praxis selbst erfolgreich führen zu können.

Vielleicht fragen Sie sich, warum wir uns über die Situation des potenziellen Übernehmers Gedanken machen. Wie immer, wenn Sie ein Objekt an den Mann bringen wollen, gilt: Der Wurm (Ihre abzugebende Praxis) muss dem Fisch (dem potenziellen Übernehmer) und nicht dem Angler (Ihnen) schmecken.

Sie sehen Ihre Praxis naturgemäß mit Ihren eigenen Augen und haben all die Zeit, viel Geld und Nerven in die Praxis investiert. Dadurch hat die Praxis für Sie einen hohen individuellen Wert. Je klarer Sie sich darüber sind, dass ein potenzieller Übernehmer einen völlig anderen Blick auf Ihre Praxis hat, desto einfacher wird es für Sie, gelassen mit vielleicht sogar strategisch eingesetzten Abwertungen Ihres Lebenswerks (das kann ja den Preis senken, wenn ein potenzieller Übernehmer immer alles schlechtredet) umzugehen.

2. Darüber sollten Sie sich unbedingt vorab Gedanken machen

Bevor Sie sich dazu entschließen, Ihre Praxis abzugeben, sollten Sie mit sich selbst in Klausur gehen. Um die dafür notwendige Muße und Zeit zu haben, ist es zielführend, das an einem Ort fernab Ihres Alltags zu tun, idealerweise an einem Ort, an dem Sie sich wohlfühlen, an dem Sie entspannt sind und sich auf die Klausur fokussieren können. Stellen Sie sich dort dann die Fragen: Was wollen Sie wirklich? Was ist Ihr Ziel? Sind Sie wirklich schon bereit für die Praxisabgabe oder können Sie sich doch im entscheidenden Moment nicht von Ihrer Praxis trennen?

Viele Praxisabgaben sind genau deswegen im entscheidenden Moment geplatzt und dann haben sowohl Sie als auch Ihr potenzieller Übernehmer bereits viel Zeit in die Detailverhandlungen und Geld für die Vertragserstellung gesteckt. Die Einzigen, die das möglicherweise freut, sind die Rechtsanwälte, die auf Ihr Geld in diesem Fall trotzdem Anspruch haben. Doch auch sie ärgern sich, wenn ihre Arbeit »für die Katz« war.

Insofern ist es wirklich wichtig, dass Sie sich ganz konkret vorstellen, wie es sein wird, wenn Sie die Praxis tatsächlich abgeben. Können Sie wirklich loslassen? Wie wird Ihr Alltag dann aussehen? Mit was werden Sie sich beschäftigen? Aus was Lebensfreude, Befriedigung und was Ihnen immer an Ihrer Arbeit wichtig ist ziehen?

Fragen Sie sich auch, ob Sie wirklich mit der Abgabe komplett aus der Praxis aussteigen wollen oder doch noch in einem gewissen Umfang dort tätig sein wollen. Je klarer Sie Ihr Zielfoto haben, desto klarer können Sie Ihre Zielvorstellung einem potenziellen Übernehmer kommunizieren. Das ist aus Gründen der Fairness wichtig, damit er einschätzen kann, ob er damit umgehen kann und möchte.

Wenn Sie sich darauf verständigen, dass Sie noch eine Weile in der Praxis tätig sein wollen, sollten Sie gemeinsam mit dem Übernehmer klare Spielregeln vereinbaren. Wie erfolgt die Übergabe der Verantwortung in den einzelnen Praxisbereichen? Zu welchen Zeitpunkten? Welche Kompetenzen haben Sie noch als angestellter Zahnarzt?

Je detaillierter die Vereinbarung zwischen Ihnen und Ihrem Nachfolger ist, desto klarer und einfacher wird es für alle Beteiligten. Versäumen Sie klare Absprachen, sind Konflikte vorprogrammiert. Nur in den seltensten Fällen – bei ausgesprochen harmoniebedürftigen Beteiligten – wird es gut gehen. Denn die Erwartungen von Abgeber und Übernehmer werden sich nicht immer decken und dann gibt es reichlich Knirschpotenzial. Zum Beispiel wird das Team, das mit Ihnen als Abgeber eingespielt ist, in vielen Fällen weiter mit allen Belangen bei Ihnen aufschlagen, wenn der Übernehmer ein etwas zurückhaltender Mensch ist, der sich nicht gleich in den Vordergrund spielt. Das macht es ihm schwer, sich in die Chefposition einzufinden. Dadurch wird er unzufrieden, sich in der Situation nicht wohlfühlen und Ihnen dafür die Schuld geben.

Vermeiden Sie das, indem Sie hier klare Absprachen treffen, an die Sie sich in Folge alle auch tatsächlich halten sollten.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2022

Machen Sie sich im Vorfeld auch Gedanken darüber, ob Sie sich vorstellen können, für den Übernehmer Krankheits-, Urlaubs- und Schwangerschaftsvertretungen zu übernehmen. Das ist – insbesondere bei jungen Kolleginnen – ein wichtiges Verkaufsargument, da sie damit wirtschaftliche Probleme durch Praxisausfälle vermeiden können. Das gibt ihnen Sicherheit und wird sie daher darin bestärken, die Praxisübernahme anzustreben.

Überlegen Sie sich also ganz konkret, wie Ihre Zukunft im Idealfall aussehen sollte, und fixieren Sie Ihre Wünsche schriftlich. Dadurch gewinnen Sie Klarheit, die Ihnen eine ebenso große klare Kommunikation mit einem potenziellen Übernehmer ermöglicht. Auch der potenzielle Übernehmer sollte diese Klarheit für sich haben, denn letztlich gilt es, eine Übereinkunft zu treffen, mit der sich beide Kontrahenten am Ende wohlfühlen. Das kann natürlich auch bedeuten, dass Sie an bestimmten Stellen von Ihrem Idealbild abweichen werden. Wenn Sie die dahinterstehenden Bedürfnisse erkennen, wird es für Sie leichter, neue Strategien zu entwickeln, die Ihnen beiden »schmecken« werden.

3. Gehen Sie entspannt an die Nachfolgersuche heran

Angesichts der aktuellen Situation brauchen Sie Geduld, um einen passenden Nachfolger zu finden: Es lassen sich im Durchschnitt jährlich 600 Zahnärzte weniger nieder als vor 2007, dem Jahr, in dem das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz erstmalig die Möglichkeit der Tätigkeit als angestellter Zahnarzt eröffnet hat. Setzen Sie sich selbst nicht unter Druck.

Machen Sie sich klar, dass der durchschnittliche Praxisverkaufspreis bei etwa einem Jahresüberschuss liegt. Wenn Sie also ein Jahr länger arbeiten, haben Sie, wirtschaftlich betrachtet, den Verkaufserlös Ihrer Praxis erarbeitet. Diese Überlegung sollte Ihnen helfen, die notwendige Gelassenheit zu entwickeln.

Tipp: Nutzen Sie die Praxisbörse des FVDZ und der ZA.

4. Sprechen Sie positiv über das Leben als selbstständiger Zahnarzt

Je mehr Sie jungen Kollegen zeigen, welche Vorteile das Leben als selbstständiger Zahnarzt hat, desto mehr junge Kollegen werden den Weg in die Selbstständigkeit finden. Fokussieren Sie dazu in Ihrem Alltag ganz bewusst die Dinge, die Ihnen an Ihrer Selbstständigkeit besonders gut gefallen: z. B. die Freude, wenn Sie einem Patienten das Lachen wiederschenken konnten. Machen Sie sich klar, wofür Sie in Ihrer Selbstständigkeit dankbar sind.

Wir Menschen neigen leider dazu, die schlechten Aspekte unseres Daseins verstärkt wahrzunehmen. Das hat stammesgenetische Gründe, da unsere Vorfahren Gefahren schnell erkennen mussten, um überleben zu können. Insofern sagt Eckhard von Hirschhausen: »In unserer Nation haben wir ein zusätzliches Hirnteil zum Frontal- und Seitenlappen: den Jammerlappen. Wir Deutschen wollen doch gar nicht zufrieden sein.«

Wenn wir nur jammern, können wir andere allerdings nicht von etwas begeistern. Warum sollte ein junger Kollege Ihre Praxis übernehmen, wenn alles doch so furchtbar ist?

Deshalb: Entscheiden Sie sich ganz bewusst, wieder die Freuden der Selbstständigkeit in Ihrem Leben wahrzunehmen und darüber zu sprechen. Das heißt nicht, dass Sie den Schatten, der bei jedem Licht zu sehen ist, ignorieren sollen. Es geht lediglich darum, auch das Licht wieder wahrzunehmen.

Ich persönlich bin davon überzeugt, dass es uns gemeinsam gelingen kann, junge Zahnärzte wieder für die Selbstständigkeit zu begeistern, und lade Sie alle ein, positiv darüber zu sprechen.

Dr. Susanne Woitzik
swoitzik@die-za.de

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2022

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2022

5

5.0. Inhaltsverzeichnis

5.1. Die Rahmenbedingungen

5.2. Das betriebswirtschaftliche Konzept des FVDZ

5.3. Allgemeine Anforderungen an das Finanz- und Rechnungswesen

5.3.1. Grundlagen der Buchhaltung

5.3.2. Das FVDZ-Buchhaltungskonzept

5.3.3. Durchführung der selbst erstellten Buchhaltung

5.3.4. Betriebswirtschaftliche Auswertungen

5.3.5. Aufbewahrungspflicht der Buchführungsunterlagen

5.3.6. Die GoBD und ihre Bedeutung für die Zahnarztpraxis

5.3.7. Belegmanagement

5.3.8. Die digitale Zusammenarbeit mit dem Steuerberater

5.3.9. Ablage der digitalen Buchhaltungsbelege

5.4. Controlling in der Zahnarztpraxis

5.4.1. Durchführung und Instrumente

5.4.2. Honorarkontrolle mit Stundensätzen

5.4.3. Liquiditätsplan

5.4.4. FVDZ control-doc

5.4.5. Kennzahlen Materialkosten

5.5. Finanzierung

5.5.1. Darlehen

5.5.1.1. Darlehensmodalitäten – Mehr Durchblick bei Darlehenskonditionen
5.5.1.2. Vergleich von Darlehensangeboten
5.5.1.3. Tipps zum Umgang mit Banken

5.5.2. Der Lieferantenkredit – eine teure Alternative zum Kontokorrentkredit

5.5.3. Leasing oder Finanzierung

5.6. Investieren – Ja oder Nein?

5.7. Selbstständigkeit und Risikovorsorge

5.7.1. Prolog

5.7.2. Tragbare und existenzielle Risiken

5.7.3. Altersvorsorgeplanung

5.7.4. Welche Versicherungen benötigt der niedergelassene Zahnarzt?

5.7.5. IT-Sicherheit in der Praxis

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

5. Betriebswirtschaft/Finanzen

5.0. Inhaltsverzeichnis

5.8. Grundzüge der Praxiswertermittlung

5.8.1. Nicht oder nur schwer verkäufliche Praxen

5.9. Durchführung der Abrechnung/Zahlungswege/Forderungsmanagement

5.9.1. Einleitung

5.9.2. Electronic Cash/Kartengestützter Zahlungsverkehr

5.9.3. Forderungsmanagement

5.10. Liquiditätsrechnung

5.11. Der Erfolg der Prophylaxeabteilung

5.12. Das erfolgreiche Eigenlabor

5.13. Materialverwaltung und Warenwirtschaft

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

5.1. Die Rahmenbedingungen

Einleitung

Die aktuelle finanzielle Situation der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland ist überaus angespannt. Dies hat zur Folge, dass für ärztliche und zahnärztliche Behandlungen immer weniger Geld zur Verfügung steht. Gleichzeitig hat der medizinische Fortschritt in den vergangenen Jahren eine Vielzahl von Therapiemethoden und Materialien hervorgebracht, die von der GKV nicht mehr finanziert werden können.

Die Patienten haben in ihrer Einstellung gegenüber dem Zahnarzt und den Ansprüchen an eine zahnmedizinische Versorgung in den zurückliegenden 10–15 Jahren ebenfalls eine Wandlung vollzogen. Ärzte und Zahnärzte sind im Verständnis der Patienten keine Halbgötter in Weiß mehr, denen blindes Vertrauen entgegengebracht wird, sondern Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen. Die Patienten erwarten eine für ihre individuelle Situation entsprechende Beratung und hochwertige Therapie. Die reine Kassenleistung – notwendig, zweckmäßig, ausreichend – ist dabei in den meisten Fällen weder für den Zahnarzt noch für den Patienten akzeptabel. Hierzu muss der Patient über hochwertige Leistungsalternativen aufgeklärt werden.

Außervertragliche Leistungen repräsentieren in vielen Fällen zahnärztliche Leistungen, die dem aktuellen Stand der modernen Zahnheilkunde entsprechen. Diese Leistungen sind hochwertig und für den Patienten eine exklusive Versorgung. Da der Patient zu solchen Leistungen motiviert werden muss und diese auch selbst zahlen muss, ist vor Beginn der Behandlung eine intensive Beratung notwendig.

Die Beratung und Motivation gleicht in wesentlichen Punkten einem Verkaufsgespräch, das jeder schon vor dem Erwerb kostenintensiver Konsumgüter erlebt hat. Sicher kennt auch jeder die Situation, in der er nach dem Verkaufsgespräch voller Überzeugung ein Produkt gekauft hat und auch heute noch mit dieser Entscheidung höchst zufrieden ist. Umgekehrt gibt es auch die Situation, dass zwar das Produkt gekauft wurde, aber die Kaufentscheidung im Nachhinein bereut wurde. Den jeweiligen Gesprächen lagen richtige Argumentationen oder fehlerhafte Gesprächsführung zugrunde.

Wichtig ist in jedem Fall, dass Sie die wirtschaftliche Situation Ihrer Praxis und Ihre persönliche finanzielle Situation kennen. Nur dann können Sie im Beratungsgespräch Ihren Patienten die sinnvollen Alternativen einer hochwertigen zahnmedizinischen Versorgung vermitteln. Dieses Kapitel soll Ihnen aufzeigen, wie Sie Ihre persönlichen Rahmenbedingungen ermitteln.

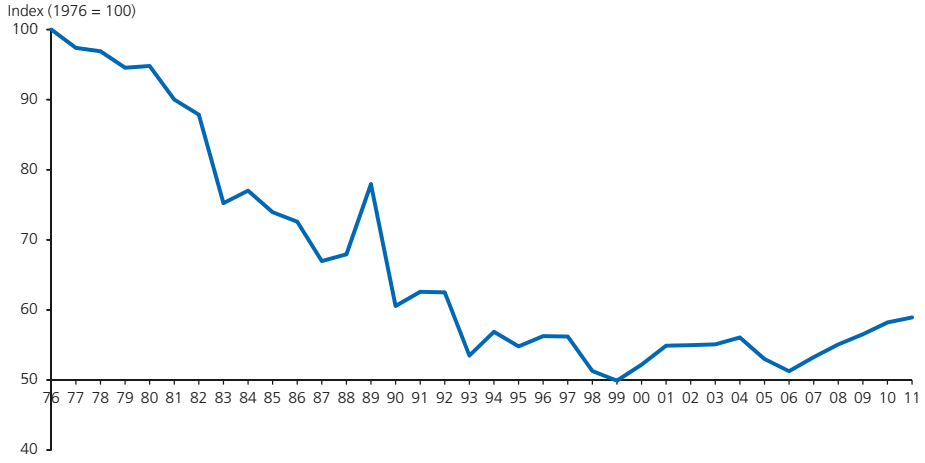
Die wirtschaftliche Situation der Zahnarztpraxen im Zeitablauf

Die von der KZBV gesammelten und veröffentlichten Daten geben einen Eindruck von der wirtschaftlichen Situation der Praxen in Deutschland im Zeitablauf. Hier einige Auszüge aus dem **aktuellen KZBV-Jahrbuch 2012:**

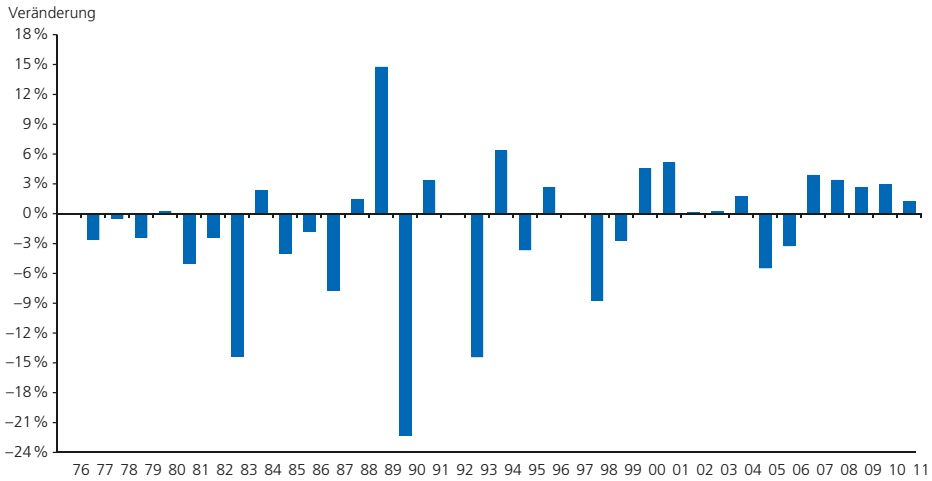
Reale Gewinnminderung um 50 % seit 1976
Der zahnärztliche Einnahmen-Überschuss in den alten Bundesländern ist nominal von 1976 bis heute von umgerechnet 102.500,– € auf 135.400,– € gestiegen. Da im gleichen Zeitraum der Preisindex für die allgemeine Lebenshaltung von 100,0 auf 226,5 % gestiegen ist, bedeutet das eine reale Einnahmen-Überschuss-Entwicklung von 102.500,– € auf 59.800,– €. Im Gegensatz hierzu sind im selben Zeitraum die Bruttolöhne und -gehälter je Beschäftigten real um über 20 % gestiegen.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2013

Realwertentwicklung des zahnärztlichen Einnahmen-Überschusses
1976 – 2011
Alte Bundesländer



Realwertentwicklung des zahnärztlichen Einnahmen-Überschusses
Alte Bundesländer
Jährliche Veränderungsraten

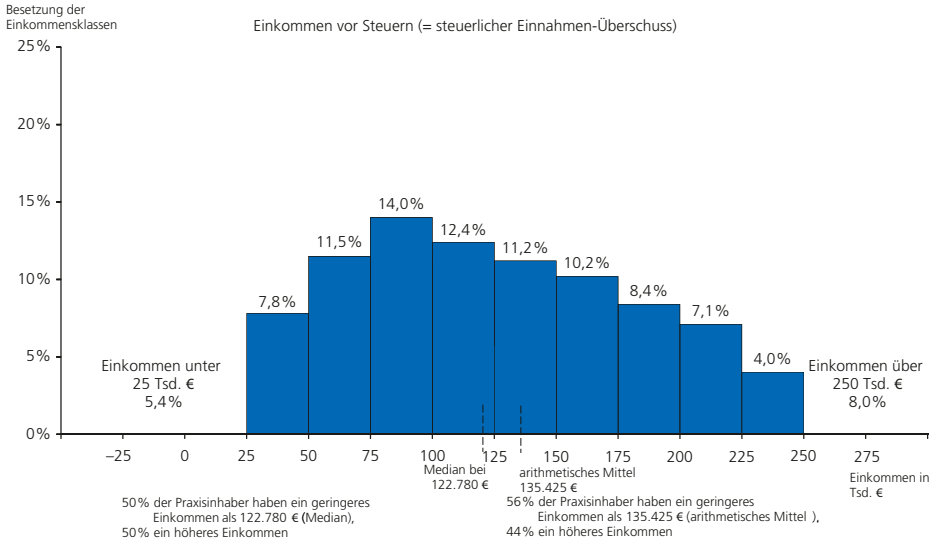


Verteilung der Gewinne aus zahnärztlicher Tätigkeit

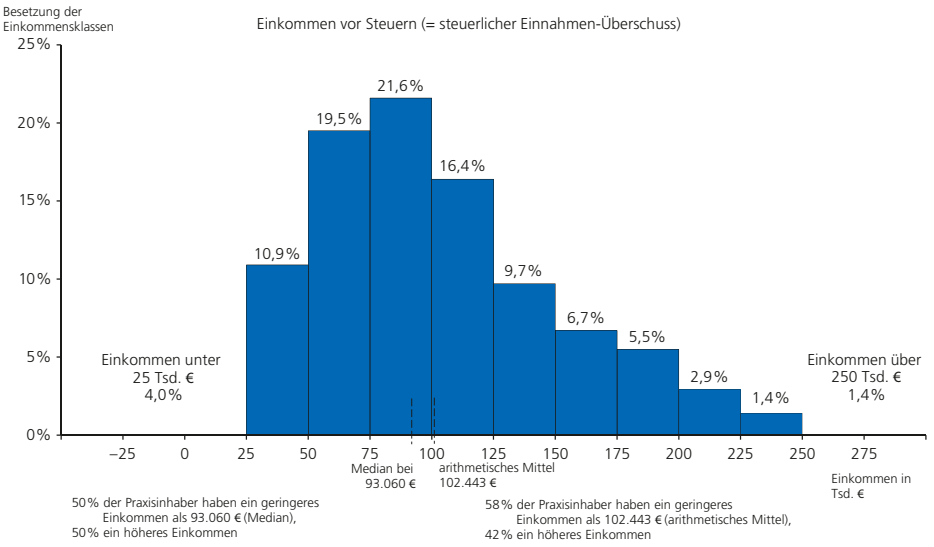
Die Einkommen der Zahnärzte haben eine erhebliche Spannbreite. 35,7 % der Zahnärzte in den alten Bundesländern erzielten 2011 einen Gewinn unter 100.000,– € und 37,7 % einen Gewinn über 150.000,– € bei einem durchschnittlichen Gewinn von 135.425,– €. In den neuen Bundesländern alleine erzielten 56,0 % einen Gewinn unter 100.000,– € und nur 17,9 % einen Gewinn über 150.000,– €, bei einem durchschnittlichen Gewinn von 102.443,– €.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2013

Verteilung des Einkommens der Praxisinhaber nach Größenklassen 2011
Alte Bundesländer



Verteilung des Einkommens der Praxisinhaber nach Größenklassen 2011
Neue Bundesländer



Vergleich mit anderen Facharztgruppen

Der langfristige Rückgang der zahnärztlichen Einkommen dokumentiert sich auch im Vergleich des durchschnittlichen Zahnarzteinkommens mit den Einkommen anderer Facharztgruppen. Während sich das Zahnarzteinkommen 1980 noch im oberen Bereich der Facharzteinkommen bewegte, sank es im Laufe der Jahre (relativ zu den anderen Facharztgruppen) kontinuierlich ab. 2007 – dem letzten Jahr, für das publizierte Vergleichseinkommen der ärztlichen Facharztgruppen vorliegen – lagen die Zahnärzte mit ihrem Einkommen schon im untersten Drittel, nachdem sie zehn Jahre zuvor noch im Mittelfeld lagen.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2013

5. Betriebswirtschaft/Finanzen
5.1. Die Rahmenbedingungen

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2013

5.2. Das betriebswirtschaftliche Konzept des FVDZ

Die Sicherung der freien Ausübung des zahnärztlichen Berufes auf der Basis einer wissenschaftlich fundierten Zahnmedizin ist das zentrale Anliegen des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte. Ausdrücklich hat die Hauptversammlung festgestellt, dass der Freie Verband neben der politischen Interessenvertretung auch die fachlichen und wirtschaftlichen Interessen seiner Mitglieder zu vertreten hat.

Der Bundesvorstand arbeitet intensiv an Konzepten, die die Mitglieder des Freien Verbandes bei den sich verändernden Rahmenbedingungen der Berufsausübung anwenden können, um erfolgreich freiberuflich tätig zu sein. Die Verbesserung des betriebswirtschaftlichen Know-how ist dabei eine ganz wichtige Komponente.

Das betriebswirtschaftliche Konzept des Freien Verbandes wurde in Zusammenarbeit mit dem Vorstand von den Referenten der Buchführungs- und Betriebswirtschaftsseminare auf Basis der langjährigen Beratung von Zahnarztpraxen entwickelt. Es steht unter der Prämisse der Anwendbarkeit für jede Zahnarztpraxis unter Berücksichtigung des knappen Zeitbudgets für Verwaltungsaufgaben.

Situationsbeschreibung

Die freie Zahnheilkunde bedarf des selbstbewussten Auftretens einer deutlichen Mehrheit der Zahnärzte. Selbstbewusstsein bedeutet (nach Wahrigs Deutsches Wörterbuch) sich seines Könnens und seines Wertes bewusst zu sein. Das setzt aber voraus, dass hinsichtlich des Wertes der eigenen Leistungen eine realistische Einschätzung der eigenen betriebswirtschaftlichen Situation, auch im Vergleich mit anderen Berufsgruppen vorgenommen werden kann.

Die freie Berufsausübung bedingt die Kompetenz, betriebswirtschaftliche Sachverhalte sicher zu beurteilen und selbst Entscheidungen über Leistungsumfang, Qualität und Preise zu treffen oder an solchen Entscheidungen mitzuwirken. Wer seinen Standpunkt kennt und sich dessen sicher ist, kann diesen auch glaubwürdig gegenüber den Patienten und der Öffentlichkeit vertreten. Deshalb fördern wir die betriebswirtschaftliche Kompetenz und Eigenständigkeit der Zahnärzte.

Zielsetzung

Das betriebswirtschaftliche Konzept des FVDZ hat folgende Zielsetzungen:

- Die betriebswirtschaftliche Kompetenz des Einzelnen soll gestärkt werden, damit er seine Entscheidungen auf sicherer Grundlage treffen kann.

- Eine auf den zahnärztlichen Berufsstand abgestimmte optimierte Informationsstruktur soll
  - die Beurteilung der eigenen Praxissituation erleichtern,
  - die Vergleichbarkeit zwischen Praxen und Praxisgruppen ermöglichen,
  - die Grundlagen für ein wirksames Praxiscontrolling schaffen.

- Die Fortbildungs- und Unterstützungsmaßnahmen im Rahmen des betriebswirtschaftlichen Konzeptes des FVDZ werden in ihren Inhalten durchgängig auf die zahnärztliche Informationsstruktur abgestimmt, damit die Anwender aus allen Maßnahmen den optimalen Nutzen ziehen können.

- Alle Maßnahmen sollen als Hilfe zur Selbsthilfe gestaltet werden, um die betriebswirtschaftliche Eigenständigkeit der Zahnärzte zu fördern.

Leitsätze zur Informationsstruktur und zum Praxiscontrolling

Zur Sicherstellung der Kompatibilität der Informationen, die dem Praxisinhaber zur Verfügung gestellt werden und zum besseren Verständnis der Grundlagen haben wir die folgenden Leitsätze aufgestellt.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2013

Leitsätze	Erläuterung
1. Zur vollständigen Beurteilung der wirtschaftlichen Lage einer Zahnarztpraxis bedarf es einer steuerlichen, betriebswirtschaftlichen und finanzwirtschaftlichen Betrachtung.	Die Buchhaltung und die Einnahmen-Überschussrechnung wird primär unter steuerlichen Gesichtspunkten erstellt. In diesem Zusammenhang übliche Begriffe/Ergebnisse wie z. B. »Gewinn«, »Gewinnverwendung« sind betriebswirtschaftlich und finanzwirtschaftlich nicht aussagefähig. Hinzutreten muss eine betriebswirtschaftliche Betrachtung der Ertragslage und eine finanzwirtschaftliche Beurteilung der Liquiditätslage einer Praxis.
2. Das Praxiscontrolling benötigt ein Frühwarnsystem. Die Informationen werden deshalb mit einer Kosten- und Leistungsrechnung zeitnah aufbereitet.	Mehr als 95 % der Zahnärzte führen den Jahresabschluss als Einnahmenüberschussrechnung durch. Die Buchhaltung berücksichtigt in diesen Fällen nur die erfolgten Zahlungsvorgänge. Auch im Fall der Bilanzierung wird die korrekte Abgrenzung nur im Rahmen des Jahresabschlusses, also erst mit erheblicher zeitlicher Verzögerung vorgenommen. Die Summe der erbrachten, aber nicht abgerechneten Leistungen wird in der Buchhaltung naturgemäß nicht berücksichtigt. Ein Frühwarnsystem muss die Daten aus der Leistungsstatistik mit den Kosten aus der Buchhaltung und zusätzlichen Aufzeichnungen verknüpfen. Nur auf diese Weise wird die Steuerung zur Erreichung des Zieles ermöglicht. Die Buchhaltung/BWA allein kann diese Anforderung nicht erfüllen.
3. Die Fremdlaborkosten bleiben in allen betriebswirtschaftlichen Betrachtungen wie Planung und Kosten- und Leistungsrechnung unberücksichtigt.	Das bisher übliche, aus der steuerlichen Betrachtung resultierende Umsatzdenken schließt immer die Fremdlaborkosten ein, obwohl diese betriebswirtschaftlich nicht relevant sind. Bei Veränderung des durchgeschleusten Fremdlaborvolumens werden auch Veränderungen der übrigen Kostenrelationen zum Umsatz bewirkt.
4. Die Steuerungsgröße für das Praxiscontrolling ist die Praxisleistung.	Das ist der Umsatz abzüglich der Fremdlaborkosten, also die in der Praxis erzeugte Wertschöpfung. Das Eigenlabor gehört selbstverständlich dazu. Die Praxisleistung kann als absoluter Monats-, Quartals- oder Jahreswert geplant und kontrolliert werden. Es sollte daraus aber auch der Sollwert pro Behandlungsstunde berechnet werden.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2013

Leitsätze	Erläuterung
5. Die Praxiskosten werden nach • Kosten der Praxisführung und • Kosten für Finanzierung und Abschreibung gegliedert, um Praxen hinsichtlich ihrer Produktivität vergleichbar zu machen.	Die Gliederung ist notwendig, um die Vergleichbarkeit einer Praxis mit externen Daten zu ermöglichen. Finanzierungskosten und Abschreibungen sind stark vom Alter der Praxis abhängig und oft auch das Ergebnis steuerlicher Gestaltungen. Diese Einflüsse müssen für das Benchmarking erkennbar sein.
6. Das Eigenlabor (mit eigenem Techniker) und die Prophylaxeabteilung (sofern mit eigenem Personal) wird als eigene Kostenstelle mit seinem Deckungsbeitrag geplant und nachkalkuliert.	Die separate Kalkulation und Nachkalkulation des Eigenlabors lässt auf einfache Weise erkennen, welcher Beitrag zum Praxisergebnis durch das Labor erwirtschaftet wird.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2013

Steuerliche, betriebswirtschaftliche und finanzwirtschaftliche Betrachtung

Zur Durchführung eines wirksamen Praxiscontrollings muss dieser Unterschied beachtet werden.

+	Einnahmen	
–	Ausgaben	
=	liquider Überschuss, auch: Cashflow	finanzwirtschaftlich
–	Abschreibungen (Afa)	
=	Überschuss	steuerlich, Jahresabschluss
–	Unternehmerlohn (kalkulatorisch)	
=	Gewinn oder Verlust	betriebswirtschaftlich

+	Einnahmen	746.852	
–	Ausgaben	507.342	
=	Cashflow	239.510	finanzwirtschaftlich
–	Afa	36.711	
=	Überschuss	202.799	steuerlich
–	Unternehmerlohn	180.000	
=	Gewinn	22.799	betriebswirtschaftlich

Die Ergebnisse dienen zur Beurteilung unterschiedlicher Fragestellungen:

1. Finanzwirtschaftlich
   Reicht die Liquidität aus, alle Zahlungsverpflichtungen zu erfüllen?

2. Steuerlich:
   Wie hoch ist das zu versteuernde Einkommen aus der Praxis?

3. Betriebswirtschaftlich:
   Verbleibt nach Abzug eines angemessenen Unternehmerlohns noch ein Gewinn?

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2013

5.3. Allgemeine Anforderungen an das Finanz- und Rechnungswesen

Allgemeine Anforderungen an das Finanz- und Rechnungswesen einer Zahnarztpraxis

Inhaber von Zahnarztpraxen stehen vor der Aufgabe, die Administration zeitgemäß aufzustellen und Prozesse zu definieren, die reibungslose Abläufe sowohl in der Behandlung als auch in der Praxisverwaltung ermöglichen. Dies stellt sowohl Neugründer als auch Inhaber von etablierten Praxen vor eine große Herausforderung. Schließlich haben sie im Rahmen ihres Studiums nur wenig Rüstzeug für das Praxismanagement erhalten.

Zahnarztpraxen leiden vor allem unter der immer größer werdenden Papierflut und der zunehmenden Arbeitsbelastung in der Praxisverwaltung. Hinzu kommt die Entwicklung komplexerer Praxisstrukturen, die einerseits die Administration zusätzlich erschweren und andererseits ein erhöhtes betriebswirtschaftliches Informationsbedürfnis des Praxisinhabers zur Folge haben.

In diesem Kapitel werden die einzelnen Arbeitsschritte im Finanz- und Rechnungswesen von der Belegablage über die Grundzüge der Buchhaltung bis zum internen Praxiscontrolling durchleuchtet und es wird aufgezeigt, wie ein perfektes Zusammenspiel zwischen dem Praxisinhaber und dem Steuerbüro gelingt. Durch eine optimierte Arbeitsweise sparen Sie nicht nur Zeit und Geld, sie erhöhen vor allem auch die Transparenz in den Praxiszahlen. Nur wer das Zustandekommen und die Aussagekraft der Buchhaltung kennt, kann sie als Basis für die Praxissteuerung nutzen.

Das Finanz- und Rechnungswesen hat sowohl eine externe als auch eine interne Funktion. Extern dient es der Ermittlung des zu versteuernden Jahresüberschusses und intern stellt es die Basis für die Praxissteuerung dar. Um diese doppelte Rolle möglichst gut zu erfüllen, ist eine effiziente und abgestimmte Arbeitsweise erforderlich. Um Doppelablagen und Mehrfacheingaben zu vermeiden, empfiehlt sich eine präzise Prozessanalyse, bei der alle einzelnen Arbeitsschritte beschrieben und die Ausführung konkreten Funktionen/Personen zugeordnet werden. Idealerweise wird das komplette Finanz- und Rechnungswesen digitalisiert.

Anforderungen an das externe Finanz- und Rechnungswesen

– § 4 Abs. 3 EStG: »Steuerpflichtige, die nicht auf Grund gesetzlicher Vorschriften verpflichtet sind, Bücher zu führen und regelmäßig Abschlüsse zu machen, und die auch keine Bücher führen und keine Abschlüsse machen, können als Gewinn den Überschuss der Betriebseinnahmen über die Betriebsausgaben ansetzen.«

  Da Zahnärzte Freiberufler sind, dürfen sie ihren steuerlichen Jahresüberschuss mittels einer einfachen Einnahmenüberschussrechnung (auch einfache Buchhaltung genannt, im Gegensatz zur doppelten Buchhaltung) ermitteln. Da es sich um ein Wahlrecht handelt, kann der Praxisinhaber sich auch dazu entschließen, eine doppelte Buchhaltung und eine Gewinnermittlung mittels einer Bilanz zu erstellen. Bei besonderen Anlässen, z. B. bei der Gründung oder der Aufgabe einer Praxis und wenn aus einer Einzelpraxis eine Berufsausübungsgemeinschaft wird, muss eine Bilanz erstellt werden.

  Umsetzung: Praktisch bedeutet dies, dass es ausreicht, alle in einem Kalenderjahr geflossenen Praxiseinnahmen und -ausgaben zu erfassen und als Grundlage für den Jahresabschluss zu verwenden. Der Steuerberater ergänzt im Jahresabschluss dann noch die Abschreibungen und andere steuerrelevante Buchungen (z. B. private Nutzung usw.) und ermittelt den steuerlichen Jahresüberschuss. Im Gegensatz dazu steht die Bilanzierung, bei der mittels einer doppelten Buchhaltung auch die Forderungen und Verbindlichkeiten gebucht werden.

– »Gemäß § 4 Nr. 14 Buchst. a UStG sind Heilbehandlungen im Bereich der Humanmedizin umsatzsteuerfrei, die im Rahmen der Ausübung der

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Heilpraktiker, Physiotherapeut, Hebamme oder einer ähnlichen heilberuflichen Tätigkeit durchgeführt werden.«

Satz 1 gilt nicht für die Lieferung oder Wiederherstellung von Zahnprothesen und kieferorthopädischen Apparaten, soweit sie der Unternehmer in seinem Unternehmen hergestellt oder wiederhergestellt hat.

Es muss also bei Zahnärzten zusätzlich darauf geachtet werden, mit welchen Einnahmen sie der Umsatzsteuerpflicht unterliegen. Achtung: Hier gibt es Umsatzgrenzen, ab denen die Umsatzsteuerpflicht greift (= Kleinunternehmerregel).

Umsetzung: Wenn ein Zahnarzt mit den umsatzsteuerpflichtigen Einnahmen über der Kleinunternehmergrenze liegt, ist er verpflichtet, die jeweilige Umsatzsteuer zu erheben und abzuführen. Im Gegenzug darf er die in den Lieferantenrechnungen enthaltenen Umsatzsteuerbeträge, soweit sie der Erstellung umsatzsteuerpflichtiger Leistungen dienen, als sogenannte Vorsteuer vom Finanzamt zurückfordern. Auch ist es möglich, anteilige Vorsteuer geltend zu machen von Ausgaben, die sowohl für die Erstellung umsatzsteuerfreier als auch umsatzsteuerpflichtiger Leistungen notwendig sind (gemischte Nutzung). Der Praxisinhaber ist verpflichtet, regelmäßige Umsatzsteuervoranmeldungen abzugeben.

Tipp: Ausführlich wird das Thema im Kapitel »Steuern/Umsatzsteuer« behandelt.

Anforderungen an das interne Finanz- und Rechnungswesen

Einmal erfasste Daten und Informationen stehen in digitaler Form auch für die Erfüllung weiterer Aufgaben zur Verfügung. Im Bereich der betriebswirtschaftlichen Praxissteuerung kann das Zusammenspiel von steuerlich notwendiger Finanzbuchhaltung und weiteren Datenquellen (z. B. Praxisverwaltungssoftware, der Personaleinsatzplanung und Gehaltsabrechnung), insbesondere bei größeren Praxiseinheiten, wertvolle Informationen für eine Planrechnung und eine zeitnahe Praxissteuerung liefern. Die Option der Vernetzung von Anwendungen ist einer der großen Vorteile digitaler Lösungen im Praxisalltag.

Digitale Arbeitsprozesse im Finanz- und Rechnungswesen

Ganz besonders Neugründer oder junge Übernehmer müssen ihre Prozesse in der Praxis definieren und digitalisieren. Aber auch Praxen, die expandieren oder Partner aufnehmen, sollten den Verwaltungsprozess neu überdenken und festlegen. Digitale Softwarelösungen helfen dabei, die Herausforderungen im Finanz- und Rechnungswesen zu bewältigen. Komplexe Abläufe können mit unterschiedlichen Rollenzuweisungen eindeutig und logisch aufgebaut werden.

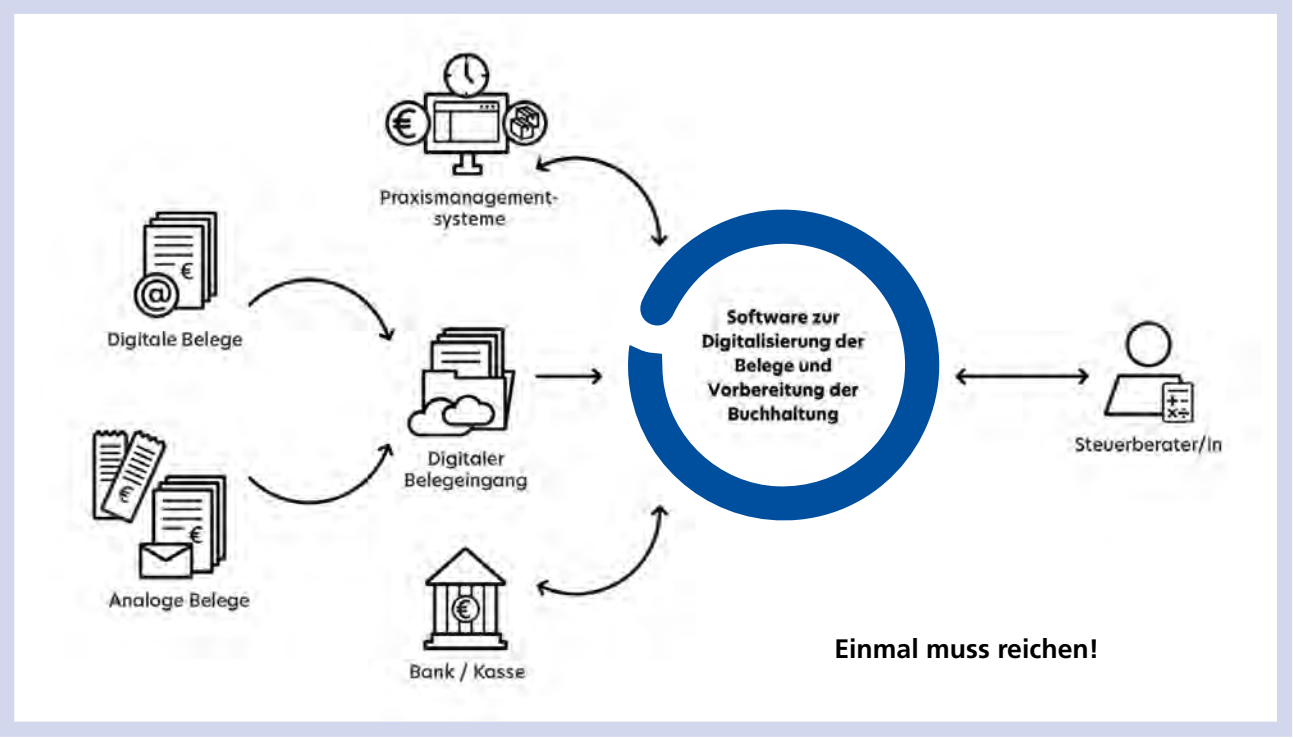
Umsetzung: Um die Möglichkeiten digitaler Softwarelösungen zu nutzen, sind aufeinander aufbauende Prozesse notwendig. Dabei müssen die existierenden Abläufe in der Praxis durchleuchtet und gegebenenfalls neu festgeschrieben werden. Wenn die Software die Zuweisung klarer Rollen ermöglicht, ist diese Option möglichst zu nutzen.

Probleme: Bei der Einführung digitaler Prozesse kann es zu unklaren Zuständigkeiten bzw. im Vorlauf nicht erledigten Arbeitsschritten kommen, welche den Einsatz der Software erschweren. Hieraus kann schnell mangelnde Akzeptanz für die neuen Lösungen bei den Anwendern/Mitarbeitern entstehen. Dabei gilt ein Leitsatz zu Transparenz, der nicht erst mit den digitalen Prozessen aufkam: »Jeder am Gesamtergebnis Beteiligte muss über Art, Umfang und Zeitpunkt seiner beizutragenden Leistung informiert sein und verstehen, an welcher Stelle des Gesamtablaufs er steht und welche Auswirkung Verzögerungen auf das Gesamtergebnis haben. Auch ist es wichtig, dass alle am Prozess Beteiligten sich auf die neuen Verfahren einlassen.«

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Arbeitserleichterungen: Durch digitale Softwarelösungen ist es möglich,

- Eingangsrechnungen zu scannen, die relevanten Daten in das Überweisungsformular des Onlinebankings zu überführen und die Dokumente in der Buchhaltung an die einzelnen Zahlungsvorgänge zu hängen.
- Überblick über offene, fällige und überfällige Verbindlichkeiten zu behalten.
- Patientenzahlungen aus dem Onlinebanking direkt in die Offene-Posten-Liste der Praxisverwaltungssoftware zu überführen und somit den Arbeitsschritt der manuellen Ausbuchung einzusparen.
- Zahlungsvorgänge aus dem Onlinebanking automatisch in die Buchhaltung zu übernehmen, so dass die Eingabearbeit entfällt.
- Buchhaltungsdaten im Praxiscontrolling für die betriebswirtschaftliche Analyse anzuzeigen.
- Honorareinnahmen aus der Praxisverwaltungssoftware ebenfalls in die Controlling-Auswertungen zu implementieren.



Wenn es an Zeit oder Kapazitäten mangelt, leiden häufig die nichtmedizinischen Arbeitsabläufe zuerst. Das ist verständlich, da die Versorgung der Patienten an allererster Stelle stehen muss. Es ist aber auch wichtig, zu erkennen, dass der »Schmerz« bei der Einführung neuer Lösungen im Praxisablauf sich dann auszahlt, wenn Aufgaben später einfacher und vor allem mit deutlich weniger Aufwand zu erledigen sind. Das mehrfache Kopieren, Sortieren, Ablegen, Zuordnen, Eingeben und Kennzeichnen von Unterlagen und Belegen entfällt, sobald Papierunterlagen einvernehmlich und von allen akzeptiert durch digitale Formate ersetzt werden. Das Führen von Parallellaufzeichnungen muss unbedingt abgebaut werden, um Personalressourcen optimal zu nutzen. Die Digitalisierung soll Transparenz und Vereinfachung bringen.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

5.3.1. Grundlagen der Buchhaltung

Gewinnermittlung, Kostenbetrachtung und Besteuerung

Jedes Unternehmen benötigt ein Rechnungswesen, was sowohl externe als auch interne Aufgaben erfüllt. Extern wird die Buchhaltung als Grundlage für den gesetzlich vorgeschriebenen steuerlichen Jahresabschluss benötigt und intern, um Praxisliquidität, Einnahmen-, Kosten- und Gewinnentwicklung sehen und interpretieren zu können.

Aufgaben der Buchführung

Da die Praxisbuchhaltung viele unterschiedliche Aufgaben erfüllt, ist es sinnvoll, bereits bei der Erstellung darauf zu achten, dass dies möglichst in einem Arbeitsablauf geschieht. Doppelablagen und -eingaben müssen vermieden werden. Häufig wird die Buchhaltung für die Ermittlung des steuerlichen Jahresüberschusses in einem Steuerbüro erstellt und zusätzlich versucht der Praxisinhaber selbst oder mit Hilfe von Beratern parallel dazu eine betriebswirtschaftliche Übersicht zu gewinnen. Das kostet unnötig Zeit und Geld. Es muss das Ziel sein, die Buchhaltung so zu erstellen, dass beim Arbeitsprozess alle Daten weiterverwendet und somit möglichst alle nachfolgend aufgeführten Aufgaben erfüllt werden:

- Laufende Information über die betriebswirtschaftliche Situation der Praxis
- Zeitnahe Überwachung der Praxisliquidität
- Grundlage für den Jahresabschluss (Bilanz oder Einnahmen/Überschussrechnung)
- Aufzeigen der Entwicklung des steuerlichen Jahresüberschusses für Steuerrücklagen
- Ausfiltern der Patientenzahlungen für Mahnwesen
- Zahlenlieferant für Stundensatzberechnung für Honorarkalkulation
- Datenlieferant für Praxiscontrolling/Kennzahlenanalyse
- Basis für die Profitcenterrechnung
- Grundlage für Gewinnverteilung in Praxiskooperationen

Erstellung der Buchführung

Wie jeder Unternehmer kann auch der Inhaber einer Zahnarztpraxis die Buchführung in einem Steuerbüro erstellen lassen oder sie selbst erstellen. Eine Kombination ist möglich, indem man unterjährig die vorbereitende Buchhaltung in der Praxis pflegt und sie am Jahresende an den Steuerberater übermittelt. Moderne Software stellt hierfür alle Funktionen sowie die notwendigen Schnittstellen bereit. (Siehe Kapitel Aufbewahrungsfristen)

Arbeitsschritte einer digitalen Buchhaltung

- Scannen der Lieferantenrechnungen (= Vorbereitung der Buchhaltung)
- Automatische Vorlage für Überweisung im Bankprogramm (= Vorbereitung der Buchhaltung)
- Kontrolle der Zahlungsvorgänge und der angefügten Belege in der Buchhaltungssoftware (= Erstellung der Buchhaltung)
- Überprüfung und gegebenenfalls Änderung der vorgeschlagenen Kontierung (= Erstellung der Buchhaltung)
- Auswertungen (BWA und Liquiditätsrechnung) abrufen

Tipp: Man muss dabei beachten, dass das Belegmanagement und die Überweisung der Lieferantenrechnungen in der Praxis erfolgen muss, auch wenn die Buchhaltung extern im Steuerbüro erstellt wird. Werden die Belege digital erfasst, erleichtert das die Zusammenarbeit mit dem Steuerberater.

Die selbst erstellte Buchhaltung hat den Vorteil, dass man anhand der BWA und der im Programm enthaltenen Auswertungstools jederzeit einen Überblick über Liquidität und Gewinnentwicklung hat.

Ordnungsgemäße Archivierung und Aufbewahrung

In den verschiedenen Bereichen der Praxis gelten unterschiedliche Aufbewahrungsvorschriften für Dokumente. Im Bereich der Finanzbuchhaltung werden diese Vorschriften von der Abgabenordnung (AO) und dem Handelsgesetzbuch (HGB) festgelegt und umfassen in der Hauptsache sechs und zehn Jahre.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Für zehn Jahre nach Erstellung des Jahresabschlusses sind Buchungsbelege, Bilanzen, Jahresabschlüsse und weitere den Abschluss betreffende Aufzeichnungen aufzubewahren.

Know-how nutzen

Sicherlich gibt es viele Steuerkanzleien, welche sich auf die medizinischen Berufe spezialisiert haben. Trotzdem ist der Mitarbeiter dort nicht immer ausreichend mit den Abläufen der Praxis vertraut und benötigt zur korrekten Verbuchung ergänzende Angaben. Bei Praxen, welche mit Teilen ihrer Leistungen umsatzsteuerpflichtig sind, kostet es bares Geld, wenn abzugsberechtigte Eingangsrechnungen nicht eindeutig gekennzeichnet oder bei einer Vorerfassung der Kontierung in der Praxis nicht korrekt berücksichtigt werden. In diesem Zusammenhang sollte das Thema »Aufzuteilende Vorsteuer« mit dem Steuerberater besprochen werden. Es handelt sich hierbei um die Möglichkeit des anteiligen Vorsteuerabzugs bei Kosten, welche sowohl umsatzsteuerbefreite als auch umsatzsteuerpflichtige Leistungsbereiche betreffen. Erfasst die Praxis ihre Belege für die Finanzbuchhaltung selbst, ist darauf zu achten, dass die verwendete Software auf die Besonderheiten der Buchhaltung von Zahnarztpraxen eingerichtet ist.

Was sagt die Buchhaltung aus?

Am Ende des Buchhaltungsprozesses stehen – gegebenenfalls nach der Bearbeitung durch das Steuerbüro – eine betriebswirtschaftliche Auswertung, die sogenannte BWA, sowie eine Liquiditätsrechnung. Die BWA zeigt den steuerlichen Jahresüberschuss sowie die Einnahmen- und Kostenzusammensetzung. Vergleicht man die BWAs verschiedener Zeitabschnitte miteinander, so ergibt sich daraus ein internes Benchmarking der Praxis, welches sehr schnell offenbart, wohin sich die Praxis entwickelt, welche Einnahmen-, Kosten- und Gewinnentwicklung zu verzeichnen ist und ob mit Steuernachzahlungen bzw. einer zukünftig höheren Steuervorauszahlung zu rechnen ist.

Während sich Praxisinhaber regelmäßig mit ihrer BWA beschäftigen, kommt die Betrachtung der Liquiditätsentwicklung häufig zu kurz. Dabei ist die Sicherstellung der Liquidität die erste Aufgabe und daher noch wichtiger als die Analyse der Rentabilität oder der Umsätze.

Analyse anhand der Buchhaltungszahlen

- Betriebswirtschaftliche Auswertung (= BWA)
- Liquiditätsrechnung

Frei von administrativer Last

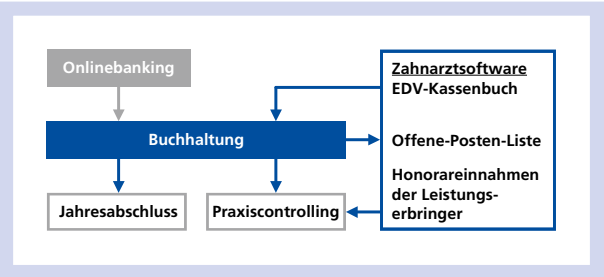
Eine systematische Organisation der Finanzprozesse bringt nicht nur finanzielle Vorteile und rechtliche Sicherheit mit sich, sie hilft Ihnen auch, aus der ungeliebten Notwendigkeit der Buchhaltung heraus zuverlässige Steuerungsgrundlagen für Ihre Praxis zu gewinnen. Optimieren Sie Ihre Prozesse und erlangen Sie so nicht nur dauerhaft einen besseren Überblick über die Praxissituation, sondern auch Freiheit für andere Tätigkeiten und Aufgaben.

Unser Tipp
Der FVDZ empfiehlt das **solvi Buchhaltungskonzept**, bei dem die Software solvi flow verwendet wird. Diese wurde speziell für Zahnarztpraxen entwickelt und basiert auf einer digitalen Belegverwaltung. Damit erhalten Sie als Zahnarzt vertiefende Informationen über die wirtschaftliche Situation Ihrer Praxis.
Die Software solvi control ist ein Analyseprogramm und ermöglicht darüber hinaus einen tiefgehenden Einblick sowohl in die selbst erstellte Buchhaltung als auch in die im Steuerbüro erstellte.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

5.3.2. Das FVDZ Buchhaltungskonzept

Das FVDZ Buchhaltungskonzept im Überblick



1. Belegorganisation

Die wichtigste Voraussetzung für eine zeitnahe Buchhaltung ist eine gut organisierte Belegablage. Das Ziel muss sein: Alle Belege werden nur ein einziges Mal in die Hand genommen.

- Belege von Barausgaben werden sofort im Ordner »Kasse« abgeheftet.
- Lieferantenrechnungen werden bis zur Bezahlung im Ablagekörbchen »Nicht bezahlte Rechnungen« abgelegt.
- Nach der Bezahlung werden die Lieferantenrechnungen hinter dem jeweiligen chronologisch abgehefteten Kontoauszug nach Finanzkonten getrennt im Buchhaltungsordner abgelegt.
- Patientenrechnungen werden, wenn überhaupt, einmal nach Rechnungsnummern abgelegt. Achtung: Ein nochmaliges Umsortieren nach dem Zahlungseingang ist überflüssig.

2. Erstellung der Buchhaltung und Datenübernahmemöglichkeiten

Da Zahnärzte ihren steuerlichen Jahresüberschuss mittels einer einfachen Überschussrechnung erstellen dürfen, genügt es, wenn in der Buchhaltung alle geflossenen Zahlungsvorgänge erfasst werden. Arbeitet die Praxis mit einem EDV-Kassenbuch und mit Onlinebanking, können diese Daten direkt in die Buchhaltung übernommen werden. So entfällt die Eingabearbeit, was zu einer Zeit und Geldeinsparung führt. Die Zuordnung zu den einzelnen Erlös- und Kostenkonten (= Kontierung) kann mit Hilfe von Importregeln und somit fast automatisch erfolgen. (Kapitel 5.3.3.)

3. Auswertungen

Die Zahnarztpraxen haben sich in den letzten Jahren sehr unterschiedlich entwickelt. Das Spektrum reicht von der individuellen Einzelpraxis bis zur Großpraxis mit mehreren Abteilungen in verschiedenen Standorten. Um für die unterschiedlichen Praxisstrukturen eine betriebswirtschaftliche Beurteilung und Vergleichbarkeit zu ermöglichen, wurden Auswertungen entwickelt, die speziell auf diese unterschiedlichen Voraussetzungen ausgerichtet sind. (Kapitel 5.3.4.)

- Zahnarztspezifische BWA mit Rentabilitäts- und Kostenkennzahlen
- Liquiditätsrechnung
- Gewinnverteilungsübersicht mit Liquiditätsrechnung pro Partner
- Profitcenterrechnung für die Darstellung des Erfolgs einzelner Praxisbereiche und verschiedener Standorte

4. Weiterverarbeitung der Buchhaltungszahlen

Um ein erneutes Eingeben zu vermeiden, erscheint es sinnvoll, die in der Buchhaltung ohnehin erfassten Patientenzahlungen direkt an die Zahnarztsoftwareprogramme zu überführen, um sie dort automatisch als bezahlt auszubuchen. Auch kann man die von einer Abrechnungsgesellschaft vereinnahmte Summe mittels einer Schnittstelle direkt in die Offene-Posten-Liste der Zahnarztsoftware übernehmen.

Lösungsvorschläge des FVDZ

1. Möglichkeit:

Die Buchhaltung wird vom Steuerberater erstellt

Damit die Buchhaltung im Steuerbüro zeitnah erstellt werden kann, ist es unerlässlich, die erforderlichen Unterlagen rechtzeitig zur Verfügung zu stellen.
Folgende Unterlagen werden benötigt:

- Kassenbelege und Kassenbuch
- Kontoauszüge bzw. Daten aus dem Onlinebanking
- Rechnungsbelege und Lieferantenrechnungen
- KZV-Abrechnungen

Bei der Wahl des richtigen Steuerberaters sollte auf die verwendeten Buchhaltungskonten und die Auswertungsmöglichkeiten geachtet werden. Das FVDZ Buchhaltungskonzept kann dabei als Vorlage dienen.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

2. Möglichkeit:

Selbst erstellte Buchführung mit fibu-doc
Der FVDZ bietet die notwendige Unterstützung, um die eigene Buchführung fast ohne Eingabearbeit in der erforderlichen Qualität selbst erstellen zu können. Das Konzept reicht von der Buchhaltungssoftware bis zu unterstützenden Einsteigerseminaren, EDV-Schulungen und Aufbaukursen. Eine spezielle Buchhaltungshotline hilft bei anfallenden Fragen.

Weiterverarbeitung im Steuerbüro
Die Zusammenarbeit mit dem Steuerberater erstreckt sich bei der selbst erstellten Buchhaltung im Wesentlichen auf die steuerliche Beratung im Jahresverlauf, die Gehaltsabrechnung und die Erstellung des Jahresabschlusses und der Steuererklärungen, inklusive der erforderlichen Kontrollarbeiten.

Der in fibu-doc zugrunde gelegte Kontenrahmen orientiert sich an der Nummerierung des DATEV-Spezialkontenrahmens für Zahnärzte (SKR 80), der auch von den meisten Steuerberatern für Zahnärzte verwendet wird. fibu-doc beinhaltet eine DATEV-Schnittstelle, so dass die selbst erstellte Buchhaltung zur Weiterverarbeitung an das Steuerbüro gegeben werden und dort problemlos weiterbearbeitet werden kann. Damit die Datenübergabe stressfrei funktionieren kann, gibt es zwei Möglichkeiten. Entweder man muss vorher mit dem Steuerbüro abklären, dass alle in fibu-doc genutzten Konten auch in der dort verwendeten Software (z. B. DATEV) angelegt sind. Oder man muss vorher den Kontenplan in fibu-doc an den bisher im Steuerbüro verwendeten Kontenplan anpassen.

Vorteile:

- Die Belege bleiben im Haus bzw. können, falls mit einem Dokumentenmanagementprogramm gearbeitet wird, dem Steuerberater als Datei gesendet werden.
- Die Barzahlungen können aus dem EDV-Kassenbuch der Zahnarztsoftware importiert werden.
- Die Bankzahlungen können aus dem Onlinebanking importiert werden.
- Importregeln ermöglichen eine automatische Kontierung der wiederkehrenden Zahlungsvorgänge, so dass die Auswahl des richtigen Kontos erleichtert wird.
- Patientenzahlungen können automatisch kontiert und durch eine integrierte Datenschnittstelle als Datei an die Zahnarztsoftware weitergeleitet und dort automatisch in der Offenen-Posten-Liste als bezahlt ausgebucht werden.
- Interaktive Auswertungen erlauben den Einblick in verschiedene Auswertungstiefen – von der übersichtlichen Kurzdarstellung bis zur Einzelbuchung ist alles nachvollziehbar.
- Die Betriebswirtschaftliche Auswertung (BWA) zeigt den Erfolg der einzelnen Praxisbereiche (Praxis, Labor und Prophylaxe). (Bild 1 + 2)
- Alle Auswertungen können als Periodenvergleich mit frei wählbaren Zeiträumen angezeigt werden.
- Die BWA-Kennzahlen basieren auf den Einnahmen minus Fremdlaborkosten.
- Die Rentabilität und die Kostenkennzahlen werden angezeigt und stehen für einen Praxisvergleich zur Verfügung. (Bild 3 + 4)
- Die Liquiditätsrechnung lässt die erwirtschaftete, die verfügbare und die freie Liquidität zeitnah erkennen. (Bild 5)
- Monats-, Quartals- und Jahreswerte können grafisch dargestellt und mit den jeweiligen Vorjahreswerten verglichen werden. (Bild 6)
- Alle Auswertungen können als PDF-Dokument direkt aus dem Programm an die Bank oder den Steuerberater gesendet werden.
- Es stehen zeitnahe Informationen für den steuerlichen Jahresüberschuss zur Verfügung.
- Die selbst erstellten Buchhaltungsdaten können leicht ins Praxiscontrolling übernommen werden.
- In einer Profitcenterrechnung kann der Erfolg (Gesamterfolg, Stundensätze und Rentabilität) der einzelnen Praxisbereiche (z. B. Praxis, Labor und Prophylaxe) und verschiedener Standorte dargestellt werden. (Bild 7)
- Das integrierte Gewinnverteilungsschema ermöglicht eine differenzierte Verteilung der Praxiseinnahmen und -ausgaben und zeigt in einer übersichtlichen Tabelle auch unterjährig die Gewinnanteile der verschiedenen Partner. Zusätzlich werden in einer Liquiditätsbetrachtung die Entnahmeansprüche aller Partner gezeigt. (Bild 8)

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

- Es werden verschiedene Kostenzusammenstellungen bereitgehalten, die in den verschiedenen Zahnarztsoftwareprogrammen weiterverarbeitet werden können.
- Diese Arbeitsweise schafft eine hohe Transparenz bei den Praxiszahlen und führt gleichzeitig zu einer enormen Kosten- und Zeitersparnis.

Tipp:
Alle im Konzept des FVDZ genannten Schnittstellen und Auswertungsmöglichkeiten können auch genutzt werden, wenn der Steuerberater die Buchhaltung erstellt. Man kann die Buchhaltungsdaten im DATEV-Format in fibu-doc importieren und kann somit auf alle Informationen interaktiv zugreifen.

Umsetzungshilfen der FVDZ

Softwareunterstützung	Anwendungsbereiche
fibu-doc basic	Ein speziell für den Gesundheitssektor entwickeltes Windows-Programm zur Erstellung der Buchhaltung. • Optimierte Musterkontenpläne (Basis: DATEV-Standardkontenplan SKR 80 für Zahnärzte) mit folgenden Wahlmöglichkeiten: – Einzelpraxis/Gemeinschaftspraxis – mit oder ohne umsatzsteuerpflichtige Umsätze – Prophylaxeabteilung – Prophylaxeshop • Manuelle Eingabemaske • Datenimportmöglichkeit (EDV-Kassenbuch/Onlinebanking) • Kontierungsautomatik • Praxisspezifische Auswertungen • BWA-Struktur für die Bereiche Praxis, Labor und Prophylaxe mit frei wählbarem Periodenvergleich • Gesamteinnahmenrentabilität • Kostenkennzahlen • Einfache Liquiditätsrechnung • Elster-Modul für Onlineübertragung der Umsatzsteuervoranmeldung • DATEV-Schnittstelle für Datentransfer zum Steuerberater • Datenübertragung für Betriebsprüfung
fibu-doc plus	Beinhaltet alle Funktionen von fibu-doc basic • Ermöglicht zusätzlich den Übertrag der Patientenzahlungen in die Offene-Posten-Verwaltung der Zahnarztsoftware.
fibu-doc complete	Beinhaltet alle Funktionen von fibu-doc plus • Zusätzlich werden in der Profitcenterrechnung Informationen für die Preiskalkulation und das Praxiscontrolling zur Verfügung gestellt. In der Profitcenterrechnung werden in einer zusätzlichen Auswertung sowohl die direkten Kosten den einzelnen Praxisbereichen direkt zugeordnet als auch die Gemeinkosten prozentual zwischen diesen aufgeteilt. Es werden Einnahmen, Ausgaben und Gewinn pro Praxisbereich und Stunde und die Rentabilitätskennzahlen der einzelnen Bereiche und Standorte dargestellt. • In einem Gewinnverteilungsschema können alle Einnahmen und Ausgaben nach verschiedenen Schlüsseln verteilt werden, so dass der steuerliche Jahresüberschuss und der Entnahmeanspruch der Partner sichtbar werden. • Im Finance-QM-Modul werden nützliche Exceltabellen (z. B. Darlehensliste, Versicherungsliste usw.) zur Verfügung gestellt.
fibu-doc opos	Ist eine Schnittstelle zur Überführung der Onlinebanking-Daten in die Offene-Posten-Verwaltung der ZA-Software für Anwender, die keine Buchhaltung erstellen möchten.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Seminare	Inhalte
Die gläserne Buchhaltung	– Organisation der Belegablage – Nutzung und Übernahme eines EDV-Kassenbuchs – Datenimport aus dem Onlinebanking – Automatische Ausbuchung der Patientenzahlungen in der Zahnarztsoftware – Der richtige Kontenplan – Durchführung der Buchhaltung mit fibu-doc – Interaktive BWA – Verständliche Liquiditätsrechnung – Rentabilität und Kostenkennzahlen – Stundensatzberechnung
Transparenz bei den Praxiszahlen	– Interpretation der einzelnen BWA-Positionen – Gesunde Einnahmenrelationen – Kostenkennzahlen richtig deuten – Personalkosten als größter Kostenblock – Rentabilität als Vergleichsmaßstab – Liquiditätsrechnung für mehr Klarheit – Erfolg der einzelnen Praxisbereiche (Behandlung, Prophylaxe, Labor)/Standorte – Differenzierte Stundensatzberechnung für Preiskalkulation – Besonderheiten bei Praxiskooperationen
Weitere Unterstützung	**Leistung**
Buchführungshotline des FVDZ	Kostenfreie telefonische Auskunft zu buchhalterischen Sachfragen und zur Arbeitsweise mit fibu-doc

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

5.3.3. Durchführung der selbst erstellten Buchhaltung

Vorgehensweise

Da Zahnarztpraxen für die steuerliche Gewinnermittlung lediglich eine einfache Überschussrechnung benötigen, müssen in der Buchführung nur die geflossenen Zahlungen erfasst werden. Man kann diese Zahlungsvorgänge manuell in ein EDV-Programm (hier: fibu-doc) eingeben oder sie aus dem EDV-Kassenbuch bzw. dem Onlinebanking übernehmen und jeder Zahlung per Mausklick die entsprechende Kontonummer (z. B. 4.210 Miete) zuordnen. Diese »Kontierung« ist erforderlich, um die einzelnen Zahlungen den jeweiligen Erlös- bzw. Kostenpositionen in der Betriebswirtschaftlichen Auswertung (= BWA), der Liquiditätsrechnung und im Jahresabschluss zuzuordnen. Zeitnahe Auswertungen und die Möglichkeit, alle Zahlen auch grafisch anschauen zu können, schaffen mehr Transparenz im Unternehmen Zahnarztpraxis.

1. **Kontenplan**
   In fibu-doc ist der DATEV-Spezialkontenrahmen SKR 80 hinterlegt. Zusätzlich muss der Kontenplan auf die praxisspezifischen Bedürfnisse angepasst werden. Es können Konten umbenannt, hinzugefügt oder gelöscht werden. Folgende Besonderheiten müssen dabei beachtet werden:
   - Praxis/Labor/Prophylaxe
   - Prophylaxeshop (nur in Einzelpraxen!)
   - Umsatzsteuerpflicht ja/nein
   - Einzel- oder Gemeinschaftspraxis

2. **Datenimport der Zahlungsvorgänge**
   Die im EDV-Kassenbuch der Zahnarztsoftware erfassten Barzahlungen und die im Onlinebanking enthaltenen Bankzahlungsvorgänge können ohne nochmalige manuelle Eingabe direkt in fibu-doc importiert werden. Neu ist eine Importverwaltung, die bereits durchgeführte Importe dokumentiert und ein Rückgängigmachen problemlos ermöglicht.

3. **Kontierung**
   Alle Zahlungen müssen in der Buchhaltung kontiert, d. h. den jeweiligen Erlös- und Kostenkonten zugeordnet werden. Da mehr als 80 % der Ausgaben und auch viele Einnahmen (z. B. KZV-Einnahmen) jeden Monat gleich sind, kann man mit der Funktion »Importregeln« alle wiederkehrenden Zahlungen automatisch zuordnen.

   Zusätzlich können die Patientenzahlungen mit der »OPOS-Eingabehilfe« auf einen Streich dem Buchführungskonto »Patientenzahlungen« zugeordnet werden. Bereits im Onlinebanking kontierte Zahlungen werden ebenfalls übernommen. Für noch nicht automatisch kontierte Zahlungen müssen die Buchhaltungskonten einzeln ausgewählt werden. Eine Suchfunktion erleichtert dabei die Arbeit.

4. **Auswertungen**
   Der Zahnarzt kann seine BWA und Liquiditätsrechnung interaktiv anschauen bzw. ausdrucken. Alle Auswertungen können in Kurzdarstellung (nur die Kontenklassen, z. B. Personalkosten) oder mit Anzeige der dazugehörigen Einzelkonten (z. B. 4.110 Nettogehälter) und sogar der einzelnen Buchungen angezeigt werden. Zusätzlich können einzelne Konten (z. B. 4.110 Nettogehälter) und ganze Kontenklassen (z. B. Personalkosten) für bestimmte Zeiträume (z. B. Monat, Quartal, Jahr) gezeigt und grafisch dargestellt werden.

   Neu sind die Controllingdaten in der Profitcenterrechnung und das Gewinnverteilungsschema in fibu-doc complete. In beiden Modulen werden die Buchhaltungskonten so gebündelt, dass sie anschließend nach verschiedenen Schlüsseln verteilt werden können. Die Profitcenterrechnung zeigt die geflossenen Einnahmen, Ausgaben und den Gewinn pro Praxisbereich (Praxis, Labor, Prophylaxe) und Arbeitsstunde und die Rentabilität der einzelnen Bereiche und Standorte.

   Das Gewinnverteilungsschema ermöglicht eine differenzierte Verteilung der Einnahmen und Ausgaben nach unterschiedlichen Schlüsseln. Die Praxiseinnahmen können nach den geflossenen Honoraren der Partner und andere Einnahmen (z. B. Prophylaxe oder Labor) können fix verteilt werden. Bestimmte Kosten (z. B. Raumkosten usw.) können fix und andere Kosten können nach Leistung (z. B. Praxismaterial) verteilt werden. In einer Tabelle werden der steuerliche Jahresüberschuss, die Liquiditätsbelastungen und die Entnahmeansprüche der Partner übersichtlich dargestellt.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

5. Weiterverarbeitungsmöglichkeiten

Die Patientenzahlungen können ebenso wie die Zahlungen der Abrechnungsgesellschaften (aufgesplittet in die einzelnen Patientenzahlungen) als Datei an die Zahnarztsoftware weitergeleitet und dort automatisch in der Offenen-Posten-Liste als bezahlt ausgebucht werden.

Die Buchführungsdaten können mit der in fibu-doc enthaltenen DATEV-Schnittstelle als Datei für die Erstellung des Jahresabschlusses an das Steuerbüro weitergeleitet werden.

Aufbau der Buchhaltung

Es gibt drei Kontoarten:
- Praxiseinnahmen
- Praxiskosten
- Neutrale Konten

Praxiseinnahmen

Sie erhöhen den steuerlichen Jahresüberschuss und können entweder durch die zahnärztliche Behandlung, durch das Eigenlabor, die Prophylaxeabteilung oder sonstiges (z. B. Zinseinnahmen vom Girokonto) entstehen.

Honorareinnahmen (Kontenbereich 8000–8199)
Hier genügt die Führung der Konten Einnahmen KZV und Einnahmen Patienten. Eine tiefere Gliederung, z. B. nach Leistungsarten Kons./Chir., PA, ZE usw., ist nicht erforderlich, da diese über die Computerstatistiken in der Zahnarztsoftware besser und einfacher geleistet wird. Für Privatrechnungen ist eine sachgerechte Verbuchung nach den Leistungsarten ohnehin nur mit einem hohen zusätzlichen Aufwand möglich, weil die Rechnungen aufgesplittet werden müssten.

Die Fremdlaborzahlungen und die Eigenlaborleistungen werden in der fibu-doc BWA von den Praxiseinnahmen abgezogen, um das Zahnarzthonorar zu erhalten. Mit dieser Zahl wird die Leistung der Praxis gemessen. Sie kann ohne Nebenrechnungen aus der Ergebnisrechnung/BWA abgelesen werden. Die von den Praxiseinnahmen abgezogenen Laboreinnahmen werden in einem separaten Laborergebnis zusammen mit den Laborausgaben dargestellt. Die Einnahmen aus der PZR können auf das Konto Prophylaxeeinnahmen umgebucht werden, so dass auch hier zusammen mit den entsprechenden Kosten das Prophylaxeergebnis sichtbar wird. Man kann in der BWA aber nur sehen, wie hoch die zusätzlichen Einnahmen bzw. Kosten für diese Bereiche sind, was einer Deckungsbeitragsrechnung entspricht. Um diese Bereiche aber vollständig beurteilen zu können, müssen in der Profitcenterrechnung die Gemeinkosten auf die einzelnen Abteilungen umverteilt werden. **(Siehe Kapitel 5.3.4.)**

Sonstige betriebliche Einnahmen (Kontenbereich 8700–8799)
Hier werden z. B. die Verkaufserlöse eines Praxisgerätes oder die Auflösung einer Ansparabschreibung gebucht. Dieser Informationsblock ist aus Vollständigkeitsgründen notwendig, ist aber für die Beurteilung des Praxiserfolgs ohne Bedeutung.

Praxiskosten

Es ist zweckmäßig, zwischen den Kosten des Eigenlabors und der Prophylaxeabteilung (soweit vorhanden) und denen für die Behandlung zu unterscheiden. Außerdem ist es sinnvoll, die Kosten des laufenden Betriebes (Praxisführung) und die Kosten für die Investitionen, z. B. Abschreibung und Zinsen, separat zu betrachten. Finanzierungskosten sind in der Regel kurzfristig nicht zu beeinflussen, die Entscheidungen sind in der Vergangenheit gefallen. Die Kosten der Praxisführung aber können und müssen laufend kontrolliert und beeinflusst werden. Deshalb sind sie auch als wichtige Steuerungsinformation aus der Ergebnisrechnung/BWA ablesbar.

Praxisbedarf (Kontenbereich 4000–4099)
Hier werden oft unzulässige Vermischungen mit Instandhaltungsaufwand vorgenommen. Die Fremdlaborkosten sind für den Zahnarzt durchlaufende Posten und werden in der Buchhaltung auf ein Kostenkonto gebucht, aber dann in der BWA von den Einnahmen abgezogen. Eine Summierung der Fremdlaborkosten in der BWA mit dem Praxisbedarf muss unterbleiben, weil die betriebswirtschaftliche Aussage verfälscht würde. Diese durchlaufenden Posten werden, nachdem sie von den Einnahmen abgezogen wurden, in der BWA nicht weiter berücksichtigt.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Personalkosten (Kontenbereich 4100–4199)
Da bei Zahnärzten der steuerliche Jahresüberschuss mit einer einfachen Überschussrechnung ermittelt wird, genügt es bei der Praxisbuchführung, die Personalkosten nach der so genannten Nettolohnverbuchung zu buchen. Dabei werden die einzelnen Auszahlungen direkt auf die entsprechenden Buchführungskonten (z. B. Nettogehälter, Lohnsteuer, Krankenkasse usw.) gebucht.

Raumkosten (Kontenbereich 4200–4299)
Die Raumkosten sind einfach zu erfassen, da die Zahlungen eindeutig sind. Die Unterteilung können Sie dem detaillierten Ausdruck der BWA entnehmen. Sollen z. B. die Raumkosten für das Eigenlabor diesem eindeutig zugeordnet werden, müssen sie monatlich auch separat gebucht werden. Es genügt jedoch auch eine prozentuale Aufteilung nach Größe in der Profitcenterrechnung.

Betriebliche Steuern (Kontenbereich 4300–4399)
Diese Kontengruppe kommt nur bei Führung eines steuerpflichtigen Eigenlabors zur Anwendung. Hier wird der nicht abzugsfähige Teil von aufzuteilenden Vorsteuerbeträgen geführt. Er kann den ursprünglichen Kostenarten nachträglich nicht mehr zugeordnet werden und wird damit zu einer allgemeinen Aufwandsposition.

Beiträge/Versicherungen (Kontenbereich 4400–4499)
Die Kostenarten dieser Gruppe sind eindeutig und aus der Gliederung zu entnehmen.

Kfz-Kosten (Kontenbereich 4500–4599)
Die Kfz-Kosten sollten in der separaten Gruppe erfasst werden. Wenn ein Kfz Betriebsvermögen darstellt, ist zu beachten, dass aus diesen Kosten zum Jahresende noch der Privatanteil ermittelt und dem Ergebnis zugerechnet wird. Gehört das Kfz zum Privatvermögen, können hier die für die Praxisfahrten ermittelten Kfz-Kosten gebucht werden.

Fortbildungs-, Reise- und Repräsentationskosten (Kontenbereich 4600–4699)
Es ist sinnvoll, diese Kosten separat zu führen und nicht mit anderen Kontengruppen zu vermischen.

Gerätekosten/Instandhaltung (Kontenbereich 4800–4899)
In dieser Kontengruppe soll der Aufwand für den laufenden Betrieb der Geräte abzulesen sein. Das heißt, es sollen primär der Instandhaltungsaufwand sowie kleinere Anschaffungen und Leasinggebühren erfasst werden.

Sonstige Kosten (Kontenbereich 4900–4999)
Hier werden alle Kosten, die dem Bereich Rezeption, Wartezimmer, Praxisverwaltung und allgemeine Kosten zugeordnet werden können, gebucht. Auch hier ergibt sich die Zuordnung aus der detaillierten Gliederung.

Kosten für Finanzierung (Kontenbereich 2100–2199) und Abschreibung (4860–4869)
Diese Kostengruppe wird beeinflusst durch:
- das Investitionsverhalten
- die Finanzierungsformen
- die Abschreibungsmethode
- ggf. praxisfremde Einflüsse

Es ist deshalb sehr sinnvoll, diese Aufwendungen separat zu den Kosten des laufenden Praxisbetriebes zu führen. Dadurch wird eine Beurteilung der Wirtschaftlichkeit des laufenden Praxisbetriebes auch im Vergleich mit anderen Praxen ermöglicht. Die Veränderung der Wirtschaftlichkeit vermischt sich nicht mit Änderungen, die aus Finanzierung oder Abschreibung resultieren.

Neutrale Konten

Buchungen auf neutralen Konten haben keine Auswirkungen auf das steuerliche Jahresergebnis.

Anlagevermögen (Kontenbereich 0010–0599)
Hier werden alle Ausgaben für Anschaffungen für Anlagevermögen (z. B. für Wartezimmereinrichtung oder Praxisgeräte) gesammelt. Die vom Steuerberater im Rahmen der Jahresabschlussarbeiten gebuchten Abschreibungen mindern den Wert des Anlagevermögens und stellen sogleich Praxiskosten dar, die den steuerlichen Jahresüberschuss mindern. Die Bestände (= Restbuchwerte) werden von Jahr zu Jahr vorgetragen.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Darlehen (Kontenbereich 0700 – 0799)
Auf den Darlehenskonten werden sowohl Darlehensaufnahmen als auch Darlehenstilgungen erfasst. Wenn die jeweiligen Darlehensstände im neuen Jahr vorgetragen werden, kann man immer den aktuellen Darlehensstand überwachen.

Finanzkonten (Kontenbereich 1000 – 1299)
Alle Buchungen in der Kasse und den Banken werden auf Finanzkonten gebucht. Die jeweilige Zuordnung auf ein Erlös- oder Kostenkonto ermöglicht die Zuordnung in der Erfolgsrechnung.

Interimskonten (Kontenbereich 1300 – 1399)
Dieser Kontenbereich hat nur buchungstechnische Gründe. So können z. B. unklare Buchungen oder Buchungen von einem Finanzkonto zum anderen hier erfolgsneutral verbucht werden.

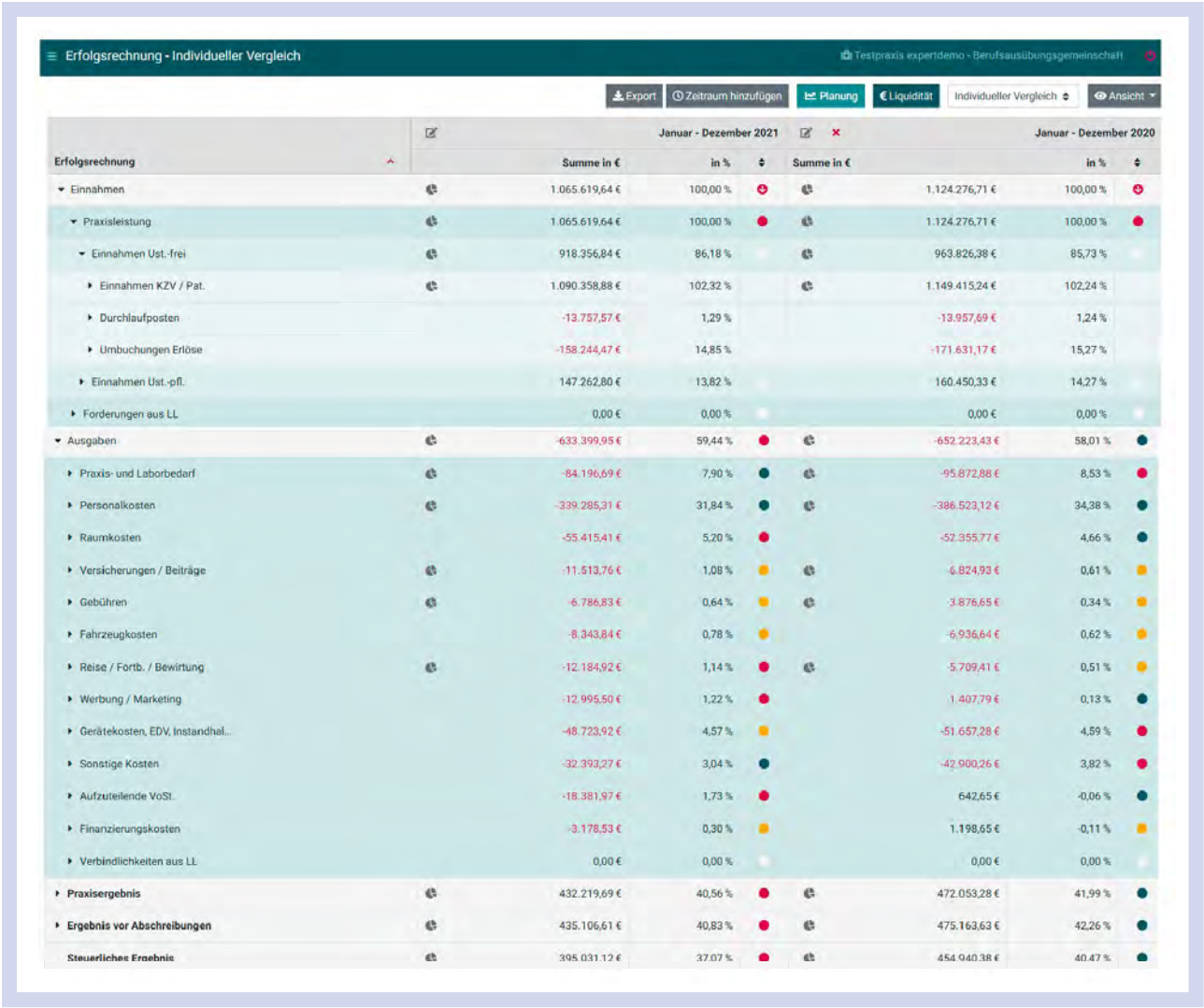
Privatkonten (Kontenbereich 1900 – 1999)
Die privaten Entnahmen und Einlagen haben zwar keine Auswirkung auf das steuerliche Jahresergebnis, müssen aber gebucht werden, da sie von den Finanzkonten ab- oder zufließen. Außerdem beeinflussen sie die Liquidität und die Restentnahmeansprüche der Partner einer Berufsausübungsgesellschaft.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

5.3.4. Betriebswirtschaftliche Auswertungen

Betriebswirtschaftliche Auswertung (= BWA) mit Periodenvergleich zum Vorjahr

- Die BWA zeigt alle geflossenen Einnahmen und Ausgaben und den steuerlichen Jahresüberschuss in einer Periode. Sie zeigt nicht den wirklich erwirtschafteten Erfolg, da sie weder Forderungen (z. B. noch nicht geflossene Patientenrechnungen oder KZV-Zahlungen) noch Verbindlichkeiten (z. B. offene Lieferantenrechnungen) beinhaltet. Da die meisten Praxen jedoch mittlerweile mit einer Abrechnungsgesellschaft arbeiten und diese die Auszahlungen der Patientenrechnungen zeitnah vornimmt, kann die BWA trotzdem zur betriebswirtschaftlichen Steuerung verwendet werden.
- Man kann die BWA als reine Übersicht anzeigen oder mit Kontendarstellung. Im Idealfall kann man in der Buchhaltungssoftware sogar jede einzelne Buchung und den dazugehörigen Beleg einsehen.



Erfolgsrechnung	Januar - Dezember 2021 Summe in €	in %	Januar - Dezember 2020 Summe in €	in %
Einnahmen	1.065.619,64 €	100,00 %	1.124.276,71 €	100,00 %
Praxisleistung	1.065.619,64 €	100,00 %	1.124.276,71 €	100,00 %
Einnahmen Ust.-frei	918.356,84 €	86,18 %	963.826,38 €	85,73 %
Einnahmen KZV / Pat.	1.090.358,88 €	102,32 %	1.149.415,24 €	102,24 %
Durchlaufposten	-13.757,57 €	1,29 %	-13.957,69 €	1,24 %
Umbuchungen Erlöse	-158.244,47 €	14,85 %	-171.631,17 €	15,27 %
Einnahmen Ust.-pfl.	147.262,80 €	13,82 %	160.450,33 €	14,27 %
Forderungen aus LL	0,00 €	0,00 %	0,00 €	0,00 %
Ausgaben	-633.399,95 €	59,44 %	-652.223,43 €	58,01 %
Praxis- und Laborbedarf	-84.196,69 €	7,90 %	-95.872,88 €	8,53 %
Personalkosten	-339.285,31 €	31,84 %	-386.523,12 €	34,38 %
Raumkosten	-55.415,41 €	5,20 %	-52.355,77 €	4,66 %
Versicherungen / Beiträge	-11.513,76 €	1,08 %	-6.824,93 €	0,61 %
Gebühren	-6.786,83 €	0,64 %	-3.876,65 €	0,34 %
Fahrzeugkosten	-8.343,84 €	0,78 %	-6.936,64 €	0,62 %
Reise / Fortb. / Bewirtung	-12.184,92 €	1,14 %	-5.709,41 €	0,51 %
Werbung / Marketing	-12.995,50 €	1,22 %	1.407,79 €	0,13 %
Gerätekosten, EDV, Instandhal...	-48.723,92 €	4,57 %	-51.657,28 €	4,59 %
Sonstige Kosten	-32.393,27 €	3,04 %	-42.900,26 €	3,82 %
Aufzuteilende VoSt.	-18.381,97 €	1,73 %	642,65 €	-0,06 %
Finanzierungskosten	-3.178,53 €	0,30 %	1.198,65 €	-0,11 %
Verbindlichkeiten aus LL	0,00 €	0,00 %	0,00 €	0,00 %
Praxisergebnis	432.219,69 €	40,56 %	472.053,28 €	41,99 %
Ergebnis vor Abschreibungen	435.106,61 €	40,83 %	475.163,63 €	42,26 %
Steuerliches Ergebnis	395.031,12 €	37,07 %	454.940,38 €	40,47 %

Quelle: solvi control (Betriebswirtschaftliche Auswertung [= BWA] mit Periodenvergleich zum Vorjahr)

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

5.3.5. Aufbewahrungspflicht der Buchführungsunterlagen

Jedes Unternehmen muss eine Vielzahl von gesetzlichen Aufbewahrungspflichten beachten. Diese sind durch Steuer- und Handelsrecht vorgegeben, aber auch durch berufsrechtliche Vorschriften.

Steuerrechtliche Aufbewahrungspflichten und -fristen

Jeder, der nach den §§ 140 ff. AO verpflichtet ist, Bücher und Aufzeichnungen zu führen, ist auch verpflichtet, diese aufzubewahren.

Die Unterlagen sind geordnet aufzubewahren. Die Aufbewahrungspflicht als Teil der Buchführungs- und Aufzeichnungspflicht muss den Anforderungen des § 145 AO genügen, d. h., die Buchführung muss so beschaffen sein, dass sie einem sachverständigen Dritten innerhalb kurzer Zeit einen Überblick über die Geschäftsvorfälle und über die Lage des Unternehmens vermitteln kann. Die Einhaltung der gesetzlichen Aufbewahrungspflichten gehört auch zum Standardkatalog jeder Betriebsprüfung.

Die Verantwortung für die Beachtung der Aufbewahrungspflichten liegt beim Steuerpflichtigen, also dem Inhaber einer Praxis oder den Gesellschaftern einer Personengesellschaft.

Aufzubewahrende Steuerunterlagen und Aufbewahrungsfristen

Unterlagen	Frist
Bücher und Aufzeichnungen	10 Jahre
Inventare	10 Jahre
Jahresabschlüsse	10 Jahre
Eröffnungsbilanzen	10 Jahre
Zum Verständnis erforderliche Arbeitsanweisungen und sonstige Organisationsunterlagen	10 Jahre
Buchungsbelege	10 Jahre
Empfangene Handels- oder Geschäftsbriefe	6 Jahre
Abgesendete Handels- oder Geschäftsbriefe (Wiedergaben)	6 Jahre
Sonstige für die Besteuerung bedeutende Unterlagen	6 Jahre

Rechtsgrundlage für den Umfang und die Frist der Aufbewahrung ist § 147 Abs. 1 Nr. 1 AO.

Beginn und Ende der Aufbewahrungsfrist

Die Aufbewahrungsfrist beginnt jeweils mit Schluss des Kalenderjahres, in dem die letzte Eintragung in die Bücher und Aufzeichnungen, die Gewinnermittlung oder das Inventar erfolgt ist, der Buchungsbeleg entstanden ist, die Handels- und Geschäftsbriefe empfangen oder abgesendet wurden oder die sonstigen steuerlich relevanten Aufzeichnungen vorgenommen bzw. die sonstigen steuerlich relevanten Unterlagen entstanden sind.

Die steuerrechtliche Aufbewahrungspflicht läuft nicht ab, soweit und solange die aufzubewahrenden Unterlagen für die Steuer, für die die Festsetzungsfrist noch nicht abgelaufen ist, von Bedeutung sind (§ 147 Abs. 3 S. 3 AO). Die übliche Festsetzungsfrist beträgt vier Jahre, jedoch können der Beginn und das Ende

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

hinausgeschoben sein durch Anlauf- oder Ablaufhemmungen.

Steuerhinterziehung bzw. leichtfertige Verkürzung beeinflusst diese Ablaufhemmung zwar nicht, jedoch endet die Festsetzungsfrist nicht, bevor die Verfolgung der Steuerstraftat oder der Steuerordnungswidrigkeit verjährt ist (§ 171 Abs. 7 AO). Die gesetzliche Einschränkung »soweit und solange« führt in der Praxis häufig dazu, dass sich die Aufbewahrung insgesamt nicht nur nach § 147 AO richtet, sondern sich ebenfalls auf die Regelungen des § 171 AO bezieht.

Aufbewahrungspflichtige Unterlagen im Einzelnen

Unterlagen	Erläuterung
Bücher und Aufzeichnungen	Alle Bücher, die für steuerrechtliche Zwecke geführt werden müssen (z. B. die Buchführung, die Kassenbuchführung und die Lohnbuchführung, die Einnahmen-Überschussrechnung)
Inventare	Anlageverzeichnisse, Inventur-Aufnahmelisten, sofern vorhanden
Jahresabschlüsse	Gemeint sind handelsrechtliche Jahresabschlüsse nach HGB.
Eröffnungsbilanzen	Bilanzen, die zu Beginn der Tätigkeit bzw. der Buchführungspflicht zu erstellen sind
Arbeitsanweisungen und Organisationsunterlagen	u. a. Kontenpläne, Anweisungen für Belegerfassung bis Belegsicherung, Buchungsanweisungen; bei EDV-Anwendungen die Verfahrensdokumentation (vgl. Tz. 6 GoBS)
Handels- und Geschäftsbriefe	Schriftstücke oder Dokumente, auch Fax-Ein- und -Ausgänge sowie empfangene oder versendete E-Mails, **soweit sie für die Besteuerung von Bedeutung sind**. Dies betrifft sowohl empfangene als auch erbrachte Leistungen. Soweit mündlich (z. B. telefonisch) erteilte Auskünfte ohne schriftliche Bestätigung rechtlich wirksam werden, ist eine entsprechende Notiz zu fertigen und aufzubewahren.
Buchungsbelege	Alle Unterlagen zu jedem einzelnen Geschäftsvorfall und seiner Buchung. Dies können Eigen- und Fremdbelege sein. Es gilt der Grundsatz, dass keine Buchung ohne Beleg vorgenommen werden darf.
Sonstige für die Besteuerung bedeutende Unterlagen	Nur wenn sie eine Aussagekraft über steuerlich relevante Vorgänge besitzen. Z. B. Bewertungsunterlagen (z. B. Gutachten) sowie Auftrags-, Bestell- und ggf. Angebotsunterlagen. Heil- und Kostenpläne usw.
Belegunterart Lohnabrechnungs-Belege	u.a. die Uraufzeichnungen der Stundenlohnzettel, An- bzw. Abwesenheitsbelege (Krankheit, Urlaub)
Belegunterart Kontoauszüge	Betriebliche Konto- und Depotauszüge oder sonstige Bankunterlagen Private Kontoauszüge sind grundsätzlich nicht aufbewahrungspflichtig, es sei denn, es wurden auch betriebliche Vorgänge darüber abgewickelt. Private Kontoauszüge, über die keine betrieblichen Vorgänge abgewickelt wurden, können allerdings angefordert werden, wenn z.B. aufgrund von nicht hinreichend geklärten Einlagen oder Vermögenszuwächsen im Rahmen einer steuerlichen Außenprüfung eine (Bar-)Geldverkehrs- oder Vermögenszuwachsrechnung durchgeführt wird.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Aufbewahrungsarten

Es gilt der Grundsatz, dass die Belege und erhaltenen Geschäftsbriefe in der Form aufzubewahren sind, in der sie erhalten wurden. Also z.B. Posteingänge in Papierform, E-Mails in elektronischer Form. Vom Grundsatz gibt es Ausnahmen.

Aufzubewahrende Unterlagen	Aufbewahrungsart
Alle in Papierform erhaltenen Unterlagen, einscannen von Belegen, Eingangsrechnungen, Verträge und Geschäftsbriefe	In Papierform einscannen ist zulässig, wenn a. die Lesbarkeit über den Aufbewahrungszeitraum gewährleistet ist; b. die volle bildliche Wiedergabe originalgetreu erfolgt; c. gewährleistet ist, dass der Urheber und der gesamte Inhalt erkennbar sind; d. das Farbformat eingehalten ist (nur dann zwingend vorgeschrieben, wenn es für die Beweiskraft wichtig ist); e. die Unversehrtheit der Daten und die Übereinstimmung mit dem Papierbeleg mittels einer elektronischen Signatur garantiert werden.
Digitale Belege	Im Unternehmen entstandene oder dort in digitaler Form eingegangene aufzeichnungs-/aufbewahrungspflichtige Daten, Datensätze und elektronische Dokumente sind unverändert aufzubewahren und dürfen nicht vor Ablauf der Aufbewahrungsfrist gelöscht werden. Beispiel: Ausgangsrechnungen aus dem zahnärztlichen Abrechnungsprogramm
Elektronische Belege	Die elektronisch erhaltenen Belege sind auch elektronisch in lesbarer, unveränderbarer Form aufzubewahren. Dient eine E-Mail nur als Transportmittel, z. B. für eine angehängte elektronische Rechnung, und enthält darüber hinaus keine aufbewahrungspflichtigen Informationen, so muss sie nicht aufbewahrt werden (analog zum Papierbriefumschlag bei der Papierrechnung).
Elektronische Kontoauszüge	Für die **Praxiskonten** gilt: Bei Einhaltung der strengen Kriterien der GoBS (Grundsätze ordnungsgemäßer datenverarbeitungsgestützter Buchführungssysteme) und der GDPdU (Grundsätze zum Datenzugriff und zur Prüfbarkeit digitaler Unterlagen) ist die Aufbewahrung in elektronischer Form zulässig, aber in der Praxis nicht zu empfehlen. Daher Ausdruck und Aufbewahrung der Papier-Kontoauszüge. Dient der **Auszug eines privaten Kontos** als Beleg für Zahlungsvorgänge (z. B. als Werbungskosten, Sonderausgaben oder außergewöhnliche Belastungen), werden die im Online-Verfahren selbst ausgedruckten Kontoauszüge in der Regel anerkannt.
Aufzeichnungen, Buchführung und Gewinnermittlung in Papierform oder maschinell	Wurden die Unterlagen maschinell erstellt, so kann die Finanzbehörde verlangen, dass die Daten nach ihren Vorgaben maschinell ausgewertet werden oder ihr ein maschinell verwertbarer Datenträger zur Verfügung gestellt wird (digitaler Datenzugriff). Das bedingt, dass ein EDV-Buchführungsprogramm über den Aufbewahrungszeitraum nutzbar sein muss. Die Papierform bleibt weiterhin zulässig, wenn keine EDV-Buchführung erstellt wird.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Folgen der Nichteinhaltung der steuerlichen Aufbewahrungspflichten:

Betriebsprüfungsrisiko:
Die grobe Missachtung der Aufbewahrungsfristen und zulässigen Aufbewahrungsarten berechtigt das Finanzamt, die Aussagekraft der Buchführung zu hinterfragen. Im Ernstfall können Einnahmen hinzugeschätzt oder Ausgaben nicht anerkannt werden.

Vorsteuerabzug nach § 14 (3) USTG:
Für umsatzsteuerpflichtige Praxen hängt der geltend gemachte Vorsteuerabzug davon ab, ob die Echtheit und inhaltliche Unversehrtheit der Eingangsrechnung gewährleistet sind.

Strafrechtliche Folgen:
Im Falle einer Überschuldung oder drohenden Zahlungsunfähigkeit oder im laufenden Insolvenzverfahren kann der Straftatbestand des § 283 Abs. 1 Nr. 6 StGB erfüllt sein – dieser führt in der Regel zu einem höheren Strafmaß.

Steuertipp zur Aufbewahrungspflicht
Die Kosten für die Archivierung sind selbstverständlich steuerliche Betriebsausgaben. Wird ein Archivraum im eigenen Haus genutzt, der nach der Ausstattung nicht als Arbeitszimmer oder in sonstiger Weise privat nutzbar ist, so sind die anteiligen Kosten (und die Ausstattung) in voller Höhe abzugsfähig. Bei Praxisaufgabe oder -abgabe können die zukünftigen Kosten der Archivierung bereits im Jahr der Aufgabe steuerlich angesetzt werden.

Stb./WP Gabriela R. Scholz

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

5.3.6. Die GoBD und ihre Bedeutung für die Zahnarztpraxis

Was sind die GoBD und für wen gelten sie?

Die GoBD konkretisieren die Ordnungsmäßigkeitsanforderungen der Finanzverwaltung an die Buchführung und Aufzeichnungen. Sie sind von allen Buchführungs- bzw. Aufzeichnungspflichtigen zu beachten und ersetzen ab dem Zeitpunkt ihrer Gültigkeit (01.01.2015) die bisher geltenden Grundsätze ordnungsgemäßer DV-gestützter Buchführungssysteme (GoBS) und die Grundsätze zum Datenzugriff und Prüfbarkeit digitaler Unterlagen (GDPdU).

Die Regelungen gelten sowohl für die doppelte Buchführung von Gewerbetreibenden als auch explizit für sonstige Aufzeichnungen steuerrelevanter Daten (insbesondere somit auch für Einnahmenüberschussrechner).

Für die Einhaltung der GoBD ist der Steuerpflichtige selbst verantwortlich, nicht sein Steuerberater oder Buchhaltungsbüro. Jeder Selbstständige muss sich daher mit der Qualität und dem Ablauf seiner Buchführung befassen.

Welche Tätigkeiten in der Zahnarztpraxis fallen darunter?

Die GoBD gelten für den gesamten Prozess von der Belegentstehung über die Belegablage bis zur Buchführung und Aufbewahrung.

Sie umfassen auch die Vor- und Nebensysteme der Buchführung bzw. Aufzeichnungen (z.B. Material- und Warenwirtschaft, Lohnabrechnung, Zeiterfassung). Als Vorsystem in der Zahnarztpraxis gilt insbesondere auch das Abrechnungsprogramm.

Die Rechte der Prüfer nach den neuen GoBD

Seit dem 01.01.2002 hat die Finanzverwaltung umfassende Zugriffsrechte auf »steuerlich relevante« DV-Daten (§§ 146, 147 und 200 AO). Diese neue Prüfungsmethode mittels Datenzugriffs ist neben die Möglichkeit der herkömmlichen Prüfung getreten. Gegenstand der Prüfung sind wie bisher grundsätzlich nur die nach § 147 Abs. 1 AO aufbewahrungspflichtigen Unterlagen.

*»Sind die … Unterlagen **mit Hilfe eines Datenverarbeitungssystems erstellt** worden, hat die Finanzbehörde im Rahmen einer Außenprüfung das Recht, Einsicht in die gespeicherten Daten zu nehmen und das Datenverarbeitungssystem zur Prüfung dieser Unterlagen zu nutzen. Sie kann im Rahmen einer Außenprüfung auch verlangen, dass die Daten nach ihren Vorgaben maschinell ausgewertet oder ihr die gespeicherten Unterlagen und Aufzeichnungen auf einem maschinell verwertbaren Datenträger zur Verfügung gestellt werden ….«* (siehe BMF-Schreiben »Grundsätze zur ordnungsmäßigen Führung und Aufbewahrung von Büchern, Aufzeichnungen und Unterlagen in elektronischer Form sowie zum Datenzugriff (GoBD)« vom 14.11.2014).

Die Pflichten der Selbstständigen erstrecken sich nun nicht mehr allein auf die konventionelle Aufbewahrung von Unterlagen, sondern verlangen eine Speicherung, unverzügliche Lesbarmachung (BFH, Beschluss vom 26.09.2007, I B 53, 54/07, BStBl II 2008, 415) etc. von Belegen während der in der Regel 10-jährigen Aufbewahrungszeit.

Mit der Gültigkeit der GoBD werden die Prüfer sich verstärkt mit den »Vorsystemen« zur Buchhaltung wie Kassenbuch oder Bareinnahmen- bzw. Barausgabenaufzeichnungen oder der Zahnarztsoftware beschäftigen.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Checkliste GoBD	
Allgemeine Anforderungen	– Zeitnah – Unveränderbar – Über die gesamte Aufbewahrungsfrist verfügbar
Belegablage	Erfassung von unbaren Geschäftsvorfällen **innerhalb von zehn Tagen** als Orientierung (laut Finanzverwaltung »ist unbedenklich«). »Erfassen« im Sinne der GoBD bedeutet zunächst nur, dass die Belege identifiziert, gesichtet, manuell gesichert und mit Schutz vor unberechtigten Zugriffen und Änderungen geordnet abgelegt werden. Falls bilanziert wird: Erfassung von Kontokorrentbeziehungen (Waren- und Kostenrechnungen, kreditorisch) innerhalb von acht Tagen als Orientierung.
Ordnungsgemäße Belegablage	Belegablage bedeutet auch, – dass die Belege vollständig sind. Sämtliche Bankausgaben und Barausgaben sind durch Belege nachgewiesen. Auch Eigenbelege sind zu fertigen, falls erforderlich (Eigenbeleg = Aufzeichnung von beruflich veranlassten Ausgaben, für die es keinen Beleg von dritter Seite gibt). – dass sämtliche Angaben zum Verständnis der Belege gemacht werden. Beispiel Reisekosten: Angaben zum Anlass, Ort, Dauer der Abwesenheit, alle Kosten; Anschaffung von Kinderspielzeug »fürs Wartezimmer«. Geschenke und Bewirtungen: Begünstigter, Anlass, sonstige notwendige Angaben. – dass die Entscheidung, ob und inwieweit Ausgaben privat veranlasst sind, dokumentierbar getroffen ist. Beispiel: Umfang der privaten Telefonkosten.
Grundbuchaufzeichnungen	– Die Funktion der Grund(buch)aufzeichnungen sowie die Erfassung kann auch durch eine **geordnete und übersichtliche Belegablage** erfüllt werden. – Der Begriff »Erfassung« der GoBD im Zusammenhang mit (vor)erfassten Buchungssätzen und dessen Folgen für den Buchungszeitpunkt (= Festschreibung bzw. einsetzende Unveränderbarkeit) ist nicht zu verwechseln mit buchhalterischer oder EDV-technischer »Erfassung« im Zusammenhang mit Belegen und Grund(buch)aufzeichnungen. – Bei einer geordneten Ablage von Belegen (in Papierform oder in elektronischer Form), die die Ordnungsmäßigkeitsanforderungen der GoBD erfüllt, ist **weiterhin ein quartalsweiser, halbjährlicher oder jährlicher Buchungszyklus zulässig**. – Grundsätzlich gelten Aufzeichnungen mit Belegcharakter oder in Grundbüchern (z. B. Eingangs- und Ausgangsbücher) mit dem Zeitpunkt der erstmaligen Erfassung (nicht zwingend IT-gestützt) als unveränderbar.
Grundbuchaufzeichnungen in Vor- und Nebensystemen	– Vor- und Nebensysteme zur Buchhaltung müssen **mit dem Zeitpunkt der erstmaligen Erfassung unveränderbar** werden. – Vor- und Nebensysteme in der Zahnarztpraxis sind u. a. das zahnärztliche Abrechnungsprogramm, das Kassenbuch, die Lohnabrechnung, eventuell eine Zeiterfassung.
Buchführung	– Im Sinne der GoBD gilt ein Geschäftsvorfall erst dann als **gebucht, wenn er festgeschrieben ist und somit den Grundsatz der Unveränderbarkeit erfüllt**. Im Buchungsprozess ist das der Zeitpunkt der Autorisierung bzw. Freigabe von erfassten Buchungssätzen durch die dafür berechtigte Person. Ab diesem Zeitpunkt sind alle Änderungen lückenlos nachvollziehbar.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Checkliste GoBD	
Fortsetzung: Buchführung	– Davon zu unterscheiden ist eine eventuelle Vor- bzw. Stapelerfassung, die noch nicht als Buchführung gilt. – Die buchungstechnische Erfassung unter Einsatz eines IT-Systems und deren Unveränderbarkeit (Festschreibung) unterliegt erstmals konkreten Fristen, die sich am Termin der **Umsatzsteuervoranmeldung (UStVA)** orientieren.
Selbstbuchende Praxen	– Zu unterscheiden ist, ob der Mandant Belege und Geschäftsvorfälle **vorerfasst** oder die Grundbuchaufzeichnungen **endgültig in digitaler Form** erstellt. – Die Prozesse sollten mit dem Steuerberater besprochen und festgelegt werden. Dabei müssen auch Vor- und Nebensysteme, in denen Buchungssätze verarbeitet werden, beachtet werden. – Bei Export und Import von einem Nicht-DATEV-Programm in ein DATEV-Programm muss grundsätzlich geklärt werden, **wo die Daten aufbewahrt werden und wie trotz der manuellen Schnittstellenübergänge die chronologische Nachvollziehbarkeit (vor- und rückwärts) gewährleistet werden kann**. – In der vom FVDZ empfohlenen **Buchhaltungssoftware FIBU-doc** sind die Anforderungen der neuen GoBD (z. B. Sperrfunktion, Nachvollziehbarkeit von Änderungen oder Stornierungen usw.) erfüllt.
Selbstbuchende Praxen **ohne** Umsatzsteuervoranmeldung	– Sofern der Mandant in einem Rechnungswesen-Programm die Daten nur vorerfasst, damit sie in der Kanzlei gesichtet und ggf. korrigiert werden können, **muss er diese nicht festschreiben**. *Empfehlung:* Der vorerfasste und nicht festgeschriebene Buchungsbestand kann ans Steuerbüro zur Kontrolle und Änderung übermittelt werden. Nachdem das Steuerbüro die endgültige Gewinnermittlung erstellt hat, sollte der Komplettbestand an den Mandanten zurückgespielt werden.
Selbstbuchende Praxen **mit** Umsatzsteuervoranmeldung	– Die Buchungssätze müssen möglichst bald nach deren Erfassung, **spätestens jedoch zur Übermittlung der Umsatzsteuervoranmeldung, festgeschrieben** werden. Dadurch kann im Falle späterer Änderungen der Nachweis der Änderungen gegenüber den deklarierten Daten geführt werden. – Das bedeutet auch, dass Korrekturen im einzelnen Buchungssatz nicht mehr möglich sind. Korrekturen können nur durch »Generalumkehr« vorgenommen werden und bleiben dann auf Dauer sichtbar. *Empfehlung:* Der Steuerpflichtige hat eine erhöhte Verantwortung für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Buchhaltung. Fragen sollten bereits während des Buchens mit dem Steuerbüro geklärt werden.
Umfang der Aufbewahrung	– Belege und sonstige Unterlagen, die unter die außersteuerlichen und steuerlichen Aufzeichnungspflichten fallen – Digitale oder digitalisierte Belege – Grund(buch)aufzeichnungen – Buchungen – Sonstige Unterlagen bzw. Dokumente – Stammdaten mit steuerlicher Relevanz aus den Vor- und Nebensystemen der Finanzbuchführung – Verfahrensdokumentationen – Zu den Fristen siehe Kap. 5.3.5.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Checkliste GoBD	
Aufbewahrungsform	– Belege und sonstige Unterlagen sind in der ursprünglichen Form aufzubewahren, in der sie der Praxis zugegangen sind.
Digitale Belege	– **Im Unternehmen entstandene oder dort in digitaler Form eingegangene aufzeichnungs-/aufbewahrungspflichtige Daten, Datensätze und elektronische Dokumente** sind unverändert aufzubewahren und dürfen nicht vor Ablauf der Aufbewahrungsfrist gelöscht werden. – Aufbewahrung elektronischer Belege: Dient eine E-Mail nur als Transportmittel, z. B. für eine angehängte elektronische Rechnung, und enthält darüber hinaus keine aufbewahrungspflichtigen Informationen, so muss sie nicht aufbewahrt werden (analog zum Papierbriefumschlag bei der Papierrechnung). Dies stellen die GoBD erstmals explizit klar.
Office-Formate wie Word oder Excel	Die GoBD problematisieren ausdrücklich bestimmte Formate und Aufbewahrungsformen wie Office-Formate und Beleg- und Dokumentenablagen auf Dateisystemebene, **da diese technisch einfach veränderbar bzw. unprotokolliert löschbar sind.** Office-Formate, die Belegfunktion erfüllen, können grundsätzlich weiterhin verwendet werden, wenn – Aufbewahrungs- bzw. Archivsysteme eingesetzt werden, mit denen der Nachweis der Unveränderbarkeit bzw. der Nachvollziehbarkeit von Änderungen unterstützt wird. ***Oder*** – ergänzende Maßnahmen getroffen werden, um die Beweiskraft der Microsoft-Office-Dokumente zu erhalten. Dies kann z. B. durch eine Kombination aus regelmäßigen Sicherungen, Zugriffsschutz auf die Ablageorte auf dem Rechner, Verwendung von Schreibschutzmaßnahmen und Verfahrensdokumentation mit Erläuterung der Maßnahmen erfolgen. – Durch eine Umwandlung (eines Office-Formats) in ein vor Veränderung schützendes Format (z. B. PDF-Format) sowie die ergänzende Aufbewahrung mit Datum der Umwandlung kann die Beweiskraft solcher Belege nachhaltig erhöht werden.
Gescannte Belege als Ersatz für das Original	Belege in Papierform können unter bestimmten Voraussetzungen als digitalisierte Kopien grundsätzlich denselben Stellenwert wie das Original erhalten. – Werden Belege in Papierform empfangen und danach elektronisch gescannt, ist das Scan-Ergebnis so aufzubewahren, dass die Wiedergabe mit dem Original bildlich übereinstimmt. – Eine vollständige Farbwiedergabe ist nur dann erforderlich, wenn der Farbe Beweisfunktion zukommt (z. B. Minusbeträge in roter Schrift, Sicht-, Bearbeitungs- und Zeichnungsvermerke in unterschiedlichen Farben). – Für Besteuerungszwecke ist eine elektronische Signatur oder ein Zeitstempel nicht erforderlich. Werden die Belege weiterbearbeitet, z. B. durch ein OCR-Verfahren (Optical-Character-Recognition-Verfahren), müssen die dadurch gewonnenen Informationen nach Verifikation ebenfalls aufbewahrt werden.

Dipl.-Kffr. Monika Brendel

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

5.3.7. Belegmanagement

Papier ist out. Zunehmend werden Informationen digital gespeichert. Belege werden häufig sogar ausschließlich digital zur Verfügung gestellt. Was heißt das für die Zahnarztpraxis auf Ebene des Finanz- und Rechnungswesens und ganz speziell für die Buchhaltung? Wie wird mit digitalen Belegen in der Praxis gearbeitet und wie sieht ein guter Prozess aus, um Belege in einem Fluss zu bearbeiten und doppelte Erfassung zu vermeiden?

Verfahrenstechnische Vorgaben bei der Festlegung des Ablageprozesses nach GoBD

GoBD bedeutet die Grundsätze zur ordnungsmäßigen Buchführung und Aufbewahrung von Büchern, Aufzeichnungen und Unterlagen in elektronischer Form. Es handelt sich dabei um eine verbindliche Verwaltungsanweisung des Bundesministeriums der Finanzen der Bundesrepublik Deutschland. Da wird zunächst gefordert, dass Belege – egal, ob in Papier- oder elektronischer Form – zeitnah, möglichst sogar unmittelbar nach Eingang oder Entstehung gegen Verlust zu sichern sind. Im täglichen Praxisbetrieb stellt das eine Herausforderung dar, die aber durch Einsatz moderner technischer Möglichkeiten gemeistert werden kann. Bedient sich die Praxis eines digitalen Belegmanagements, so können die eingehenden Papierbelege direkt nach Öffnung der Post eingescannt werden. Der Originalbeleg sollte danach per Stempel als »gescannt« gekennzeichnet werden. Wir empfehlen, diesen Stempel auf der Rückseite des Beleges anzubringen. Das digitale Belegmanagement sollte mittels Einsatzes einer geeigneten Software erfolgen, weil selbst erstellte Lösungen in aller Regel nicht GoBD-konform sind.

Moderne Buchhaltungssoftware stellt auch Zahlungsoptionen bereit, so dass der Papierbeleg an dieser Stelle bereits dem endgültigen Ablageort zugeführt werden kann. Da es bei ordnungsgemäßer Digitalisierung der Papierbelege entsprechend den Vorschriften für das ersetzende Scannen sehr unwahrscheinlich ist, dass der Originalbeleg nochmals zur Prüfung vorgelegt werden muss, sollte man eine möglichst unaufwändige Ablage machen (z. B. als Loseblatt-Ablage in einem Karton, welcher später mit dem Zeitabschnitt beschriftet und verschlossen eingelagert wird). Die Vernichtung von Papierbelegen ist grundsätzlich möglich, wenn alle Vorgaben des ersetzenden Scannens erfüllt werden. Vernichtet man den Originalbeleg, nachdem der Beleg digitalisiert wurde, muss man im Rahmen der Beweislastumkehr jedoch selbst als Steuerpflichtiger nachweisen, dass das digitale Bild des Beleges dem vernichteten Originalbeleg entspricht. Dieser Nachweispflicht kann mit Hilfe einer den strengen Vorschriften entsprechenden Verfahrensdokumentation nachgekommen werden. Eine einfache Form der Verfahrensdokumentation ist in jedem Fall zu empfehlen, da diese den Beteiligten hilft, den gesamten Buchhaltungsprozess zu definieren und schriftlich festzuhalten.

Verfahrensdokumentation bei bildlicher Erfassung von Papierdokumenten

Weiterhin fordern die GoBD eine Dokumentation des Verfahrens, nach dem die Papierdokumente bildlich erfasst werden. Empfohlen wird die Erstellung einer Organisationsanweisung, in der geregelt wird,

- wer Belege erfassen darf,
- zu welchem Zeitpunkt erfasst werden soll (z. B. direkt nach Posteingang),
- welche Dokumente erfasst werden,
- ob bildliche oder inhaltliche Übereinstimmung mit dem Original erforderlich ist,
- wie die Qualitätskontrolle auf Lesbarkeit und Vollständigkeit und
- wie die Protokollierung von Fehlern zu erfolgen hat.

Es gibt keine konkreten Vorschriften bezüglich der Ausgestaltung dieser Verfahrensdokumentation, da die Voraussetzungen in den Praxen zu unterschiedlich sind, als dass die Finanzbehörden dies abschließend beschreiben konnten. Vorteilhaft ist die Verwendung einer Software, welche diese Punkte alle bereits automatisiert gelöst hat, so dass bei der Verfahrensdokumentation auf die Softwarefunktionen Bezug genommen werden kann.

Tipp: Nutzen Sie diese Vorgabe als Chance und betrachten Sie den Belegprozess in Ihrer Praxis unter den oben genannten Stichpunkten. Danach ist eine Dokumentation des Prozesses reine Formsache. Eventuell vorhandene Konfliktpunkte werden auf diesem Weg sichtbar, saubere Absprachen verhindern doppelte Ablagen und Erfassungen.

Die Lesbarmachung von elektronischen Unterlagen muss bereits heute für die Zukunft gelöst werden

Können Sie sich noch erinnern, mit welchen Medien Sie vor zehn Jahren gearbeitet haben? Wenn Sie da-

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

mals Daten auf DVDs gespeichert haben, dann könnte es heute vielleicht problematisch werden, diese zu lesen – denn moderne Laptops haben meist gar kein CD-Laufwerk mehr. Und so wird es zukünftig in immer schnelleren Zeitsprüngen weitergehen. Niemand kann wirklich sagen, welche Medien wir in zehn Jahren nutzen. Trotzdem sind Sie gemäß GoBD gehalten, technische Einrichtungen zur Wiederherstellung der Lesbarkeit Ihrer digitalen Unterlagen vorzuhalten.

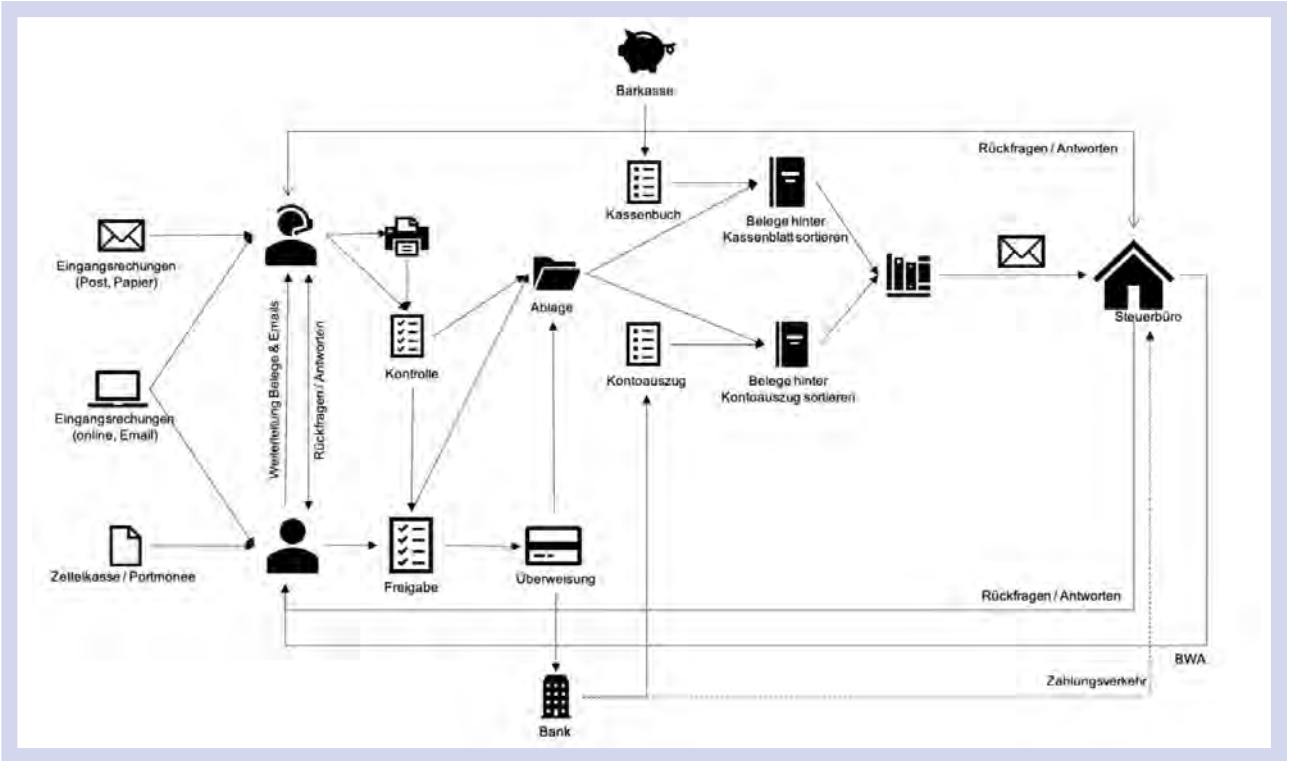
Daher sollten Sie bei Einrichtung einer digitalen Belegverwaltung auch diesen Punkt berücksichtigen. Wie können Ihre Belege zukünftig bei einer Prüfung lesbar vorgelegt werden? Die verwendete Software sollte hierzu zukunftsträchtige Lösungen aufweisen, da der BFH mit einem Beschluss vom 26. September 2007 bereits festgelegt hat, dass elektronische Dokumente für die Dauer der Aufbewahrungsfrist jederzeit lesbar sein müssen.

Welche Belege sollen für die Buchhaltung digitalisiert archiviert werden?

- Lieferantenrechnungen kommen per Post, E-Mail oder als Download von Plattformen in der Praxis an. Können direkt digital erfasst, abgelegt und gegebenenfalls in digitaler Form an das Steuerbüro übermittelt werden.
- Barbelege aus der Kasse können ebenfalls digital erfasst, abgelegt und zur Verfügung gestellt werden.
- Patientenrechnungen werden aus der Praxisverwaltungssoftware erstellt und sind dort GoBD-konform archiviert und jederzeit abrufbar. Gemäß GoBD 4.3 (Erfassungsgerechte Aufbereitung der Buchungsbelege) muss bei Einsatz eines Fakturierungsprogramms unter Berücksichtigung der vorgegebenen Voraussetzungen keine bildhafte Kopie der Ausgangsrechnung (z. B. in Form einer PDF-Datei) ab Erstellung gespeichert bzw. aufbewahrt werden, wenn jederzeit auf Anforderung ein entsprechendes Doppel der Ausgangsrechnung erstellt werden kann. Dies ist bei den aus der Praxisverwaltungssoftware erstellten Ausgangsrechnungen regelmäßig der Fall. Eine zusätzliche Archivierung ist ebenso wie die Übergabe an das Steuerbüro nicht notwendig.

Entsprechend der voranstehend gemachten Ausführungen muss für das Belegmanagement ein Hauptziel formuliert werden, welches da heißt:

Es muss ein geordnetes Ablagesystem geben, das alle kennen und an das sich alle halten!



© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Frei von administrativer Last

Eine systematische Organisation der Finanzprozesse bringt nicht nur finanzielle Vorteile und rechtliche Sicherheit mit sich, sie hilft Ihnen auch, aus der ungeliebten Notwendigkeit der Buchhaltung heraus zuverlässige Steuerungsgrundlagen für Ihre Praxis zu gewinnen. Optimieren Sie Ihre Prozesse und erlangen Sie so nicht nur dauerhaft einen besseren Überblick über die Praxissituation, sondern auch Freiheit für andere Tätigkeiten und Aufgaben.

Unser Tipp

Der FVDZ empfiehlt das **solvi Buchhaltungskonzept**, bei dem die Software solvi flow verwendet wird. Diese wurde speziell für Zahnarztpraxen entwickelt und basiert auf einer digitalen Belegverwaltung. Damit erhalten Sie als Zahnarzt vertiefende Informationen über die wirtschaftliche Situation Ihrer Praxis.

Die Software solvi control ist ein Analyseprogramm und ermöglicht darüber hinaus einen tiefgehenden Einblick sowohl in die selbst erstellte Buchhaltung als auch in die im Steuerbüro erstellte.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

5.3.8. Die digitale Zusammenarbeit mit dem Steuerberater

In der Zahnarztpraxis werden Waren bestellt, Dienstleistungen in Anspruch genommen, Mitarbeiter bezahlt und Patientenrechnungen geschrieben. Diese Vorgänge müssen organisatorisch bewältigt werden. Dafür haben sich in jeder Praxis Prozesse etabliert, die Sie angesichts der neuen Möglichkeiten der Digitalisierung hinterfragen sollten, denn Digitalisierung ermöglicht sehr oft eine erhebliche Effizienzsteigerung dieser Prozesse.

Zu diesen Prozessen gehört auch der Austausch von Belegen und Informationen mit dem Steuerberater, ein Vorgang, der in der Zahnarztpraxis derzeit noch eine ganz eigene, also zusätzliche organisatorische Schleife verursacht.

Digitale Zusammenarbeit mit dem Steuerberater bedeutet, diese Schleife zu vermeiden und den genannten Vorgang in die Abläufe der Praxis zu integrieren. Das gilt sowohl für den Daten- und Informationstransfer in Richtung des Steuerberaters als auch von dort zurück in die Praxis.

Ein Beispiel –
die Reise einer Eingangsrechnung bisher

Die in der Praxis eingehende Rechnung eines Dienstleisters (z. B. Reparaturrechnung des Depots für dentales Equipment) verursacht in der Zahnarztpraxis und in der Steuerkanzlei typischerweise folgende 14 Arbeitsschritte.

1. Posteingang der Rechnung in der Praxis
2. Rechnung prüfen
3. Rechnung bezahlen
4. Rechnung kopieren
5. Rechnung im Ordner „bezahlte Rechnungen“ ablegen
6. Originalrechnung und Kontoauszüge für die Steuerkanzlei zusammenführen
7. Postausgang der Paketsendung
8. Eingang der Belege in der Steuerkanzlei
9. Verbuchung der Belege in der Steuerkanzlei
10. Erstellung der Buchhaltungsauswertung inklusive betriebswirtschaftlicher Auswertung
11. Versenden der Auswertung inklusive der Belege an die Praxis
12. Ablage der Auswertung in der Steuerkanzlei
13. Eingang der Belege und der Auswertung in der Praxis
14. Ablage der Belege und der Auswertung in der Praxis

Die Vision –
die digitale Reise einer Eingangsrechnung

Die 14 Arbeitsschritte lassen sich nahezu halbieren, wobei drei davon auch noch weitgehend automatisch ausgeführt werden können:

1. (analoger) Posteingang der Rechnung in der Praxis
2. Prüfen der Rechnung
3. Rechnung scannen
4. Rechnung (durch integrierte EDV-Schnittstelle) weitgehend automatisch bezahlen
5. Rechnung (durch integrierte EDV-Schnittstelle) weitgehend automatisch verbuchen und Auswertung erstellen
6. Kontrolle der Verbuchung durch den Steuerberater
7. Rechnung durch integrierte EDV-Schnittstelle automatisch ablegen (*in der Cloud einsehbar für Praxis und Steuerkanzlei)
8. Erstellung der Buchhaltungsauswertung (*in der Cloud einsehbar für Praxis und Steuerkanzlei)

Das Scannen erfolgt sinnvollerweise durch einen leistungsfähigen Scanner mit Einzelblatteinzug und der Fähigkeit, auch Belege mit einem Format unterhalb DIN A4 zu verarbeiten. Das Scannen der Rechnung in Schritt 3 können Sie vermeiden, wenn die Eingangsrechnung auf digitalem Weg die Praxis erreicht.

Wodurch entsteht der Effizienzgewinn?

Nicht das Scannen der Eingangsrechnung selbst bewirkt den Effizienzgewinn. Er entsteht erst durch die Automation der nachgelagerten Prozesse wie Bezahlung, Verbuchung und Ablage. Mittels OCR-Erkennung entsteht aus einem Beleg ein digitaler Daten-

* Hinweis: Daten in der Cloud tangieren stets Datenschutz-Fragen, die vor der Umsetzung eines Digitalisierungsprojektes beachtet werden müssen.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

satz, der die automatische Bezahlung, Verbuchung und Ablage ermöglicht. Denn der digitale Datensatz und die Schnittstellen zum Bezahl-, Buchhaltungs- und Ablageprogramm enthalten alle dafür notwendigen Informationen. So werden die im digitalen Datensatz enthaltenen Informationen zum Lieferanten (Name, Rechnungsnummer und Bankverbindung) verknüpft mit der im Bezahlprogramm enthaltenen Information zur Zahlungsfrist bei diesem Lieferanten und der im Buchhaltungsprogramm abgelegten Information zum Gegenstand der berechneten Leistung einschließlich dazugehörender Kontonummer der Buchhaltung und schließlich mit der im Ablageprogramm enthaltenen Information zum endgültigen Ablageort für die Rechnung (Dokumentenmanagement).

Wesentlich für die Organisation der Abläufe in der Praxis ist es, dass ein Rechnungsbeleg nur noch einmal in die Hand genommen werden muss. Selbst vor anstehenden Betriebsprüfungen entfallen weitgehend die Vorbereitungsarbeiten, da sämtliche Kontoauszüge und Belege elektronisch gespeichert sind.

Auswirkungen für die Organisation in der Zahnarztpraxis

In der digitalisierten Zahnarztpraxis selber müssen nur noch die Arbeitsschritte 1–3 ausgeführt werden. Bei den restlichen Schritten können Sie entscheiden, ob sie in der Praxis oder in der Steuerkanzlei durchgeführt werden. Bei vollständiger Übertragung dieser Schritte auf die Steuerkanzlei liefert diese nach Verarbeitung neben einer Zahlungsvorschlagsliste die Buchhaltungsauswertung (BWA), aus der Sie – in der Cloud einsehbar für Praxis und Steuerkanzlei – die Zusammensetzung eines Kostenblocks nach Buchhaltungskonten und weiter nach Einzelbuchungen auf diesen Konten bis zum Rechnungsdokument nachverfolgen können. In der in der Cloud enthaltenen Dokumentenablage können Sie zum Beispiel dann auch sämtliche Eingangsrechnungen von diesem Lieferanten, sortiert nach Rechnungsdatum, einsehen.

In der Zahnarztpraxis führt die dargestellte Kombination von Digitalisierung und Automation zu Zeitersparnis und einer aktuelleren und deutlich transparenteren Buchhaltung.

Die Besprechung der Praxiszahlen in Form der BWA führen Sie danach mit Ihrem Steuerberater vorzugsweise über Telekonferenz mittels Teamviewer oder ähnlicher Software. Ein DATEV-Steuerberater wird die dafür vorgesehene Spezialsoftware mit entsprechenden Sicherheitsstandards einsetzen.

Die Einführung Ihrer digitalisierten Buchführung muss in jedem Fall strukturiert in enger Abstimmung zwischen Praxis und Steuerkanzlei vorbereitet werden.

Zugang zu einem wirksamen Controlling mittels control-doc

Die in einer DATEV-Steuerkanzlei für den dargestellten Prozess eingesetzte Software heißt Unternehmen online, die auf zahnarztspezifische Belange angepasst werden sollte.

Durch eine vorhandene Schnittstelle zum Programm control-doc (für Mitglieder des FVDZ als Paket erhältlich) lassen sich nach Vornahme entsprechender Einstellungen und Abgleich des eingesetzten Kontenplans per Knopfdruck die DATEV-Buchhaltungsdaten nach control-doc überführen. Hier wird zahnarztspezifisches Controlling möglich.

- Zahnarztspezifische BWA mit frei wählbarem Periodenvergleich
- Aussagefähige Liquiditätsrechnung »Wo ist das Geld geblieben?«
- Eine Profitcenter-Rechnung zeigt den Erfolg mehrerer Standorte, unterschiedlicher Praxisbereiche (Behandlung, Prophylaxe und Labor) und einzelner Leistungserbringer.
- Eine Personalkostenanalyse zeigt Relationen zwischen Arbeitsstunden, Arbeitgeberbelastung und Honorarumsätzen.

Anhand von Kennzahlen, Grafiken und Stundensätzen kann mit Hilfe von control-doc die Erfolgsentwicklung aufgezeigt werden.

Stb/WP Michael Laufenberg

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

5.3.9. Ablage der digitalen Buchhaltungsbelege

Ist-Situation: Lieferantenrechnungen kommen per Post oder E-Mail und werden kurzfristig kontrolliert und abgelegt, der Rechnungsbetrag wird überwiesen, der Beleg wird gelocht und zusammen mit den Kontoauszügen in den Ordner für das Steuerbüro geheftet. Erhält man den Ordner aus dem Steuerbüro zurück, wird er für mindestens zehn Jahre aufbewahrt, um den gesetzlichen Anforderungen an die Belegaufbewahrung gerecht zu werden.

Zahnarztpraxen haben diese permanente Belegablage satt und streben deshalb, so wie es große Unternehmen schon lange tun, eine digitale Belegarchivierung an. Dabei entstehen jedoch viele Fragen.

Reichen digital archivierte Belege für eine ordnungsgemäße Buchhaltung aus?

Informationen dazu geben die »Grundsätze zur ordnungsmäßigen Führung und Aufbewahrung von Büchern, Aufzeichnungen und Unterlagen in elektronischer Form sowie zum Datenzugriff (GoBD)«. Sie wurden im Zusammenwirken zwischen Finanzverwaltungen von Bund und Ländern, Wirtschaftsverbänden und den steuerberatenden Berufen abgestimmt. Ein BMF-Schreiben vom 14. November 2014 fasst die Anforderungen der Finanzverwaltung an eine IT-gestützte Buchführung praxisgerecht zusammen und sorgt für eine für Unternehmen wichtige Rechtsklarheit.

Im Folgenden werden die für Zahnarztpraxen wichtigsten Punkte zusammengefasst. Es ist auf jeden Fall zwingend notwendig, den Einzelfall mit seinem Steuerberater abzusprechen bzw. das BMF-Schreiben vom 14. November 2014 zu lesen und auf Relevanz für den eigenen Fall zu überprüfen.

1. Welche Software kann verwendet werden?

Der Zahnarzt ist völlig frei in der Wahl der Archivierungssoftware, da es keinerlei technische Vorgaben und Standards für das elektronische Archivsystem gibt. Voraussetzung ist natürlich, dass die genutzte Software den Vorgaben für eine ordnungsgemäße Buchführung und Dokumentation entspricht.

2. Welche Belege können für die Buchhaltung einer Zahnarztpraxis digital archiviert werden?

Patientenrechnungen sind sowieso in der Praxissoftware digital erfasst und sollten aus Patientendatenschutzgründen nicht Bestandteil der Buchhaltungsunterlagen sein. Deshalb geht es hier primär nur um Lieferantenrechnungen, Kassenbelege und Kontoauszüge von der Bank. Diese können digital erfasst und elektronisch archiviert werden.

3. Wann muss die Archivierung von Belegen erfolgen?

Belege in Papierform (z. B. Lieferantenrechnungen per Post) und in elektronischer Form (z. B. Lieferantenrechnungen per Mail) müssen zeitnah, d. h. möglichst unmittelbar nach Eingang, gesichert werden. Werden die Eingangsrechnungen in Papierform direkt gescannt und die Eingangsrechnungen per Mail sofort an das verwendete System weitergeleitet, gilt dies als zeitnah gesichert und genügt, um mögliche Verluste und Manipulationen zu verhindern.

4. Wie können die Unveränderbarkeit, Lesbarkeit und Auswertbarkeit sichergestellt werden?

Laut GoBD müssen die Belege »unveränderbar« archiviert werden. Dies ist durch den Scanprozess in einem entsprechenden Format (z. B. PDF, JPG) und die anschließende Ablage in einem revisionssicheren System sicherzustellen. Wird ein Beleg nachträglich verändert, indem buchungsrelevante Notizen auf der Rechnung vermerkt werden, sollte dieser Beleg erneut gescannt und somit elektronisch archiviert werden. Zur Vermeidung des doppelten Scannens empfiehlt sich eine elektronische Weiterbearbeitung und Kommentierung der Belege.

Die GoBD lässt dem Nutzer und somit dem Zahnarzt die freie Wahl unter den technischen Bild- und Archivierungsformaten, solange die Lesbarkeit und die maschinelle Auswertbarkeit sichergestellt sind. In Bezug auf die Aufrechterhaltung der maschinellen Auswert-

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

barkeit darf während des Archivierungsvorgangs keine »Verdichtung« unter Verlust steuerlich relevanter Daten erfolgen. Papierdokumente können laut gesetzlicher Vorgaben theoretisch vernichtet werden, wenn eine ordnungsgemäße elektronische Archivierung nebst Verfahrensdokumentation sichergestellt ist und gesetzliche (außersteuerliche) Gründe nicht dagegen sprechen.

5. Müssen die Papierdokumente in der Praxis trotzdem aufbewahrt werden?

Es ist sicherzustellen, dass das Archivierungssystem in quantitativer und qualitativer Hinsicht die gleichen Auswertungen der aufzeichnungs- und aufbewahrungspflichtigen Daten ermöglicht, als wären die Daten in Papierform vorhanden. Ist dies der Fall, können steuerrelevante Daten in einem elektronischen Archivierungssystem aufbewahrt werden. Praxisinhaber stehen dabei vor der Frage, ob sie die Papierdokumente tatsächlich vernichten dürfen. Es gibt zwei Möglichkeiten, diese Frage zu lösen.

Möchte man die Belege wirklich komplett vernichten, muss man sich für das »ersetzende Scannen« entscheiden. Hierfür muss eine Verfahrensdokumentation von der Belegankunft bis zur Belegvernichtung erstellt werden. Dabei muss sich insbesondere ergeben, wie die in den GoBD definierten Ordnungsvorschriften umgesetzt wurden. Die Verfahrensdokumentation muss für einen sachverständigen Dritten verständlich und in angemessener Zeit nachprüfbar sein sowie über die gesetzliche Aufbewahrungsfrist vorgehalten werden. Änderungen der Verfahrensdokumentation müssen nachvollziehbar sein. Insgesamt hat sich der Umfang der Verfahrensdokumentation an der Komplexität der Geschäftstätigkeit und des eingesetzten DV-Systems zu orientieren.

Die zweite Möglichkeit besteht darin, die Belege zu scannen und sie digital zu archivieren und weiter zu verarbeiten, sie aber vorsichtshalber für eine Übergangszeit einfach nach dem Scanvorgang in einer Kiste abzulegen. Somit würden das Lochen, Abheften und Umsortieren entfallen und die Belege würden im Notfall dennoch in Papierform vorliegen.

6. Dürfen die Daten auch im Ausland archiviert werden?

Belege müssen grundsätzlich in Deutschland gespeichert und archiviert werden. Die elektronische Archivierung im Ausland bedarf daher einer vorherigen Genehmigung durch die Finanzbehörden. Deshalb ist für Zahnarztpraxen eine Archivierung in Deutschland auf jeden Fall vorzuziehen. Es ist also darauf zu achten, dass alle Belege ausschließlich auf Servern mit Standort in Deutschland aufbewahrt werden.

7. Darf die Betriebsprüfung auf elektronisch archivierte Objekte zugreifen?

Im Rahmen einer Betriebsprüfung darf die Finanzverwaltung Einsicht in elektronische Dokumente nehmen und die EDV des Unternehmens zur Prüfung bzw. Sichtung dieser Dokumente nutzen. Die Finanzverwaltung hat die Möglichkeit, im Rahmen einer Volltextsuche elektronische Dokumente zu recherchieren bzw. diese – je nach Dateityp – maschinell auszuwerten. Liegen die Rechnungen in digitalisierter (gescannter) Form vor, ist dem Betriebsprüfer auf Verlangen die Einsicht in die elektronischen Rechnungen zu gestatten. Dem Betriebsprüfer ist dann die Einsicht in die elektronischen Belege direkt am Bildschirm über die betriebsinterne Hard- und Software zu erlauben. Dies gilt auch dann, wenn die Belege noch als Papieroriginale vorhanden sind.

8. Was sollten Zahnarztpraxen zur Vorgehensweise bei der Digitalisierung der Belege beachten?

- Die digitale Archivierung sollte führend sein (siehe auch GoBD).
- Eigene E-Mail für digitale Eingangsrechnungen anlegen.
- Physische Belege beim ersten »Touchpoint« direkt digitalisieren.
- Unterwegs mit dem Handy scannen und direkt versenden (vermeidet Eigenbelege und Belegchaos).
- Geld in einen guten, aber sinnvollen Scanner investieren (duplex, auto-Farbe, Blatteinzug, autarker Versand über E-Mail-Server).
- Stempel (»Digitalisiert!« oder »Gescannt!«) anschaffen.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

- Vorzüge des digitalen Belegarchivs nutzen!
- Prozess der Übermittlung mit Steuerberater abstimmen.
- Gesetzliche Anforderungen an »ersetzendes Scannen« beachten.

9. Welche Vorzüge und Grenzen hat die digitale Belegablage?

- Eine maschinelle und damit schnellere Verarbeitung, Durchsuchung, Verteilung und Vervielfältigung in elektronischen Systemen sind möglich.
- Es gibt keine Fehler und Verfälschungen (z. B. Rauschüberlagerungen) durch Bearbeitung, Vervielfältigung, Transport oder Lagerung.
- Eine effiziente Langzeitarchivierung ist dank geringerem Platzbedarf und leichter Transportierbarkeit möglich.
- Es muss sichergestellt sein, dass der ganze Prozess so dokumentiert und umgesetzt ist, dass die digitalen Belege die Papierbelege vollständig ersetzen. Wenn dies nicht gewährleistet ist, sollten die Papierbelege unsortiert aufbewahrt werden.

Die wichtigsten Aspekte für die digitale Archivierung im Überblick:

- Die elektronische Archivierung ist technologieneutral.
- Bei Zahnarztpraxen müssen in jedem Fall die Lieferantenrechnungen, Kassenbelege und die Bankkontoauszüge digital archiviert werden.
- Die Archivierung von Belegen muss zeitnah erfolgen.
- Die elektronische Archivierung muss unveränderbar, lesbar und auswertbar sein.
- Steuerrelevante Daten dürfen im elektronischen Archivsystem aufbewahrt werden.
- Elektronisch archivierte Objekte unterliegen der Betriebsprüfung.
- Der Betriebsprüfer darf auf das elektronische Archivsystem zugreifen.
- Es ist dringend ratsam, ein elektronisches Archivierungssystem in Deutschland zu nutzen.
- Das elektronische Archivierungsverfahren ist zu dokumentieren.

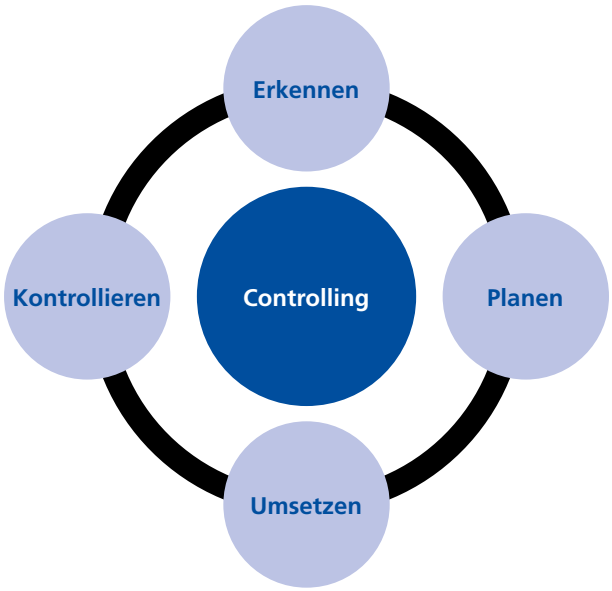
Dipl.-Kffr. Monika Brendel

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

5.4. Controlling in der Zahnarztpraxis

Ein guter Unternehmer hat ein Gefühl dafür, wo sein Unternehmen steht und wie sich die wirtschaftliche Situation seiner Firma entwickelt – mit steigender Erfahrung oft in einem erstaunlich hohen Maße. Um jedoch keine falschen Entscheidungen zu treffen und auch in steuerlicher Hinsicht bösen Überraschungen vorzubeugen, ist ein zahlenbasiertes Controlling in der Zahnarztpraxis unumgänglich.



Ein individuelles und praxisinternes Controlling dient als Informationssystem und konzentriert sich auf den Steuerungsprozess. Die Praxis zu steuern bedeutet für den Inhaber, sich Ziele zu setzen, wie sich die Praxis in der Zukunft entwickeln soll, und Maßnahmen zu erarbeiten, wie die gesetzten Ziele erreicht werden können. Es handelt sich dabei um einen andauernden Prozess, der immer wieder von vorn beginnt. Für einen Einstieg in den Prozess ist es ratsam, mit der Evaluation des Status quo zu beginnen.

Schritt 1 – Erkennen

Um Stärken, Schwächen, Chancen und Risiken erkennen zu können, ist es wichtig, eine Analyse der Ist-Situation durchzuführen. Bevor Sie den Prozess starten, sollten Sie sich jedoch im Klaren darüber sein, ob Sie die gesamte Praxis oder nur einen Teilbereich analysieren wollen. Denn häufig beginnt man mit der Analyse eines Teilbereiches und stößt dabei an Probleme anderer Themengebiete. Deshalb empfehlen wir, mit einer Komplettanalyse zu beginnen und dann auf Teilbereiche herunterzubrechen.

Methode:
Qualitative Situationsanalyse – Beurteilen Sie, Ihr Team und Ihre Patienten selbst, wie gut Ihre Praxis in Teilbereichen ist. Dies kann mit Hilfe von Befragungstools einfach und stressfrei durchgeführt werden.

Interner Vergleich – Ein Zeitreihenvergleich zeigt Ihnen die Entwicklung Ihrer eigenen Zahlen im Zeitverlauf. Ziel ist es, Veränderungen zeitnah zu erkennen.

Erfolgsrechnung	Januar - April 2022 Summe in €	in %	Januar - April 2021 Summe in €	in %	Januar - April 2020 Summe in €	in %
Einnahmen	312.724,33 €	100,00 %	353.585,35 €	100,00 %	423.394,44 €	100,00 %
Ausgaben	-159.705,97 €	51,07 %	-178.862,99 €	50,59 %	-241.743,20 €	57,10 %
Praxisergebnis	153.018,36 €	48,93 %	174.722,36 €	49,41 %	181.651,24 €	42,90 %
Ergebnis vor Abschreibungen	153.933,35 €	49,22 %	174.448,75 €	49,34 %	184.470,39 €	43,57 %
Steuerliches Ergebnis	128.580,59 €	41,12 %	152.234,31 €	43,05 %	162.980,23 €	38,49 %

Quelle: solvi control (Periodenvergleich)

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Externer Vergleich – Mit Hilfe eines differenzierten Benchmarkings können Sie Ihre Praxis mit anderen Praxen vergleichen. Fragen Sie sich, was Ihre Praxis von anderen Praxen unterscheidet.

Position	Abweichung	Kennzahl Benchmark	Kennzahl Praxis	Absoluter Wert Praxis	Abweichung/Interpretation	
Personalkosten		37,0 %	28,9 %	90.274,26 €	-8,13 %	25.433,74 €
Praxisbedarf		8,0 %	7,4 %	23.240,81 €	-0,57 %	1.777,14 €
Raumkosten		6,0 %	4,7 %	14.760,40 €	-1,28 %	4.003,06 €
Versicherungen/Beiträge		1,1 %	1,8 %	5.709,95 €	0,73 %	-2.269,98 €
KFZ-Kosten		0,9 %	1,6 %	4.985,57 €	0,69 %	-2.171,05 €
AfA		5,0 %	8,1 %	25.352,76 €	3,11 %	-9.716,54 €
Zinsen/Finanzierungskosten		1,3 %	0,5 %	1.444,83 €	-0,84 %	2.620,59 €
Sonst. Betr. Aufwand		10,0 %	6,2 %	19.290,15 €	-3,83 %	11.982,28 €
Steuerliches Ergebnis		**30,0 %**	**41,1 %**	**128.580,59 €**	**11,10 %**	**34.763,29 €**

Quelle: solvi control (Benchmarking)

Schritt 2 – Planen

Für eine gute Planung ist es erforderlich, Ziele klar und verständlich zu formulieren. In einzelnen Bereichen sollten Mitarbeiter in die Analyse der Praxis und auch in die Zielformulierung einbezogen werden. Definieren Sie neben den Verantwortungsbereichen ebenfalls den zeitlichen Rahmen. Kommunizieren Sie die gesteckten Ziele auch an Ihre Mitarbeiter. Nur wenn Ihr Team die Ziele der Praxis kennt, kann es am gesamten Verbesserungsprozess und der Zielerreichung mitwirken.

Methode:
Planung – Ausformulierung der Ziele

Planrechnung – Finanzielle Kalkulation der geplanten Maßnahmen bzw. des Zielzustandes

Erfolgsrechnung	Historie 2021	in %	Änderung in €	Änderung in %	Vorhersage 2022	in %
Einnahmen	1.065.619,64 €	100,00 %			1.100.619,64 €	100,00 %
Praxisleistung	1.065.619,64 €	100,00 %			1.100.619,64 €	100,00 %
Einnahmen Ust-frei	918.356,84 €	86,18 %			953.356,84 €	86,62 %
Einnahmen KZV / Pat.	1.090.358,88 €	102,32 %			1.125.358,88 €	102,25 %
Einnahmen KZV	386.818,82 €	36,30 %	25000 €	0 %	411.818,82 €	37,42 %
Einnahmen Patienten	600.001,76 €	56,31 %	10000 €	0 %	610.001,76 €	55,42 %
Einnahmen Abrechnungsgesellschaft	103.538,30 €	9,72 %	0 €	0 %	103.538,30 €	9,41 %
Durchlaufposten	-13.757,57 €	1,29 %	0 €	0 %	-13.757,57 €	1,25 %
Umbuchungen Erlöse	-158.244,47 €	14,85 %	0 €	0 %	-158.244,47 €	14,38 %
Einnahmen Ust-pfl.	147.262,80 €	13,82 %	0 €	0 %	147.262,80 €	13,38 %
Forderungen aus LL	0,00 €	0,00 %	0 €	0 %	0,00 €	0,00 %
Ausgaben	-633.399,95 €	59,44 %			-648.399,95 €	58,91 %
Praxis- und Laborbedarf	-84.196,69 €	7,90 %			-84.196,69 €	7,65 %
Praxisbedarf	-48.150,40 €	4,52 %	0 €	0 %	-48.150,40 €	4,37 %
Laborbedarf	-36.046,29 €	3,38 %	0 €	0 %	-36.046,29 €	3,28 %
Personalkosten	-339.285,31 €	31,84 %			-354.285,31 €	32,19 %
Personalkosten	-339.285,31 €	31,84 %	-15000 €	0 %	-354.285,31 €	32,19 %
Verbindlichkeiten Personal	0,00 €	0,00 %	0 €	0 %	0,00 €	0,00 %

Quelle: solvi control (Planung in Planrechnung)

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Schritt 3 – Umsetzen

Nachdem eine Ist-Analyse durchgeführt, Ziele gesetzt und Maßnahmen definiert wurden, müssen diese auch umgesetzt werden. Dabei ist es wichtig, zu bewältigende Aufgaben in bearbeitbare Teilaufgaben zu zerlegen und Schritt für Schritt umzusetzen. Entscheidend ist dabei, dass einzelne Maßnahmen klar definiert und regelmäßig kontrolliert werden. Wird der Fortschritt über einen längeren Zeitraum nicht dokumentiert und kontrolliert, ist die Konsequenz meist ein Stillstand der Projekte.

Methode:
Maßnahmenkatalog – Definition der einzelnen Tätigkeiten, Verantwortlichkeiten und Deadlines

Schritt 4 – Kontrollieren

Führen Sie zur Kontrolle erneut eine Analyse des Ist-Zustands durch. Dokumentieren Sie anschließend Ihre Ergebnisse und betrachten Sie Ihre Entwicklung über einen längeren Zeitraum. Kontrollieren Sie Ihren Erfolg selbst und behalten Sie den Überblick, denn Praxissteuerung ist Chefsache!

Methode:
Soll-Ist-Vergleich – Dieser Vergleich zeigt Ihnen die Abweichungen der tatsächlichen Situation zum geplanten Szenario.

		Januar - April 2022					
Erfolgsrechnung		Summe in €	in %		Plan in €	Abweichung in €	Abweichung in %
Einnahmen		312.724,33 €	100,00 %		366.873,21 €	-54.148,88 €	-14 %
Ausgaben		-159.705,97 €	51,07 %		-216.133,32 €	56.427,35 €	-26 %
Praxisergebnis		**153.018,36 €**	**48,93 %**		150.739,90 €	2.278,46 €	1 %
Sonstige Erträge		800,00 €	0,26 %		936,67 €	-136,67 €	-14 %
Steuern		114,99 €	0,04 %		25,64 €	89,35 €	n.a.
Ergebnis vor Abschreibungen		**153.933,35 €**	**49,22 %**		151.702,20 €	2.231,15 €	1 %
Abschreibungen		-25.352,76 €	8,11 %		-13.358,50 €	-11.994,26 €	89 %
Steuerliches Ergebnis		**128.580,59 €**	**41,12 %**		138.343,71 €	-9.763,12 €	-7 %

Quelle: solvi control (Soll-Ist-Vergleich in Planrechnung)

Mit diesem Controlling-Prozess schaffen Sie es, Ziele zu definieren, Ihre Praxis zu steuern, Ressourcen optimal einzusetzen und die gesteckten Ziele zu erreichen.

Tipp:
Nehmen Sie sich nach und nach einzelne Bereiche vor, für die Sie in Ihrer Situationsanalyse Optimierungsbedarf identifiziert haben und gehen Sie durch den Steuerungsprozess.

Insbesondere betriebswirtschaftliche Fragestellungen stehen bei der Praxissteuerung mehr und mehr im Vordergrund. Mit dem Wachstum der Zahnarztpraxis steigt auch das Informationsbedürfnis der Inhaber. Während es früher ausreichend war, zu wissen, was man verdient und wie hoch die Steuerbelastung ist, sind heute differenzierte Analysen notwendig, um die Praxis in allen Teilbereichen erfolgreich steuern zu können. Als Hauptinformationsquellen dienen die ohnehin vorhandene Praxisverwaltungssoftware sowie die Buchhaltung.

Folgende Schlüsselfragen helfen Ihnen beim Aufbau eines Finanzcontrollings:

Steigt der steuerliche Jahresüberschuss?

Steigen in der Praxis die Honorareinnahmen, führt dies nicht automatisch auch zu einer Steigerung des steuerlichen Jahresüberschusses. Die Kosten der Praxis steigen manchmal schneller als die Einnahmen. Zeitreihenvergleiche helfen, die Entwicklung der Einnahmen, der Ausgaben und des Gewinns im Zeitablauf zu verfolgen und zu vergleichen. Nur wer seinen Gewinn regelmäßig und zeitnah im Auge behält, kann eine Überraschung im Hinblick auf die Steuerzahlung vermeiden.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Was sagt die Rentabilität?

Die Rentabilität einer Praxis zeigt das Verhältnis zwischen dem Gewinn und den Gesamteinnahmen abzüglich Fremdlabor. Man muss dabei differenzieren, ob bei der Berechnung der Gewinn vor Abschreibungen oder der steuerliche Jahresüberschuss zugrunde gelegt wird. Die Rentabilität zeigt die Effizienz einer Praxis. Sie sollte nicht isoliert betrachtet werden, sondern immer in Zusammenhang zur Gewinnhöhe.

Der steuerliche Jahresüberschuss sowie die Rentabilität sollten stets im Zeitablauf betrachtet und deren Entwicklung interpretiert werden.

Erfolgsrechnung	2018 Summe in €	2018 in %	2019 Summe in €	2019 in %	2020 Summe in €	2020 in %	2021 Summe in €	2021 in %	Lineare Hochrec Summe in €
Einnahmen	1.252.640,12 €	100,00 %	1.255.874,58 €	100,00 %	1.124.276,71 €	100,00 %	1.065.619,64 €	100,00 %	938.172,99 €
Ausgaben	-787.984,95 €	62,91 %	-766.755,10 €	61,05 %	-652.223,43 €	58,01 %	-633.399,95 €	59,44 %	-479.117,91 €
Praxisergebnis	464.655,17 €	37,09 %	489.119,48 €	38,95 %	472.053,28 €	41,99 %	432.219,69 €	40,56 %	459.055,08 €
Ergebnis vor Abschreibungen	470.449,37 €	37,56 %	499.796,60 €	39,80 %	475.163,63 €	42,26 %	435.106,61 €	40,83 %	461.800,05 €
Steuerliches Ergebnis	442.309,17 €	35,31 %	480.081,36 €	38,23 %	454.940,38 €	40,47 %	395.031,12 €	37,07 %	385.741,77 €

Quelle: solvi control (BWA – 5-Jahres-Vergleich)

Wie gut ist meine Liquidität?

Vergessen Sie nicht, eine regelmäßige Liquiditätsrechnung und -planung für Ihre Praxis sowie im privaten Bereich durchzuführen, um Ihre Zahlungsströme jederzeit im Blick zu behalten und zukünftige Investitionsentscheidungen sicherer treffen zu können.

Erfolgsrechnung	Summe in €
Steuerliches Ergebnis	**395.031,12 €**
Liquiditätsrechnung Praxis	
Praxisergebnis	395.031,12 €
Δ Anlagevermögen	-108.949,61 €
Δ Darlehen	79.000,00 €
Δ verfügbare Praxisliquidität	365.081,51 €
Interimskonten	-10.200,08 €
Privatentnahmen/-einlagen	-344.209,86 €
Δ freie Praxisliquidität	**10.671,57 €**
Liquide Mittel Praxis	
Anfangsbestand liquide Mittel	107.776,83 €
Δ freie Praxisliquidität	10.671,57 €
Endbestand liquide Mittel	**118.448,40 €**
Darlehen Praxis	
Anfangsbestand Darlehen	0,00 €
Δ Darlehen	-79.000,00 €
Endbestand Darlehen	**-79.000,00 €**

Quelle: solvi control (Liquiditätsrechnung)

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Wie hoch sind die Kostenkennzahlen?

Um einschätzen zu können, ob die eigene Kostenstruktur in einer gesunden Relation zu den Einnahmen steht, empfiehlt sich die Bildung von Kostenkennzahlen. Diese zeigen das prozentuale Verhältnis der jeweiligen Kostenart zu den Gesamteinnahmen abzüglich Fremdlaborkosten. Bei der Analyse der Kennzahlen ist es wichtig, Abweichungen hinsichtlich der eigenen Zahlen sowie der Zahlen von Vergleichspraxen zu erkennen und zu hinterfragen.

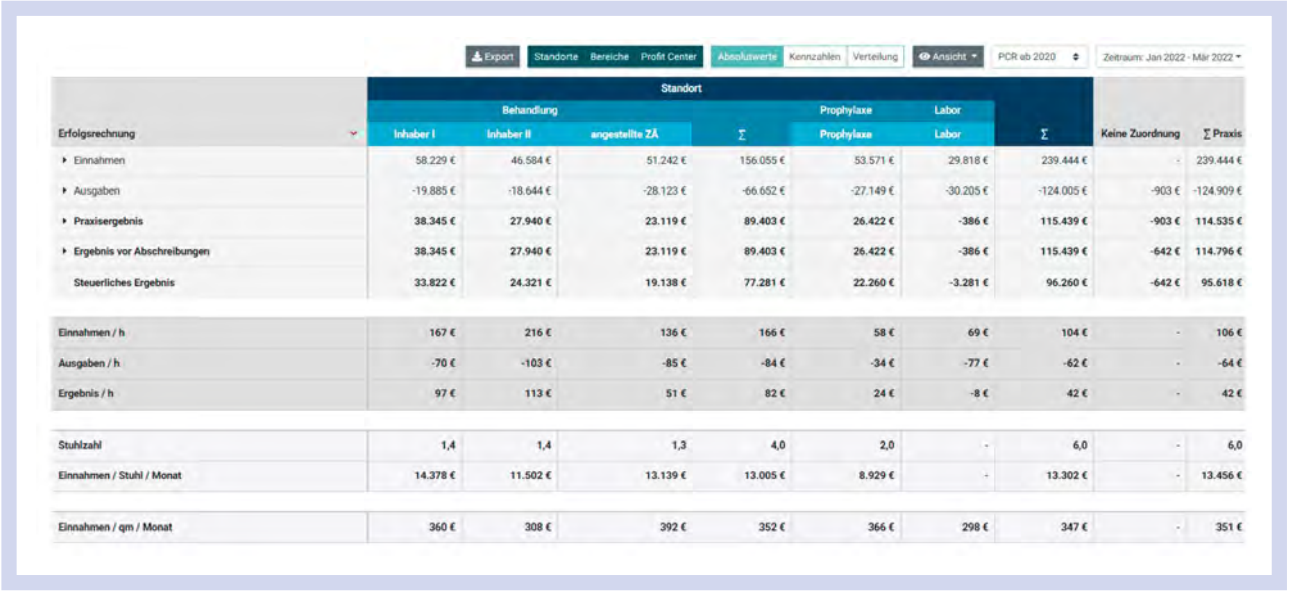
	2018		2019		2020		2021		Lineare Hochrechnung 2022	
Erfolgsrechnung	Summe in €	in %	Summe in €	in %	Summe in €	in %	Summe in €	in %	Summe in €	in %
Einnahmen	1.252.640,12 €	100,00 %	1.255.874,58 €	100,00 %	1.124.276,71 €	100,00 %	1.065.619,64 €	100,00 %	938.172,99 €	100,00 %
Ausgaben	-787.984,95 €	62,91 %	-766.755,10 €	61,05 %	-652.223,43 €	58,01 %	-633.399,95 €	59,44 %	-479.117,91 €	51,07 %
Praxis- und Laborbedarf	-104.873,52 €	8,37 %	-92.729,61 €	7,38 %	-95.872,88 €	8,53 %	-84.196,69 €	7,90 %	-69.722,43 €	7,43 %
Personalkosten	-493.434,78 €	39,39 %	-494.824,05 €	39,40 %	-386.523,12 €	34,38 %	-339.285,31 €	31,84 %	-270.822,78 €	28,87 %
Raumkosten	-66.857,68 €	5,34 %	-69.083,69 €	5,50 %	-52.355,77 €	4,66 %	-55.415,41 €	5,20 %	-44.281,20 €	4,72 %
Versicherungen / Beiträge	-7.118,70 €	0,57 %	-8.463,22 €	0,67 %	-6.824,93 €	0,61 %	-11.613,76 €	1,08 %	-17.129,85 €	1,83 %
Gebühren	-4.338,16 €	0,35 %	-2.645,83 €	0,21 %	-3.876,65 €	0,34 %	-6.786,83 €	0,64 %	-3.839,22 €	0,41 %
Fahrzeugkosten	-3.697,68 €	0,30 %	-8.453,05 €	0,67 %	-6.936,64 €	0,62 %	-8.343,84 €	0,78 %	-14.956,71 €	1,59 %
Reise / Fortb. / Bewirtung	-16.019,78 €	1,28 %	-10.885,12 €	0,87 %	-5.709,41 €	0,51 %	-12.184,92 €	1,14 %	-7.254,99 €	0,77 %
Werbung / Marketing	-3.814,91 €	0,30 %	-11.344,99 €	0,90 %	-1.407,79 €	0,13 %	-12.995,50 €	1,22 %	-3.347,16 €	0,36 %
Gerätekosten, EDV, Instandhal...	-34.729,15 €	2,77 %	-35.404,29 €	2,82 %	-51.657,28 €	4,59 %	-48.723,92 €	4,57 %	-24.202,17 €	2,58 %
Sonstige Kosten	-32.161,90 €	2,57 %	-21.408,06 €	1,70 %	-42.900,26 €	3,82 %	-32.393,27 €	3,04 %	-15.951,18 €	1,70 %
Aufzuteilende VSt.	-19.074,40 €	1,52 %	-8.826,68 €	0,70 %	642,65 €	-0,06 %	-18.381,97 €	1,73 %	-3.275,73 €	0,35 %
Finanzierungskosten	-1.864,29 €	0,15 %	-2.686,51 €	0,21 %	1.198,65 €	-0,11 %	-3.178,53 €	0,30 %	-4.334,49 €	0,46 %
Verbindlichkeiten aus LL	0,00 €	0,00 %	0,00 €	0,00 %	0,00 €	0,00 %	0,00 €	0,00 %	0,00 €	0,00 %
Praxisergebnis	**464.655,17 €**	**37,09 %**	**489.119,48 €**	**38,95 %**	**472.053,28 €**	**41,99 %**	**432.219,69 €**	**40,56 %**	**459.055,08 €**	**48,93 %**
Ergebnis vor Abschreibungen	**470.449,37 €**	**37,56 %**	**499.796,60 €**	**39,80 %**	**475.163,63 €**	**42,26 %**	**435.106,61 €**	**40,83 %**	**461.800,05 €**	**49,22 %**
Steuerliches Ergebnis	**442.309,17 €**	**35,31 %**	**480.081,36 €**	**38,23 %**	**454.940,38 €**	**40,47 %**	**395.031,12 €**	**37,07 %**	**385.741,77 €**	**41,12 %**

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Wie erfolgreich sind die einzelnen Praxisbereiche?

Darüber hinaus ist es sinnvoll, die komplexen Praxisstrukturen mit Hilfe einer differenzierten Profit-Center-Rechnung zu analysieren. Diese ermöglicht einen Einblick in den Erfolg der einzelnen Standorte, Praxisbereiche (z. B. Zahnärztliche Behandlung, KFO, Prophylaxe, Labor) und Leistungserbringer (Angestellte Zahnärzte, Zahntechniker, Dentalhygieniker). Sobald zu diesen Fragestellungen zahlenbasierte Informationen vorliegen, können unternehmerische Entscheidungen, basierend auf der aktuellen Entwicklung, zukunftssicher getroffen werden.

Leider wird bei diesen Berechnungen häufig ein aufwendiger und komplexer Sachverhalt vermutet. Dies ist jedoch nicht notwendigerweise der Fall. Vor allem dann nicht, wenn auf geeignete Software zurückgegriffen werden kann, die alle notwendigen Informationen detailliert und selbsterklärend zur Verfügung stellt.



Erfolgsrechnung	Standort: Behandlung – Inhaber I	Behandlung – Inhaber II	Behandlung – angestellte ZÄ	Behandlung – Σ	Prophylaxe	Labor	Σ	Keine Zuordnung	∑ Praxis
Einnahmen	58.229 €	46.584 €	51.242 €	156.055 €	53.571 €	29.818 €	239.444 €	-	239.444 €
Ausgaben	-19.885 €	-18.644 €	-28.123 €	-66.652 €	-27.149 €	-30.205 €	-124.005 €	-903 €	-124.909 €
Praxisergebnis	38.345 €	27.940 €	23.119 €	89.403 €	26.422 €	-386 €	115.439 €	-903 €	114.535 €
Ergebnis vor Abschreibungen	38.345 €	27.940 €	23.119 €	89.403 €	26.422 €	-386 €	115.439 €	-642 €	114.796 €
Steuerliches Ergebnis	33.822 €	24.321 €	19.138 €	77.281 €	22.260 €	-3.281 €	96.260 €	-642 €	95.618 €
Einnahmen / h	167 €	216 €	136 €	166 €	58 €	69 €	104 €	-	106 €
Ausgaben / h	-70 €	-103 €	-85 €	-84 €	-34 €	-77 €	-62 €	-	-64 €
Ergebnis / h	97 €	113 €	51 €	82 €	24 €	-8 €	42 €	-	42 €
Stuhlzahl	1,4	1,4	1,3	4,0	2,0	-	6,0	-	6,0
Einnahmen / Stuhl / Monat	14.378 €	11.502 €	13.139 €	13.005 €	8.929 €	-	13.302 €	-	13.456 €
Einnahmen / qm / Monat	360 €	308 €	392 €	352 €	366 €	298 €	347 €	-	351 €

Quelle: solvi control (Profit-Center-Rechnung)

Moderne Programme bedienen sich grafischer Darstellungen, um Abweichungen und Bezugsgrößen nachvollziehbar aufzubereiten und zu visualisieren.

Empfehlung:
Der FVDZ empfiehlt das von der solvi GmbH entwickelte und cloudbasierte Controlling »solvi control«. Dieses wurde speziell für Zahnarztpraxen entwickelt. Damit erhalten Sie als Zahnarzt jederzeit und überall vertiefende Informationen über die wirtschaftliche Situation Ihrer Praxis.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

5.4.1. Durchführung und Instrumente

Praxiscontrolling ist eine Aufgabe des Praxisinhabers. Soll es sinnvoll eingesetzt werden, sind einige Regeln zu beachten.

- Das Controlling muss **zeitnah und nachhaltig** erfolgen. Nur so können Fehlentwicklungen frühzeitig erkannt und Steuerungsmaßnahmen rechtzeitig getroffen werden.
- Das Controlling benötigt **aktuelle Informationen**. Die Buchführungsdaten und die sonstigen Daten dürfen nicht veraltet oder unvollständig sein. Bearbeiten Sie die Buchhaltung laufend und mit Disziplin. Geben Sie wichtige Informationen an die bearbeitende Stelle frühzeitig weiter.
- Planen Sie feste **Zeiten** für das Erstellen des Controllings ein. Je nach Umfang der zur Verfügung stehenden Verwaltungszeit delegieren Sie die Aufgaben der Erfassung.
- Nehmen Sie sich die Zeit zur **Beurteilung und eventuellen Besprechung der Ergebnisse**. Diese Aufgabe ist nicht delegierbar.
- Setzen Sie sich **Ziele** und kontrollieren Sie die Zieleinhaltung.

Von der Buchführung zur Erfolgsrechnung

Eine gute Buchführung ist die Grundlage jedes Controllings. Die Buchführung zeigt (bei Einnahmen-Überschuss-Rechnung) die geflossenen Einnahmen und Ausgaben nach steuerlichen und betriebswirtschaftlichen Aspekten, nicht aber die erwirtschafteten Einnahmen und Ausgaben. Dafür müssen zusätzlich Informationen aus der Praxisverwaltungssoftware verwendet werden. Diese werden benötigt für

- die Beurteilung der Ertragslage der Gesamtpraxis, der einzelnen Standorte oder einzelner Praxisbereiche (z. B. der Behandlung, der Prophylaxeabteilung, des Eigenlabors o. ä.)
- einen differenzierten externen Praxisvergleich (Benchmarking)
- die Ermittlung der Stundensätze (Einnahmen, Kosten und Überschuss pro Stunde) der Gesamtpraxis, der Standorte und Praxisbereiche

Für eine genaue Analyse ist es notwendig, Korrekturen vorzunehmen, um aus der Buchführung heraus die tatsächliche Ertragslage der Praxis zu ermitteln. Für die Verteilung der Erlöse und der Kosten auf die einzelnen Standorte und Bereiche kann man mit der Buchhaltungssoftware FIBU-doc eine Profitcenterrechnung erstellen.

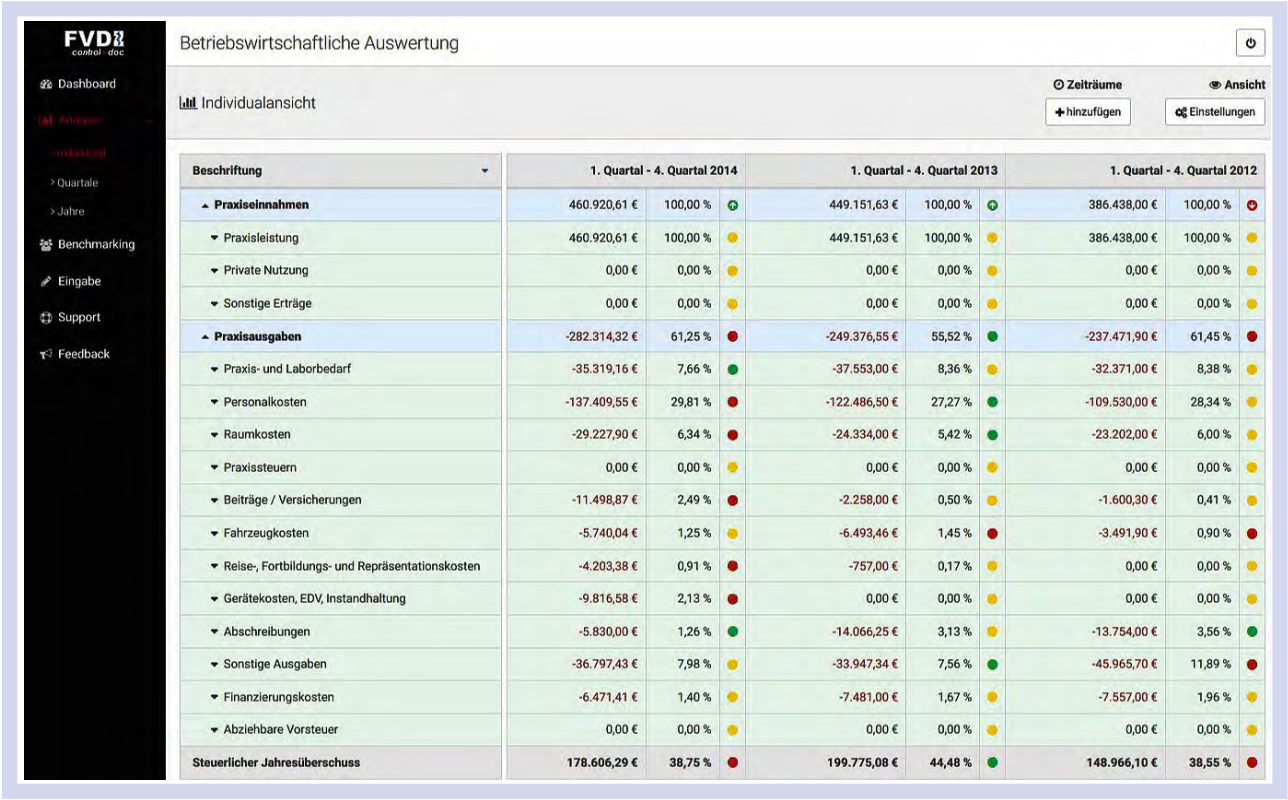
Erforderliche Korrekturen	
Posten der betriebswirtschaftlichen Auswertung	**Korrekturbetrag** *** Die Korrekturen für Eigenlabor oder Prophylaxeabteilung sind nur dann wichtig, wenn diese einen betragsmäßig nennenswerten Umfang haben.**
Umsatz	Der verbuchte Umsatz ist zwar für den steuerlichen Gewinn, nicht aber für die Erfolgsrechnung relevant. – Ersetzen Sie den verbuchten Umsatz durch die Honorare laut Ihrer Zahnarzt-Statistik für den gleichen Zeitraum. – Die Fremdlaborkosten als wirtschaftlich »durchlaufender« Posten werden nicht berücksichtigt, da sie den Patienten der KZV in gleicher Höhe in Rechnung gestellt werden. – * *Für Erfolgsrechnung Eigenlabor:* Rechnen Sie die erwirtschafteten Eigenlaborhonorare laut Statistik aus den Gesamthonoraren heraus. – * *Für Erfolgsrechnung Prophylaxeabteilung:* Rechnen Sie die erwirtschafteten Prophylaxehonorare laut Statistik aus den Gesamthonoraren heraus.
Löhne und Gehälter	Der Posten stimmt in der Regel mit den tatsächlich angefallenen Aufwendungen überein. – * *Für Erfolgsrechnung Eigenlabor:* Rechnen Sie den Gehaltsaufwand der Laborangestellten aus den Gesamtaufwendungen heraus. – * *Für Erfolgsrechnung Prophylaxeabteilung:* Rechnen Sie den Gehaltsaufwand der Prophylaxeangestellten aus den Gesamtaufwendungen heraus.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Erforderliche Korrekturen	
Posten der betriebswirtschaftlichen Auswertung	**Korrekturbetrag** *** Die Korrekturen für Eigenlabor oder Prophylaxeabteilung sind nur dann wichtig, wenn diese einen betragsmäßig nennenswerten Umfang haben.**
Materialaufwand	Der Posten stimmt in der Regel **nicht** mit den tatsächlich angefallenen Aufwendungen überein. – Wurden Materialbestände im Voraus erworben und sind in erheblicher Höhe auf Lager, so ist ein **kalkulatorischer Verbrauch** anstelle der gebuchten Beträge anzusetzen. – Wurden am Ende des laufenden Jahres erhebliche Materialien gekauft, ohne sie zu verbrauchen, müssen diese Kosten abgezogen werden. – * *Für Erfolgsrechnung Eigenlabor:* Rechnen Sie den Materialaufwand fürs Labor aus den Gesamtaufwendungen heraus. – * *Für Erfolgsrechnung Prophylaxeabteilung:* Rechnen Sie den Materialaufwand für die Prophylaxe aus den Gesamtaufwendungen heraus.
Fremdlabor	Die Fremdlaborkosten als wirtschaftlich »durchlaufender« Posten werden **nicht** berücksichtigt, da sie den Patienten der KZV in gleicher Höhe in Rechnung gestellt werden.
Raumkosten	– Erhebliche Beträge, die **wirtschaftlich nicht/nicht vollständig** zum Abrechnungszeitraum gehören, sind **herauszurechnen**. Beispiel: Nachzahlung von Nebenkosten, einmalige Renovierungen u. ä. – Erhebliche Beträge, die **wirtschaftlich** zum Abrechnungszeitraum gehören, sind **hinzuzurechnen**. Beispiel: Mietzahlungsrückstände, ausstehende Nebenkosten-Nachzahlungen usw. – * *Für Erfolgsrechnung Eigenlabor:* Rechnen Sie die Raumkosten fürs Labor aus den Gesamtaufwendungen heraus. – * *Für Erfolgsrechnung Prophylaxeabteilung:* Rechnen Sie die Raumkosten für die Prophylaxeabteilung aus den Gesamtaufwendungen heraus.
Alle sonstigen Kosten	– Erhebliche Beträge, die **wirtschaftlich nicht/nicht vollständig** zum Abrechnungszeitraum gehören, sind **herauszurechnen**. Beispiel: Leasingsonderzahlungen für Kfz, sonstige Anlagegüter u. ä. – Erhebliche Beträge, die **wirtschaftlich** zum Abrechnungszeitraum gehören, sind **hinzuzurechnen**. Beispiel: unbezahlte Lieferantenrechnungen für Werbekosten, Büromaterial, Kfz-Kosten u. ä. – * *Für Erfolgsrechnung Eigenlabor:* Rechnen Sie Pauschalen für die sonstigen Kosten fürs Labor aus den Gesamtaufwendungen heraus. – * *Für Erfolgsrechnung Prophylaxeabteilung:* Rechnen Sie Pauschalen für die sonstigen Kosten für die Prophylaxeabteilung aus den Gesamtaufwendungen heraus.
Finanzierungskosten	Der Posten stimmt in der Regel mit den tatsächlich angefallenen Aufwendungen überein. Auf den Ansatz von kalkulatorischen Zinsen wird verzichtet. – Achten Sie darauf, dass die Zinsen eines Quartals oder Jahres auch in diesem Abrechnungszeitraum erfasst werden. – **Für Erfolgsrechnung Eigenlabor:* Rechnen Sie eventuelle Zinsen für die Darlehen fürs Labor aus den Gesamtaufwendungen heraus. – **Für Erfolgsrechnung Prophylaxeabteilung:* Rechnen Sie eventuelle Zinsen für die Darlehen für die Prophylaxeabteilung aus den Gesamtaufwendungen heraus.
Abschreibungen	Als Abschreibungen sind üblicherweise die Normalabschreibungen für den Abrechnungszeitraum gebucht. – Sollten Sonderabschreibungen enthalten sein, so sind diese herauszurechnen. – * *Für Erfolgsrechnung Eigenlabor:* Rechnen Sie wesentliche Abschreibungen für Labor-Anschaffungen aus den Gesamtaufwendungen heraus. – * *Für Erfolgsrechnung Prophylaxeabteilung:* Rechnen Sie wesentliche Abschreibungen für Anschaffungen der Prophylaxeabteilung aus den Gesamtaufwendungen heraus.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Die folgenden Schaubilder zeigen, wie man von der Buchhaltung zur Erfolgsrechnung der gesamten Praxis und zur Berechnung des Erfolges z. B. eines Labors kommt.



Beschriftung	1. Quartal - 4. Quartal 2014			1. Quartal - 4. Quartal 2013			1. Quartal - 4. Quartal 2012		
Praxiseinnahmen	460.920,61 €	100,00 %		449.151,63 €	100,00 %		386.438,00 €	100,00 %	
Praxisleistung	460.920,61 €	100,00 %		449.151,63 €	100,00 %		386.438,00 €	100,00 %	
Private Nutzung	0,00 €	0,00 %		0,00 €	0,00 %		0,00 €	0,00 %	
Sonstige Erträge	0,00 €	0,00 %		0,00 €	0,00 %		0,00 €	0,00 %	
Praxisausgaben	-282.314,32 €	61,25 %		-249.376,55 €	55,52 %		-237.471,90 €	61,45 %	
Praxis- und Laborbedarf	-35.319,16 €	7,66 %		-37.553,00 €	8,36 %		-32.371,00 €	8,38 %	
Personalkosten	-137.409,55 €	29,81 %		-122.486,50 €	27,27 %		-109.530,00 €	28,34 %	
Raumkosten	-29.227,90 €	6,34 %		-24.334,00 €	5,42 %		-23.202,00 €	6,00 %	
Praxissteuern	0,00 €	0,00 %		0,00 €	0,00 %		0,00 €	0,00 %	
Beiträge / Versicherungen	-11.498,87 €	2,49 %		-2.258,00 €	0,50 %		-1.600,30 €	0,41 %	
Fahrzeugkosten	-5.740,04 €	1,25 %		-6.493,46 €	1,45 %		-3.491,90 €	0,90 %	
Reise-, Fortbildungs- und Repräsentationskosten	-4.203,38 €	0,91 %		-757,00 €	0,17 %		0,00 €	0,00 %	
Gerätekosten, EDV, Instandhaltung	-9.816,58 €	2,13 %		0,00 €	0,00 %		0,00 €	0,00 %	
Abschreibungen	-5.830,00 €	1,26 %		-14.066,25 €	3,13 %		-13.754,00 €	3,56 %	
Sonstige Ausgaben	-36.797,43 €	7,98 %		-33.947,34 €	7,56 %		-45.965,70 €	11,89 %	
Finanzierungskosten	-6.471,41 €	1,40 %		-7.481,00 €	1,67 %		-7.557,00 €	1,96 %	
Abziehbare Vorsteuer	0,00 €	0,00 %		0,00 €	0,00 %		0,00 €	0,00 %	
Steuerlicher Jahresüberschuss	**178.606,29 €**	**38,75 %**		**199.775,08 €**	**44,48 %**		**148.966,10 €**	**38,55 %**	

Quelle: 3-Jahres-Vergleich in FVDZ control-doc mit Kennzahlen und Ampelanzeige

Erfolgsrechnung	Jahr 2015						
Gesamtergebnis		**Beh %**	**Pro %**	**Lab %**	**Behandlung**	**Prophylaxe**	**Labor**
Erlöse lt. PVS	879.021,59	66,2%	7,4%	26,5%	581.496,93	64.909,13	232.615,53
Kosten lt. Buchhaltung	-593.869,85	60,8%	8,9%	30,3%	-361.070,70	-53.131,28	-179.667,86
Materialkosten	-119.494,00	66,2%	7,4%	26,5%	-79.048,56	-8.823,73	-31.621,70
Personalkosten	-259.231,01	52,1%	11,1%	36,8%	-135.112,00	-28.786,99	-95.332,02
Raumkosten	-56.353,33	72,5%	7,8%	19,6%	-40.884,34	-4.418,10	-11.050,89
Verwaltungskosten	-44.987,51	69,6%	6,6%	23,8%	-31.315,81	-2.982,67	-10.689,03
Gerätekosten	-67.663,50	62,9%	7,5%	29,6%	-42.591,59	-5.060,67	-20.011,24
Sonstige Kosten	-46.140,50	69,6%	6,6%	23,8%	-32.118,40	-3.059,12	-10.962,98
Uberschuss pro Abteilung	**285.151,74**	77,3%	4,1%	18,6%	220.426,23	11.777,85	52.947,67
Arbeitsstunden in 2015					2.650	1.559	2.318
Einnahmen pro Stunde	140,95				219,43	41,64	100,35
Ausgaben pro Stunde	-83,46				-136,25	-34,08	-77,51
Gewinn/Stunde je Abteilung	57,50				83,18	11,35	22,84
Rentabilität (in Prozent)	40,79				37,9%	18,1%	22,8%

Quelle: Profitcenterrechnung in FIBU-doc

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Externer Praxisvergleich

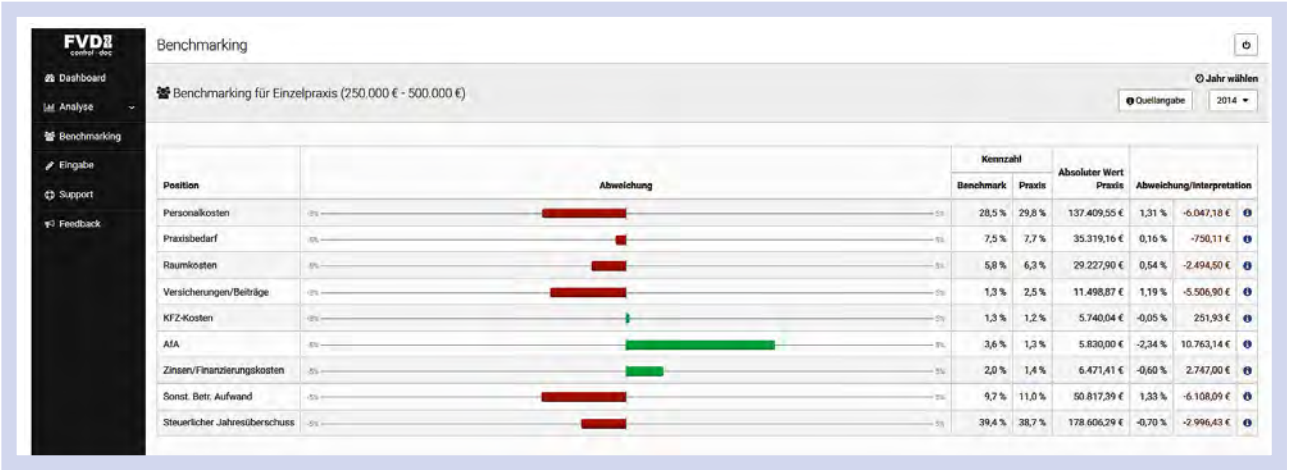
Für einen Vergleich der eigenen Praxiszahlen (Buchhaltungsdaten) mit externen branchenbezogenen statistischen Daten gibt es verschiedene Möglichkeiten. Wichtig ist es dabei, dass die Ermittlung der Kennzahlen (z. B. Bereinigung um Fremdlabor) auf die gleiche Weise erfolgt. Im Folgenden werden die Methoden und ihre Vor- und Nachteile dargestellt.

1. Vergleich der eigenen Zahlen (Quelle: Praxisbuchhaltung) mit den im **KZBV-Jahrbuch** abgedruckten absoluten Werten und Kennzahlen.
   – Man muss die eigenen Kennzahlen nach der Struktur der Vergleichszahlen ermitteln und kann sie mit den im KZBV-Jahrbuch angegebenen vergleichen.
   – Man muss dabei beachten, dass es im KZBV-Jahrbuch sowohl Darstellungen ohne Bereinigung des Fremdlabors gibt als auch solche mit.
   – Es findet keine differenzierte Unterscheidung nach Praxisform oder Umsatzgröße statt, sondern nach alten und neuen Bundesländern.
   – Im KZBV-Jahrbuch werden die Kostenkennzahlen nur in Relation zu den Gesamtkosten gezeigt. Die wesentlich interessanteren Kostenkennzahlen in Relation zu den Einnahmen werden nicht dargestellt.

2. Vergleich der eigenen Zahlen (Quelle: Buchhaltung) mit den **DATEV-Vergleichszahlen** des Steuerbüros.
   – Hier finden unterschiedliche Differenzierungen der Praxen statt.
   – Die Kennzahlen sind nicht um das Fremdlabor bereinigt, was zu falschen Schlüssen führt, da die Kennzahlen auf den Gesamteinnahmen basieren.

3. Vergleich der eigenen Zahlen (Quelle: Buchhaltung) mit den Zahlen des **Statistischen Bundesamtes**.
   – Man muss ebenfalls zunächst die eigenen Kennzahlen nach der Struktur der Vergleichszahlen ermitteln und kann sie dann mit den Kennzahlen des Statistischen Bundesamtes vergleichen.
   – Diese Vergleichswerte sind nicht um das Fremdlabor bereinigt und erlauben insofern keinen Vergleich der Praxen mit und ohne Eigenlabor.
   – Es findet eine Unterscheidung nach Praxisform oder Umsatzgröße statt.

4. Vergleich der eigenen Zahlen (Quelle: Buchhaltung) mit den **Benchmarking-Kennzahlen in FVDZ control-doc**.
   – Hier gibt man seine BWA-Zahlen aus der Buchhaltung ein und erhält den fertigen Kennzahlenvergleich.
   – Der Kennzahlenvergleich findet auf den um das Fremdlabor bereinigten Daten des Statistischen Bundesamtes statt.
   – Beim FVDZ control-doc Benchmarking werden die Praxen nach Praxisform (Einzelpraxis/Berufsausübungsgesellschaft) und Umsatzgröße unterschieden und man wird automatisch mit seiner Gruppe vergleichen.
   – Das Ergebnis wird grafisch dargestellt und interpretiert angezeigt.



Quelle: 3-Jahres-Vergleich in FVDZ control-doc mit Kennzahlen und Ampelanzeige

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

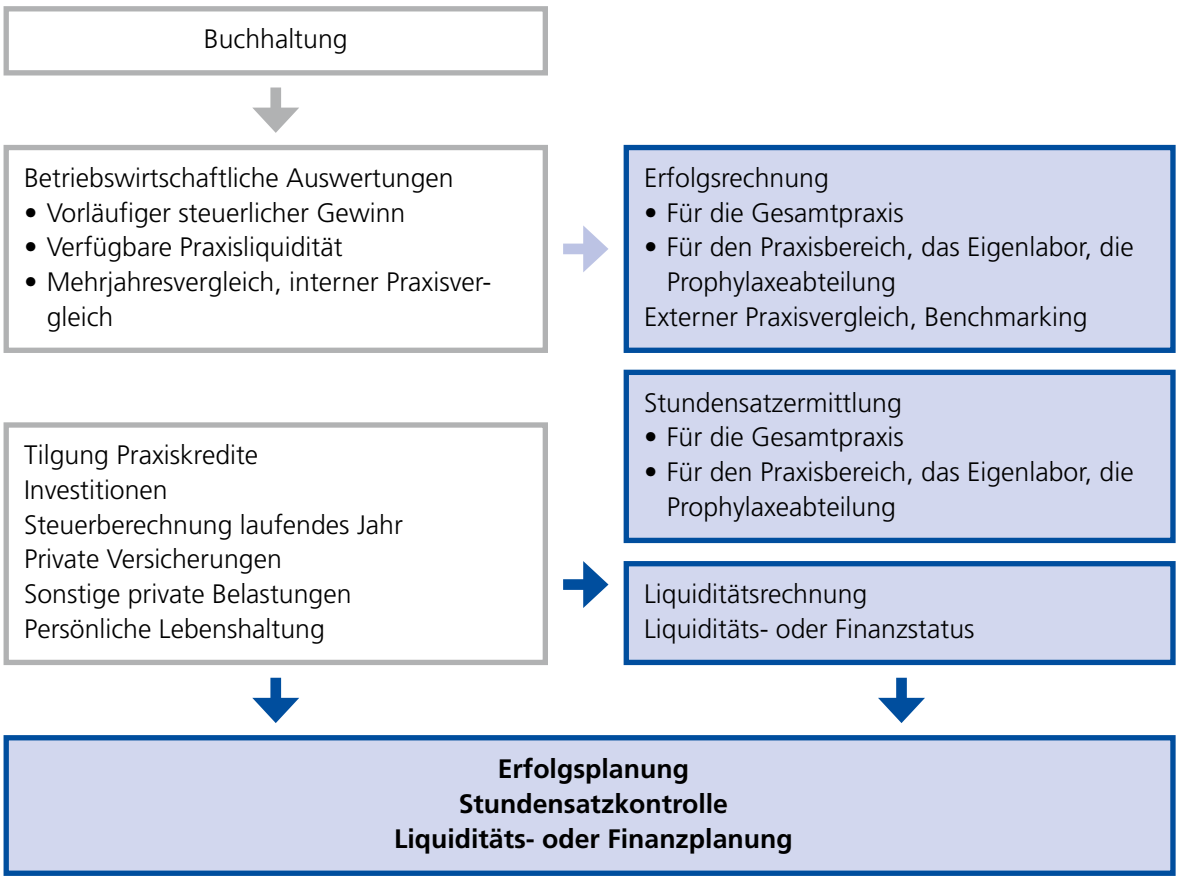
Der externe Praxisvergleich mit FVDZ control-doc liefert folgende wichtige **Informationen**:

- Die eigenen Kennzahlen
- Die Kennzahlen der Vergleichsgruppe
- Die absoluten Beträge der betroffenen Kategorie
- Die Höhe der Abweichung der eigenen Kennzahlen von der Vergleichsgruppe
- In der Spalte Interpretation wird angezeigt, wie groß das Verbesserungspotenzial ist, wenn man die Benchmarking-Kennzahlen auf die eigenen Zahlen anwendet.

Folgende Werte werden momentan im Vergleich angezeigt:

- Steuerlicher Jahresüberschuss in Relation zu den Gesamteinnahmen minus Fremdlabor (= Rentabilität)
- Relation Personalkosten zu Gesamteinnahmen minus Fremdlabor
- Relation Praxis- und Laborbedarf zu Gesamteinnahmen minus Fremdlabor
- Relation Raumkosten zu Gesamteinnahmen minus Fremdlabor
- Relation Versicherungen/Beiträge zu Gesamteinnahmen minus Fremdlabor
- Relation Kfz-Kosten zu Gesamteinnahmen minus Fremdlabor
- Relation Abschreibungen zu Gesamteinnahmen minus Fremdlabor
- Relation Zinsen/Finanzierungskosten zu Gesamteinnahmen minus Fremdlabor
- Relation Sonst. Betriebl. Aufwand zu Gesamteinnahmen minus Fremdlabor

Das Controlling-Konzept – Informationsherkunft und Instrumente



© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Bausteine für ein effizientes finanzielles Praxiscontrolling

Instrument	Inhalt und Aussagewert	Delegierbar
Buchhaltung	Steuerliche Einnahmen-Überschuss-Rechnung eines Zeitraums – Steuerlicher Jahresüberschuss – Vorjahresvergleich der Einnahmen und Ausgaben – Monats- und Quartalsvergleich – Praxisliquiditätsrechnung – Keine Erfolgsrechnung! – Keine private Liquiditätsrechnung!	Ja
Erfolgs-rechnung	Korrigierte Einnahmen-Überschuss-Rechnung eines Zeitraums – Erwirtschafteter Gewinn oder Erfolg der Praxis – Vorjahresvergleich der Honorare und Kosten – Monats- und Quartalsvergleich – Erfolg des Eigenlabors oder der Prophylaxeabteilung	Ja, wenn Unterlagen zur Verfügung gestellt werden
Externer Praxisvergleich oder Benchmarking	Vergleich der Kennzahlen der Praxis mit externen Daten, um Hinweise auf zu hohe Kosten im Vergleich zum Honorar zu erhalten, z. B. – KZBV-Handbuch – DATEV-Branchenvergleich – Statistisches Bundesamt – FVDZ control-doc	Ja
Stunden-satzermitt-lung	Derzeitige Stundensätze auf Basis der Erfolgsrechnung und der tatsächlichen Behandlungsstunden – Für die Prophylaxeabteilung – Für den angestellten Zahnarzt – Für die Gesamtpraxis	Ja, mit Zusatzinformationen Absprache mit Steuerberater
Praxisliquidität (als Teil der Buchhaltung)	Darstellung des in Geld verfügbaren steuerlichen Praxisgewinns und wie er verwendet wurde für den Buchungszeitraum – Tatsächlich geflossene Investitionen und Darlehenstilgungen – Aufschlüsselung der privaten Entnahmen, soweit sie über Praxiskonten bezahlt wurden	Ja
Liquiditäts-rechnung (einschließlich Privatkonten)	Darstellung der gesamten privaten Einnahmen und Ausgaben – Regelmäßiger verfügbarer Praxisgewinn – Sonstige Einnahmenquellen (Vermietung, Ehegattengehalt u. a.) – Kalkulatorische Gesamtsteuerbelastung – Private Belastungen – Netto verfügbares Einkommen	Ja, mit Zusatzinformationen Absprache mit Steuerberater
Erfolgs- und Liquiditäts-planung	Prognose des Praxiserfolgs und der Gesamtliquidität unter Einbeziehung von Veränderungen – Erfolgs- und Liquiditätswirkungen von Investitionen oder Erweiterungen – Entscheidung über Finanzierung von Investitionen – Festlegung der Tilgungsraten – Kapitaldienstfähigkeit für private Anschaffungen – Entnahmepotenzial für die Lebenshaltung	Ja, mit Zusatzinformationen Absprache mit Steuerberater
Finanzstatus/ Liquiditäts-status	Verfügbare Finanzmittel und Zahlungsfähigkeit zu einem bestimmten Zeitpunkt – Bestand der liquiden Mittel – Bestand der offenen Forderungen – Offene Posten-Kontrolle (sofern nicht schon im Rahmen der Buchhaltung geschehen) – Bestand der offenen Verbindlichkeiten	Nein

Dipl.-Kffr. Monika Brendel

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

5.4.2. Honorarkontrolle mit Stundensätzen

Auf Basis der Erfolgsrechnung können die derzeitig erwirtschafteten Stundensätze ermittelt werden. Notwendig ist dazu die Ermittlung der Behandlungsstunden pro Jahr bzw. für den Abrechnungszeitraum.

Ermittlung der Behandlungsstunden pro Jahr

Dazu gibt es mehrere Berechnungsformeln, die alle annähernd gleiche Ergebnisse erzielen.

Methode A:

Kalendertage	365
Sonntage	52
Samstage	53
Feiertage	10
Urlaubstage	25
Krankheitstage	5
Fortbildungstage	5
Anwesenheitstage	215
durchschnittl. Bereitschaftszeit pro Tag	7,0 h
Sollzeit	1.505 h
Auslastungsfaktor	0,9
Behandlungszeit pro Jahr	1.324 h

Mit dieser differenzierten Methode lassen sich die Behandlungszeiten für verschiedene Behandler genau errechnen.

Methode B:

Bereitschaftszeit pro Woche	33 h
Bereitschaftszeit pro Monat × 4,3 Wochen	150 h
Sollzeit (× 10 Monate)	1.505 h
Auslastungsfaktor	0,9
Behandlungszeit pro Jahr	1.324 h

Diese Methode und die folgende gehen davon aus, dass ca. neun Wochen im Jahr für Abwesenheit zu berücksichtigen sind.

Methode C:

Bereitschaftszeit pro Woche	33 h
Sollzeit (× 43 Wochen)	1.419 h
Auslastungsfaktor	0,9
Behandlungszeit pro Jahr	1.354 h

Treffen die vorgenannten Abwesenheitszeiten auf Ihre Praxis nicht zu, dann setzen Sie in Methode A oder C Ihre Werte ein. Wählen Sie den Auslastungsfaktor.

Bei der Berechnung der Behandlungszeiten für die Planung der Leistungserbringung bleiben die Verwaltungsstunden unberücksichtigt.

In den Beispielen wird von 1.500 Stunden ausgegangen. Diese ergeben sich aus der KZBV-Statistik 2012 mit 47,3 Stunden Wochenarbeitszeit, davon
– 8,1 Stunden Praxisverwaltung (17,1 %)
– 4,5 Stunden sonstige Arbeitszeit (Fortbildung, Berufspolitik u. ä.)
– 34,7 Stunden Behandlung/Woche (73,4 %) × 43 Wochen = 1.492 Stunden p. a. (gerundet 1.500)

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Honorarkontrolle mit Stundensätzen für jeden Tag – Haben Sie heute Gewinn oder Verlust gemacht?

Kostenstruktur je Praxisinhaber	KZBV-Durchschnitt 2012		Prognos-Studie 2006		Ihre Werte (änderbar)	
Behandlungsstunden pro Jahr		**1.500**		**1.523**		**1.500**
Kostenart	**EUR Jahreswert**	**EUR pro Stunde**	**EUR Jahreswert**	**EUR pro Stunde**	**EUR Jahreswert**	**EUR pro Stunde**
Personalkosten	99.181	66,12	87.732	57,60	80.000	53,33
Praxismaterial	28.670	19,11	15.453	10,15	22.000	14,67
Raumkosten	19.860	13,24	19.045	12,50	15.000	10,00
Übrige Betriebsausgaben	39.342	26,23	40.262	26,44	30.000	20,00
Kosten der Praxisführung[2]	**187.053**	**124,70**	**162.492**	**106,69**	**147.000**	**98,00**
Zinsen	5.257	3,50	10.023	6,58	15.000	10,00
Abschreibungen	14.101	9,40	30.619	20,10	20.000	13,33
Kosten Finanzierung/ Investition	**19.358**	**12,91**	**40.642**	**26,69**	**35.000**	**23,33**
Praxiskosten[3]	**206.411**	**137,61**	**203.134**	**133,38**	**182.000**	**121,33**
angestrebter Praxisgewinn[4]	138.601	92,40	115.000	75,51	118.000	78,67
notwendiger Honorarumsatz[1]	**345.012**	**230,01**	**318.134**	**208,89**	**300.000**	**200,00**
Tageshonorar bei Behandlerstunden	**7**	**1.610,06**	**7**	**1.462,20**	**7**	**1.400,00**

1 Honorar laut Statistik ohne Fremdlaboranteil, Honorare Labor und Prophylaxeabteilung*
2 Kosten der Praxisführung aus der Erfolgsrechnung ohne Fremdlaboranteil und ohne Kosten Labor und Prophylaxeabteilung*
3 Kosten aus der Erfolgsrechnung ohne Kosten Labor und Prophylaxeabteilung*
4 Den angestrebten Praxisgewinn sollten Sie mit Ihrem Steuerberater ermitteln: Aus diesem müssen bezahlt werden: Investitionen und Darlehenstilgungen, Steuern, Versicherungen, soweit nicht Betriebsausgaben, und persönliche Lebenshaltung (siehe Kap. Liquiditätskontrolle)
* Falls ein größeres Eigenlabor oder eine Prophylaxeabteilung **mit eigener Erfolgsrechnung** vorhanden ist, können nach dem gleichen Muster die tatsächlich erwirtschafteten Stundensätze des Labors oder der Prophylaxeabteilung ermittelt werden.

Berechnung Ihrer Werte
1. Schritt: Stellen Sie die Arbeitszeit aller Behandler pro Jahr fest.
2. Schritt: Ermitteln Sie die aktuellen Kosten Ihrer Praxis.
3. Schritt: Tragen Sie Ihre Werte ein und berechnen Sie das notwendige Tageshonorar.
4. Schritt: Prüfen Sie jeden Tag, ob der heutige Umsatz ausgereicht hat.

Ergebnis
Eine mittlere Zahnarztpraxis muss pro Behandlerstunde ein Honorar von 230,01 € (KZBV) bzw. von 208,89 € (Prognos) erzielen, um keinen Verlust zu machen.
Erst bei einem Honorar über diesem Wert wird der Gewinn erwirtschaftet, den der Zahnarzt für Darlehensrückführung, Investitionen, Steuern, Versicherungen und Lebenshaltung braucht.

Dipl.-Kffr. Monika Brendel

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

5.4.3. Liquiditätsplan

Die Feststellung, Kontrolle und Steuerung der Liquidität sowohl der Praxis wie auch des Privathaushalts sind wesentlicher Teil des notwendigen Praxiscontrollings.

Ohne eine regelmäßige Liquiditätskontrolle geraten auch erfolgreiche Praxen schnell in Schwierigkeiten. Denn die Folgen einer unerwarteten Liquiditätsenge sind drastisch:

- Ständig steigende Kontoüberziehungen zu hohen Zinsen.
- Erheblicher Ansehensverlust bei Ihren Geschäftspartnern, die Sie um Stundung bitten müssen.
- Probleme mit Ihrer Hausbank, weil Sie die genehmigte Kreditlinie überziehen müssen. Dies ist in aller Regel nur durch Stellung zusätzlicher Sicherheiten und nur mit Zeitverzug möglich.
- Steuerliche Nachteile durch nicht abzugsfähige Zinsen (lesen Sie hierzu das Kapitel 6.1.6.).
- Im schlimmsten Fall ein Insolvenzantrag wegen Zahlungsunfähigkeit, durch den Ihre berufliche Existenz stark beeinträchtigt oder gar vernichtet ist.

Wie berechnet man die vorhandene Liquidität? (Liquiditätsrechnung)

Die Bestandteile der Liquiditätsrechnung werden aus der Buchhaltung und weiteren Nebenrechnungen zusammengesetzt. Die Rechnung ist in weiten Teilen delegierbar auf den Steuerberater.

Bestandteile Liquiditätsrechnung	**Herkunft der Information**
Posten des Praxisgewinns (Erträge und Aufwendungen)	Erfolgsrechnung der Praxis (nur hilfsweise steuerliche Gewinnermittlung)
Abschreibungen	Normalabschreibung (ohne eventuelle Sonderabschreibungen) aus der Erfolgsrechnung
Investitionen	Anlagevermögen oder Buchhaltung
Darlehenstilgung	Buchhaltung
Darlehensneuaufnahme	Buchhaltung
= verfügbare Praxisliquidität	Entnahmefähiges Geld aus der Praxis (für die Vergangenheit in der Regel in einer betriebswirtschaftlichen Auswertung abgebildet)
Steuern	Steuerlast für den betrachteten Zeitraum: (ohne Zahlungen für Vorjahre oder zu hohe Vorauszahlungen) Vom Steuerberater zu berechnen
Sonstige Einnahmenquellen	Ehegattengehalt Überschuss oder Fehlbetrag aus Vermietung Einkünfte aus Kapitalvermögen oder Renten (Nettobeträge aus der Steuererklärung, vom Steuerberater zu berechnen)
= Nettoeinkommen	
Private Versicherungen	Buchhaltung (falls die Ausgaben über Praxiskonten fließen) oder Nebenrechnung
Kfz-Kosten, privates Wohnen, Ausbildung der Kinder u. ä.	Buchhaltung (falls die Ausgaben über Praxiskonten fließen) oder Nebenrechnung
= netto verfügbares Einkommen	

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Wie plant man die notwendige Liquidität für die Zukunft? (Liquiditätsplanung)

Mit Hilfe eines Finanz- oder Liquiditätsplans wird der voraussichtlichen verfügbaren Praxisliquidität nach Steuern die Entwicklung der privaten Ausgaben-(Liquiditätsverwendung) gegenübergestellt. Nach Erstellung eines solchen Finanzplans wird sich zeigen, ob die netto verfügbare Praxisliquidität auch zukünftig ausreicht, um die Zahlungsfähigkeit zu sichern. Unterdeckungen müssen durch vorhandene Liquiditätsreserven oder eingeräumte Kreditlinien abgedeckt werden.

Aus der ermittelten Ist-Liquidität wird die Planung für die Zukunft erstellt.

Beispiel
Die vorhandene Ist-Liquidität wurde für das Jahr 2012 aus der Erfolgsrechnung und weiteren Informationen wie oben berechnet. Es ergab sich für 2012 eine Überdeckung von 9.100,– €.

Für 2013 wird der Erwerb einer Behandlungseinheit für 50.000,– € geplant. Die Einheit soll aus dem laufenden Überschuss bezahlt werden. Durch den Erwerb ergeben sich höhere Abschreibungen und etwas niedrigere Steuern.

Wertung des Ergebnisses
Bei sonst gleichen wirtschaftlichen Verhältnissen würde der Erwerb der Behandlungseinheit aus dem vorhandenen Überschuss zu einer Unterdeckung von 38.000,– € führen. Es würde sich – spätestens wenn die Steuern für das Jahr bezahlt wären – eine teure Kontoüberziehung ergeben.

Schlussfolgerung
Die Einheit muss darlehensfinanziert werden mit einer Tilgung über mindestens fünf Jahre. Alternativ kann man natürlich versuchen, die Einnahmen zu steigern oder Ausgaben zu senken. Dann zählt die Nettoveränderung nach Steuern. Auch im privaten Bereich kann man die Ausgaben einer Prüfung unterziehen.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Bestandteile Liquiditätsrechnung	Ist-Liquidität	Liquiditätsplan
Honorareinnahmen (ohne Fremdlabor)	329.635 €	330.000 €
- Kosten der Praxisführung (Personalkosten, Materialkosten, Raumkosten, Summe der sonstigen Kosten)	–179.949 €	–180.000 €
- Zinsen	–5.752 €	–6.000 €
- Abschreibungen	–14.188 €	–18.000 €
= Ergebnis Erfolgsrechnung	**129.746 €**	**126.000 €**
+ Abschreibungen	14.188 €	18.000 €
- Darlehenstilgung	–20.000 €	–20.000 €
- Investitionen	–20.000 €	–50.000 €
+ Darlehensneuaufnahme	20.000 €	
= Praxisliquidität[1)]	**123.934 €**	**74.000 €**
- Steuern für das Jahr[2)]	–37.200 €	–36.000 €
= netto verfügbarer Praxisgewinn	**86.734 €**	**38.000 €**
+ sonstige Einnahmenquellen netto[2)]		
Ehegattengehalt	10.000 €	10.000 €
Ergebnis Vermietung	0	0
= Netto-Einkommen	**96.734 €**	**48.000 €**
- Private Versicherungen	–23.400 €	–24.000 €
- Kfz-Kosten, privates Wohnen, Ausbildung Kinder	–26.000 €	–26.000 €
= Summe der privaten Belastungen[3)]	**–49.400 €**	**–50.000 €**
- Kosten der Lebenshaltung[4)]	–36.000 €	–36.000 €
= Liquiditätsüber- oder -unterdeckung	**11.334 €**	**–38.000 €**
Ausgleich		
Vorhandene Finanzreserve?		**50.000 €**
nicht genutzte Kreditlinie?		

[1)] Werte der Erfolgsrechnung des vergangenen Jahres, hilfsweise Einnahmen-Überschuss-Rechnung
[2)] von Steuerberater berechnen lassen, falls nicht bekannt
[3)] aus der Buchhaltung oder Nebenrechnung
[4)] Erfahrungswert der Vergangenheit (aus Privatentnahmen aus Buchhaltung oder Nebenrechnung)

Berechnung Liquiditätsplan

1. Schritt: Stellen Sie Ihre Ist-Liquidität fest.
2. Schritt: Ermitteln Sie die Werte für zukünftige Veränderungen (Veränderungen im Praxisbereich, Investitionen, Darlehenstilgungen neu).
3. Schritt: Tragen Sie Ihre Werte ein und berechnen Sie die Liquiditätsüber- oder -unterdeckung.
4. Schritt: Prüfen Sie, wie ein Ausgleich möglich ist: verfügbare Finanzreserve, Kreditlinien, Neudarlehen.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Vermeiden Sie typische Liquiditätsfallen!
Ergibt sich regelmäßig aus der Liquiditätsrechnung eine Unterdeckung, so liegt dies häufig entweder an Fehlentscheidungen bei der Investition und Finanzierung von Praxisinventar oder ist durch nicht erkannte Entwicklungen im Bereich der »Privatausgaben« verursacht.

Typische Liquiditätsfallen im betrieblichen Bereich:

– *Eigenmittelfinanzierung von Investitionen*
Investitionen können aus Eigenkapital oder Darlehen finanziert werden. Bevor man Eigenkapital einsetzt, sollte man sehr kritisch prüfen, ob es wirklich in dieser Höhe zur Verfügung steht. Das vorhandene freie Eigenkapital wird häufig überschätzt, weil z. B. Steuerrückstände übersehen werden.

– *die Wahl zu hoher Tilgungsraten*
Die Tilgung von Darlehen ist nicht steuerlich absetzbar und damit wirtschaftlich betrachtet immer aus dem Nettoeinkommen zu zahlen. Rechnen Sie vor Abschluss des Darlehensvertrages aus, wie viel Liquidität nach Abzug der notwendigen Privatausgaben für Tilgungen auf Dauer zur Verfügung steht.

– *Afa-Falle nach Auslaufen der Abschreibungen*
Investitionen für die Praxis bedeuten anfänglich ein steuerlich absetzbares Abschreibungsvolumen. Tilgungsraten für Investitionsdarlehen und Abschreibungsraten entsprechen sich jedoch im zeitlichen Verlauf meist nicht. Nach Auslaufen der Abschreibungen steht den Tilgungen damit keine Steuerersparnis mehr entgegen. Die Nettobelastung wird höher. Dies ist beim Finanzplan einzurechnen. Der Steuerberater kann dies im Rahmen einer Abschreibungsvorschau ermitteln.

Im »Privatbereich« kommt es ebenso häufig zu Liquiditätsengpässen, wenn z. B. Tilgungen für Privatdarlehen zu hoch angesetzt wurden, die privaten Lebenshaltungskosten zu hoch sind oder aber eine Rücklage für Steuernachzahlungen in nicht ausreichendem Maße gebildet wird.

Wie kontrolliert man die verfügbare Liquidität? Der Finanzstatus (Liquiditätsstatus)

Ergibt sich aus dem Finanzplan eine ausgeglichene Liquidität, so muss das auch bei einer Stichtagsbetrachtung als Finanzguthaben erkennbar sein.

Erstellen Sie, sozusagen als Gegenprobe, einen aktuellen Finanzstatus. Siehe Beispiel auf der gegenüberliegenden Seite.

Im Beispiel ist die kurzfristig verfügbare Liquidität positiv. Einschließlich der Liquiditätsreserve stehen genügend Geldmittel zur Verfügung, um die bekannten Verpflichtungen abzudecken.

Die Liquiditätsreserve hat noch eine weitere Funktion: Sie muss über die bekannten Verbindlichkeiten hinaus auch erwartete zukünftige Risiken abdecken, z. B. eine Liquiditätsunterdeckung durch Honorarrückgänge bei gleich bleibenden Ausgaben. Solche Entwicklungen können schlicht durch die Urlaubszeit oder aber durch angekündigte Änderungen des Gebührenrechts etc. verursacht werden. Als Liquiditätsreserve dienen auch nicht ausgenutzte Kreditlinien bei der Hausbank.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Aktueller Finanzstatus		
Forderungen an Privatpatienten	30.000 €	
Forderungen an die KZV	20.000 €	
Sonstige Forderungen	1.000 €	
Verbindlichkeiten		
– gegenüber Dentallabor	–20.000 €	
– aus Gehalt	–1.000 €	
– sonstige Verbindlichkeiten	–1.000 €	
Nicht gezahlte Steuern bis zum heutigen Tag (geschätzt)	–50.000 €	
Kurzfristige Forderungen/Verbindlichkeiten		**–21.000 €**
Kassenbestand	100 €	
Konto A	5.000 €	
Konto B	20.000 €	
Konto C	–10.000 €	
Geldmittel der Praxis		**15.100 €**
Liquiditätsreserve		**30.000 €**
Verfügbare Liquidität zum Stichtag		**24.100 €**

Anwendungshinweis:
Ihre individuellen Werte ermitteln Sie aus Ihren Kontoauszügen, Rechnungen und der Praxisstatistik. Bitten Sie Ihren Steuerberater um die Berechnung der nicht gezahlten Steuern.

Prüfen Sie Ihre Liquidität regelmäßig!

Liquidität geht vor Rentabilität!
Dieser betriebswirtschaftliche Grundsatz resultiert aus folgender Überlegung: Ein nicht ausreichender Praxisertrag führt zwar mittel- bis langfristig in jedem Fall zu einer Liquiditätsenge, es verbleibt bei regelmäßiger Erfolgskontrolle im Allgemeinen aber noch Zeit zur Gegensteuerung, sofern nicht grundlegende wirtschaftliche Probleme vorliegen. Eine nicht ausreichende Liquidität hingegen kann sehr schnell existenzvernichtend wirken.

Die **Liquiditätskontrolle** sollte noch vor der Erfolgskontrolle mindestens **zum Ende eines jeden Quartals** vorgenommen werden. Der **Finanzplan** sollte regelmäßig **mindestens einmal jährlich**, am besten im Jahresgespräch mit dem Steuerberater, für das kommende Jahr erstellt werden.

Ein Finanzplan ist immer aufzustellen, wenn Sie Investitionen und Tilgung von Darlehen planen. Nur dann können Finanzierungsfehler an der Quelle vermieden und die langfristige Liquidität gesichert werden.

Dipl.-Kffr. Monika Brendel

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

5.4.4. FVDZ control-doc

Das digitale Hilfsmittel »FVDZ control-doc« macht es möglich, die wichtigsten Kennzahlen der Praxis leicht zu erfassen und diese sowohl intern als auch extern zu vergleichen. **Der Freie Verband Deutscher Zahnärzte (FVDZ) bietet dieses von FIBU-doc Praxismanagement entwickelte Programm exklusiv für Mitglieder an.**

Umsatz, Kosten, Gewinn und Rentabilität – das sind die Größen, um die es hier geht.

Das neue Programm »FVDZ control-doc« ermöglicht dem Zahnarzt eine einfache Eingabe seiner Daten aus der betriebswirtschaftlichen Auswertung (BWA) des Steuerbüros. Die Ergebnisse werden übersichtlich online dargestellt, so dass der Zahnarzt die Entwicklung seiner Praxiszahlen (Einnahmen, Ausgaben, Gewinn) sehen und sie mit Hilfe von Kennzahlen und Grafiken leicht analysieren kann. Damit wird der Zahnarzt als Unternehmer sein eigener Controller.

Welche Erkenntnisse kann der Zahnarzt aus »FVDZ control-doc« ziehen?

Praxisanalyse anhand von Kennzahlen, Ampeln und Tortendiagrammen

Um die Veränderungen der Einnahmen- und Kostenstruktur und des steuerlichen Jahresüberschusses sinnvoll überwachen zu können, genügt das Betrachten der absoluten Zahlen nicht. Für eine sichere Analyse benötigt man zusätzlich Kennzahlen und Trends. Im Programm werden die Kennzahlen als Prozentwerte dargestellt und ein Ampelsystem zeigt sowohl positive als auch negative Veränderungen. Bei »FVDZ control-doc« ist die Basisgröße für die Kennzahlen immer die Summe der Gesamteinnahmen abzüglich der Fremdlaborkosten. Nur so ist gewährleistet, dass sich Praxen mit und ohne Fremdlabor miteinander vergleichen können. Farbige Pfeile visualisieren zusätzlich die Entwicklung der Einnahmen und Tortendiagramme zeigen die Aufteilung in verschiedene Bereiche.

1. Einnahmenrelationen
   - Bei allen Auswertungen zeigt ein kleiner farbiger Pfeil an, ob die Einnahmen im Vergleich zum gleichen Zeitraum im Vorjahr gestiegen oder gesunken sind. Da das aktuelle Jahr im 5-Jahres-Vergleich hochgerechnet wird, kann man dort auf einen Blick erkennen, ob sich die Praxis in einem Auf- oder Abwärtstrend befindet.
   - Die Relation zwischen Einnahmen aus zahnärztlicher Tätigkeit und umsatzsteuerpflichtigen Erlösen wird in einem Tortendiagramm bei den Einnahmen aus freiberuflicher Tätigkeit sichtbar.
   - Wie sich die Einnahmen aus zahnärztlicher Tätigkeit nach Mittelherkunft verteilen, wird ebenfalls in einem Tortendiagramm visualisiert. Hier kann man die Zusammensetzung der Einnahmen (Zahlungen von der KZV, von Patienten und von Abrechnungsgesellschaften) und die hiervon abzuziehenden Fremdlaborausgaben sehen.

2. Kostenstruktur
   - Ein interaktives Tortendiagramm zeigt die Aufteilung der einzelnen Kostenarten, bezogen auf die Gesamtkosten in absoluten Werten und als Prozentverteilung.
   - Kostenkennzahlen geben das Verhältnis der jeweiligen Kostenart zu den Gesamteinnahmen minus Fremdlabor an. Die Anzeige als Prozentwert und als Ampel ermöglicht eine schnelle Übersicht.

3. Steuerlicher Jahresüberschuss
   - Die Rentabilitätskennzahl zeigt das Verhältnis zwischen steuerlichem Jahresüberschuss und Gesamteinnahmen minus Fremdlabor. Sie gibt an, wie effektiv eine Praxis ist. Ist die Praxisrentabilität z. B. zu niedrig, muss ein Zahnarzt für seinen steuerlichen Jahresüberschuss zu viel arbeiten. Deshalb ist es besonders wichtig, seine Rentabilität zu kennen.

Das Motto lautet »Denn was nützen die besten Umsätze, wenn sie von den Kosten aufgefressen werden«.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Benchmarking für den externen Vergleich

Ein externes Benchmarking soll den Vergleich zwischen den eigenen Kennzahlen und denen der Kollegen ermöglichen. Um diesen Vergleich möglich zu machen, ist »FVDZ control-doc« interaktiv angelegt:

- Zahnärzte, die sich mit Kollegen vergleichen wollen, müssen ihre eigenen Zahlen dem Vergleichssystem zur Verfügung stellen – auf diese Weise wachsen der Zahlenpool und die Vergleichsgenauigkeit.
- Wichtig ist es für den Nutzer zu wissen, dass die Teilnahme am Benchmarking freiwillig ist und jährlich abgefragt wird, ob der Zahnarzt mitmachen möchte. Er muss keine exakten Zahlen preisgeben, um sich an dem Vergleich zu beteiligen. Jeder bleibt Herr seiner Daten, verwendet werden immer nur die Kennzahlen.
- Um sich für den Vergleich zu verorten, sind die Auswahl der Praxisform (Einzelpraxis oder Berufsausübungsgesellschaft) und vier Umsatzklassen vorgegeben. Innerhalb dieser Umsatzklasse werden dann auch bei den Kosten keine absoluten Zahlen verwendet, sondern nur Relationen.

Beispiel
Ein Zahnarzt verortet sich mit seiner Einzelpraxis in der Umsatzklasse 250.000,– € bis 500.000,– €. Auf einen Blick erkennt er, welchen Anteil in dieser Klasse durchschnittlich Personalkosten, Praxisbedarf, Raumkosten und weitere Kostenstellen ausmachen. Das Programm errechnet automatisch, wie hoch die Relationen bei ihm sind, und stellt sie direkt in Vergleich. Ein roter Balken zeigt an, wenn die Kosten den Durchschnitt übersteigen, ein grüner, wenn die Kosten besser sind als bei Umsatzklassen-Durchschnitt.

Bis genügend Zahnärzte beim Benchmarking mitmachen, wurden zunächst die Kennzahlen des Statistischen Bundesamtes als Basisvergleich eingepflegt. Diese sollen aber nur eine Übergangslösung darstellen, bis eine statistisch aussagekräftige Grundgesamtheit zusammengekommen ist, deren Zahlen vergleichbar sind. Das Programm lebt davon, dass möglichst viele Nutzer beim Benchmarking mitmachen.

Der Vorteil: Die Zahlen, die von den Nutzern eingegeben werden, sind im Gegensatz zu denen des Statistischen Bundesamtes immer topaktuell. Jeder Nutzer kann damit zeitnah wissen, wo er im Vergleich zu den Zahlen anderer Nutzer steht. Da es sich um ein Onlineprogramm handelt, sind die Zahlen immer und überall verfügbar. Den hohen gesetzlichen Auflagen zur Datensicherheit wird entsprochen, da die Daten völlig anonym erhoben werden.

Einfache Anwendung – nützlich für jeden

Entwickelt wurde das Programm aus der Idee heraus, dass Zahnärzte ihre finanzielle Praxissituation besser kennen müssen. Denn wer investieren will oder eine Neugründung plant oder wer seine Praxis abgeben möchte, muss genau wissen, wie er wirtschaftlich aufgestellt ist und an welchen Stellschrauben er noch drehen kann. Dabei sind unabhängige Informationen wichtig.

»FVDZ control-doc« ist ein erster Schritt.

Dipl.-Kffr. Monika Brendel

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

5.4.5. Kennzahlen Materialkosten

Wie werden sie errechnet, was sagen sie aus und warum ist ein interner und externer Kennzahlenvergleich (= Benchmarking) sinnvoll?

Externes Benchmarking – Vergleich mit anderen Praxen

Der Begriff Benchmarking weckt bei allen Zahnärzten sofort Interesse, denn ein betriebswirtschaftlicher Vergleich mit anderen Praxen ist interessant. Hier beginnt jedoch auch die Herausforderung im externen Benchmarking: Genau betrachtet gibt es keine zwei identischen Praxen, deren Zahlen sich einfach miteinander vergleichen lassen. Zu groß sind die Unterschiede der Praxisstrukturen und erbrachten Leistungen, zu groß die individuellen Vorgaben in der jeweiligen Praxis. Deshalb ist es sinnvoll, nicht die absoluten Zahlen, sondern die Relation der einzelnen Kostenkategorien zu den Einnahmen miteinander zu vergleichen. Die so gebildeten Kennzahlen können zur Beurteilung der eigenen Kostenstruktur im Vergleich mit anderen Zahnarztpraxen eine hilfreiche Orientierung darstellen.

In der folgenden Artikelreihe werden Kostenkennzahlen im Hinblick auf Errechnung, Vergleichswerte und Aussagekraft vorgestellt. Um den Praxen einen nach Umsatzgröße und Praxisform differenzierten Vergleich ihrer eigenen Kennzahlen mit denen ihrer Kollegen zu ermöglichen, werden in den Artikeln die Kennzahlen aus dem »solvi-Benchmarking«, das neben eigenen Daten auf modifizierten Zahlen des Statistischen Bundesamtes basiert, verwendet.

Grundlegendes zur Errechnung der Kennzahlen

Bei der Errechnung der Kostenkennzahlen werden die Kosten der jeweiligen Kostenart in Relation zu den Praxiseinnahmen abzüglich Fremdlaborkosten gesetzt. Die Fremdlaborausgaben (lt. BWA) werden bei dieser Betrachtung von den Gesamteinnahmen (BWA) abgezogen, da sie nur durchlaufend sind. Der Abzug der Fremdlaborkosten ist besonders wichtig, um Praxen mit und ohne Eigenlabor vergleichbar zu machen. Die solvi-Benchmarkingkennzahlen sind ebenfalls um die Fremdlaborkosten bereinigt.

Die Angaben, die man für die Errechnung der Kennzahlen benötigt, können der Buchhaltung (BWA, Jahresabschluss) entnommen werden.

Werden die Buchungskonten differenziert eingerichtet und mit dem Steuerbüro eine klare Kommunikation bezüglich der Zuordnung geführt, kann man mithilfe der Finanzbuchhaltung eine verbesserte Vergleichbarkeit erreichen.

Internes Benchmarking – Vergleich im Zeitablauf

Zusätzlich zum externen Vergleich ist es wichtig, die Veränderungen der eigenen Kennzahlen im Zeitablauf zu kontrollieren. Hierfür eignet sich ein Periodenvergleich (z. B. pro Quartal und Jahr). Die Vergleichseinheiten sollten nicht zu klein gewählt werden, da es durch die KZV-Restzahlungen zu monatlichen Schwankungen kommen kann.

Hier wird unterstellt, dass alle Lieferantenrechnungen zeitnah bezahlt werden, da sonst die Zahlen aus der BWA an Aussagekraft verlieren. So kann frühzeitig eine negative Entwicklung erkannt und Maßnahmen zur Verbesserung können eingeleitet werden. Haben sich die Kennzahlen positiv entwickelt, ist man in der aktuellen Praxisausrichtung bestätigt und kann sich auf andere Managementbereiche fokussieren.

Materialkostenkennzahl

Ermittlung der Materialkostenkennzahl

Summe Praxis- und Materialbedarf/
Praxiseinnahmen abzüglich Fremdlaborkosten

Errechnen Sie zunächst Ihre eigene Materialkostenkennzahl, bevor Sie mit dem Vergleich starten.

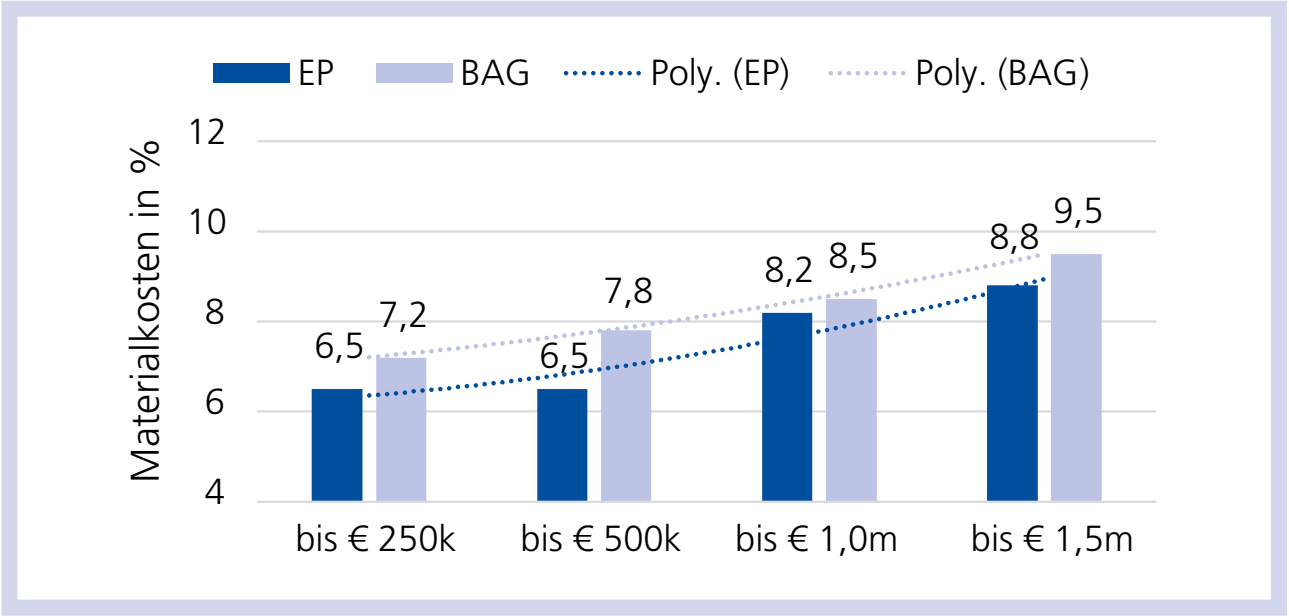
Buchhaltungsvoraussetzungen

Bei der buchhalterischen Erfassung ist es wichtig, separate Konten für Praxis- und Materialbedarf zu führen und durchlaufende Kosten, wie z. B. für Implantate und Fremdlaborkosten, jeweils auf getrennte Kostenkonten zu erfassen.

Achtung: Auf dem Konto »Praxisbedarf« dürfen ausschließlich Kosten für Behandlungsmaterialien eingebucht werden. Sehr häufig sammelt sich unter diesem Konto vieles, was in andere Bereiche gehört – z. B. Bürobedarf, Reinigungsmittel oder Kleingeräte. Um den Kennzahlenvergleich sinnvoll nutzen zu können, müssen diese »anderen Kosten« auf den entsprechenden Buchhaltungskonten korrekt erfasst werden.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Vergleichswerte (= Benchmarks)
Vergleichen Sie Ihre Kennzahlen mit den entsprechenden Vergleichswerten. Nutzen Sie die sich durch eventuelle Abweichungen ergebenden Erkenntnisse zur Einschätzung Ihrer Kostensituation.



Quelle: solvi Kalkulation und Darstellung auf Datenbasis des Statistischen Bundesamtes (15.07.2017); Bereinigung um Fremdlabor (durchlaufender Posten)

Allgemeine Erkenntnisse
- Die Materialkostenkennzahl steigt bei allen Praxisformen mit der Umsatzgröße an.
- Die Materialkostenkennzahl ist bei allen Umsatzklassen bei den Einzelpraxen niedriger als bei Berufsausübungsgesellschaften!

Beispiele
- Eine Einzelpraxis hat einen Umsatz in Höhe von 500.000 € pro Jahr und ihre Materialkostenkennzahl liegt bei 9,5%. Da bei den Vergleichspraxen die Materialkostenkennzahl aber nur bei 6,5% liegt, sollte diese Praxis ihre Einkaufspreise, die Lagerhaltung u. Ä. überprüfen und eine Senkung der Kosten in diesem Bereich anstreben.
  Das Einsparpotenzial liegt bei 3% der Einnahmen abzügl. Fremdlabor (3% von 500.000 abzüglich 100.000 FL) und liegt somit bei ca. 12.000 €. Verringern sich die Praxiskosten um 12.000 €, steigt der Gewinn um den gleichen Betrag!
- Im Umkehrschluss muss eine Berufsausübungsgemeinschaft mit einem Umsatz von 1.000.000 € und einer Materialkostenkennzahl von 8% nicht über eine Kostensenkung im Materialkostenbereich nachdenken, da die Materialkosten im Verhältnis zu den Vergleichspraxen nicht zu hoch sind.

Handlungsoptionen
Genauen Aufschluss gibt im Zweifel eine individuelle Analyse, mit der Optimierungspotenziale identifiziert werden können. Auch die Kontrolle des Warenwirtschaftsprozesses kann hilfreiche Informationen geben. Die Verwendung eines Warenwirtschaftssystems ermöglicht es, mit angemessenem Zeitaufwand das Bestellwesen im Auge zu behalten und Preise vergleichen zu können. Ist kein Warenwirtschaftssystem im Einsatz, sollten das Materialbestellwesen, die Lagerhaltung und die Einkaufspreise kontrolliert werden.

Und nicht zuletzt ist der informative Austausch mit Kollegen bei Seminaren und Kongressen eine gute Möglichkeit, sich über aktuelle Kostenentwicklungen und Best-Practice-Beispiele zu informieren.

Dipl.-Kffr. Monika Brendel

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

5.5. Finanzierung

Jeder Praxisinhaber trifft in seinem ganzen Berufsleben bereits ab Gründung bzw. Übernahme immer wieder Finanzierungsentscheidungen. Dabei sind stets die gleichen Fragen zu klären:

- Wie wird das Gespräch mit der Bank idealerweise vorbereitet?
- Welche Darlehenskonditionen sind in der jeweiligen Situation zu wählen?
- Wie werden Darlehensangebote verglichen?
- Sollten Rechnungen unter Ausnutzung von Skonto beglichen werden und der Kontokorrent in Anspruch genommen werden?
- Wie können Forderungen gegenüber Patienten vorzeitig realisiert werden?
- Ist Leasing oder Finanzierung die beste Alternative?

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2017

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2017

5.5.1. Darlehen

Bestandteile einer Kreditkondition

Wenn von einer Kreditkondition die Rede ist, denkt man in erster Linie an den Zins und ggf. auch an den Auszahlungssatz. Häufig wird ein Konditionsvergleich nach diesen beiden Kriterien vorgenommen.

Dabei wird in aller Regel übersehen, dass eine Kreditkondition eine Vielzahl von Faktoren beinhaltet bzw. beinhalten kann, die Einfluss auf die Gesamtkosten haben. Dies sind im Einzelnen:

- der Zinssatz (ggf. mit vereinbarter Festschreibungszeit),
- der Auszahlungssatz (ggf. gekürzt um das Disagio),
- der Rückzahlungssatz (ggf. erhöht um das Agio),
- die Bearbeitungsgebühren,
- die Art der Tilgungsverrechnung,
- der Zeitpunkt der Fälligkeit der Zinsraten.

Der **Zinssatz** (ggf. Festzins in Jahren) und der prozentuale Auszahlungssatz für das Darlehen dürften in aller Regel bekannt sein.

Weniger bekannt ist der Begriff Disagio (Abgeld) oder Damnum (veraltete Form für Disagio). Das Disagio ist die Differenz zwischen beantragtem Darlehen (=100 %) und dem vereinbarten Auszahlungssatz, ausgedrückt in %. So beträgt z. B. bei einem Auszahlungssatz von 96 % das Disagio 4 %.

Unabhängig von dem jeweiligen Auszahlungssatz ist das Darlehen in voller Höhe, also zu 100 % zurückzuzahlen. Anders sieht es aus, wenn ein Agio (Aufgeld) vereinbart wurde. In diesem Fall wird ein höherer Prozentsatz als 100 % zurückgezahlt, nämlich 100 % des Darlehens zuzüglich vereinbarten Agios.

Eine auf den ersten Blick attraktive Zinskondition kann sich im Nachhinein als unvorteilhaft erweisen. Bearbeitungsgebühren und unterschiedliche Tilgungsverrechnungen können die Kreditkonditionen und somit den Effektivzins wesentlich beeinflussen.

Eine **Bearbeitungsgebühr** ist im Grunde nichts anderes als ein verkapptes Agio, das nicht mit dem Gesamtkredit zurückgezahlt, sondern bei Kreditvergabe dem Kreditnehmer direkt in Rechnung gestellt wird.

Die **Art der Tilgungsverrechnung** gibt Auskunft, ab wann die vom Kreditnehmer geleisteten Tilgungsraten zinsmäßig Berücksichtigung finden. Zum Beispiel ist bei Hypothekendarlehen eine vierteljährliche Tilgung (Annuitätsrate) und jährliche Tilgungsverrechnung gängige Praxis. Das bedeutet, dass im laufenden Jahr die vierteljährlichen Zinsen von dem Kapitalstand Ende des Vorjahres berechnet werden. Die Tilgungen des laufenden Jahres wirken sich also nicht zinsmindernd aus.

Zu guter Letzt muss noch unterschieden werden, ob die Zinsen z. B. monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich gezahlt werden müssen (Zeitpunkt der Fälligkeit der Zinsraten). Die jährlich nachträgliche Zinszahlung ist aus verständlichen Gründen für den Kreditnehmer vorteilhafter als die monatlich nachträgliche Zinszahlung. Besonders nachteilig ist die vorschüssige Zinszahlung, da in diesem Fall die Zinsen bei Beginn und nicht am Ende einer Periode (Monat, Quartal etc.) gezahlt werden müssen.

Effektivzins als Ergebnis der Kostenbestandteile

Alle vorgenannten Einflussfaktoren werden in ihrem Zusammenwirken durch den Effektivzins ausgedrückt. An zwei Beispielen soll verdeutlicht werden, dass gerade die »sonstigen Modalitäten« neben Zinssatz und Auszahlung beim Konditionenvergleich den Ausschlag geben können.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

z. B.

TILGUNGSDARLEHEN
Laufzeit 12 Jahre, Zinssatz jeweils 5 Jahre fest

Angebot	Zinssatz	Auszahlung	Sonstige Modalitäten
A	7,00 % p. a.	96,00 %	Zins und Tilgung vierteljährlich nachträglich zahlbar
B	7,25 % p. a.	96,00 %	Zins und Tilgung jährlich nachträglich zahlbar
Effektivzins			
A	8,47 % p. a.		
B	8,45 % p. a.		

z. B.

ANNUITÄTENDARLEHEN
Laufzeit 12 Jahre, Zinssatz 5 Jahre fest

Angebot	Zinssatz	Auszahlung	Sonstige Modalitäten
A	7,00 % p. a.	96,00 %	Annuitätsrate vierteljährlich nachträglich zahlbar, jährliche Tilgungsverrechnung
B	7,25 % p. a.	96,00 %	Annuitätsrate jährlich nachträglich zahlbar, jährliche Tilgungsverrechnung
Effektivzins			
A	8,60 % p. a.		
B	8,39 % p. a.		

Welche **Zuschläge** für den jeweiligen Zinszahlungsrhythmus bei einer **12-jährigen Darlehenslaufzeit** (Tilgung in einer Summe am Ende der Laufzeit) einzusetzen sind, zeigt die folgende Tabelle:

ZUSCHLÄGE BEI FOLGENDER ZINSZAHLUNG
Nominalzins p. a.

	6,00 %	**6,50 %**	**7,00 %**	**7,50 %**	**8,00 %**	**8,50 %**	**9,00 %**
halbjährlich	0,09 %	0,11 %	0,12 %	0,14 %	0,16 %	0,18 %	0,21 %
vierteljährlich	0,14 %	0,17 %	0,19 %	0,21 %	0,25 %	0,28 %	0,32 %
monatlich	0,17 %	0,20 %	0,23 %	0,27 %	0,30 %	0,35 %	0,39 %

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Unterstellt, bei den oben angeführten Beispielen der vereinfachten Effektivzinsberechnung wäre eine vierteljährlich nachträgliche Zinszahlung vereinbart, so ermittelt man den Effektivzins wie folgt:

1. Beispiel:

Nominalzins:	8,50 %, Zuschlag = 0,28 %
Effektivzins:	9,07 + 0,28 = 9,35 %

2. Beispiel:

Nominalzins:	8,00 %, Zuschlag = 0,25 %
Effektivzins:	9,00 + 0,25 = 9,25 %

Überdies sollte sich der Zahnarzt vergewissern, wie die Zinsen berechnet werden: nachträglich oder im Voraus. Werden sie vorausberechnet (d. h. zu Beginn des Quartals, des Halbjahres usw.), so verstärkt sich der Zinseszinseffekt.

Fazit:
Um eine angebotene Kreditkondition zu beurteilen, reichen Zinssatz und Auszahlungssatz alleine nicht aus. Die aufgeführten weiteren Modalitäten beeinflussen die Gesamtkosten – und somit den Effektivzins – im Extremfall schon erheblich.

Merke: Immer nach dem Effektivzins fragen!

Checkliste für Konditionsabfragen

Damit sich der Zahnarzt ein genaues und vollständiges Bild über die Konditionsmodalitäten machen kann, sollte er anhand einer Checkliste die Konditionen erfragen. Eine solche Checkliste ist nachstehend dargestellt (Vertragselemente unter 5.5.1.1).

Dr. Susanne Woitzik
Stb./WP Gabriela R. Scholz

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Checkliste Konditionsabfrage

Konditionsabfrage vom: _____

Kreditinstitut: _____

Name Kundenberater: _____

Darlehenshöhe	EUR	Laufzeit in Jahren	
		davon tilgungsfrei	
Zinssatz	% p.a.	Zinsfestschreibg. in Jahren	
Zinsobergrenze	% p.a.	Zinsuntergrenze	% p.a.
Auszahlungssatz	% p.a.		
Bearbeitungs-gebühr	EUR	%	
Bereitstellungs-zinsen	% p.Monat	beginnend ab	Monat
Vorfälligkeits-entscheidung *)	ja/nein	ggf. wie hoch	%/EUR
Zinszahlung *)	monatlich/vierteljährl./halbjährl./jährlich		nachträglich/im Voraus
Tilgunsdarleh.*) (entfällt bei LV-Darlehen)	monatlich/vierteljährl./halbjährl./jährlich		
Tilgungs-rechnung *)	Tilgungseingang/monatlich/viertelj./halbjährl./jährl.		
Effektivzinssatz	%		

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

5.5.1.1. Darlehensmodalitäten – Mehr Durchblick bei Darlehenskonditionen

Darlehensverträge haben durch die Variation diverser Vertragselemente vielfältige Ausprägungsformen. Beim Vergleich der Angebote ist daher darauf zu achten, dass tatsächlich vergleichbare Angebote vorliegen und die wirtschaftlichen Konsequenzen der jeweiligen Darlehensmerkmale korrekt eingeschätzt werden.

Die verschiedenen Vertragselemente auf einen Blick:
- Fristigkeit,
- Auszahlungsmodalitäten,
- Rückzahlungssatz,
- Tilgungsvarianten,
- Zeitpunkt der Tilgungsverrechnung,
- Verzinsung,
- Fälligkeit der Zinsraten,
- Kündigungsmöglichkeiten,
- Sicherheiten und
- Bearbeitungsgebühren.

1. Fristigkeit

Hinsichtlich der »Fristigkeit« ist zu unterscheiden zwischen:
- kurzfristigen Darlehen mit einer Laufzeit von unter einem Jahr,
- mittelfristigen Darlehen mit einer Laufzeit von einem Jahr bis fünf Jahren und
- langfristigen Darlehen mit einer Laufzeit von mehr als fünf Jahren.

Wichtig ist die Einhaltung der »goldenen Finanzierungsregel«:
Die Laufzeit der Finanzierung sollte an die betriebsübliche Nutzungsdauer des zu finanzierenden Objekts (Abschreibungszeitraum) angepasst werden. Sonst droht nach Auslaufen der Absetzung für Abnutzung (AfA) ein Liquiditätsproblem. Zwar sind mit der AfA keine Liquiditätsabflüsse verbunden, aber sie kann als Betriebsausgabe steuerlich geltend gemacht werden und mindert dadurch das zu versteuernde Einkommen. Die daraus resultierende Steuereinsparung kann zur Darlehenstilgung eingesetzt werden. Läuft das Darlehen nach Ende der AfA-Frist weiter, fehlt dieses finanzielle Polster. Nicht selten wird dies zum Problem für den Praxisinhaber.

2. Auszahlungsmodalitäten

In Bezug auf die Auszahlungsmodalitäten ist zu differenzieren zwischen einer Auszahlung
- zum Nennbetrag und
- einer Auszahlung unter dem Nennbetrag; es wird ein sogenanntes Disagio (Abgeld oder auch Damnum) in Rechnung gestellt. Dabei handelt es sich im Prinzip um einen vorweggenommenen Zins, der steuerlich zur direkten Abziehbarkeit im Jahr der Darlehensaufnahme führt.
  Da der Nennbetrag zumeist Grundlage für die Berechnung der Zinszahlungen ist, verteuert ein Disagio das Darlehen deutlich.

3. Rückzahlungssatz

Unabhängig von den Auszahlungsmodalitäten ist das Darlehen in voller Höhe, also zu 100 % zurückzuzahlen. Anders sieht es aus, wenn ein Agio (Aufgeld) vereinbart wurde. In diesem Fall wird ein höherer Prozentsatz als 100 % zurückgezahlt, nämlich 100 % des Darlehens zuzüglich vereinbarten Agios. Das Agio ist also eine Art nachgelagerter Zins und somit ebenfalls eine Preiskomponente.

4. Tilgungsvarianten

Bezüglich der Tilgung sind die nachstehenden Varianten von Relevanz:
- end-/gesamtfällige Tilgung,
- Ratentilgung,
- Annuitätentilgung sowie
- gegebenenfalls Sondertilgungsmöglichkeiten ohne Zusatzkosten.

Bei der gesamtfälligen Tilgung erfolgt die Tilgung in einem Betrag am Ende der Darlehenslaufzeit. Üblicherweise wird parallel ein Tilgungssurrogat in Form von zum Beispiel einer Lebens- oder Rentenversicherung, eines Bausparvertrags, aber auch von Fondssparplänen aufgebaut. Diese dienen der Bank als Sicherheit. Die Tilgungsbeiträge durch diese Verträge sind nicht

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2017

vollständig kalkulierbar, mit der Konsequenz, dass gegebenenfalls das Tilgungssurrogat gegen Laufzeitende nicht die für die volle Darlehenstilgung erforderliche Höhe aufweist. Gerade in der jüngeren Vergangenheit lagen die Renditeversprechen oft deutlich höher als die tatsächlich erzielten Renditen, sodass eine vollständige Entschuldung nicht erreicht werden konnte. Dennoch wird diese Tilgungsvariante aus steuerlichen Gründen häufig bevorzugt, da die Darlehenszinsen in voller Höhe über die gesamte Laufzeit steuerlich abgesetzt werden können.

Zu bedenken ist allerdings, dass die steuerlichen Vorteile nur in vollem Umfang den wirklich gut aufgestellten Praxisinhabern zugutekommen, deren zu versteuerndes Einkommen im Spitzensteuersatzbereich liegt.

Dagegen werden bei der Ratentilgung periodisch gleich hohe Tilgungsbeiträge in Prozent des Nennbetrages bis zum Ende der Laufzeit aufgebracht. Die mit dem Darlehen verbundene Zinslast sinkt damit mit den Jahren. Gerade in den Anfangsjahren einer Investition, in der die Investition noch nicht die volle Ertragskraft entfaltet hat, sind somit hohe Aufwendungen zu tätigen. Daher ist es durchaus möglich, während der ersten Jahre eine tilgungsfreie Zeit festzulegen, bis die getätigte Investition tatsächlich Früchte trägt.

Bei der Annuitätentilgung bleibt der pro Jahr zu leistende Gesamtbetrag aus Zins- und Tilgungsleistungen über die vereinbarte Laufzeit konstant. Dies ermöglicht Ihnen eine genaue Kalkulation Ihrer laufenden Belastungen bei zunächst langsamer, dann aber zunehmender Beschleunigung des Entschuldungsprozesses.

Besondere Flexibilität hinsichtlich der Rückzahlung genießen Sie bei Sondertilgungsmöglichkeiten. Dabei können Sie einmal oder mehrmals jährlich Sondertilgungen vornehmen. Sie sind oftmals auf einen bestimmten Prozentsatz des ursprünglichen Darlehens begrenzt.

Bei grundpfandrechtlich gesicherten Darlehensverträgen mit Festzins kann unter gewissen Umständen auch eine vorzeitige Kündigungsmöglichkeit daraus resultieren, dass der Darlehensnehmer eine anderweitige Verwertung der zur Sicherung des Darlehens beliehenen Sache hat, also zum Beispiel den Verkauf der Praxis plant, die als Sicherheit dient. In diesem Fall entsteht dem Darlehensgeber jedoch durch den entgangenen Zins ein Schaden, der ihm ersetzt werden muss (Vorfälligkeitsentschädigung).

5. Zeitpunkt der Tilgungsverrechnung

Der Zeitpunkt der Tilgungsverrechnung gibt Auskunft, ab wann die vom Kreditnehmer geleisteten Tilgungsraten zinsmäßig Berücksichtigung finden. Zum Beispiel bei einer vierteljährlichen Tilgung (Annuitätsrate) und jährlicher Tilgungsverrechnung: Das bedeutet, dass im laufenden Jahr die Zinsen von dem Kapitalstand Ende des Vorjahres berechnet werden. Die Tilgungen des laufenden Jahres wirken sich also zunächst nicht zinsmindernd aus.

6. Verzinsung

Hinsichtlich der Verzinsung ist zunächst einmal zu sagen, dass die Banken grundsätzlich risikoangepasste Zinssätze festlegen. Sie begutachten im Vorfeld einer Kreditentscheidung, wie hoch sie die Wahrscheinlichkeit einschätzen, dass potenzielle Schuldner ihren Verpflichtungen auch tatsächlich betragsgenau zum jeweiligen Fälligkeitstermin nachkommen. Je höher die Wahrscheinlichkeit taxiert wird, desto geringer fällt der Zinssatz aus. Insofern gilt es, der Bank bei den Verhandlungen zu signalisieren, dass man ein guter Schuldner ist, der seine Verpflichtungen ordnungsgemäß erfüllen wird.

Dazu sollten Sie die Bank umfassend über das zu finanzierende Vorhaben aufklären. Was möchten Sie finanzieren? Was möchten Sie damit machen? Wann werden welche Zahlungen fällig? Welche Honorarsteigerungen erwarten Sie? Welchen Zusatznutzen werden Sie davon haben? Welche Risiken sind mit der Investition verbunden? Welche Maßnahmen werden Sie ergreifen, um diese zu minimieren/vermeiden? Daneben sollten Sie gegenüber der Bank Ihre bisherigen Zahlen offenlegen (Vermögenslage, monatliche Einnahmen und Ausgaben, Sicherheiten usw.), damit sie Ihre wirtschaftliche Situation möglichst gut

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2017

einschätzen kann. Damit zeigen Sie der Bank, dass Sie ein guter Unternehmer sind, der genau weiß, was er tut, und begünstigen ein positives Votum.

Der im Kreditvertrag genannte Nominalzinssatz kann entweder

- fest für die gesamte Laufzeit oder zumindest bis zum Ablauf einer Zinsbindungsfrist fixiert oder aber
- variabel gestaltet werden. Er wird dann zumeist an die Entwicklung eines Referenzzinssatzes gekoppelt. Beispielsweise könnte der Zinssatz jeweils 3 % über dem gültigen Satz für kurzfristige Refinanzierungsinstrumente der Europäischen Zentralbank oder dem Euribor liegen. Der Euribor ist der Zinssatz, zu dem Banken der Europäischen Währungsunion bereit sind, anderen Banken kurzfristig, zum Beispiel für drei Monate, Geld zu leihen.

Dieser letzte Fall birgt naturgemäß das Risiko, dass der Zinssatz im Zeitablauf eine Höhe erreicht, die die Zinslast untragbar oder die Investition unwirtschaftlich werden lässt. Dem kann der Schuldner vorbeugen. Dazu kann er einen so genannten Zinscap-Vertrag abschließen. Damit sichert er sich einen maximal zu zahlenden Zinssatz gegen Zahlung einer Prämie. Faktisch hat der Zinscap somit Versicherungscharakter. In der Praxis wird häufig nicht nur eine Obergrenze für die Zinsentwicklung definiert, sondern auch eine Untergrenze. Dadurch werden die Chancen einer Zinsreduzierung auf dieses Limit begrenzt. Je nachdem, wie Sie die weitere Zinsentwicklung einschätzen, kann der Abschluss eines Zinscaps sinnvoll sein. In einer Niedrigzinsphase können Sie Zinssicherheit natürlich auch durch Abschluss eines Festzinsdarlehens erreichen.

Die Bezugsgröße für die Zinsberechnung kann

- die Restschuld sein. Dabei könnte gegebenenfalls auch eine verzögerte Berücksichtigung von Tilgungsleistungen erfolgen, sodass unter Umständen noch Zinsen für bereits getilgte Beträge geleistet werden müssen.
- Alternativ kann auch der Gesamtbetrag des Darlehens unabhängig von bereits erfolgten Tilgungen Bezugsgröße zur Berechnung der Zinslast sein.

Vom Nominalzins zu differenzieren ist der deutlich aussagekräftigere Effektivzins. In ihm sind bei der Berechnung auch weitere preisbeeinflussende Faktoren wie zum Beispiel Disagio, verschiedene Zins- und Tilgungstermine, Bearbeitungsgebühren und Provisionen berücksichtigt. Zur Berechnung des Effektivzinses wird die prozentuale Belastung des Schuldners bezogen auf den effektiven Auszahlungsbetrag ermittelt. So lassen sich mithilfe des Effektivzinssatzes unterschiedliche Kreditangebote besser vergleichen.

Erfolgt die Effektivzinsberechnung nach der Preisangabenverordnung, gibt es allerdings einen Pferdefuß: Dort werden nicht alle Darlehenskosten berücksichtigt. Dazu zählen etwa Bereitstellungszinsen, Teilauszahlungsaufschläge, Zinsen und Kontoführungsgebühren für ein gesondertes Konto sowie Schätzgebühren. Erst wenn Sie auch diese Kosten mit in den Effektivzins einrechnen, können Sie einen umfassenden Vergleich von Kreditangeboten vornehmen.

7. Fälligkeit der Zinsraten

Hier ist zu unterscheiden, ob die Zinsen z. B. monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich vor- oder nachschüssig, also am Anfang oder Ende der jeweiligen Zinsperiode gezahlt werden müssen. Die jährlich nachträgliche Zinszahlung ist aus verständlichen Gründen für den Kreditnehmer vorteilhafter als die monatlich vorschüssige Zinszahlung.

8. Kündigungsmöglichkeiten

Hinsichtlich der Kündigungsmöglichkeiten des Darlehensnehmers ist gemäß § 489 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) zu unterscheiden zwischen

- variabel verzinslichen Krediten, die jederzeit mit einer Kündigungsfrist von drei Monaten gekündigt werden können, und
- festverzinslichen Krediten, die ganz oder teilweise gekündigt werden können, wenn
  a. die Sollzinsbindung vor der für die Rückzahlung bestimmten Zeit endet und keine neue Vereinbarung über den Sollzinssatz getroffen ist. In diesem Fall ist eine Kündigungsfrist von einem Monat einzuhalten. Der frühestmögliche Zeitpunkt ist der Ablauf des Tages, an dem die Sollzinsbindung endet.
  b. nach dem vollständigen Empfang des Darlehens oder nach einer erneuten Zinsvereinbarung zehn

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2017

Jahre vergangen sind. Die Kündigungsfrist beträgt dann sechs Monate.

Darüber hinaus hat der Darlehensgeber gemäß § 490 BGB ein außerordentliches Kündigungsrecht, von dem er Gebrauch machen kann, wenn in den Vermögensverhältnissen des Darlehensnehmers oder in der Werthaltigkeit einer für das Darlehen gestellten Sicherheit eine wesentliche Verschlechterung eintritt oder einzutreten droht und dadurch die Rückzahlung gefährdet wird. Er kann dann fristlos kündigen.

9. Sicherheiten

Nun zu den Sicherheiten: Es wird unterschieden zwischen
- Realsicherheiten,
- Personensicherheiten und
- vertraglicher Einschränkung der schuldnerischen Handlungsfreiheit.

Realsicherheiten erhöhen das haftende Vermögen zulasten anderer Gläubiger. Die jeweiligen Sicherungsgüter werden für den jeweiligen Darlehensgeber reserviert. Im Einzelnen können dies sein:
- Pfandrechte an Grund (Grundstücke und Gebäude; eine Eintragung im Grundbuch ist erforderlich),
- Pfandrechte an Mobiliar (zum Beispiel Wertpapiere; dabei ist eine Übergabe der Pfandgüter an den Darlehensgeber notwendig),
- sicherungsübereignete Gegenstände (beispielsweise Maschinen, Fahrzeuge oder Vorräte; es wird ein Sicherungs- und Abtretungsvertrag geschlossen, in dem der Darlehensnehmer den Sicherungsgegenstand an den Darlehensgeber zur Sicherheit übereignet. Der Kreditnehmer kann den Gegenstand jedoch weiternutzen. Erst bei Zahlungsverzug muss er ihn an den Kreditgeber zur Befriedigung der Forderung herausgeben),
- zur Sicherung abgetretene Gegenstände (wie zum Beispiel Forderungen; hier wird ein Sicherungs- und Abtretungsvertrag geschlossen).

Bei den Personensicherheiten tritt eine weitere Person in das Schuldverhältnis ein, an die sich der Darlehensnehmer ebenfalls zur Befriedigung seiner Forderung wenden kann. Dazu zählen:
- Bürgschaft: Der Bürge verpflichtet sich vertraglich, für die Erfüllung der Verbindlichkeiten des eigentlichen Darlehensnehmers einzustehen. Bei Inanspruchnahme kann er versuchen, seine Forderung gegen den Ursprungsschuldner geltend zu machen.
- Garantie: Sie ist gesetzlich nicht geregelt. Der so genannte Garant verpflichtet sich jedoch, für die Befriedigung des Darlehensgebers zu sorgen.

Bei der vertraglichen Einschränkung der schuldnerischen Handlungsfreiheit erfolgt die Kreditvergabe nur unter bestimmten Bedingungen. Denkbar sind beispielsweise:
- eine Bindung an einen bestimmten Verwendungszweck oder
- die Verpflichtung zur Risikoabsicherung durch Versicherungsabschluss oder andere Vorkehrungen und Auflagen.

10. Bearbeitungsgebühren

Auch eine Bearbeitungsgebühr ist im Grunde nichts anderes als ein verkapptes Agio, das nicht mit dem Gesamtkredit zurückgezahlt, sondern bei Kreditvergabe dem Kreditnehmer direkt in Rechnung gestellt wird.

Dr. Susanne Woitzik

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2017

5.5.1.2. Vergleich von Darlehensangeboten

Viele der Vertragsmodalitäten und deren jeweiligen Ausgestaltungsmöglichkeiten haben Einfluss auf den letztlich zu zahlenden Preis. Aufgrund der vielfältigen Kombinationsmöglichkeiten fällt ein Vergleich unterschiedlicher Angebote schwer. Denn eine auf den ersten Blick attraktive Zinskondition kann sich unter Berücksichtigung der weiteren preisbeeinflussenden Kostenpositionen ganz anders darstellen.

Daher wurde – zumindest für Verbraucherkredite – 1996 auf Drängen des EU-Ministerrats für Verbraucherfragen der sogenannte Effektive Jahreszinssatz eingeführt, mit dem Darlehensangebote mit gleicher Zinsfestschreibungsdauer verglichen werden können.

Im Prinzip fließen in ihn die meisten Kostenpositionen von Darlehen ein. Unberücksichtigt bleiben lediglich Schätzgebühren, Bereitstellungszinsen, Teilzahlungszuschläge und Kontoführungsgebühren.

Der Effektivzins dient also insbesondere dann als verlässliche Entscheidungshilfe, wenn die in der Formel zur Berechnung unberücksichtigten Kostenpositionen erst gar nicht in Rechnung gestellt werden.

Drängen Sie daher darauf, dass diese Kostenpositionen entfallen, und lassen Sie sich auf dieser neuen Basis dann die jeweiligen Effektivzinssätze für die einzelnen Angebote nennen.

Wichtig ist darüber hinaus, dass Sie immer gleiche Anfragen stellen. Nur so erhalten Sie auch vergleichbare Auskünfte. Die nachstehende Checkliste hilft Ihnen dabei.

Checkliste zur Einholung von tatsächlich vergleichbaren Darlehensangeboten:

1. Gleiche Anfragen stellen:
   + gleiche Kreditsumme
   + gleiche Fristigkeit
   + gleiche Zinsbindung, für die Zeit nach der Festschreibung einen einheitlichen Zins vorgeben, mit dem gerechnet werden soll
   + gleiche Monatsraten
   + einheitliche Einkommens-, Vermögensverhältnisse und Ausgabenstruktur

2. Gleiche Wünsche äußern:
   + Berechnung der Restschuld am Ende der Festschreibungszeit
   + Tilgungsverlauf
   + Gesamtkosten
   + Effektivzins nach PAngV (Preisangabenverordnung)

Dr. Susanne Woitzik

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2017

5. Betriebswirtschaft/Finanzen

5.5. Finanzierung

5.5.1. Darlehen

5.5.1.2. Vergleich von Darlehensangeboten

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2017

5.5.1.3. Tipps zum Umgang mit Banken

Das Thema »Umgang mit Banken« begleitet Sie durch alle Phasen Ihrer Selbstständigkeit. Zu Beginn geht es um die Finanzierung Ihrer Praxisgründung, -übernahme oder Ihres Eintritts in eine Kooperation, später um die Finanzierung von erforderlichen Investitionen in den Erhalt oder Ausbau Ihrer Praxis und des dazu gehörigen Inventars oder um Geldanlagen. Damit Sie sich die bestmöglichen Konditionen bei Ihrer Bank sichern können, sollten Sie alle Finanzierungsmaßnahmen sorgfältig planen.

Seit Basel II haben viele Banken ihre Vergaberichtlinien für Darlehen formalisiert und verschärft und erheben risikoangepasste Zinszuschläge. Je eher es Ihnen gelingt, sich glaubhaft als unternehmerisch denkenden Zahnmediziner zu präsentieren, der seinen Verbindlichkeiten immer zuverlässig nachkommt, desto günstigere Zinssätze werden Ihnen angeboten. Bereiten Sie sich also sorgfältig auf das Gespräch mit Ihrer Bank vor. Beantworten Sie sich im Vorfeld die nachstehenden Fragen:

- Was möchten Sie finanzieren?
- Haben Sie eigene Finanzmittel, die Sie einsetzen können? Wie hoch ist Ihr verbleibender Finanzierungsbedarf?
- Welche Sicherheiten können Sie der Bank bieten?
- Welche Zins- und Tilgungsleistungen können Sie monatlich tragen?
- Was möchten Sie mit der Investition erreichen? Was bringt sie Ihnen? Können Sie sich dadurch beispielsweise zusätzliche Patientenpotenziale erschließen? Lassen sich so Ihre Praxiseinnahmen in relevantem Umfang steigern? Können Sie sich durch die Investition Wettbewerbsvorteile verschaffen?
- Wie beurteilen Sie die Chancen und Risiken Ihrer Investition?
- Warum sind Sie als Person in besonderer Weise geeignet, für den Erfolg der Investition zu garantieren?

Je konkreter Sie im Gespräch mit Ihrer Bank diese Fragen beantworten können und je mehr Sie Ihre Argumentation durch entsprechend aufbereitete plausible Zahlenwerke untermauern, desto größer sind Ihre Chancen, Ihre Bank von der Tragfähigkeit Ihres Konzeptes zu überzeugen und günstige Darlehenskonditionen zu erhalten.

Von ganz besonderer Bedeutung ist in diesem Kontext auch Ihr persönliches Auftreten im Gespräch mit der Bank. Machen Sie deutlich, dass Sie nicht nur als Zahnmediziner überzeugend gute Leistungen erbringen, sondern vor allem auch unternehmerischen Sachverstand mitbringen. Je selbstbewusster Ihr Auftreten ist, desto mehr werden Sie Ihren Bankberater von Ihren persönlichen Qualitäten überzeugen können und desto eher wird er zu der Überzeugung gelangen, dass eine Investition in Ihre Praxis ein lohnenswertes Engagement ist.

Übrigens können Sie auch Ihre fachlichen und persönlichen Qualitäten durch Vorlage entsprechender Nachweise untermauern:

- Lebenslauf mit Ihrem beruflichen Werdegang – Wo haben Sie studiert/Ihre Assistenzzeit verbracht? Was haben Sie für Qualifikationen erworben? Welche Fortbildungen – fachliche/rund ums Praxismanagement – haben Sie besucht? und
- Zeugnisse.

Sollten Sie sich durch diese Anforderungen an die Vorbereitung des Gesprächs mit Ihrer Bank überfordert fühlen, kann es sinnvoll sein, sich dieser Aufgabe gemeinsam mit einem darauf spezialisierten Berater wie zum Beispiel dem Steuerberater Ihres Vertrauens zu widmen. Er kann Ihnen entscheidende Hilfestellungen bieten und vor allem auch die Gesprächssteuerung übernehmen.

Tipps

1. Um sich glaubhaft als unternehmerisch denkender Zahnmediziner zu präsentieren, lassen Sie sich verschiedene Finanzierungsalternativen unterbreiten und vergleichen Sie sorgfältig die damit jeweils verbundenen Vor- und Nachteile. Bewerten Sie die zur Auswahl stehenden Alternativen dabei jeweils vor dem Hintergrund Ihrer speziellen Situation und Ihrer Zukunftserwartungen. Wenn Sie beispielsweise in einer Hochzinsphase davon ausgehen, dass die Zinsen in absehbarer Zeit sinken werden, bietet sich ein variabel verzinsliches Darlehen[a] an, das Sie mit einem Zinscap[b] gegen eventuelle Zinssteigerungen absichern können.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2017

Umgekehrt sollten Sie sich in einer Niedrigzinsphase dieses Zinsniveau langfristig durch ein festverzinsliches Darlehen sichern.

Übrigens: Auch wenn es um die Anlage Ihres Geldes geht, bietet sich ein ähnliches Vorgehen an.

Zur Erläuterung:

a. variabel verzinsliches Darlehen: Bei einem variabel verzinslichen Darlehen wird der Zinssatz laufend oder in bestimmten, aber vereinbarten Zeiträumen an die marktüblichen Zinsen angepasst. Es wird ein Referenzzinssatz vereinbart, der Basis der Berechnung ist. Ein Beispiel dafür ist der LIBOR – die London Interbank Offered Rate, also der Zinssatz, den Banken sich untereinander für die Geldaufnahme berechnen. Er wird arbeitstäglich um 11 Uhr Londoner Zeit festgestellt.

b. Bei einem Zinscap wird eine Zinsobergrenze vereinbart, die auch bei darüber hinausgehenden Zinssteigerungen nicht überschritten wird. Dafür zahlt der Zahnarzt eine Prämie, ähnlich einer Versicherungsprämie.

Ein Beispiel:
Aktueller Marktzinssatz 6 %, als Zinscap wird 8 % vereinbart. Steigt – entgegen der Erwartung – der Zinssatz auf 9 %, müsste der Kreditnehmer aufgrund des vereinbarten Caps lediglich maximal 8 % Zinsen zahlen.

2. Denken Sie daran, branchenfremde Banken mit Hintergrundinformationen zur speziellen Situation der Zahnarztpraxen und zu den Strukturen im Gesundheitswesen zu versorgen. Nicht jede Bank kann die Chancen und Risiken von Zahnarztpraxen korrekt einschätzen. Dies könnte zu einem über Gebühr hohen Zinsaufschlag führen. Eine auf Heilberufe spezialisierte Bank wie die apoBank bietet Ihnen in diesem Kontext entscheidende Vorteile: Sie kennt den Markt aus dem Effeff.

Dr. Susanne Woitzik

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2017

5.5.2. Der Lieferantenkredit – eine teure Alternative zum Kontokorrentkredit

Häufig gewähren Ihnen Ihre Lieferanten bei Zahlung innerhalb eines bestimmten (kurzen) Zeitraumes Skonto bzw. durch Einräumung eines (längerfristigen) Zahlungszieles einen »Kredit« (Lieferantenkredit), wobei dieses Zahlungsziel überwiegend einen Monat beträgt. Ein besonderer Zins wird nicht berechnet, doch ist es üblich, dass der Lieferant entsprechende Zinsbelastungen im Preis einkalkuliert hat.

Dass es sich lohnt, sogar das Kontokorrentlimit zu überziehen und die damit verbundenen Sonderbelastungen in Kauf zu nehmen, um das Skonto auszunutzen, lässt sich leicht unter Beweis stellen.

Dazu ist die Umrechnung des Skontosatzes in einen Zinssatz p. a. erforderlich. Die Formel lautet:

$$\frac{\text{Skontosatz} \times 360}{\text{Nettozahlungsziel} \text{ ./. } \text{Skontozahlungsziel (in Tagen)}} = \text{Zinssatz p. a.}$$

Ein Beispiel:
Die Zahlungsbedingungen lauten: 3 % Skonto bei Zahlung innerhalb von 10 Tagen oder 30 Tage netto.

Der Lieferant ist also bereit, Ihnen für die Dauer der vorzeitigen Zahlung von 20 Tagen – nämlich 30 minus 10 – 3 % vom Rechnungsbetrag nachzulassen. Der gesuchte Zinssatz wird wie folgt errechnet:

$$\frac{3 \times 360}{30 \text{ ./. } 10} = \frac{1.080}{20} = 54\,\%$$

Im Vergleich zu 54 % Jahreszinssatz ist Ihr Kontokorrentkredit mit Sicherheit deutlich günstiger. Rechnungen sollten Sie daher immer innerhalb der Skontofrist begleichen, selbst wenn Sie dafür Ihren Kontokorrentkredit in Anspruch nehmen müssen.

Dr. Susanne Woitzik

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2017

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2017

5.5.3. Leasing oder Finanzierung

Bei jeder größeren Investition von beweglichen Praxisgegenständen, die finanziert werden muss, hat man die Wahl zwischen Leasing und Darlehens-Finanzierung. Zivilrechtlich und steuerlich unterscheiden sie sich.

Der klassische Leasingvertrag ist ein Mietvertrag über bewegliche Sachen (oder auch Immobilien) mit einer bestimmten Laufzeit. Er ist in der Regel so gestaltet, dass der Leasinggeber zivilrechtlich und steuerlich Eigentümer der Sache bleibt. Der Leasingnehmer hat Ausgaben in Form von Leasingraten und oft auch anfänglichen Sonderzahlungen. In Sonderfällen kann die Vertragsgestaltung steuerrechtlich zu einem Eigentum des Leasingnehmers führen; die Leasingraten wären dann Abzahlungen einschließlich Zinsen eines Kredites. Nach Ablauf der vereinbarten Leasingzeit kann entweder der Vertrag verlängert oder die Sache angekauft werden.

Bei der Finanzierung erwirbt der Käufer von Beginn an Eigentum. Er hat Ausgaben in Form von Abschreibungen über die regelmäßige Nutzungsdauer der Sache und Zinsen eines Kredites.

Eine Sonderform ist der Mietkauf. Das Eigentum hat zunächst der Vermieter. Der Mieter hat die Option, nach einer bestimmten Zeit zu einem bestimmten Preis zu erwerben, mit oder ohne Anrechnung der gezahlten Mieten.

Beide Finanzierungsformen haben Vor- und Nachteile. Folgende Fragen sollte man sich stellen:

- Wie hoch ist die Gesamtbelastung durch Leasing einerseits (Sonderzahlungen zu Vertragsbeginn, die regulären Leasingraten und der einkalkulierte Restwert bei Vertragsende) und Darlehensfinanzierung andererseits?
  Leasing von Investitionen ist meist teurer, da in der Leasingrate nicht nur die Anschaffungs- und Finanzierungskosten enthalten sind, sondern auch die Bearbeitungsgebühren der Leasinggesellschaft sowie deren Verdienst.
- Soll ein gebrauchtes Gerät/KFZ erworben werden?
  Das ist meist nur mit einer Finanzierung möglich.
- Besteht die technische Notwendigkeit, Geräte nach kurzer Zeit durch neue Geräte auszutauschen?
  Dann ist ein Leasing möglicherweise die bessere Variante.
- Will man im Rahmen des Leasingvertrages von verdeckten Rabattierungen profitieren, z. B. bei teuren Neuwagen?
- Will man keinen weiteren Kredit bei der Bank beantragen?
  Faktisch ist das kein Argument, denn auch bei Leasing muss die Bonität bzw. Kreditfähigkeit des Leasingnehmers nachgewiesen werden.
- Will man von Steuerchancen des Leasings profitieren?
  Hohe Leasingsonderzahlungen können in der Regel im Jahr der Zahlung in voller Höhe geltend gemacht werden, während man bei Kauf an die Abschreibungsdauer gebunden ist. Diese kann länger, aber auch kürzer sein als der Leasingzeitraum.

Beispiel:
Vergleich einer klassischen Finanzierung für eine Investition von 50.000,– € (Abschreibung über 8 Jahre) mit Leasingvertrag über 48 Monate mit 10 % Restwert.

Jahr =>	**1.** **€**	**2.** **€**	**3.** **€**	**4.** **€**	**5.** **€**	**6.** **€**	**7.** **€**	**8.** **€**	**Summe** **€**
Zinsen 3 % durchschnittlich	750	750	750	750	750	750	750	750	6.000
Afa, gleichzeitig Tilgung des Darlehens	6.250	6.250	6.250	6.250	6.250	6.250	6.250	6.250	50.000
Jahreskosten Zins + Afa	**7.000**	**7.000**	**7.000**	**7.000**	**7.000**	**7.000**	**7.000**	**7.000**	**56.000**
Leasingrate, z. B. 2,29 % p. M.	13.740	13.740	13.740	13.740					
Restwert					5.000				
Jahreskosten Leasing	**13.740**	**13.740**	**13.740**	**13.740**	**5.000**	**?**	**?**	**?**	**59.960**

In diesem Beispiel sind (abhängig vom Zins) die Kosten des Leasingvertrages höher als die der Finanzierung. Allerdings wirkt die kurze Laufzeit des Leasingvertrages wie eine vorgezogene »Abschreibung«.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Vergleich Finanzierung oder Leasing

Eingabewerte
(Vertragsangaben sind meist Nettowerte; Erhöhung um nicht absetzbare Umsatzsteuer)

Finanzierungs-Konditionen	
Anschaffungskosten der Investition	50.000
Abschreibungszeitraum	8
Vertragsdauer in Jahren	8
Zinsen	3%
Leasing-Konditionen	
Vertragsdauer in Jahren	4
Sonderzahlung	10.000
monatliche Leasingrate	940
kalkulierter Restwert	5.000

Laufzeit Finanzierung / Leasing	**1.**	**2.**	**3.**	**4.**	**5.**	**6.**	**7.**	**8.**	**9.**	**10.**	**Summe**
				(bitte nicht benötigte Jahre streichen bzw. ergänzen)							
Zinsen durchschnittlich pro Jahr	750	750	750	750	750	750	750	750			6.000
(durchschnittliche Inanspruchnahme Darlehen = Anschaffungskosten / 2)											
Afa, gleichzeitig Tilgung des Darlehens	6.250	6.250	6.250	6.250	6.250	6.250	6.250	6.250			50.000
Jahreskosten Finanzierung	**7.000**	**7.000**	**7.000**	**7.000**	**7.000**	**7.000**	**7.000**	**7.000**	**0**	**0**	**56.000**
Sonderzahlung	10.000										
Leasingrate	11.280	11.280	11.280	11.280							
Restwert				5.000							
Jahreskosten Leasing	**21.280**	**11.280**	**11.280**	**16.280**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**60.120**

Abfrage Konditionen Leasingvertrag

- Höhe der Sonderzahlung
- Dauer des Vertrages
- Kalkulierter Restwert bei Kauf nach Ablauf des Vertrages
- Entschädigungen bei Rückgabe der Leasingsache (insbesondere Mehrkilometer oder Schadensregulierung bei KFZ)
- Wer kommt für die Instandhaltung, Reparaturen und Versicherungen der Leasingsache auf?
- Wer haftet bei einem Schaden – also Totalausfall – der Leasingsache? Wird dann Vorfälligkeitsentschädigung für entgangene Gewinne und Zinsen fällig?
- Wer ist steuerlich der Eigentümer der Leasingsache?

Stb./WP Gabriela R. Scholz

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

5.6. Investieren – Ja oder Nein?

Im Laufe Ihres Lebens als selbstständiger Zahnarzt stehen Sie immer wieder vor Investitionsentscheidungen: Bereits zu Beginn Ihrer Karriere müssen Sie sich entscheiden zwischen einem Dasein als angestellter Zahnarzt und der Investition in eine eigene Praxis. Auch danach werden Sie immer wieder mit Investitionsentscheidungen konfrontiert. Ist beispielsweise die Investition in

- einen zusätzlichen Mitarbeiter,
- ein neues digitales Röntgengerät,
- ein Eigenlabor,
- eine eigene Prophylaxeabteilung oder einen eigenen Prophylaxeshop,
- einen Laser oder ein Cerec-Gerät

sinnvoll?

Es gilt also zu beurteilen, ob die Investition wirtschaftlich sinnvoll ist oder nicht. Zur Fundierung von Investitionsentscheidungen gibt es eine Reihe betriebswirtschaftlicher Verfahren. Eines davon, das auch für den betriebswirtschaftlichen Laien relativ einfach zugänglich ist, lernen Sie jetzt in seinen Grundzügen kennen: die Kosten-Nutzen-Analyse.

Dabei werden die voraussichtlich im Zusammenhang mit der betrachteten Investition anfallenden Kosten mit dem daraus erzielbaren Nutzen, gemessen in Euro, saldiert.

Erzielbarer Nutzen in Euro
./. anfallende Kosten in Euro

Netto-Nutzen

Zur verbesserten Transparenz der nachfolgenden Ausführungen soll dazu exemplarisch die Investition in eine zusätzliche Prophylaxefachkraft betrachtet werden. In dem hier vorgestellten Beispiel wird zur Vereinfachung davon ausgegangen, dass sowohl das Behandlungszimmer als auch dessen Ausstattung bereits in der gewünschten Qualität zur Verfügung stehen und keine weiteren Investitionen erforderlich sind, die möglicherweise sogar finanziert werden müssten. Auch wird das Behandlungszimmer derzeit nicht genutzt.

Es fallen also insbesondere Personalkosten inklusive der Arbeitgeberbeiträge zur Sozialversicherung (etwa 20 % des Bruttoarbeitslohns) an. Zur Berücksichtigung von krankheitsbedingten Ausfällen kann ein entsprechender Aufschlag vorgenommen werden.

Wenn Sie es ganz genau nehmen möchten, können Sie die einmalig im Zusammenhang mit der Personalsuche entstehenden Kosten (beispielsweise Stellenanzeige, Fahrtkostenerstattung für Bewerber, die sich persönlich in der Praxis vorstellen) sowie die Kosten der Einarbeitung mit einrechnen. Da diese Kosten vermutlich in aller Regel vernachlässigbar niedrig sind, ist eine Erfassung dieser Kosten nicht zwingend.

Der Einsatz der neuen Prophylaxekraft ist darüber hinaus mit weiteren Kosten verbunden. Diese resultieren daraus, dass die Prophylaxekraft bei ihrer Arbeit ein Behandlungszimmer bindet, das in dieser Zeit nicht anderweitig genutzt werden kann. Insofern entgehen Ihnen möglicherweise andere Umsätze, die Sie entsprechend als Kosten berücksichtigen müssen. Ähnliche Überlegungen sind auch für begleitende Aktivitäten wie beispielsweise zusätzliche Verwaltungsarbeiten oder Informationsgespräche mit Patienten anzustellen. Für unser Beispiel gehen wir von 300 Stunden à 23,– € p. a. aus.

Daneben muss das ausgeweitete Angebot auch publiziert werden, das heißt konkret, dass Kosten für beispielsweise Patienten-Informationsflyer und -Anschreiben anfallen und in die Kosten-Nutzen-Analyse einfließen müssen. Für unser Beispiel gehen wir von Marketingaufwendungen in Höhe von 1.500,– € aus.

Dazu kommen variable Kosten für Prophylaxematerial, Aufbereitung und Energie, die wir hier der Einfachheit halber mit 5,– €/Leistungsstunde annehmen.

Und natürlich müssen auch Sie als Praxisinhaber Ihrer Aufsichts- und Kontrollpflicht zur Überwachung der delegablen Leistungen nachkommen. Hier kalkulieren wir der Einfachheit halber mit 5 Minuten/Leistungsstunde à 222,65 € (Wert der KZBV-Durchschnittspraxis 2011, also 18,55 €).

Um den Nutzen der Investition in die zusätzliche Prophylaxefachkraft zu ermitteln, müssen Sie sich überlegen, welche zusätzlichen Umsätze Sie generieren können:

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2013

- An wie vielen Arbeitstagen wird die neue Mitarbeiterin im Jahr tätig, wenn man Urlaubs-, Fortbildungs- und Krankheitstage abzieht? Wie viele Arbeitstage sind das monatlich?
- Wie viele PZR wird sie pro Tag im Schnitt tatsächlich machen können, wenn die entsprechende Anzahl an Patienten für diese Leistung begeistert werden kann? Wie viele sind das monatlich?
- Welche Umsätze kann die neue Mitarbeiterin dann voraussichtlich erzielen?
- Können Zusatzumsätze bei anderen Praxisleistungen generiert werden? Es könnte sein, dass die Praxis durch die verstärkte Fokussierung auf die Prävention von den Patienten anders wahrgenommen wird und an Ansehen gewinnt. Das vernachlässigen wir in unserem Beispiel.

Ergibt sich bei der Saldierung der voraussichtlichen Umsätze und der Kosten ein positiver Betrag, ist die Investition in die neue Kraft sinnvoll.

Ein Beispiel:

	Erzielbarer Nutzen	Bei angenommenen 1.300 tatsächlichen Leistungsstunden p. a. und einem Stundensatz von 90,– € ergibt sich eine Jahresleistung in Höhe von	117.000,– €
./.	Anfallende Kosten in Euro	Kosten der Personalsuche werden hier annahmegemäß vernachlässigt.	
		Bei einem Jahres-Bruttolohn von 32.000,– € zuzüglich 20 % Lohnnebenkosten ergeben sich Gesamtkosten in Höhe von	38.400,– €
		Evtl. Ausfallkosten für Behandlungszimmer, da es nicht mehr für andere Behandlungen genutzt werden kann – hier annahmegemäß nicht der Fall.	
		Personalkosten für zusätzlichen Verwaltungsaufwand (Patientengespräche, Terminvereinbarungen, Recall, Abrechnung, ggfs. Forderungsmanagement), hier annahmegemäß mit 300 Stunden à 23,– € p. a. veranschlagt.	6.900,– €
		Marketing	1.500,– €
		variable Kosten für Prophylaxematerial, Aufbereitung und Energie, annahmegemäß 5,– €/Leistungsstunde	6.500,– €
		Kosten für Wahrnehmung der Aufsichts- und Kontrollpflicht zur Überwachung der delegablen Leistungen, annahmegemäß 18,55 €/Leistungsstunde	24.115,– €
=	**Netto-Nutzen**		**39.585,– €**

Die Investition lohnt sich also.

Das Beispiel haben wir bewusst vereinfacht dargestellt, um die grundsätzliche Vorgehensweise zu verdeutlichen. Im konkreten Praxisfall sieht die Welt natürlich ein wenig komplexer aus. Nichtsdestoweniger können Sie analog zu unserem Beispiel vorgehen.

Sollten Sie dabei auf Schwierigkeiten stoßen, stehen Ihnen diverse betriebswirtschaftliche Berater sicher gerne zur Seite. Wir sprechen gerne Empfehlungen aus.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2013

5.7. Selbstständigkeit und Risikovorsorge

5.7.1. Prolog

Risiken sind die Wegbegleiter eines jeden Selbstständigen – so auch des Zahnarztes in seiner freiberuflichen Tätigkeit. Diese sind zu erkennen und zu begrenzen. Ungeschützt, also ohne Versicherungsschutz kann alles auf dem Spiel stehen: die Zahnarztpraxis als Basis der beruflichen Existenz wie die persönliche Lebensplanung.

Nach seiner Entscheidung zur selbstständigen Tätigkeit in der eigenen Praxis muss sich der Zahnarzt in der dann folgenden Gründungsphase intensiv Gedanken darüber machen, wie er die Risiken der Selbstständigkeit versicherungstechnisch managen kann. Kaufmännischen Gepflogenheiten folgend sollte er eine »Eröffnungsbilanz« erstellen – hier im Folgenden ist die versicherungstechnische Seite dieser Bilanz zu beleuchten. Die einfache Überschrift einer solchen »Bilanz« ist: »*Welche Versicherungen habe ich bereits, was muss ich ändern und welche Versicherungen brauche ich noch?*«

So einfach die Überschrift zu formulieren ist, so komplex sind die jeweiligen Kapitel. Im Folgenden eine »Checkliste« in Frageform. Im weiteren Kapitel schließen sich die detaillierten »Antworten« auf diese Fragen an.

Krankenversicherung

Zunächst ist die Antwort auf die Frage ganz wichtig, wie Sie als Selbstständiger Ihr Einkommen sichern, wenn Sie für längere Zeit krank, also arbeitsunfähig werden. Als angestellter Zahnarzt waren Sie meist noch in der gesetzlichen Krankenversicherung. Spätestens jetzt ist Änderungsbedarf vorhanden. Die Alternativen:

– Bleiben Sie in der gesetzlichen Krankenversicherung, muss, um im Krankheitsfall das Einkommen abzusichern, ein Tagegeld bei Arbeitsunfähigkeit vereinbart bzw. mit geänderten Karenztagen und erhöhten Versicherungssummen die Leistung angepasst werden.
– Oder Sie wechseln komplett in die private Krankenversicherung mit Tarifen und Konditionen, die speziell auf die Bedürfnisse des Zahnarztes zugeschnitten sind (Tipp: Der FVDZ hat für seine Mitglieder einen Gruppentarif mit der AXA Krankenversicherung vereinbart).
– Waren Sie bereits in der Privaten, so sind auch in diesem Fall die Höhe des Krankentagegelds sowie die Karenztage auf die neue Situation anzupassen.

Berufsständisches Versorgungswerk

Rentenanwartschaften: Als Selbstständiger und Freiberufler sind Sie Pflichtmitglied in einem berufsständischen Versorgungswerk. Es ist die Basis und die wichtige Grundabsicherung für die Alters-, Hinterbliebenen- und Berufsunfähigkeitsrente.

Wie hoch die Rentenanwartschaften z. B. im Alter bei Berufsunfähigkeit sowie für die Hinterbliebenen sind, erfahren Sie aus den jährlichen Mitteilungen des Versorgungswerkes. Um diese Leistungen zu erhöhen, haben Sie die Möglichkeit, über den Pflichtbeitrag eine freiwillige Höherversicherung zu vereinbaren. Bevor Sie dies tun, empfiehlt es sich, das Leistungsspektrum und die Preise für den individuellen Bedarf bei einem privaten Versicherer abzufragen.

Zu beachten bei Berufsunfähigkeitsrenten: Eine Berufsunfähigkeitsrente erhalten Sie vom Versorgungswerk in der Regel ab einer Berufsunfähigkeit von 100 %. Das heißt, die gebotene Leistung wird fällig, wenn Sie Ihre zahnärztliche Tätigkeit ganz eingestellt haben.

Wenn Sie die Leistungen des Versorgungswerkes mit dem erwarteten/kalkulierten Einkommen vergleichen, werden Sie feststellen, dass eine Lücke zwischen diesen Leistungen besteht. Und wie sieht es bei einer Teil-Berufsunfähigkeit aus, wenn kein Geld vom Versorgungswerk zu erwarten ist? Auch die weit verbreitete Meinung, eine Krankentagegeld-Versicherung sei hier eine ausreichende Ergänzung, ist falsch: Sie zahlt im Falle einer (Teil-)Berufsunfähigkeit nicht. Deshalb ist eine private Berufsunfähigkeitsabsicherung unabdingbar. Deshalb: Prüfen Sie die Leistungsfelder des Versorgungswerkes nicht nur der Höhe, sondern auch

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2013

dem Grunde nach. Ergänzungsmöglichkeiten und Alternativen bieten die privaten Versicherer.

Renten: Sie werden unterschiedlich besteuert. Welche Form einer privaten Rente unter steuerlichen Aspekten für Sie zum Start in die Selbstständigkeit richtig ist, muss auch unter steuerlichen Aspekten betrachtet werden. Es gibt die vor- oder die nachgelagerte Besteuerung, je nachdem, welcher »Schicht« die Rentenversicherung nach dem Alterseinkünftegesetz zugeordnet wird. Die Beiträge zur 1. Schicht können in der Ansparphase in begrenzter Höhe vom steuerpflichtigen Einkommen abgezogen werden, die Rentenleistung ist dann zu versteuern. In der 3. Schicht des Alterseinkünftegesetzes werden die Beiträge aus versteuertem Einkommen entrichtet. Die Leistungen sind dann steuerlich begünstigt. Dabei spielt es auch eine Rolle, ob im Rahmen einer privaten Rentenversicherung die Hinterbliebenenabsicherung als Kapitalleistung und/oder als lebenslange Rentenzahlung erfolgen soll.

Berufsgenossenschaft

Sie kommen aus einem Angestelltenverhältnis und sind somit Pflichtmitglied einer Berufsgenossenschaft. Im Falle eines Berufsunfalles und dadurch ausgelöster Invalidität von mind. 25 % erhalten Sie neben ggf. erforderlichen Rehamaßnahmen eine beitragsabhängige Rentenleistung. Als Selbstständiger können Sie auch weiterhin freiwilliges Mitglied in der Berufsgenossenschaft bleiben. Die Alternative ist die private Unfallversicherung. Mit individuell bestimmbaren Leistungskomponenten bei Tod und Invalidität sowie Krankenhausaufenthalt gilt der Versicherungsschutz rund um die Uhr und weltweit. Daneben werden zahnarztspezifische Regelungen wie z. B. eine besondere Gliedertaxe für die Bemessung der Invalidität geboten. Die Deutsche Ärzteversicherung bietet im Rahmen der Unfall-Invaliditätsversicherung ein »Infektionstagegeld«, wenn vom Gesundheitsamt ein Berufsausübungsverbot aufgrund einer Infektionserkrankung ausgesprochen wird.

Haftpflicht

Der Zahnarzt ist in der Verantwortung, eine Berufshaftpflichtversicherung abzuschließen und diese seiner individuellen Risikosituation entsprechend laufend anzupassen und zu aktualisieren. Prüfen Sie genau, welche zahnärztlichen Tätigkeiten Sie am Patienten vornehmen. Kommt zum Beispiel Implantologie oder Oralchirurgie hinzu, will das der Versicherer wissen. Melden Sie daher unverzüglich solche Risikoänderungen und lassen Sie sich die Deckung vom Versicherer bestätigen.

Versicherungen für die Praxis

Die Investitionen des Zahnarztes in das Praxisinventar sind erheblich. Die Zerstörung z. B. aufgrund eines Feuers oder aufgrund eines Leitungswasserschadens können existenziell sein. Daher muss sich der Praxisinhaber vor solchen Verlusten schützen. Daneben können Schäden an der Einrichtung und den Geräten auch durch Mitarbeiter entstehen (z. B. Bedienungsfehler). Vor solchen Substanzverlusten schützen Sie sich in erster Linie durch den Abschluss einer Praxis-Vielschutz-Versicherung. Dazu gehört die Absicherung gegen die Risiken aufgrund von Feuer, Leitungswasser, Einbruchdiebstahl, Sturm und Hagel sowie die durch ein solches Ereignis entstandenen Schäden aufgrund der Unterbrechung des Praxisbetriebes.

Im Rahmen einer Elektronikversicherung lassen sich darüber hinaus auch Verluste an Praxisgeräten aufgrund anderweitiger Ursachen z. B. wegen Bedienungsfehler des Praxispersonals absichern. Hier stehen Versicherungen zur Auswahl, die vom Einkommensverlust bis hin zu den laufenden Kosten des Praxisbetriebes das Risiko übernehmen.

Eine besondere Definition des versicherten Schadens wird im Rahmen einer Praxis-Ausfall-Versicherung (PAV) geboten. Hier lassen sich auch Kosten und Gewinne absichern, die aufgrund z. B. von Krankheit entstehen. Das Bedingungs- und Leistungsprofil unterscheidet sich gravierend von einer Berufsunfähigkeitsversicherung und einer Krankentagegeldversicherung, die unter einem anderen Kapitel beschrieben sind. Es kommt hier genau darauf an, die jeweiligen Leistungsparameter optimal auf die Bedarfssituation des niedergelassenen Zahnarztes abzustimmen.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2013

5.7.2. Tragbare und existenzielle Risiken

Abgesehen von den Risiken, deren Absicherung gesetzlich bzw. nach der Berufsordnung der Zahnärztekammern vorgeschrieben ist, können unter Kosten-Nutzen-Erwägungen zunächst zwei Unterteilungen getroffen werden:

1. Ein Risiko kann als tragbar beurteilt werden, das heißt, im Schadenfall kann der finanzielle Schaden aus der eigenen Kasse bezahlt werden.
2. Die Belastung kann im Schadenfall so hoch sein, dass der substanzielle Verlust sehr hoch bzw. der finanzielle Ruin unausweichlich und daher durch Versicherungen abzusichern ist.

Um die »Kategorie 2« der existenziellen Risiken geht es. Wie sind diese Risiken zu managen, wie abzusichern?

Die Arbeitskraft des Zahnarztes

Ohne die Arbeitskraft des Zahnarztes, ohne sein praktisches Tun, seine Ideen läuft gar nichts. Wird er berufsunfähig, sei es durch Unfall oder Krankheit, kommt kein Geld in die Kasse und die Praxis muss vorübergehend oder auf Dauer geschlossen werden.

Die Berufsunfähigkeits-versicherung (BU)

schützt vor Einkommensausfällen infolge von Krankheit, Kräfteverfall und Unfall. Nicht umsonst verkünden Verbraucherschützer und Versicherer unisono von der Wichtigkeit dieser Versicherung. Sie ist ein »Muss«.

Berufsständisches Versorgungswerk
Für den Zahnarzt besteht eine obligatorische Grundabsicherung über das berufsständische Versorgungswerk der Zahnärzte. Im Falle einer völligen Berufsunfähigkeit erhält er von dort eine Rente. Allerdings gilt beim Versorgungswerk die Devise »Ganz oder gar nicht« – ein bisschen Berufsunfähigkeit geht nicht. Wenn der Zahnarzt seinen Beruf ganz aufgeben muss, entspricht dies in der Regel einer satzungsgemäßen Berufsunfähigkeit. Ergo: Berufsunfähig nach der Definition des Versorgungswerkes sind demnach jene Zahnärzte, die aus gesundheitlichen Gründen keine Tätigkeit mehr ausüben können, bei der sie ihr zahnärztliches Wissen und ihre Erfahrung ganz oder teilweise verwenden können.

Private Berufsunfähigkeitsversicherung (BU)
Finanzielle Einbußen, die dem Zahnarzt bei Teilberufsunfähigkeit entstehen, kann er nicht über Leistungen des Versorgungswerkes kompensieren. Um die dann programmierte finanzielle Lücke zu schließen, ist eine private BU mit einem zahnarztspezifischen Bedingungswerk erforderlich.

Der Zahnarzt kann eine BU auf seinen individuellen Bedarf zugeschnitten vereinbaren und kann so bei Berufsunfähigkeit mit einem garantierten monatlichen Ersatzeinkommen rechnen. Er hat dort auch keine Wartezeiten und es erfolgt keine Anrechnung von Leistungen Dritter. Vor allem aber bezieht er die volle Leistung bereits bei einer Teilberufsunfähigkeit ab 50 % sowie im Pflegefall. Hat er, was meist geschieht, die BU-Absicherung mit einer Alters- und Hinterbliebenen-Absicherung gekoppelt, muss er im Leistungsfall auch keine weiteren Prämien mehr bezahlen und der vereinbarte Kapitalaufbau wird ungeschmälert fortgesetzt.

Bei der privaten Berufsunfähigkeitsversicherung ist neben dem Preis die Qualität des Gesamtangebotes ein ganz gewichtiger Punkt.

Bei Abschluss einer BU ist zu prüfen:
- Ist das Versicherungsunternehmen spezialisiert auf den Heilberufesektor?
- Wie schneiden bei den Bewertungen durch Ratingagenturen die BU-Bedingungen ab?
- Wurde die BU-Versicherung von berufsständischen Organisationen, wie zum Beispiel vom FVDZ geprüft und werden diese auch empfohlen?
- Wie hoch ist die Prozessquote des Versicherers?
- Welche Produktvarianten werden angeboten (mit/ohne Sparvorgang, 1. und 3. Schicht des Alterseinkünftegesetzes, Garantie- oder Fondsbasis)?
- Gibt es Optionen, den Versicherungsschutz problemlos an berufliche oder private Veränderungen anzupassen?
- Wie wird im BU-Fall die Altersvorsorge sichergestellt?

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2013

– Gibt es im Streitfall über die Leistungspflicht des Versicherers die Möglichkeit eines außergerichtlichen Schlichtungsverfahrens unter berufsständischer Mitwirkung?

Private Unfallversicherung

Die Arbeitskraft des Zahnarztes kann durch einen Unfall erheblich und sogar auf Dauer beeinträchtigt werden, so dass eine Unfallversicherung mit den entsprechenden Leistungskomponenten (Absicherung bei Tod und Invalidität sowie bei Krankenhausaufenthalt) wichtig ist, um die dadurch ausgelösten wirtschaftlichen Folgen abzufedern.

Niedergelassene Zahnärzte können sich über eine private Unfallversicherung individuell absichern. Es besteht keine Pflichtmitgliedschaft bei der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW). Eine freiwillige Mitgliedschaft ist möglich.

Die private Unfallversicherung bietet eine Vielzahl von Leistungsbausteinen. Sie gilt – anders als die gesetzliche Unfallversicherung – rund um die Uhr, also im Beruf, in der Freizeit und weltweit. Wie schon der Name sagt, werden Leistungen ausschließlich nach Unfällen gezahlt, nicht aber bei Berufsunfähigkeit infolge einer Krankheit oder bei Kräfteverfall. Bleiben als Folge eines Unfalls dauerhaft gesundheitliche Schäden zurück, wird die sog. Invaliditätsleistung fällig. Schon ab einer festgestellten Teilinvalidität wird ein entsprechend vereinbarter Kapitalanteil bezahlt – und das schon ab einem Invaliditätsgrad von 1 %.

Für Zahnärzte werden Spezialbedingungen angeboten, um wichtige zahnarztspezifische Leistungen bzw. Risiken einzuschließen. Vereinbart werden können zum Beispiel:
– eine zahnarztspezifische Gliedertaxe
– finanzielle Mehrleistungen bei Unfällen infolge von Gewaltanwendungen durch Patienten
– Infektionstagegeld bei behördlich verfügtem Berufsausübungsverbot
– Infektionskrankheiten, die unter bestimmten Bedingungen als Unfallereignis definiert werden
– Strahlenverletzungen (Röntgen-/Laserstrahlen)

Gruppenunfallversicherung für das Praxispersonal
Will der Zahnarzt eine verstärkte Bindung seiner Mitarbeiter an die Praxis erreichen, die Identifizierung der Mitarbeiter mit der Praxis stärken oder die Motivation erhöhen, bietet sich eine Gruppenunfallversicherung an. Das Angebot einer Gruppenunfallversicherung für die Mitarbeiter ist schon bei drei zu versichernden Personen möglich, wobei der in der Praxis mitarbeitende Ehepartner mit einbezogen werden kann.

Krankentagegeldversicherung

Warum eine Krankentagegeldversicherung für den Zahnarzt? Bei Arbeitsunfähigkeit drohen bereits nach wenigen Tagen Umsatzeinbußen. Das Krankentagegeld bietet bis zur Höhe des Nettoeinkommens ein Ersatzeinkommen. Das ist zu beachten: Die Höhe des vereinbarten Tagegeldes darf das Nettoeinkommen nicht übersteigen, denn im Schadenfall ist dieses ggf. nachzuweisen. Bezahlt wird, wenn der Zahnarzt als Patient im Krankenhaus liegt oder wegen Arbeitsunfähigkeit zu Hause behandelt wird.

Als Zahlungsbeginn kann mit dem Versicherer ein Tag X nach der festgestellten Arbeitsunfähigkeit (Karenztage) vereinbart werden. Der Versicherungsbeitrag richtet sich nach
– der Höhe des Tagegeldes
– dem Zeitpunkt der Zahlung nach der festgestellten Arbeitsunfähigkeit und
– dem Eintrittsalter

Ein Tipp: Bei einer Praxisgründung ist mit dem Versicherer der Verzicht einer EK-Prüfung in den ersten zwei Jahren zu vereinbaren.

Zu beachten: Die Krankentagegeldversicherung leistet nicht (mehr) bei Eintritt einer 50-prozentigen Berufsunfähigkeit. Daneben ist bei einigen Tarifen die Leistungsdauer maximiert. Hier kann es bei rezidivierenden Erkrankungen zu Deckungslücken kommen.

Die Empfehlung: Das Krankentagegeld als Kompensation für das ausbleibende persönliche Einkommen ist unverzichtbar. Um die Balance zwischen der Höhe der Prämie und der notwendigen Versicherungsleistung auszutarieren, muss der Zahnarzt neben seinen familiären Aufwendungen seine persönliche Risiko-

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2013

mentalität und mögliche finanzielle Reserven sorgfältig abwägen.

Die Risiken im laufenden Praxisbetrieb

Berufshaftpflichtversicherung
Zahnärzte sind bei der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit vielfachen Haftungsrisiken ausgesetzt. Gegenüber dem Patienten schuldet der Zahnarzt aus dem Behandlungsvertrag eine fehlerfreie und sorgfältige Durchführung der Heilbehandlung. Verletzt er schuldhaft eine seiner Berufspflichten, stehen dem geschädigten Patienten Schadenersatzansprüche aus dem Behandlungsvertrag, aber auch aus deliktischer Haftung gem. § 823 BGB und vor allem auch Schmerzensgeldansprüche gem. 847 BGB zu. Pflichtverletzungen können unter anderem mangelnde oder unterbliebene Aufklärung über mögliche Behandlungsrisiken und deren Alternativen, falsche oder unterbliebene Medikation, Diagnosefehler und auch Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht sein.

Der niedergelassene Zahnarzt steht als selbst praktizierender Zahnarzt, als Arbeitgeber und als Privatperson haftungsrechtlich in der Verantwortung. Entsprechend bietet die Berufshaftpflichtversicherung einen differenzierten Versicherungsschutz an, je nach beruflichen Risiken. So dem Zahnarzt mit oder ohne Implantologie, dem Kieferorthopäden oder dem Oralchirurgen.

Der Versicherungsschutz ist umfassend:
– bei Ansprüchen aufgrund der gesetzlichen Haftpflicht inkl. des Betriebsstättenrisikos
– für die Praxisangestellten in Verrichtung der dienstlichen Tätigkeiten
– die gesetzliche Haftung bei Beschäftigung von ständigen Vertretern und angestellten Zahnärzten
– der Vertretung eines vorübergehend verhinderten Zahnarztes
– bei Haftung wegen Diebstahls der Patientenhabe
– bei ambulanten, nicht operativen Gutachter- und Konsiliartätigkeiten
– für Erste-Hilfe-Leistungen, Nachbarschaftsdienste etc.

Eine Privathaftpflichtversicherung kann meist kostengünstig als separater Vertrag eingeschlossen werden. Das ist wichtig, denn wenn vom Versicherer die Privathaftpflichtversicherung wegen Schadenhäufigkeit gekündigt werden sollte, ist die Berufshaftpflichtversicherung dann nicht davon tangiert.

Die Deckungssummen sind variabel je nach Risikolage und reichen von 1,5 Mio. € pauschal bis zu 5 Mio. € für Personenschäden und 2 Mio. € für Sachschäden. Für Vermögensschäden sollten 100.000,– € ausreichend sein.

Eine ausreichende Absicherung gegen Haftpflichtansprüche aus der zahnärztlichen Tätigkeit ist standesrechtlich in den Berufsordnungen der Kammern vorgeschrieben. »Der Zahnarzt muss sich ausreichend gegen Haftpflichtansprüche aus seiner beruflichen Tätigkeit versichern« – so der Wortlaut in den Berufsordnungen der Landes-/Zahnärztekammern.

Der Zahnarzt ist selbst verantwortlich
Die Zahnärztekammern prüfen im Einzelfall nicht, ob ein Zahnarzt versichert und vor allem ausreichend für seine Tätigkeit versichert ist. Sie haben keine entsprechenden Überwachungsaufgaben, es reicht aus, so geht es aus einem Urteil des Landgerichts Dortmund hervor (Az.: 8 O 428/03), dass sie ihre Mitglieder auf die Notwendigkeit einer Versicherung hinweisen.

Der Zahnarzt ist somit in der Verantwortung, eine Berufshaftpflichtversicherung abzuschließen und den Versicherungsschutz seiner individuellen Risikosituation entsprechend laufend anzupassen und zu aktualisieren. Im eigenen Interesse, denn die Risiken sind nicht nur breit gefächert, sondern können vor allem im Schadenfall die existenzielle Zukunft seiner Praxis treffen. Bei nachgewiesenem Behandlungsfehler kommen unter Umständen hohe finanzielle Forderungen auf ihn zu und dabei spielt es keine Rolle, ob er im konkreten Fall selbst zahnärztlich tätig war, da er nicht nur für eigenes, sondern auch für das Verschulden seines angestellten Assistenten oder der nichtzahnärztlichen Mitarbeiterinnen haftet.

Vertragsgrundlagen ändern sich
Die Berufshaftpflichtversicherung des Zahnarztes ist entsprechend komplex hinsichtlich der Vertragsgrundlagen. Sehr akribisch werden bereits im Versicherungsantrag nach den zahnärztlichen Funktionen und den zu versichernden Tätigkeiten gefragt. Dieses, im Normalfall zu Beginn der beruflichen Karriere, festge-

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2013

legte versicherungstechnische »Raster« ist natürlich nicht für immer gültig. Die Risikoverhältnisse ändern sich. Implantologie oder Gutachtertätigkeiten sind nur zwei Beispiele einer veränderten versicherungstechnischen Risikostruktur.

Risikocheck als »Muss«
Verantwortungsbewusste Versicherer geben den Zahnärzten Orientierungshilfen durch jährliche schriftliche Nachfragen (meist zusammen mit der Beitragsrechnung), ob und wie sich die zahnärztlichen Risiken im laufenden Versicherungsjahr geändert haben. Dieser Risikocheck ist nicht zu unterschätzen. Eine Vernachlässigung oder Nichtbeachtung kann zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ein Tipp: Um die Risiken sicher abzuschätzen, sollte der Zahnarzt die Hilfe seines Versicherungsfachmannes bzw. -fachfrau in Anspruch nehmen – die Beurteilung erfordert unbedingt Spezialwissen.

Kompetenz zeigt sich im Schadenfall
Im Schadenfall hat der Versicherer die Aufgabe, unberechtigte Haftungsansprüche abzuwehren und, sollte eine Haftung gegeben sein, den Schaden zu begleichen. Zwei »Essentials« der Haftpflichtversicherung – für die zahnärztlichen Tätigkeiten allerdings nicht ausreichend. Besondere Risikoabsicherung und ein kompetentes Schadenmanagement sind genauso wichtig.

Die Empfehlung: Einige Landes-/Zahnärztekammern bieten über Gruppen- und Rahmenverträge mit Spezialversicherern eine Haftpflichtversicherung an, in dem sich das Versicherungsunternehmen verpflichtet, allen Angehörigen Versicherungsschutz zu bieten (Kontrahierungszwang). Darüber hinaus hat der Zahnarzt das Recht zur Anerkennung eines Verschuldens bei einem Verfahren vor der Gutachterkommission und Schlichtungsstelle ohne – wie sonst üblich – den Versicherungsschutz zu gefährden. Und es wird auf das Sonderkündigungsrecht im Schadenfall verzichtet. Auch der Freie Verband Deutscher Zahnärzte hat für seine Mitglieder auf Basis von Gruppen- und Rahmenverträgen Sonderkonditionen mit seinen Versicherungspartnern vereinbart.

Praxis-Vielschutzversicherung

Sie ist eine solide Grundabsicherung der Praxis, sie ist quasi die »Hausratversicherung« der Praxis. Neben der Absicherung des Inventars ist der Schutz gegen die Folgen einer Betriebsunterbrechung ihr wesentlicher Bestandteil. Die Praxis-Vielschutzversicherung deckt Schäden an der gesamten Praxiseinrichtung und den Praxisvorräten, die durch Feuer, Einbruchdiebstahl, Leitungswasser oder Sturm, Hagel verursacht werden.

Praxisausfallversicherung

Eine Krankentagegeldversicherung (siehe Seite 2) deckt den entgangenen Nettogewinn ab, wenn der Zahnarzt durch Krankheit oder Unfall nicht mehr aktiv sein kann. Doch der Nettogewinn ist nur ein Teil der Erfolgsrechnung einer Praxis. Außen vor ist der nicht unerhebliche Fixkostenblock.

Ein umfassender Praxisschutz ist die Praxisausfallversicherung, die die fortlaufenden Betriebskosten der Zahnarztpraxis ersetzt, und zwar bei
– Krankheit, Unfall
– Quarantäne
– Feuer, Sturm, Hagel
– Leitungswasserschäden
– Einbruchdiebstahl, Raub

Es ist also völlig unabhängig davon, ob der Geschäftsbetrieb durch Krankheit oder Unfall des Praxisinhabers oder durch einen versicherten Sachschaden unterbrochen wird (wie bei der klassischen Praxisunterbrechungsversicherung). Die Praxisausfallversicherung bezahlt die fixen Betriebskosten, also:
– die Miete bzw. Pacht
– Personalkosten
– alle Bürokosten wie Reinigung, Strom, Gas, Wasser, Heizung, Telefon
– Buchhaltungskosten
– Versicherungsprämien
– Steuern und Abgaben sowie
– Finanzierungskosten und Leasingraten

Die Praxisausfallversicherung wird bedarfsgerecht in unterschiedlichen Varianten angeboten – je nachdem, ob zum Beispiel ausschließlich die Kosten eines Praxisvertreters abgedeckt werden sollen, bis hin zu einer

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2013

umfassenden Absicherung einschließlich des Praxisgewinns. Andererseits können auch ganz gezielt einzelne Leistungselemente ausgeschlossen werden, wenn diese schon über andere Versicherungen abgedeckt sind (siehe Praxis-Vielschutzversicherung). Das wirkt sich natürlich beitragsmindernd aus.

Elektronik-Versicherung

Oft als »Kann-Versicherung« eingestuft, also als eine Versicherung, die nicht unbedingt sein muss und deren Risikobereich als noch selbst »tragbar« bezeichnet wird, gilt die Elektronik-Versicherung. Das ist nicht richtig. Die technischen Geräte, von der EDV-Anlage bis zu dem Röntgengerät, sind in der modernen Zahnarztpraxis ein hohes Investitionsvolumen und zudem unverzichtbar. Die Elektronik-Versicherung deckt Schäden am Gerät, die aufgrund eines technischen Defektes in der Praxis auftreten durch:

– Verschmoren, Versengen, Kurzschluss, Überspannung
– Fahrlässigkeit oder unsachgemäße Handhabung und vorsätzliche Handlungen Dritter
– Wasser

Zur Beachtung: Besondere Angebote von Spezialversicherern lassen Selbstbehalte zu, die zu einer Reduzierung der Prämie führen. Praxisgründer erhalten oft auch Sonderrabatte.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2013

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2013

5.7.3. Altersvorsorgeplanung

Die Neudefinition der Vorsorge

Mit dem ab 01.01.2005 in Kraft getretenen Alterseinkünftegesetz wurde das deutsche Alterssicherungssystem nachhaltig verändert: Der Übergang zur nachgelagerten Besteuerung wurde eingeleitet. Das heißt, während der Erwerbstätigkeit bleiben die Beiträge zur Altersvorsorge steuerfrei. Die Alterseinkünfte sind im Gegenzug voll steuerpflichtig. Damit wird mehr Spielraum für die private und betriebliche Vorsorge geschaffen. Auch die Beiträge in die gesetzliche Rentenversicherung bzw. die berufsständischen Versorgungswerke werden Zug um Zug steuerlich freigestellt, so dass mehr Geld für die private Vorsorge übrig bleibt. Und – die private Vorsorge wird vom Staat durch Steuervergünstigungen zusätzlich gefördert. Hinzu kommt ein weiterer interessanter steuerlicher Effekt: Im Alter ergibt sich oft ein niedriger persönlicher Steuersatz, da in der Regel die Alterseinkommen niedriger sind als die Erwerbseinkommen.

Übergangsregelungen
Der Übergang zur nachgelagerten Besteuerung erfolgt in kleinen Schritten. Die Beiträge werden ab dem Jahr 2025 bis zu 20.000,– € (40.000,– € bei Verheirateten) voll abzugsfähig sein. Wer ab dem Jahr 2040 erstmals seine Rente bezieht, hat diese voll zu versteuern.

Für die Jahre bis 2025 gilt eine Übergangsregelung. Beginnend ab dem Jahr 2005 konnten 60 % der Aufwendungen als Sonderausgaben angesetzt werden (maximal 12.000,– € bzw. 24.000,– € bei Verheirateten). Dieser Prozentsatz steigt im Laufe der Jahre jeweils um 2 % an. Im Jahr 2025 sind dann 100 % erreicht (maximal 20.000 bzw. 40.000,– €).

Im Gegenzug sind die später ausgezahlten Rentenleistungen steuerpflichtig. Ab dem Jahr 2005 beträgt der steuerpflichtige Anteil 50 % des ausgezahlten Betrages. Bis zum Jahr 2020 wird der steuerpflichtige Anteil der Rente dann jährlich für jeden neu hinzukommenden Rentenjahrgang um zwei Prozentpunkte erhöht, danach um einen Prozentpunkt. Ab einem Renteneintritt im Jahre 2040 ist die Rente dann in voller Höhe steuerpflichtig.

Schichtenmodell der Vorsorge

Das neue Steuerrecht folgt einem sogenannten Schichtenmodell.

Die **Basisvorsorge** als erste Schicht umfasst die Beiträge in und die Leistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung wie auch den berufsständischen Versorgungseinrichtungen. Zu dieser Schicht gehört auch die private kapitalgedeckte Basisrente, eine Leibrentenversicherung. Für alle Produkte der ersten Schicht gilt die nachgelagerte Besteuerung im Rahmen der vorgenannten Übergangsregelung.

Zur zweiten Schicht, der **kapitalgedeckten Zusatzvorsorge,** werden
– die Durchführungswege (Direktversicherung, Pensionskasse, Pensionsfonds) der betrieblichen Altersversorgung und
– die über staatliche Zulagen oder steuerliche Begünstigungen geförderte private Zusatzvorsorge (Riester-Rente)

gezählt. Die geförderten Beiträge werden ohne Übergangsfrist zu 100 % steuerlich angesetzt – im Gegenzug sind die Leistungen in voller Höhe mit dem individuellen Steuersatz zu versteuern.

Die dritte Schicht, die **private Altersversorgung**, umfasst Kapitalanlageprodukte wie
– die Kapitallebensversicherungen und
– die privaten Rentenversicherungen

sowie
– alle zuvor nicht genannten Anlageformen.

Beiträge zu diesen Vorsorgeprodukten werden aus bereits versteuertem Einkommen gezahlt.

Anmerkung: Auszahlungen aus diesen Produkten, sofern der Abschluss nach dem 31.12.2004 erfolgte, unterliegen abzüglich der eingezahlten Beiträge nur zur Hälfte der Steuer, wenn der Leistungsempfänger das 60. Lebensjahr vollendet und die Vertragslaufzeit mindestens 12 Jahre betragen hat.

Bezieht der Versicherte bei Fälligkeit eine lebenslange Rente und verzichtet auf ein mögliches Kapitalwahlrecht, so sind diese Renten nur mit dem günstigen Ertragsanteil zu versteuern.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2013

Die Basisversorgung (Rürup-Rente) – 1. Schicht

Die Basisversorgung (»Rürup-Rente«) umfasst die gesetzliche Rentenversicherung, die Landwirtschaftlichen Alterskassen, die private Basisrente und die berufsständische Versorgung, wobei hier die letzten zwei Instrumente dieser 1. Schicht von Interesse sind.

Voraussetzungen
Bei der privaten Basisrente handelt es sich um eine steuerlich geförderte, private kapitalgedeckte Rentenversicherung, die bei einem Lebensversicherungsunternehmen abgeschlossen werden kann. Es müssen verschiedene gesetzlich vorgeschriebene Voraussetzungen erfüllt sein:
– Der Vertrag muss eine lebenslange monatliche Leibrente frühestens ab Vollendung des 60. Lebensjahres vorsehen.
– Die Ansprüche aus einer Basisrente sind grundsätzlich nicht vererbbar.
– Wie gesetzliche Rentenansprüche dürfen die Ansprüche aus einer Basisrente nicht übertragen, beliehen, veräußert oder kapitalisiert werden.

Versorgungswerke vs. Basisrente

In diesem Zusammenhang stellt sich für den Zahnarzt die Frage nach den Leistungen aus seinem berufsständischen Versorgungswerk. Bei den Renten aus den berufsständischen Versorgungswerken erfolgt wie bei der gesetzlichen Rentenversicherung ein stufenweiser Übergang zur nachgelagerten Besteuerung, und das heißt, dass die Beiträge sukzessiv aufsteigend als Sonderausgaben steuerlich abzugsfähig sind und die darauf basierenden Renten stärker besteuert werden. Also: mehr Liquidität in der beruflich aktiven Lebensphase und eine wachsende Versorgungslücke im Alter.

Die höhere Liquidität in der beruflichen Zeit schafft Freiraum, um die zusätzlich notwendige Altersvorsorge nach seinen eigenen Zielen auszurichten. Das kann bedeuten, dass eine weitere Investition in Produkte der 1. Schicht, also der privaten Basisrente oder in eine freiwillige Höherversicherung bei dem berufsständischen Versorgungswerk, sinnvoll ist. Zuerst ist also zu prüfen, inwieweit nach den Pflichtbeiträgen in das berufsständische Versorgungswerk noch ein Freibetrag zur weiteren Investition in die Basisrente übrig bleibt.

Die Konditionen
Insgesamt können Alleinstehende bis zu 20.000,– €, Ehepaare bis zu 40.000,– € jährlich in eine Basisrente sparen. Im Jahr 2007 lassen sich von diesem Betrag 64 % beim Finanzamt geltend machen. Bis zum Jahr 2025 steigt der Anteil schrittweise im 2-Prozent-Rhythmus auf 100 %. Damit bietet die Basisrente dem Zahnarzt die Möglichkeit, steuerbegünstigt eine zusätzliche Rente aufzubauen. Sie eignet sich für alle Zahnärzte, die noch Vorsorgeaufwendungen geltend machen können, d. h. die noch »Luft« haben zwischen den genannten 20.000/40.000,– € und ihrem Pflichtbeitrag für das berufsständische Versorgungswerk.

Ein Beispiel: Ein 35-jähriger lediger Zahnarzt hat ein Jahreseinkommen von 50.000,– €. Er kann jährlich 20.000,– € einzahlen. Sein freier Betrag rechnet sich so:

20.000,– €	
./. 9.950,– €	*(Beitrag für das berufsständische Versorgungswerk)*
10.050,– €	*maximal freier Anlagebetrag für die Basisrente.*

Angenommen, dieser Betrag wird noch nicht anderweitig voll ausgeschöpft und der Zahnarzt investiert pro Jahr 4.000,– € in eine private Basisrente. Im Jahr 2007 kann er davon 64 % steuerlich geltend machen und dieser Prozentsatz erhöht sich jedes Jahr um 2 % bis im Jahr 2025 der gesamte Betrag steuerlich abzugsfähig ist. Bei einem Steuersatz von 40 % ergibt sich folgendes Bild:

Wir schreiben das Jahr 2007 und der steuerlich geförderte Anlagebetrag ist 4.000,– €. Die Steuerrückerstattung beträgt 1.024,– € und somit ist der Beitrag nach Steuern nur noch 2.976,– €. Weiter gerechnet bis zum Jahr 2037, wenn der Zahnarzt 65 Jahre alt ist und in den Ruhestand geht, summiert sich die Steuerrückerstattung auf über 44.000,– €!

Die Basisrente lässt sich um einige Komponenten ergänzen. Besonders interessant ist sie in Kombination mit einer Versicherung gegen Berufsunfähigkeit.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2013

Denn genauso wie bei der Hauptversicherung kann der Zahnarzt auch die Beiträge für die Berufsunfähigkeitsversicherung steuerlich absetzen.

Damit der Zahnarzt den Steuervorteil bekommt, muss der Vertrag verschiedene Bedingungen erfüllen. Das angesparte Kapital darf erst ab dem 60. Lebensjahr und nur als monatliche Rente ausbezahlt werden. Und das angesparte Kapital kann z. B. nicht beliehen werden. Außerdem sind die Rentenzahlungen steuerpflichtig, allerdings zunächst stufenweise.

Entscheidend ist der Anbieter

Richtig vorsorgen heißt aber auch, die Produkte des richtigen Anbieters zu nutzen. Als kompetenter Partner für die Mitglieder des Freien Verbandes hat sich die auf die Zielgruppe der akademischen Heilberufe spezialisierte und daher mit entsprechenden Produkten ausgestattete Deutsche Ärzteversicherung erwiesen. Diese Gesellschaft hat ihre Produkte ausschließlich für Zahnärzte und Ärzte entwickelt und ist nur im Heilberufemarkt tätig. Der Freie Verband hat auch die Basisrente in dem mit der Deutschen Ärzteversicherung vereinbarten Gruppenvertrag DocD'or vorgesehen. Daher zeichnet sich dieses qualitätsgeprüfte Produkt der Deutschen Ärzteversicherung durch drei entscheidende Komponenten aus:

Erstens
die Ertragsaussichten. Die Basisrente der Deutschen Ärzteversicherung investiert in die besonders profitablen Dachfonds der Deutschen Apotheker- und Ärztebank, wobei der Zahnarzt selbst bestimmen kann zwischen der Anlage in eher konservative Fonds bis zu ertragsorientierten Fonds. Alle zur Wahl stehenden Fonds haben sich in den letzten Jahren im Vergleich zum Wettbewerb weit überdurchschnittlich gut entwickelt.

Zweitens
die Sicherheit. Der Zahnarzt erhält eine lebenslange, monatliche Rente. Sein Kapital bleibt bei Insolvenz unangetastet. Darüber hinaus wird durch die Investition in Dachfonds eine breite Streuung der Risiken erzielt, so dass über die lange Laufzeit eine gute Performance als sicher unterstellt werden kann. Und die Beitragszahlungen lassen sich mit der von renommierten Ratingagenturen ausgezeichneten Berufsunfähigkeitsversicherung absichern.

Drittens
die Flexibilität. Ein Rentenbeginn ist ab dem 60. Lebensjahr frei wählbar und Beitragsänderungen während der Laufzeit sind jederzeit möglich. Auch besteht – sollte zum Beispiel die Praxis in Liquiditätsengpässe kommen – die Möglichkeit zum Aussetzen der Beiträge.

Leistungen sind zu versteuern

Die Leistungen aus der Basisrente wie auch die Leistungen der berufsständischen Versorgungswerke sind steuerpflichtig. Je nachdem in welchem Jahr die Rentenzahlung beginnt, muss ein unterschiedlich hoher Anteil der ausgezahlten Rente versteuert werden. Basisjahr war 2005 mit einem Versteuerungsanteil von 50 %. Von 2006 bis 2020 erhöht sich der Besteuerungsanteil der Rente um jährlich 2 % und von 2021 bis 2040 um jährlich 1 %. Ab diesem Zeitpunkt beträgt der Besteuerungsanteil der Rente 100 %.

Was wichtig ist

Bewertet man das Für und Wider dieser 1. Schicht, so kristallisieren sich Entscheidungshinweise heraus:

- Der große Vorteil der Basisvorsorge ist die steuerlich geförderte Beitragszahlung, die eine erhöhte Liquidität während der aktiven Zeit schafft. Für die Rendite dieser Vorsorgeform ist der Steuervorteil während der Beitragszahlungsphase und die Versteuerung während der Rentenzahlungsphase zu beachten. Nur dann ist ein Vergleich mit anderen Vorsorgeformen möglich.
- Ein noch offener Bedarf zur Absicherung der Berufsunfähigkeit kann in die Basisrente integriert werden.
- Im Falle einer Insolvenz bzw. bei der Berechnung von Leistungen zum Bezug von Arbeitslosengeld (Hartz IV) wird die Basisrente nicht berücksichtigt, da sie ausschließlich für die Altersvorsorge gedacht ist. Sie ist damit eine ideale Ergänzung der Versorgungswerk-Leistungen.
- Allerdings: Wer eine hohe finanzielle Flexibilität benötigt, um private oder berufliche Ziele wie zum Beispiel die Verwirklichung einer Niederlassung zu finanzieren, sollte nicht ausschließlich in die Produkte der 1. Schicht investieren.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2013

Zulagenförderung – 2. Schicht

Die Zulagen-Rente (Riester-Rente)
Die Zulagen-Rente, auch Riester-Rente genannt, wurde spürbar vereinfacht. Der Zulagenantrag muss nur noch einmal bei Vertragsabschluss ausgefüllt werden. Der Riester-Sparer kann seinen Versicherer damit beauftragen, die Zulage für ihn künftig automatisch zu beantragen. Auch ist ein flexibleres Sparen möglich geworden. Das Gesetz fordert jetzt keine regelmäßigen, gleich hohen Beitragszahlungen mehr. Und außerdem kann ein Hinterbliebenenschutz und eine Berufsunfähigkeitsversicherung in den Vertrag mit eingeschlossen werden.

Die Förderung besteht aus zwei Teilen:
– dem Vertrag des Versicherten werden abhängig vom geleisteten Beitrag auf Antrag staatliche Zulagen gutgeschrieben
– zusätzlich kann sich ein Steuervorteil im Rahmen des Sonderausgabenabzugs bei der Einkommensteuererklärung ergeben.

Die finanzielle Seite der Förderung auf einen Blick: Ab dem Jahr 2006 bekommt jeder Riester-Sparer vom Staat 114,– € Grundzulage. Für jedes Kind gibt es noch einmal 138,– €. Ab dem Jahr 2008 erhöht sich die Grundzulage auf 154,– € und die Zulage pro Kind auf 185,– €.

Von der Steuer können ab dem Jahr 2008 insgesamt 2.100,– € pro Jahr abgezogen werden.

Anspruch auf diese staatliche Förderung haben alle gesetzlich Rentenversicherten und Beamten sowie deren Angehörige. Durch diese Begrenzung sollen nur Personen die Förderung genießen, die durch die künftige Absenkung des gesetzlichen Rentenniveaus betroffen sind. Damit schließt die Neuregelung u. a. pflichtversicherte Mitglieder berufsständischer Versorgungswerke, also auch Zahnärzte, aus. Aber: Auch Ehegatten von Förderberechtigten können die Zulagenrente in Anspruch nehmen. Damit können zum Beispiel auch Zahnärzte eine eigene Zulagenrente abschließen, wenn der Ehepartner Pflichtmitglied in der gesetzlichen Rentenversicherung ist.

Es lohnt sich also, die Bedingungen näher anzuschauen. Damit die steuerliche Förderung für einen Riester-Vertrag in Anspruch genommen werden kann, muss dieser zertifiziert sein. Diese Zertifizierung bescheinigt, dass der Vertrag bestimmte gesetzliche Vorgaben erfüllt. So:
– Die Auszahlung darf in der Regel nicht vor Vollendung des 60. Lebensjahres erfolgen.
– Der Altersvorsorgeplan muss mindestens die Auszahlung der eingezahlten Beiträge garantieren.
– Die Auszahlung ist grundsätzlich als lebenslange Rente oder Ratenzahlungen im Rahmen eines Auszahlungsplanes vorzunehmen (lediglich 30 % des Altersvorsorgekapitals dürfen mit Beginn der Rentenzahlung ausgezahlt werden).

Die Beiträge in eine Zulagenrente werden aus dem Netto-Gehalt bezahlt, aber dafür gibt es die oben erwähnte staatliche Zulage und einen Sonderausgabenabzug, so dass die Beiträge im Ergebnis steuerfrei gestellt sein dürften. Die späteren Rentenzahlungen sind dann natürlich individuell voll zu versteuern.

Fazit: Die Zulagen-Rente bietet eine zusätzliche lebenslange Vorsorge, das heißt, die Leistungen werden so lange ausbezahlt, solange der Versicherte lebt. Auch sind die Ansprüche aus den Verträgen bei Arbeitslosigkeit vor einer Verwertung geschützt. Und es besteht die Möglichkeit, zusätzlichen Risikoschutz wie etwa eine Berufsunfähigkeits- oder eine Hinterbliebenenrente zu integrieren.

Private Vorsorge – 3. Schicht

a. Die private Rentenversicherung
Die private Rentenversicherung ist eine kapitalgedeckte Versicherung, mit der ein Anspruch auf eine lebenslange Rente erworben wird. Das Risiko eines vorzeitigen Kapitalverzehrs ist, im Gegensatz zu Bankprodukten, ausgeschlossen.

An Vertragsvarianten kann der Kunde zwischen einer aufgeschobenen Rentenversicherung, einer Sofortrente oder der Rentenversicherung mit Kapitalwahlrecht wählen.

Bei der **aufgeschobenen Rentenversicherung** gibt es zwei Phasen: die Aufschubzeit, während der die Beiträge eingezahlt werden, und die Leistungsphase, in der die vereinbarte Rente zuzüglich der Überschussbeteiligung ausgezahlt wird.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2013

Die **Sofortrente**
erfordert eine einmalige größere Beitragszahlung. Die Summe fließt unmittelbar nach der Einzahlung in regelmäßigen Abständen inklusive der Überschussbeteiligung an den Kunden zurück.

Bei einer **Rentenversicherung mit Kapitalwahlrecht** wird dem Kunden zu einem vertraglich festgelegten Zeitpunkt die Wahl zwischen einer lebenslangen Rente und einer einmaligen Kapitalabfindung eingeräumt.

Die steuerliche Behandlung privater Renten unterscheidet sich erheblich von der einer Rürup-Rente bzw. der Riester-Rente. Die Beiträge können nicht als Sonderausgaben steuerlich geltend gemacht werden und sind aus dem Nettoeinkommen zu bestreiten.

Von der späteren Rente unterliegt nur ein pauschalierter Ertragsanteil der Besteuerung mit dem persönlichen Steuersatz.

– Bei Kapitalauszahlung werden die steuerlichen Erträge voll angesetzt. Bei einer Laufzeit von 12 Jahren und der Auszahlung ab dem 60. Lebensjahr allerdings nur zur Hälfte.
– Bei Auszahlung von Renten erfolgt eine Besteuerung des Ertragsanteils.
  Ein Beispiel:

Rentenbeginn mit 65 Jahren	bisher:	27 %
	neu:	18 %
60 Jahren	bisher:	32 %
	neu:	22 %

b. Kapitalversicherungen
Die Kapitalversicherung kombiniert die individuelle Vorsorge mit Hinterbliebenenschutz. Die Kapitalzahlung zu einem vereinbarten Zeitpunkt setzt sich aus einer garantierten Leistung und einer Überschussbeteiligung zusammen. Flexible Vertragsgestaltungen ermöglichen eine bedarfsgerechte Vorsorge und Zusatzbausteine wie etwa eine Unfallversicherung oder eine Berufsunfähigkeitsversicherung können eingeschlossen werden.

Die steuerliche Situation
Kapitallebensversicherungen, die nach dem 31. 12. 2004 abgeschlossen wurden, werden steuerlich genauso behandelt wie eine Rentenversicherung mit ausgeübtem Kapitalwahlrecht. Wurde der Vertrag mit einer Laufzeit von mindestens 12 Jahren vereinbart und wird das Kapital erst nach Vollendung des 60. Lebensjahres ausbezahlt, so ist nur die Hälfte der Erträge steuerpflichtig.

Für die nach dem 01. 01. 2005 abgeschlossenen Kapitallebensversicherungen können die Beiträge nicht mehr als Sonderausgaben steuerlich geltend gemacht werden.

Die Steuerbefreiung der Erträge für Kapitallebensversicherungen ist weggefallen, wobei die Ermittlung des steuerpflichtigen Ertrags wie folgt festgelegt wurde:

Versicherungsleistung
./. Summe der auf sie entrichteten Beiträge
= steuerpflichtiger Ertrag

Altverträge, die vor dem 01. 01. 2005 abgeschlossen wurden, werden auch zukünftig steuerfrei ausbezahlt. Beiträge für diese Altverträge können auch zukünftig als Sonderausgaben im Rahmen der Höchstgrenzen steuerlich geltend gemacht werden.

Zusammenfassung der Vorteile und Nachteile

1. Schicht: Basisversorgung
Anlageformen: Berufsständische Versorgungswerke, gesetzliche Rentenversicherung, private Leibrenten.

Steuerliche Behandlung: Steigende Steuerbefreiung bei Einzahlung bis zur Höchstgrenze. Aber: Steigende Besteuerung der Rente je nach Beginnjahr.

Rahmenbedingungen: Begünstigung nur des Steuerpflichtigen, monatliche Rentenzahlung, keine Auszahlung vor dem 60. Lebensjahr, Ausschluss von Übertragbarkeit, Beleihbarkeit, Kapitalisierbarkeit und Vererbbarkeit und für Zusatzversicherungen (z. B. BU-Renten) dürfen maximal 49 % der Gesamtbeiträge aufgewendet werden.

Produkte: Private Basisrente

Präferenzen: Steuerlich geförderte Absicherung, Aufbau einer ergänzenden Altersvorsorge, Steuervorteile in der Ansparphase und die Altersvorsorge ist vor Zugriffen Dritter geschützt.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2013

Varianten: Wahl zwischen klassischer Rente und Fondsprodukt, Einschluss einer Hinterbliebenenversorgung (bis maximal 49 % Beitragsanteil) und Einschluss einer Berufsunfähigkeitsabsicherung.

2. Schicht: Zusatzversorgung
Anlageformen: Zulagenrente

Steuerliche Behandlung: Staatliche Zulagen und/oder steuerlicher Sonderausgabenabzug, aber: volle Versteuerung der Rente

Rahmenbedingungen: Wie 1. Schicht

Präferenzen: Nutzung staatlicher Förderbeträge ohne die Notwendigkeit, den Vertrag über den Arbeitgeber abzuschließen. Auch Ehegatten von Pflichtmitgliedern in der gesetzlichen Rentenversicherung können Zulagenrente in Anspruch nehmen.

Varianten: Berufsunfähigkeitsabsicherung und Hinterbliebenenabsicherung können eingeschlossen werden.

3. Schicht: Private Vorsorge
Instrumente: Lebensversicherungen und private Rentenversicherung mit Kapitalwahlrecht.

Steuerliche Behandlung: Versteuerung der Erträge bei Auszahlung als lebenslange Rente nur zu einem geringen Ertragsanteil, aber: Einzahlung der Beiträge aus versteuertem Einkommen.

Rahmenbedingungen: Flexible Gestaltung wie zum Beispiel Kapitalwahlrecht, Vererbung, Beleihung etc.

Präferenzen: Individuelle und flexible Altersvorsorge, Verwendung bei Immobilien-/Praxisfinanzierung sowie Wahlfreiheit zwischen Kapital- und Rentenzahlung.

Varianten: Freiheit in der Vertragslaufzeit, variable Hinterbliebenenversorgung, Einschluss der Berufsunfähigkeitsversicherung und Erhöhungsoptionen sind nutzbar.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2013

5.7.4. Welche Versicherungen benötigt der niedergelassene Zahnarzt?

»Praxis und Vermögen sichern – gegen Auswirkungen von existenzbedrohenden Risiken«

Betriebsunterbrechung in der Praxis:

Mögliche Ursachen und Folgen

Ursachen:



Feuer (F)



Elementarschäden (EL)



Leitungswasser (LW)



Cyber Crime (Cyber)



Einbruchdiebstahl/ Vandalismus (ED/V)



Überspannung/ Unterspannung (Ü/U)



Sturm/Hagel (ST/H)



Unbekannte Gefahren (UG)

Folgen:

- Materielle Schäden an Praxiseinrichtung, Medizintechnik, EDV, …
- Betriebsunterbrechungszeiten, bis die Wiederherstellung erfolgt ist
  - Umsatzeinbußen bei weiterlaufenden Fixkosten (Personal, Miete, Kapitaldienst bei Banken, Versicherungen, ZÄV, Lebenshaltung, ...)

Factsheet zu risikoadjustierten Versicherungslösungen:

Die Inhaltsversicherung:

Eine Inhaltsversicherung wird für die Gefahren F, ED/V, LW, Ü/U, Cyber, ST/H, EL, UG, Elektronik benötigt. Hier ist darauf zu achten, dass die Praxiseinrichtung inkl. Medizintechnik und EDV zum Neuwert versichert sind.

Die Neuwertversicherungssumme bemisst sich an der Höhe der Anschaffungs- und Herstellungskosten.

Achtung:
Neuwertklausel heißt nicht gleich Neuwerterstattung. Hier findet man unterschiedliche Interpretationen der Neuwertdefinition, speziell im Bereich der Medizintechnik und EDV.

Empfehlung:
Gesellschaft mit eindeutiger Neuwertdefinition auswählen und diesen bei Abschluss festlegen.

Einschluss einer Betriebsunterbrechungsversicherung für die Gefahren F, LW, ED/V, LW, Cyber, EL, Elektronik:

- Erstattung des entgangenen Praxisgewinns nach Steuern für die Betriebsunterbrechungszeit – triviale und transparente Berechnungsgrundlagen sucht man vergebens.
- Feste umsatzbezogene Tagessätze sind hier die leicht verständliche und zu empfehlende Alternative.
- Die Absicherungshöhe bemisst sich anhand der BWA und gilt es jährlich anzupassen.

Empfehlung:
Jährlicher Abgleich der Versicherungssummen anhand der BWA und der aktualisierten Inventarliste, damit es zu keiner Unterversicherung kommt und im Schaden nicht bzw. nur zum Teil geleistet wird.

Cyber-Schutz inkl. Betriebsunterbrechungsabsicherung:

Zur Cyber-Absicherung einer Zahnarztpraxis gehören:

- ein umfassendes IT-Audit, das als Grundlage der Antragsstellung zu sehen ist,
- die Bestellung eines externen/internen Datenschutzbeauftragten,
- nützliche Assistance-Leistungen, die im Notfall mittels 24-Stunden-Hotline zeitnah zur Verfügung stehen und materielle sowie Betriebsunterbrechungsschäden abdecken.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2020

Achtung:
Viele Versicherer bieten Zusatzbausteine zur Berufs- bzw. Betriebshaftpflichtversicherung in diesem Bereich an oder haben, aufgrund der heterogenen Risikostruktur, Sublimite innerhalb ihrer Tarife miteingebaut. Hier sollte darauf geachtet werden, dass eine Versicherungssumme für alle entstehenden Schäden in diesem Bereich gilt.

Empfehlung:
Auch hier gilt die Empfehlung, dass ein jährlicher Abgleich der Versicherungssummen anhand der BWA und der aktualisierten Inventarliste vonnöten ist, damit es zu keiner Unterversicherung kommt und im Schaden nicht bzw. nur zum Teil geleistet wird.

Vermögensschadenshaftpflicht:
Bei der Bestellung eines internen Datenschutzbeauftragten ist eine Vermögensschadenshaftpflicht zur Absicherung empfehlenswert.

Berufshaftpflicht:
Gemäß Berufsordnung sind Praxisinhaber verpflichtet, sich im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit gegen Haftpflichtansprüche ausreichend zu versichern. Im Gesetz findet sich allerdings keine dahingehende Regelung, was unter »ausreichendem Deckungsschutz« zu verstehen ist. Das wird in die Verantwortung des Zahnarztes gestellt und bedarf einer individuellen Klärung. Allgemein kann man sagen, dass ein ausreichendes Deckungskonzept gegeben ist, wenn das gesamte Leistungsspektrum – konservative und operative Leistungen sowie IGeL-Leistungen – tatsächlich abgesichert ist. Der Zahnarzt sollte sein Leistungsspektrum unbedingt jährlich prüfen und eventuelle Änderungen der Versicherungsgesellschaft mitteilen.

Die Deckungssumme sollte mindestens 5 Mio. € betragen – besser sind 7,5 bis 10 Mio. €.

Berufshaftpflicht bei einer BAG:
Wichtig ist, dass alle Gesellschafter über einen Versicherer abgesichert sind, denn sonst besteht die Gefahr, dass die Versicherer bei unklarer ursächlicher Schadensverursachung die Zuständigkeit hin- und herschieben. Außerdem sollten Zahnärzte, die neu in eine BAG gehen, beachten, dass sie automatisch für Altfälle der Gesellschafter der GbR haften. Es ist also wichtig, die Vertragsmodalitäten mit dem Versicherer so abzustimmen, dass sie dafür nicht haften.

Lösung:
Umfirmierung der BAG in eine Partnergesellschaft mit Hilfe eines Rechtsanwalts für Medizinrecht. Somit schließt man die Gesamthandshaftung aus.

Krankheitsbedingte Betriebsunterbrechung:
Fällt ein/der Praxisinhaber durch längere Krankheit aus, fehlen die Praxiseinnahmen bei gleichzeitig weiterlaufenden Praxiskosten und privaten Verpflichtungen. (ZÄV, Krankenversicherung, Kapitaldienst für Darlehen, Lebenshaltung, Miete, ...)

Empfehlung:
Absicherungsgestaltung über:
- Krankentagegeld
- Praxisausfallversicherung (Absicherung der Praxiskosten)

Eine exakte Bedarfsberechnung anhand der Praxiszahlen ist erforderlich sowie die Ausarbeitung von dazu passenden Versicherungslösungen.

Achtung:
Die Annahmerichtlinien der Krankentagegeldversicherer sind sehr unterschiedlich. Erkennt die Gesellschaft A z. B. als Bedarf lediglich den Praxisgewinn abzüglich Steuern an, so lässt Gesellschaft B eine Absicherung in Höhe von 75 % des Umsatzes (exklusive Mat/Lab) zu.

Eine Kombination von mehreren Krankenversicherern ist anzeigepflichtig und kann zu Leistungsausschlüssen führen.

Lösung:
Ausarbeitung eines bedarfsgerechten Versicherungskonzeptes anhand der Praxiszahlen unter Einbeziehung der Annahmerichtlinien der Versicherungsgesellschaften. Hierbei kann Krankentagegeld mit der Praxisausfallabsicherung kombiniert zum Einsatz kommen.

BAG-Lösung:
Gemäß den Regelungen zur Gewinnverteilung und Kostenbeteiligung im BAG-Vertrag bedarf es eines Absicherungskonzeptes, so dass der Erkrankte »überleben« kann und die »gesunden« Partner durch die Erkrankung eines Partners keine Gewinneinbußen haben.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2020

Wichtige Kriterien bei der Auswahl des Krankentagegeldversicherers:
- Höchstsummen
- Kündigungsrechte des Versicherers
- Berufsunfähigkeitsklausel
- Nachversicherungsgarantie bei Statuswechsel und Gewinnerhöhung ohne Gesundheitsprüfung
- Deckelung der zu versichernden Tagessätze
- Höchstgrenzen der Tagessätze ab dem 4./8./15./22./29./43./... Tag
- Absicherbare Höchstsätze zu bestimmten Karenztagen
- Preis-Leistungs-Verhältnis (bis zu 700 % Preisunterschiede)

Wichtige Kriterien bei der Auswahl des Praxisausfallversicherers:
- Kündigungsmöglichkeiten des Versicherers
- Leistungsdauer (12 bzw. 24 Monate)
- Laufzeitbegrenzungen

Betriebsunterbrechung durch Berufsunfähigkeit:
Neben der BU-Absicherung durch die ZÄV ab 100 % sollte ergänzend die Berufsunfähigkeit privat adäquat bis zum 67. Lebensjahr (Rentenbeginnalter) versichert werden.

Bedarf:
Ca. 50 % vom laufenden Gewinn unter Berücksichtigung etwaiger Kapitaldienstverpflichtungen.

Diese werden häufig vergessen. Die Bank vergisst die Tilgungsverpflichtungen auch bei vorliegender Berufsunfähigkeit nicht.

Neben der bedarfsgerechten Absicherung sind die Bedingungsmerkmale bei der Gesellschaftsauswahl entscheidend:
- Prognosezeitraum max. 6 Monate
- Anspruch auf rückwirkende Leistung ab BU-Meldung
- Verzicht auf abstrakte Verweisung
- Umorganisation klar definiert
- Verzicht auf Berufswechselprüfung
- Leistungsbeginn zu Beginn des Folgemonats
- Kein Hinweis auf Meldefristen
- Weltweiter Geltungsbereich
- Erhöhungsoption mit und ohne Anlass
- Beitragsstundung während der Leistungsprüfung
- Befristete Anerkenntnisse bis max. 12 Monate
- Keine Hinweise auf besondere Mitwirkungspflichten
- Beitragsdynamik der Hauptversicherung, sofern vorhanden
- Garantierte Leistungsdynamik
- Infektionsklausel vorhanden
- Kein Ausschluss der Leistungen bei Alkohol bis 0,5 %

Wie sichere ich die Familie und die Praxis vor dem Risiko meines Todesfalles ab?

Die Absicherung erfolgt über eine Risikolebensversicherung. Damit die Lebenshaltungskosten der Familie zumindest in den ersten Jahren abgesichert ist, sollte der Zahnarzt das 4-Fache des Jahreseinkommens als Versicherungssumme abdecken. Außerdem müssen alle Darlehensverpflichtungen nebst evtl. Vorfälligkeitsentschädigungen 1,3-fach zu 1 abgedeckt werden, damit die Familie im Todesfall des Zahnarztes nicht auf den Verpflichtungen hängen bleibt und womöglich das Eigenheim verkaufen muss.

1,3-fach deshalb, da die Banken selbst bei Tod des Darlehensnehmers zusätzlich bei Rückführung des Darlehens durch die Risiko-LV auf die Erstattung einer Vorfälligkeitsentschädigung bestehen. Diese ist in der Regel fünfstellig bis sechsstellig.

Bei der Wahl des Versicherers braucht man nicht groß auf das Bedingungswerk zu achten, da nimmt man, was günstig ist. Ganz wichtig ist vielmehr, die Versicherungsnehmereigenschaften so zu gestalten, dass keine Erbschaftssteuer anfällt.

Absicherung in der BAG:
Dies gilt im Besonderen auch bei Berufsausübungsgemeinschaften. Stirbt ein Partner, so müssen die verbleibenden Partner die Erben abfinden und die Neuorganisation finanziell stemmen.

Lösung:
Absicherung gegenseitig bei Tod zur Abfindung potenzieller Erben, damit die verbleibenden Partner hierüber die Abfindung begleichen können. Eine zusätzliche nicht an die Erben weitergeleitete Versicherungssumme kann zum Ausgleich für die Neuorganisationskosten der Praxis verwandt werden.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2020

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2020

5.7.5. IT-Sicherheit in der Praxis

Warum Hacker zu gerne auf den Kleinen rumhacken

Cyberangriffe sind in der Wirtschaft ein Riesenproblem. Auch die meisten Zahnärzte kennen die Gefahr – allerdings nicht für die eigene Praxis. Weil ihr Betrieb doch kein lohnendes Ziel sei, denken sie. Ein großer Irrtum.

»Wird schon gut gehen! Wen soll das schon interessieren? Wir sind doch als Praxis viel zu klein, das lohnt sich doch gar nicht, oder?« Doch.

Nicht nur Zahnärzte, auch Apotheker und andere Arztgruppen wiegen sich häufig in Sicherheit, wenn es um das Thema Cyberkriminalität geht. Dabei sind gerade Gesundheitseinrichtungen für Kriminelle höchst attraktiv, und ist es fast egal, ob es um eine große Klinik geht oder um eine kleinere Zahnarztpraxis. Im individuellen Fall ist der Schaden immens. Hier sei erwähnt, dass neben monetären Einbußen und hohen Kosten auch nicht monetäre Schäden in Form von Reputationsschäden, Redundanzen oder der Praxisorganisation erhebliche Folgen haben können.

In seinem Branchenreport »Cyberrisiken bei Ärzten und Apotheken« zeigt der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV), wie breit der Gap zwischen Wunschdenken und Wirklichkeit ist: In einer repräsentativen Forsa-Umfrage für den GDV unter 200 Ärzten und 100 Apothekern sagten 88 %, Cyberkriminalität sähen sie als Nachteil der Digitalisierung. 44 % der Ärzte und Zahnärzte sagten, sie hielten grundsätzlich auch Arztpraxen für gefährdet, für die eigene Praxis sahen aber nur 17 % diese Gefahr. Weil: »Unsere Daten sind nicht interessant für Cyberkriminelle« (45 %), »Meine Praxis ist zu klein« (56 %), »Unsere Computersysteme sind umfassend geschützt« (80 %).

Schlecht geschützt und heiß begehrt

Gerade den letzten Punkt widerlegte die GDV umgehend: Für ihren Report ließ sie einen Cyberexperten in einer Stichprobe die IT-Sicherheit von 25 Praxen prüfen. 22 der 25 Praxen konnte er innerhalb kürzester Zeit kompromittieren, nur eine hatte einen funktionierenden Notfallplan.

Auch die Argumente »zu uninteressant« und »zu klein« ziehen leider nicht. Zahnarzt- und Arztpraxen sind schon wegen der Patientendaten, die sich bei ihnen ansammeln, ein äußerst attraktives Ziel. Viele Angreifer gehen dabei gar nicht zielgerichtet gegen einzelne Einheiten vor, sondern nutzen stattdessen Sicherheitslücken, die viele Unternehmen betreffen könnten, kleine wie große. Ihre für diese Lücken programmierte Schadsoftware senden die Hacker an eine möglichst große Verteilergruppe, etwa per Mail.

Wird ein Praxissystem von einer Ransomware – einem Verschlüsselungstrojaner – befallen, stecken meist dubiose E-Mail-Anhänge dahinter. Ein klassischer Fall ist dieser: Die Praxis inseriert eine offene Stelle und erhält eine Bewerbung von einer vermeintlich vertrauenswürdigen Quelle. Da die Mail seriös erscheint, wird die Nachricht geöffnet und der angehängte Lebenslauf heruntergeladen. Dann lässt sich die Datei trotz wiederholten Anklickens nicht öffnen oder verlangt Makros für die richtige Darstellung. Auch unter Aktivierung der Makros passiert nichts, und die Mail wird ad acta gelegt.

Ransomware und Trojanische Pferde

Ob die Schadsoftware nun im Hintergrund direkt anfängt zu wirken oder perfide genug angelegt ist, damit das Virus erst nach einiger Zeit auch sämtliche Backups befällt, hängt davon ab, wie viel Mühe sich die Entwickler gemacht haben. In einer Praxis dauerte es ein halbes Jahr, bis das Virus nach dem Befall loslegte. Infizierte IT-Systeme dienen dabei parallel als Wirt und verteilen die Schadsoftware über das Adressbuch an andere E-Mail-Empfänger. Die vermeintlich vertrauenswürdige E-Mail wird so zum Trojanischen Pferd für das nächste System. Cyberkriminelle lesen oft die Jobanzeigen eines Jobportals aus und erhalten so oft in vierstelliger Zahl E-Mail-Adressen mit potenziellen Opfern.

Bei Ransomware verschlüsselt die Software im Hintergrund den Inhalt Ihrer Festplatten, und Sie erhalten eine Meldung mit den Forderungen der Erpresser. Häufig verlangen sie Bitcoin, bevor sie angeblich die Daten wieder entsperren und die Praxis wieder arbeitsfähig wird. Noch entscheidender ist allerdings, dass Ihre Patientendaten in die Hände von Kriminellen fallen könnten. Die Auswirkungen sind viel weitreichender und verlassen monetäre Aspekte.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2022

Auch wenn Cyberbausteine oder eigene Versicherungen gegen Cyberschäden schon häufiger als Bestandteil eines Absicherungskonzepts zu finden sind, sollte man deshalb fortwährend überprüfen, ob und inwieweit die Praxis im Schadensfall abgesichert ist. Am besten mit Hilfe eines Experten oder einer Expertin.

Versicherungsschutz ständig gefährdet

Ein einfaches Beispiel: Bei dem Abschluss einer Krankenversicherung muss man Gesundheitsfragen beantworten und diese werden durch medizinische Gutachten begründet. Bei der Krankenversicherung ist die Antragsstellung für den Versicherungsschutz ausschlaggebend, und sobald die Versicherung besteht, zahlt die Versicherung, wenn Sie krank werden. Bei dem Abschluss einer Cyberversicherung müssen Sie als zahnmedizinischer Experte IT-spezifische Fragen beantworten und sich fortwährend um die Einhaltung der Voraussetzungen für den Versicherungsschutz kümmern: Softwareaktualisierungen, Patch-Management, Rechte-Rollenkonzepte, adäquate Sicherheitsvoraussetzungen …

Hier wird deutlich, wieso ich den Vergleich zwischen Krankenversicherung und Cyberversicherung gewählt habe. Bei der Krankenversicherung müssen Sie anfänglich gesund sein, bei der Cyberversicherung sind Sie als Zahnarzt oder Zahnärztin dafür zuständig, dass Ihre Praxis-IT laufend gesund bleibt, damit Sie Ihren Versicherungsschutz behalten.

Ein gutes Absicherungskonzept bietet daher neben dem Versicherungsschutz ein IT-Audit sowie umfassende Assistance-Leistungen wie eine 24-Stunden-Hotline mit IT-Experten oder IT-Forensikern, die im Schadensfall zu Rate gezogen werden können.

Jan Siol

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2022

5.8. Grundzüge der Praxiswertermittlung

Die Übernahme einer bestehenden Zahnarztpraxis oder der Eintritt in eine Berufsausübungsgemeinschaft macht regelmäßig eine Wertermittlung der Zielpraxis erforderlich.

Da es keine vorgeschriebene Bewertungsmethode gibt, wird üblicherweise nach verschiedenen Methoden gerechnet und das Ergebnis verglichen. Zu den geläufigsten zählen zum einen die Praktikermethoden, wie Gewinn-, Umsatzmethoden, und zum anderen Bewertungen nach einem reinen Ertragswertverfahren, wie es in der gewerblichen Wirtschaft üblich ist.

Hinzugetreten ist die modifizierte Ärztekammermethode, die zukünftig der Standard für die Bewertung von Arzt- und Zahnarztpraxen sein wird (Richtlinie der Bundesärztekammer vom 09. 08. 2008). Die Ärztekammermethode wurde in einem familienrechtlichen Verfahren vom Bundesgerichtshof als angemessenes Verfahren zur Ermittlung des Praxiswertes einer Arztpraxis bestätigt. Die Ausführungen des BGH zur Zulässigkeit von Bewertungsverfahren wirken sich sowohl auf Praxisbewertungen bei An- und Verkauf oder bei gesellschaftsrechtlichen Veränderungen als auch auf die Bewertungshinweise der entsprechenden Berufskammern aus.

Der BGH spricht sich ausdrücklich gegen die bisher üblichen Umsatzmultiplikatorverfahren aus: »Eine Bemessung dieses Wertes allein nach dem Umsatz verbietet sich schon deswegen, weil der Umsatz keine sicheren Rückschlüsse auf die Gewinnerwartung und somit auch nicht auf den am Stichtag realisierbaren Wert zulässt.« (…): »Ein reines Umsatzverfahren eignet sich deswegen auch nicht als Vergleichsmaßstab für eine andere Bewertungsmethode.« (BGH 9.2.11 XII ZR 40/09).

a) Umsatz- und Gewinnmethoden

Den Praktikermethoden ist gemeinsam, dass der Praxiswert aus zwei Komponenten gebildet wird: nämlich dem Substanzwert und dem ideellen Wert (»Goodwill«).

Der **Substanzwert der Praxis** entspricht dem aktuellen Zeitwert der Praxiseinrichtung, die zum Bewertungsstichtag vorhanden ist. Er wird regelmäßig durch Gutachten von Sachverständigen oder Dentaldepots ermittelt.

Hinweis: Die Grundlage bildet eine Aufstellung aller vorhandenen Vermögensgegenstände mit Alter und Gebrauchszustand, die an den Erwerber (teilweise) übertragen werden sollen. Vermögensgegenstände, die auch weiterhin im Alleineigentum eines Inhabers verbleiben sollen, gehören nicht dazu, z. B. das private Kfz, persönliche Ausstattung der Praxisräume und eventuell auch die Praxisimmobilie. Eine Praxisbegehung zusammen mit dem Nachfolger oder späteren Partner zur Begutachtung der Gegenstände ist sinnvoll.

Der **ideelle Wert** der Praxis steht für die Chance, eine eingeführte Praxis mit ihrem Patientenstamm wirtschaftlich erfolgreich fortzuführen. Hierin enthalten sind zahlreiche wertbildende Faktoren wie das Vertrauensverhältnis, das der bisherige Praxisinhaber zu seinen Patienten aufgebaut hat, der Standort, die Organisation der Praxis und vieles mehr, was keinen eigenständigen Wert hat.

Bei der **Umsatzmethode** wird unterstellt, dass der ideelle Praxiswert einen bestimmten Prozentsatz des durchschnittlichen Umsatzes ausmacht. Als Faustformel wurde angenommen, dass der Goodwill z. B. 25 % der Einnahmen ausmacht.

Bei der **Gewinnmethode** wird unterstellt, dass der ideelle Praxiswert einen bestimmten Prozentsatz des durchschnittlichen Gewinns des Praxisübergebers ausmacht. Als Faustformel wurden 50 % vom Gewinn angenommen.

Diese früher üblichen Praktikermethoden sind Verfahren, nach denen sich der ideelle Wert der Praxis schnell und einfach ermitteln lässt. Sie haben jedoch erhebliche **Nachteile**:

Die verwendeten Divisoren und Prozentsätze sind nicht begründbar oder empirisch belegt. Ferner basiert die Wertermittlung ausschließlich auf Vergangenheitswerten und berücksichtigt somit nicht die

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2013

individuellen Gegebenheiten des Praxisübernehmers. Zudem werden bei den umsatzbasierten Methoden die unterschiedlichen Kostenstrukturen, die bei Zahnarztpraxen bestehen, bei der Wertfindung vernachlässigt. Die Praktikermethoden entsprechen daher nicht den aktuellen Grundsätzen der Bewertungstheorie, nach denen sich der Wert eines Unternehmens nach dem zukünftigen Erfolg richtet, und werden daher von einigen Zahnärztekammern als Wertermittlungsverfahren abgelehnt.

b) Ertragswertverfahren

Das **Ertragswertverfahren** geht davon aus, dass sich der Wert einer Zahnarztpraxis durch die zukünftig zufließenden finanziellen Überschüsse bestimmt. Zur Berücksichtigung der Zeitkomponente erfolgt dabei eine Abzinsung der voraussichtlichen Zahlungsüberschüsse auf den Bewertungsstichtag (»Diskontierung«).

Der Ertragswert wird dabei in folgenden Schritten ermittelt:

- Auf Basis der bereinigten Vergangenheitsergebnisse der Praxis werden die künftigen Praxisüberschüsse geschätzt. Hierbei gilt:
  Soll ein neutraler, objektivierter Wert ermittelt werden, so erfolgt die Prognose der Zukunftserfolge unter Berücksichtigung realistischer Zukunftserwartungen und unter der Prämisse, dass das Praxiskonzept unverändert fortgeführt wird. Soll ein subjektiver Entscheidungswert ermittelt werden, fließen geplante Änderungen im Konzept, z. B. betreffend Umsatz- und Investitionsvolumen, besondere in der Person des Übergebers oder Übernehmers liegende Gegebenheiten sowie die geplante Finanzierung in die Bewertung mit ein.
- Von den so ermittelten Ertragsüberschüssen sind ein kalkulatorisches Gehalt des Praxisinhabers und die auf die Praxisergebnisse fallenden Ertragssteuern abzuziehen.
- Die so ermittelten zukünftigen Nettoüberschüsse sind mit einem Kapitalisierungszinsfuß auf den Gegenwartswert abzuzinsen.

Bei der Ermittlung der Ertragsüberschüsse plant man diese in der Regel für eine Phase von 3–5 Jahren detailliert und geht dann von einem nachhaltig erzielbaren Ertrag in bestimmter Höhe aus.

Als Kapitalisierungszinssatz soll der adäquate Zins für eine Alternativinvestition zugrunde gelegt werden. Dieser wird in der Praxis durch den Zinssatz einer risikofreien Anleihe zuzüglich eines Risikozuschlags ermittelt. Letzterer soll bei der Wertbestimmung den Umstand berücksichtigen, dass der Erfolg einer Zahnarztpraxis in hohem Maße von den Fähigkeiten des Praxisinhabers abhängt. Aus diesem Grund sind bei Zahnarztpraxen regelmäßig höhere Risikozuschläge gerechtfertigt als bei gewerblichen Unternehmen. In der Bewertungspraxis finden sich Zuschläge von 3 % bis 6 %.

Der ideelle Wert der Zahnarztpraxis wird in besonderem Maße durch die persönlichen Qualitäten des Praxisinhabers geprägt und verflüchtigt sich in wenigen Jahren. Dies wird in der Bewertungspraxis dadurch berücksichtigt, dass bei der Wertermittlung nur die voraussichtlichen Zukunftserfolge der nächsten 3–5 Jahre einfließen (»Goodwill-Reichweite«).

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2013

Beispiel

	Jahr 1	Jahr 2	Jahr 3	Jahr 4
Praxisleistung (ohne Fremdlabor)	280.000	270.000	290.000	300.000
Praxismaterial	18.000	17.000	19.000	20.000
Personalkosten	70.000	72.000	74.000	75.000
AfA/Reinvestitionsrate	20.000	20.000	20.000	20.000
Finanzierungskosten	12.000	12.000	12.000	12.000
Kalkulatorisches Zahnarztgehalt	45.000	45.000	45.000	45.000
Sonstige Aufwendungen	40.000	40.000	42.000	42.000
Ertragsteuern Praxis	36.000	32.500	37.000	39.000
Nettoüberschüsse	39.000	31.500	41.000	47.000
Abgezinst mit 8 %	36.111	27.006	32.547	34.546
Praxisbarwert	130.210			

Die Wertermittlung nach dem Ertragswertverfahren unterliegt in mehreren Punkten einem Ermessensspielraum, sei es bei der Überschussprognose, sei es bei der Wahl eines angemessenen Zinssatzes, sei es bei der Zahl der einfließenden Nettojahresüberschüsse. Die Wahl unterschiedlicher Bewertungsprämissen kann zu beachtlichen Wertunterschieden führen.

c) Ärztekammermethode 2008

Die neue Ärztekammermethode (Richtlinien der Bundesärztekammer vom 09. 09. 2008) vereint die Vorteile einer transparenten Wertermittlung durch ein einfaches Verfahren und der Einbeziehung des zukunftsbezogenen Praxisertrages und der Arbeitsleistung in die Bewertung.

Auch hier setzt sich der Wert einer Praxis aus dem materiellen Wert (Substanzwert) und dem immateriellen Wert (Goodwill) zusammen. Der immaterielle Wert wird dabei wie folgt ermittelt:

Beispiel für eine Zahnarztpraxis mit KZBV Durchschnittsertrag:

280.000 €	zukünftig erzielbarer **»übertragbarer« Umsatz**
./. 170.000 €	zukünftige **»übertragbare« Kosten**
= 110.000 €	»übertragbarer« Gewinn vor Steuern
./. 76.000 €	**kalkulatorisches Arztgehalt**
	(bei Umsätzen unter 240 Tsd. € für jede 25 Tsd. € um 10 %-Punkte zu kürzen)
= 34.000 €	nachhaltig erzielbarer Gewinn X **Prognosemultiplikator** (für Einzelpraxen 2 Jahre)
= 68.000 €	ideeller Praxiswert, zuzüglich Substanzwert (**Zu- oder Abschlag** von maximal 20 % für weitere wertbildende Faktoren)

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2013

Begriffsklärungen:

Übertragbarer Umsatz:
durchschnittliches Honorar (ohne Fremdlabor) und sonstige Praxiseinnahmen (Labor) in den letzten drei Kalenderjahren, bereinigt um nicht übertragbare Umsatzanteile wie personengebundene Leistungen des Praxisinhabers (Gutachtertätigkeit, Betriebsarzt o. ä.).

übertragbare Kosten:
durchschnittliche Praxiskosten in den letzten drei Kalenderjahren, bereinigt um nicht übertragbare Kosten (z. B. Ehegattengehalt, individuelle Betriebsausgaben), kalkulatorische Kosten (z. B. Abschreibungen), und zukünftig entstehende Kosten (z. B. Miete, wenn die Praxisräume bisher im Eigentum waren).

Prognosemultiplikator:
Anzahl der Jahre, in denen von einer Patientenbindung durch die Tätigkeit des bisherigen Praxisinhabers ausgegangen werden kann. Er beträgt bei Einzelpraxen zwei Jahre. Nach dieser Zeit verflüchtigt sich der ideelle Wert erfahrungsgemäß. Der Prognosemultiplikator für Gemeinschaftspraxen liegt in jedem Fall höher, laut Bundesärztekammer bei 2,5 Jahren.

Zu- und Abschlag:
Bestimmte wertsteigernde oder wertmindernde Faktoren können den so ermittelten Wert um maximal 20 % verändern. Zu nennen sind z. B. Ortslage, Praxisstruktur, besondere Nutzungsmöglichkeiten oder -beschränkungen der Räume, Qualitätsmanagement, Tätigkeitsspektrum der Praxis.

Der nach dieser Formel ermittelte Praxiswert liefert einen Anhaltspunkt für den erzielbaren immateriellen Wert Ihrer Praxis. Ein Praxiswertgutachten ist natürlich eine bessere Grundlage, aber auch mit Kosten verbunden. Letztendlich kommt es darauf an, wie ein potenzieller Erwerber die Praxis oder den Anteil an der Praxis einschätzt.

Für den Erwerber sind Planungsrechnungen analog dem Ertragswertverfahren mit Planüberschuss- und Liquiditätsrechnungen für die Fundierung seiner Investitionsentscheidung in jedem Fall empfehlenswert.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2013

5.8. Grundzüge der Praxiswertermittlung

5.8.1. Nicht oder nur schwer verkäufliche Praxen

Früher haben niedergelassene Zahnärzte, nachdem sie 30–35 Jahre ihre Praxis erfolgreich geführt hatten, ihre Praxen verkauft und den Verkaufspreis zur Altersabsicherung oder als Sicherheitspolster verwendet. Doch ist das immer noch so? Diese Frage kann nicht so einfach beantwortet werden. Denn teilweise lassen sich Praxen zu einem sehr hohen Preis veräußern und teilweise sind sie gar nicht mehr verkäuflich. In diesem Beitrag wird erläutert, warum manche Praxen gar nicht oder nur nach langwierigen und schwierigen Verkaufsprozessen verkauft werden können. Dabei ist zu beachten, dass Praxen auch deshalb schwerer verkäuflich sind, weil junge Zahnärztinnen und Zahnärzte als angestellte Zahnärzte arbeiten können und deshalb gar nicht oder erst später in die Selbstständigkeit gehen.

Steht der Verkauf einer Praxis an, sollte man rechtzeitig prüfen, welche Faktoren einem Verkauf im Wege stehen könnten, um diese, wenn möglich, vorher zu korrigieren.

Es gibt sicher eine Vielzahl von verkaufsstörenden Faktoren, aber hier sollen die nach unserer Erfahrung und nach der Einschätzung von erfahrenen Praxisvermittlern wichtigsten Kriterien erläutert werden. Dabei wurden die Kriterien, die einen Praxisverkauf erschweren, in drei Bereiche zusammengefasst.

1. Praxisräume
2. Praxiserfolg
3. Patienten/Personal/Inhaber

1. Praxisräume/Ausstattung

Bei der Praxisübernahme spielen die Räume eine sehr wichtige Rolle, da sie für den Übernehmer groß genug, erweiterbar und veränderbar, langfristig verfügbar und bezahlbar sein müssen. Auch das Praxiskonzept und die Ausstattung können entscheidend dafür sein, ob eine Praxis verkäuflich ist oder nicht.

Eine Praxis ist kleiner als 80 qm

Möchte ein Inhaber seine Praxis, die kleiner als 80 qm groß ist, veräußern, ist dies in der Regel nicht möglich. Waren früher ein bis zwei Behandlungszimmer, Empfang, Wartezimmer, WC und ein kleiner Raum für Wartung und Sterilisation der Instrumente für einen Zahnarzt ausreichend, benötigen zeitgemäß aufgestellte Praxen Platz für mindestens ein zusätzliches Behandlungszimmer (z. B. für professionelle Zahnreinigung) und Räume für Sterilisation, Verwaltung und Personal.

Chance: Wenn die Möglichkeit besteht, die Praxis räumlich zu vergrößern und entsprechende Optionen konkret aufgezeigt werden können, besteht die Chance auch eine kleine Praxis zu verkaufen, wenn die anderen Anforderungen gut erfüllt sind.

Eine Praxis hat nur zwei Behandlungszimmer ohne Erweiterungsfläche

Eine Praxis, die aufgrund des Grundrisses nur zwei Behandlungszimmer erlaubt, ist in der Regel nicht oder nur sehr schwer zu verkaufen. Da für die zahnärztliche Behandlung bereits die beiden Zimmer benötigt werden, bleibt kein Raum für weitere Behandler (z. B. professionelle Zahnreinigung oder einen angestellten Zahnarzt).

Chance: Wenn die restlichen Kriterien gut sind, ist es denkbar, dass zwei Teilzeitzahnärztinnen und -zahnärzte mit stark auseinandergezogenem Schichtplan (7:00–20:00 Uhr) und Samstagssprechstunde die Praxis kostenminimal betreiben und so auch ein Zeitfenster für die PZR schaffen können. Bei einer super Lage könnte auch eine hochexklusive Privatpraxis mit wenigen Patienten, die wenig Raum beansprucht, möglich sein. Alles in allem ist aber in einer Praxis mit zwei Behandlungszimmern fast kein Konzept erfolgreich umsetzbar.

Kein separater Raum für Wartung und Sterilisation der Instrumente oder kleiner als 6 qm/nur 1 WC/kein Büro

Praxen, die keinen der Norm entsprechenden Sterilisationsraum oder ausreichend viele Toiletten haben und auch kein Platz verfügbar ist, um einen solchen auszubauen und nachzurüsten, sind nicht verkäuflich. Das Gleiche gilt für Praxen ohne Be-

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2021

handlerbüros. Es sei denn, diese können in räumlicher Nähe (z. B. in einer anderen Etage) noch untergebracht werden.

Kein langfristiger Mietvertrag
Ganz gleich, wie groß oder schön die Praxisräume einer abzugebenden Praxis sind, ist eine Praxis ohne eine langfristige Option auf einen gültigen Mietvertrag mit feststehender Miethöhe nur schwer veräußerbar. Es sei denn, der Übernehmer interessiert sich nur für den Patientenstamm und das Personal und möchte in neue Räume umziehen.

Chance: Liegt ein Mietvertrag mit entsprechenden Verlängerungsoptionen nicht vor, sollte der Verkäufer sich darum bemühen, bevor er den Verkaufsprozess anstößt.

Die Praxis ist nicht barrierefrei
Zeitgemäße Praxen müssen barrierefrei sein, um für eine Zahnarztpraxis zugelassen zu werden. Auch wenn ein Bestandsschutz existiert, wird das Interesse an einer solchen Praxis gering sein. Die Bevölkerung wird immer älter und deshalb sollte ein barrierefreier Zugang vorhanden sein. Die gleichen Anforderungen gelten für Behinderte im Rollstuhl und für Mütter mit Kinderwagen. Deshalb ist eine Praxis in einer oberen Etage ohne Lift eigentlich nicht verkäuflich.

Landpraxen an abgelegenen Standorten
Die Lage der Praxisräume spielt beim Interesse an einer zu übernehmenden Praxis eine sehr große Rolle. Übernehmer neigen häufig dazu im städtischen Bereich, am liebsten in der Nähe des Studienplatzes, zu bleiben, auch wenn sie wissen, dass sie dort mit großer Konkurrenz und hohen Kosten rechnen müssen. Im Gegensatz zu den bereits erwähnten Kriterien, bei denen meist die Befürchtung eines zu geringen Erfolges zu einer geringen Käufernachfrage führt, ist dieses Kriterium hiermit nicht zu begründen. Denn man kann gerade im ländlichen Bereich Praxen kostengünstig und mit wenig Konkurrenz ganz entspannt und erfolgreich führen. Lediglich in sehr strukturschwachen Regionen, die weitab einer Stadt liegen, sind Zweifel nachvollziehbar, aber nicht immer begründet.

Chance: Möchte man seine Landpraxis an einem abgelegenen Standort zum Verkauf anbieten, ist es sinnvoll, viel Mühe auf ein ausgefeiltes Exposé zu verwenden. Dort sollten nicht nur Informationen zur Praxis selbst, sondern auch explizit zum Wohnumfeld (z. B. Miet- und Immobilienpreise), dem Lebensumfeld (z. B. Kindertagesstätten und Schulen) und den Freizeitmöglichkeiten (Sportangebote, Vereinsleben, Städte oder Freizeitregionen in der Nähe) enthalten sein. Eine zweite Möglichkeit besteht darin, schon lange Zeit vor dem geplanten Verkauf, im Umfeld Ausschau nach jungen Kollegen zu halten.

2. **Praxiserfolg**
Interessiert sich ein potenzieller Übernehmer für eine Praxis, möchte er natürlich wissen, wie erfolgreich sie bisher war, und fordert deshalb Jahresabschlüsse, BWAs (Betriebswirtschaftliche Auswertungen) und Abrechnungsunterlagen vom Praxisinhaber an. Er weiß natürlich, dass der zukünftige Gewinn wesentlich von der eigenen Leistung abhängt, aber trotzdem gibt es Voraussetzungen, unter denen ein Verkauf nur schwer möglich ist.

Gewinn unter 100.000,– €
Hat ein Abgeber z. B. einen Gewinn, der niedriger als 100.000,– € ist, wird es schwer sein, einen Interessenten vom Erfolg dieser Praxis zu überzeugen und ihn zum Kauf anzuregen. Dabei ist es interessant zu wissen, dass lt. KZBV-Jahrbuch weit mehr als ein Viertel aller Praxen einen Gewinn unter 100.000,– € erwirtschaften. Die Ursache hierfür kann vielfältig sein.

Chance: Eine gewinnschwache Praxis wird nur von einem Übernehmer gekauft, wenn er entweder die Lage kennt und genau dort behandeln möchte oder einen Grund sieht, warum er glaubt, diese Praxis erfolgreicher betreiben zu können. Das könnte z. B. in einer großen, aber schlecht geführten Praxis der Fall sein oder wenn der Inhaber wegen Krankheit oder Alter nicht voll arbeiten konnte. Auch ist es denkbar, dass der Inhaber seinen Gewinn durch sehr hohe persönliche Praxiskosten geschmälert hat. Deshalb ist es hier besonders wichtig, den übertragbaren Gewinn zu ermitteln, indem man die persönlichen Ausgaben (z. B.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2021

hohe Kfz-Kosten, Fortbildungs- und Reisekosten, Zinsen usw.) herausrechnet und eine Planrechnung für den Übernehmer erstellt.

Schlechte Ausstattung durch zu niedrige Investitionen
Schlecht ausgestattete Praxen verkaufen sich auch schlecht. Ein Teil der Praxisinhaber hört zu früh auf zu investieren, da sie glauben, dass sich das sowieso nicht mehr lohnt. Erschwerend kommt die Tatsache hinzu, dass Praxen mit einem niedrigen Gewinn häufig auch Liquiditätsprobleme haben. Deshalb werden notwendige Neuinvestitionen verzögert und somit ein Investitionsstau verursacht. Was zu einer Negativspirale führen kann und zu einer weiteren Verschlechterung der Verkaufsaussichten führt.

Chance: Man kann die Praxis vorher neutralisieren, d. h. die persönlichen Dekorationsgegenstände entfernen und offensichtliche Mängel beseitigen. So kann man erreichen, dass sich ein Interessent vorstellen kann, wie die Praxis renoviert und neu ausgestattet aussehen könnte. Eine schlecht ausgestattete Praxis ist verkäuflich, aber zu einem niedrigeren Preis.

Keine oder nur wenig Einnahmen von angestellten Leistungserbringern
Hat eine Praxis nur wenig Einnahmen aus der PZR, kein Eigenlabor und auch keinen angestellten Zahnarzt, ist dem Übernehmer klar, dass alle Kosten ausschließlich durch sein eigenes Honorar erwirtschaftet werden müssen. Da dies viele Unsicherheiten und Risiken mit sich bringt und sich auch häufig nicht mit der angestrebten Work-Life-Balance vereinbaren lässt, ist eine solche Praxis schwer verkäuflich.

Zu wenig oder die falschen Patienten (Scheinzahl < 250)
Um eine Praxis erfolgreich führen zu können, benötigt man in erster Linie eine ausreichende Anzahl von Patienten, die zum eigenen Leistungsspektrum passen.

Hat eine Praxis zu wenig Patienten, ist sie schwer veräußerbar. Der Übernehmer muss befürchten, dass er einem Teil der Patienten nicht gefällt und er diese verliert. Er wird sich genau anschauen, wie die Konkurrenzsituation aussieht. Gibt es vor Ort schon zu viele Kollegen, entsteht möglicherweise in der Nachbarschaft ein großes Zahnarztzentrum oder hat er die Chance Patienten von benachbarten abgabewilligen Praxen zu übernehmen? Hierbei spielt auch die Art der Patienten eine wichtige Rolle. Wie ist der Anteil der Privatpatienten, welchen Anspruch haben die Patienten an die Qualität der Behandlung und sind sie Zuzahlungen gewöhnt?

Chance: Sind die anderen Kriterien erfüllt, hängt der mögliche Erfolg von der Einschätzung des Übernehmers ab. Wenn der potenzielle Übernehmer die Patienten z. B. schon als Angestellter kennengelernt hat und somit sicher sein kann, dass sie bleiben, erhöht sich die Chance, dass er die Praxis kauft. Oder er muss ausloten, ob man mit dem eigenen Leistungsspektrum weitere Patientenkreise ansprechen und gewinnen kann. Auch dann wird das Interesse steigen. Hierbei ist es wichtig zu klären, welche Marketingmaßnahmen von der abzugebenden Praxis bereits erfolgt sind.

3. Personal/Inhaber
Das Personal ist der Schlüssel zum Erfolg und ein gutes Team trägt wesentlich zum Erfolg der Praxis bei. Es muss zum Praxisübernehmer und seiner Behandlungsart passen. Die Bindung des Patienten erfolgt nicht nur über den Zahnarzt, sondern in vielen Fällen auch über das Personal.

Außerdem ist es für den Verkauf einer Praxis existenziell wichtig, dass der Abgeber auch wirklich zum Abgeben bereit ist und das Team bereit ist, einen Übernehmer positiv aufzunehmen.

Kein Personal oder nur eine Mitarbeiterin
Bietet ein Zahnarzt seine Praxis zum Verkauf, in der er keine oder nur eine Mitarbeiterin hat, ist es fast unmöglich, diese zu verkaufen. Die Anzahl dieser Praxen ist sicher sehr gering und wahrscheinlich noch mit anderen Nachteilen (z. B. zu kleine Räume, niedriger Gewinn) gekoppelt.

Chance: Aus meiner Sicht ist eine solche Praxis nicht veräußerbar, es sei denn, es gibt ganz spezielle nachvollziehbare Gründe dafür.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2021

Praxisinhaber ist noch nicht zum Abgeben bereit

Sucht ein Praxisinhaber, der aber innerlich noch nicht für den Verkauf seiner Praxis bereit ist, einen Nachfolger, ist dies nicht ohne Hilfe durch einen Mediator/Vermittler möglich. Nicht selten behandelt der Praxisinhaber den Interessenten wie einen Feind, der ihm etwas abnehmen möchte und das, obwohl er vorgibt, verkaufen zu wollen. D. h., er ist nicht zur Abgabe bereit. Deshalb ist es ratsam, die eigene Bereitschaft und die finanziellen Konsequenzen eines Praxisverkaufs vor dem Start der Verkaufsaktivitäten zu prüfen.

Besonders schwierig gestaltet sich auch der Verkauf eines Praxisanteils einer Berufsausübungsgesellschaft, da der Übernehmer auch zum verbleibenden Inhaber passen muss.

Möchte der Abgeber nach der Übergabe noch mehrere Jahre als angestellter Zahnarzt in der Praxis tätig sein, kann dies einerseits eine gute Unterstützung für den Übernehmer sein, andererseits kann es aber auch Probleme mit der veränderten Rolle des Abgebers geben. Daran sind schon viele Übernahmen gescheitert.

Chance: Hier kann in beiden Fällen nur ein professioneller Berater durch eine gute Gesprächsführung vermitteln und den Verkaufsprozess erleichtern.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass ein Kriterium allein nicht darüber entscheidet, ob eine Praxis verkäuflich ist oder nicht, solange sich die Fehlstellung nachträglich beheben lässt. Aber es gibt zwei wesentliche Aspekte, die Übernehmer vorrangig beachten. Zum einen sind es ausreichend große Praxisräume in guter Lage mit einem langfristig durch Optionen gesicherten Mietvertrag und zum anderen Praxen, die über ausreichend hohe Patientenzahlen und überdurchschnittlich guten Gewinn verfügen. Sind beide Kriterien erfüllt, kann die Praxis erfolgreich weitergeführt werden. Interessanterweise ist dann der Kaufpreis aufgrund der niedrigen Zinsen nicht das Hauptkriterium.

Monika Brendel, Dipl.-Kffr.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2021

5.9. Zahlungsverkehr

Für die Erstellung der Buchhaltung von Zahnarztpraxen, die ihren steuerlichen Jahresüberschuss mittels einer einfachen Überschussrechnung ermitteln, benötigt man die Zahlungsflüsse aller Praxiskonten (Bankzahlungen) und Kassen (Barzahlungen).

Sind die **Barzahlungen** bereits in einem EDV-Kassenbuch der Zahnarztsoftware oder in einer Fremdsoftware erfasst, können sie mittels Import über eine Schnittstelle direkt und ohne erneute Eingabe in die Buchhaltung überführt werden. Werden die dazugehörigen Barbelege digital erfasst, sind sie auch in der Buchhaltung verfügbar.

Kartenzahlungen der Patienten via EC-Cash, SumUp und anderen Kartenlesegeräten sind unbare Zahlungen und werden nicht in der Barkasse erfasst. Die fließen auf die Bankkonten und werden dann per anderen Kontenbewegungen über eine Schnittstelle in die Buchhaltungssoftware übermittelt. Dazu bedient sich die Software standardisierter Schnittstellenanbieter, welche alle entsprechend der PSD2-Zahlungsdienstrichtlinie arbeiten müssen und durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) bestätigt sind. Es handelt sich dabei um eine verbindliche EU-Richtlinie zur Regulierung von Zahlungsdiensten und Zahlungsdienstleistern, die die Kompatibilität von Bank- zu Softwareschnittstellen gewährleistet.

Das Gleiche gilt für **Bankzahlungsvorgänge**, die mit einer Onlinebanking- und/oder einer modernen Buchhaltungssoftware bearbeitet werden, da man dort mehrere Vorteile genießt und der Zahlungsverkehr zeitlich kaum noch belastet:

- Man kann verschiedene Bankkonten (Praxis, privat, Immobilie usw.) leicht und übersichtlich verwalten.
- Die Bankverbindungen der Zahlungsempfänger können hinterlegt werden, so dass Überweisungen schneller gehen.
- Daueraufträge können im Bankprogramm erteilt werden.
- Geld kann mühelos und außerhalb der Banköffnungszeiten von einem Konto zum anderen überwiesen werden.
- Aktuelle Kontostände können jederzeit und überall abgerufen werden.
- Es ist möglich, die Zahlungsvorgänge eines beliebigen Zeitraums (z. B. Monat) zu exportieren und sie in die Buchhaltung zu übernehmen. Alle Informationen wie das Datum, der Betrag und der Verwendungstext stehen ohne weitere Eingabearbeit zur Verfügung. Das Einzige, was dann noch fehlt, ist die Kontierung (Kapitel 4 Buchhaltung).
- Eine moderne Buchhaltung unterstützt die Anwender mithilfe der künstlichen Intelligenz bei den Kontierungen der übermittelten Bankzahlungsvorgänge, dies gilt für die Exporte aus einer Onlinebanking-Software oder für die automatisch übermittelten Datensätze. Dabei werden die Konten vorgeschlagen und die dazugehörigen digitalen Belege automatisch zugeordnet.
- Mit modernen Buchhaltungssystemen ist es außerdem möglich, Eingangsrechnungen automatisch verarbeiten zu lassen. Solche Systeme sind u. a. in der Lage, den zu zahlenden Betrag, die Rechnungsnummer, den Zahlungsempfänger und die IBAN auszulesen und Überweisungsträger entsprechend vorauszufüllen.
- Eine zusätzliche Arbeitserleichterung in der Praxisverwaltung entsteht durch die digitale Übernahme der Patientenzahlungen und der Zahlungen der Abrechnungsgesellschaften von Bankkonten direkt in die jeweilige Offene-Posten-Verwaltung der Praxisverwaltungssoftware.

Umsetzung: Der Bankzahlungsverkehr ist bereits vollständig digital möglich und stellt insofern keine neue Herausforderung dar. Die meisten Praxisinhaber nutzen Onlinebanking-Programme für die Erledigung des Zahlungsverkehrs. Der Einsatz einer spezialisierten Buchhaltungssoftware kann die Arbeitsabläufe weiter automatisieren und optimieren und so Zeit und Kosten sparen. Bei den Barzahlungen besteht oft noch Handlungsbedarf bei der Umstellung auf ein digital geführtes Kassenbuch, was meist in der Praxisverwaltungssoftware integriert ist.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

5.9. Zahlungsverkehr

5.9.1. Einleitung

Für den Zahnarzt gibt es verschiedene Möglichkeiten, Honorarvereinbarungen mit seinem Patienten zu treffen:

- Vereinbarung einer Vorschusszahlung für Labor- und Materialkosten
- Rechnungsstellung
  - Barzahlung
  - Zahlung per E-Cash
  - Zahlung per Überweisung
  - Zahlung per Einzugsermächtigung
  - Abtretung der Forderung an eine Abrechnungsgesellschaft wie beispielsweise der ZA-Zahnärztliche Abrechnungsgenossenschaft eG im Rahmen des FVDZ-Forderungsmanagements
- Treffen einer Ratenzahlungsvereinbarung

Da ein Großteil der hierzu erforderlichen Ausführungen rechtlicher Natur sind, finden Sie diese sowie entsprechende Musterbriefe in Kapitel 8.3. Hier geben wir Ihnen ergänzend einige Informationen zu dem kartengestützten Zahlungsverkehr via Electronic Cash sowie zum Forderungsmanagement.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

5. Betriebswirtschaft/Finanzen

5.9. Zahlungsverkehr

5.9.1. Einleitung

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

5.9.2. Electronic Cash/Kartengestützter Zahlungsverkehr

Voraussetzung für den Einsatz des Electronic Cash ist neben einer sofortigen Rechnungserstellung in der Praxis mit allen damit verbundenen organisatorischen Problemen ein entsprechendes von einer Bank zu mietendes oder zu kaufendes Terminal inklusive Drucker und Datenleitung zur Bank.

Ein Preisvergleich der unterschiedlichen Angebote wird durch eine Vielzahl unterschiedlicher Gebührenkomponenten (gegebenenfalls Mietgebühr bzw. Kaufpreis, Grundgebühr, Postengebühren, Autorisierungsgebühr, Einrichtungskosten, Service-Hotline, Wartungspauschalen usw.) erschwert.

Sollen auch Kreditkartenzahlungen akzeptiert werden, muss mit jeder Vertreiberfirma ein separater Vertrag geschlossen werden. Die Konditionen schwanken zumeist zwischen 3 und 5 % des Rechnungsbetrages. Insofern ist mit der Annahme von Kreditkarten ein oftmals erheblicher Gewinnverlust verbunden.

Die unterschiedlichen Zahlungsarten
– ELV – Elektronisches Lastschriftverfahren (offline)
– POZ – »Point of Sale«-Lastschriftverfahren (online)
– EC-Cash
– Kreditkarten
– Geldkarten

unterscheiden sich hinsichtlich Zahlungsrisiko bzw. Zahlungsgarantie, die abhängig von der telefonischen Sperrdateiabfragung und ggf. der Eingabe der PIN-Nummer sind (und natürlich auch von der Gebührenhöhe her differieren).

Einen Überblick erhalten Sie durch folgende tabellarische Aufstellungen:

Zahlungsart	für den Patienten	für den Zahnarzt
ELV offline und online	keine PIN-Eingabe nur Unterschrift des Patienten keine Sperrdateiabfrage ec-Kartengebühr	Absicherung des Ausfallrisikos möglich Übertragung der Daten auch online mit speziellem Programm möglich Unterschriftsüberprüfung keine Einlösegarantie
POZ online	keine PIN-Eingabe nur Unterschrift des Patienten ec-Kartengebühr	Absicherung des Ausfallrisikos möglich Bei Nichteinlösung Adressbekanntgabe durch Bank Onlinekosten (Sperrdateiabfrage) Unterschriftsüberprüfung
EC-Cash online	keine Unterschrift nötig geringe Kartengebühr PIN-Eingabe ec-Kartengebühr	Zahlungsgarantie der Bank Gebühr geringer als bei Kreditkarte, sicheres Verfahren Onlinekosten Autorisierungsgebühr
Kreditkarten	nur Unterschrift Zinsvorteil individueller Kreditrahmen Kontoführung kostenfrei hohe Kartengebühr	Imagegewinn? zeitlich verzögerte Gutschrift hohe Gebühren bei Kreditkarteninstituten
Geldkarte offline (verliert an Bedeutung)	keine Unterschrift keine PIN-Eingabe Kartengebühr Verfügungsbetrag bis 200,– €	Zahlungsgarantie zzt. 200,– € Gebühr 0,3 % vom Umsatz für Kreditinstitut bis max. 200,– €

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

5.9.3. Forderungsmanagement

Die Angebote der Abrechnungsgesellschaften differieren zum Teil erheblich, so dass ein Preisvergleich auch hier nur schwer möglich ist. Die Gefahr, eigentlich nicht vergleichbare Leistungspakete gegenüberzustellen, ist enorm groß.

Zu den Leistungsangeboten zählen beispielsweise:
- Bonitätsanfrage
- Rechnungsdruck und -versand
- Sachliche Rechnungsprüfung
- Factoring (mit unterschiedlichen Graden der Übernahme des Ausfallrisikos, unterschiedliche Auszahlungsvarianten von der Sofortauszahlung bis hin zu diversen späteren Auszahlungsterminen)
- Inkasso
- Kaufmännisches Mahnwesen
- Gerichtliches Mahnwesen
- Übernahme des Schriftverkehrs mit Patienten und Kostenerstattern
- Ratenzahlungsangebote für die Patienten
- GOZ-Hotline
- Diverse weitere Serviceleistungen

Das umfangreichste und preiswerteste Angebot in diesem Segment bietet die ZA-Zahnärztliche Abrechnungsgenossenschaft eG, mit der wir nicht nur aus diesem Grund auch im Rahmen des FVDZ-Forderungsmanagements kooperieren (Detaillierte Informationen dazu finden Sie in Kapitel 3.6.). Denn die ZA eG als ein Unternehmen, das von Zahnärzten für Zahnärzte gegründet wurde, ist ihren Mitgliedern, den Zahnärzten, in besonderer Weise verpflichtet und richtet alle Aktivitäten zum Nutzen der Zahnärzte aus.

Dadurch ist sichergestellt, dass zum einen das Zahnarzt-Patienten-Verhältnis nicht beeinträchtigt wird und zum anderen auch die Qualität der Dienstleistung genau auf die Bedürfnisse der Zahnärzte abgestimmt ist. Dies ist die Messlatte, an der sich auch die Großunternehmen messen lassen müssen, die mit eigenen Factoringangeboten in den Dentalmarkt drängen, weil sie dort ein lukratives Geschäftsfeld vermuten oder auch nur Zugriff auf die Geldströme im Gesundheitswesen zu erlangen suchen.

Der FVDZ sieht die Angebote dieser Großunternehmen mit zunehmender Besorgnis, stellen sie doch gerade in schlechten Zeiten für viele Zahnärzte eine große Verlockung dar, die die Alarmglocken, die vor einer weiteren Aufgabe von Freiheitsgraden warnen, übertönen. Durch die Kooperation mit der ZA eG möchte der FVDZ dieser besorgniserregenden Entwicklung entgegenwirken.

Die Entscheidung pro Einschaltung einer Abrechnungsgesellschaft fällt im Übrigen zunehmend leichter, gilt es doch, sich im Zuge der sich stetig wandelnden politischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen optimal aufzustellen. In diesem Zusammenhang muss eine Konzentration auf die honorarwirksamen Aktivitäten und somit letztlich auf das erfolgen, was die Praxis selbst am besten kann, nämlich die Beratung und Behandlung von Patienten. »Do what you can do best, outsource the rest.« Gerade das eigentlich praxisfremde Forderungsmanagement bietet sich diesbezüglich an, zumal damit auch eine Risikoverlagerung auf den Anbieter und eine deutliche Verbesserung der Liquidität verbunden ist. Ferner führen auch die immer restriktiver werdende Erstattung durch Beihilfestellen und private Krankenkassen und der damit verbundene ausufernde Schriftverkehr mit den Kosten erstattenden Stellen dazu, dass immer mehr Zahnärzte das Forderungsmanagement nicht mehr selbst erledigen möchten, sondern einen darauf spezialisierten Dienstleister in Anspruch nehmen.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

5.10. Liquiditätsrechnung

Die Liquiditätsbetrachtung stellt einen besonderen Teil des Controllings dar. Der Fokus liegt dabei ganz auf dem »Weg des Geldes« – wo ist es in der Vergangenheit geblieben und wie können wir es in der Zukunft lenken?

Auch wenn die Zahnarztpraxis erfolgreich ist, sagt dies nicht unbedingt etwas über die Liquidität aus. Die BWA zeigt lediglich, ob ein Überschuss erwirtschaftet wurde. Vereinfacht gesagt: Wie viel bleibt von den Einnahmen nach Abzug aller Kosten als Gewinn übrig?

Da in den Kostenpositionen der BWA auch Aufwendungen versteckt sind, welche keinen Geldabfluss verursachen (z. B. Abschreibungen), andere Geldabflüsse (z. B. Privatentnahmen) jedoch nicht ergebniswirksam sind, unterscheiden sich Liquiditätsrechnung und BWA in aller Regel. Die liquiditätswirksamen Positionen außerhalb der BWA findet man in der Summen- und Saldenliste. Dazu gehören Darlehensveränderungen (also Darlehensaufnahmen und -tilgungen), Anlagenveränderungen (Verkauf oder Kauf von Anlagegütern) sowie die Privatentnahmen der Inhaber.

Liquidität verstehen

Wenn man die Liquidität in ihren Auswirkungen und zeitlichen Verzögerungseffekten verstehen will, ist es notwendig, den »Weg des Geldes« von der Honorarerbringung bis zum Zahlungseingang auf dem Bankkonto abzubilden. Denn häufig versickert schon zu Beginn dieses Prozesses ein Teil des Leistungshonorars. Ein erheblicher Teil der erbrachten Leistungen wird zunächst gar nicht oder nicht vollständig dokumentiert. Von den dokumentierten Leistungen werden wiederum rund 7 bis 8 % nicht abgerechnet. Bis zu weiteren 5 % fallen dann als abgerechnet, aber »nicht einbringbare« Leistung aus. Gründe hierfür liegen zum Beispiel in ausgebliebenem Behandlungserfolg, aber vor allem auch in optimierungsfähigen Verwaltungsprozessen in den Praxen. Der nicht mehr zeitgemäße manuelle Abgleich der Patientenzahlungen mit den offenen Rechnungen ist aufwändig und fehleranfällig und führt regelmäßig zu vergessenen Zahlungserinnerungen – leider ist er in vielen Praxen noch anzutreffen.

Ein Blick auf die BWA der Zahnarztpraxis zeigt das steuerliche Ergebnis der Praxis zum jeweiligen Stand der Buchhaltung. Um ein besseres Bild davon zu haben, wie viel Liquidität in einem Zeitraum operativ erwirtschaftet wurde, müssen die Abschreibungen wieder zum Praxisergebnis hinzugerechnet werden, da es sich dabei lediglich um die steuerliche Berücksichtigung der Abnutzung von Anlagegütern handelt und nicht um eine Ausgabe in der Periode.

Im nächsten Schritt sind die Darlehens- und Anlagenveränderungen zu berücksichtigen. Werden Darlehen getilgt, so fließt hier Geld ohne Niederschlag in der BWA ab. Wird ein neues Darlehen aufgenommen, fließt Geld zu und verbessert die Liquidität der Praxis – ganz unabhängig vom Praxiserfolg, wie man an dieser Stelle gut erkennen kann. Auch der Zukauf oder Verkauf von Anlagegütern wirkt sich auf diese Art in der Liquidität aus.

Das Zwischenergebnis an dieser Stelle der Liquiditätsberechnung ist die sogenannte »Veränderung der verfügbaren Liquidität« – also die im Grundsatz für die Periode entnehmbare Summe. Zieht man von dieser noch die Entnahmen des beziehungsweise der Praxisinhaber ab, so stellt sich die »Veränderung der freien Liquidität« als positive oder negative Entwicklung der zur Verfügung stehenden Finanzmittel dar.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022



Und wo sehe ich die zukünftige Liquidität?

Zu wissen, wohin das Geld in der Vergangenheit geflossen ist, ist erst eine Seite der Medaille. Um in die Zukunft zu blicken, kann man sich jedoch des gleichen Schemas bedienen, sofern man z. B. mittels einer Planrechnung die Eckdaten der Praxisentwicklung festgelegt hat. Eventuelle aktuelle Änderungen und Entwicklungen aus dem Tagesgeschäft sind anzupassen und die geplante zu erbringende Leistung zu schätzen. Auf diesem Wege ist die geplante Veränderung der verfügbaren Liquidität ermittelbar.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

5.11. Der Erfolg der Prophylaxeabteilung

Mittlerweile ist es in deutschen Zahnarztpraxen üblich, eine oder mehrere speziell ausgebildete Fachkräfte eigens für die Ausführung der Prophylaxebehandlungen einzustellen und man richtet dafür eine separate Prophylaxeabteilung ein. Das bedeutet:

- Behandlungszimmer und -einheiten müssen bereitgestellt werden
- MitarbeiterInnen müssen zu Weiterbildungsmaßnahmen geschickt werden oder man stellt speziell ausgebildete MitarbeiterInnen dafür ein
- das ganze Team muss den Ablauf der Prophylaxeabteilung kennen, um diesen zu unterstützen
- Marketingmaßnahmen sollten ergriffen werden
- Preise müssen festgelegt werden
- ein Prophylaxekonzept muss ausgearbeitet werden

Eine separate Prophylaxeabteilung birgt einen hohen Organisationsaufwand. Deshalb ist es wichtig, regelmäßig zu kontrollieren, ob sich dieser Aufwand lohnt.

Meist wird nicht hinterfragt oder gar berechnet, ob die »Prophylaxeabteilung« rentabel arbeitet oder ob Sie einen dort entstandenen Verlust, ohne es zu bemerken, durch Ihre Arbeit ausgleichen müssen. Lediglich das volle Terminbuch der ProphylaxemitarbeiterInnen als Erfolgskontrolle zu nutzen, ist nicht ausreichend.

Was sollten Sie also tun? – Analysieren und errechnen Sie den Teilerfolg der Prophylaxe separat.

Folgende Informationsquellen stehen Ihnen dafür zur Verfügung:

Leistungsstatistik der Praxisverwaltungssoftware

Hier kann der geleistete Prophylaxeumsatz der einzelnen MitarbeiterInnen angeschaut und sowohl untereinander als auch im Zeitablauf verglichen werden. Das sind aber nur die erbrachten Einnahmen und insofern zwar ein Hinweis, aber kein Garant für den tatsächlichen Erfolg.

Buchhaltung

In der Buchhaltung kann man einige Ausgaben der Prophylaxe separat erfassen und auswerten. Die Aussagekraft ist aber gering, da nicht alle Ausgaben (z. B. Einmalhandschuhe usw.) differenziert aufgeteilt werden können. Man kann in der Buchhaltung höchstens den Deckungsbeitrag abbilden. Die geflossenen Einnahmen der Prophylaxe werden in der BWA nur dann sichtbar, wenn sie entweder direkt auf ein separates Konto gebucht oder mit Hilfe einer Monatsumbuchung lt. Leistungsstatistik umgebucht wurden.

Profitcenterrechnung

Mit einer Profitcenterrechnung ist es möglich, alle Praxiseinnahmen und -ausgaben so differenziert zwischen den verschiedenen Praxisbereichen zu verteilen, dass der Erfolg der Prophylaxe sichtbar wird. Eine solche Verteilung erfolgt zwar auf der Basis der Buchhaltung, ändert diese aber nicht.

Um eine Profitcenterrechnung zu erstellen, benötigt man folgende Daten:

- Buchhaltung (als Datei)
- Honorarumsätze der Leistungserbringer (Tipp: In Praxisverwaltungssoftware als separaten Leistungserbringer anlegen)
- Arbeitgeberbelastung pro MitarbeiterIn für alle Monate des Betrachtungszeitraums
- Arbeitszeiten mit entsprechender Stundenaufteilung

Bei der Analyse des Prophylaxeerfolgs können folgende Informationen in einer Profitcenterrechnung abgerufen werden:

Gewinn
Hier wird sichtbar, ob die Prophylaxeabteilung einen eigenständigen Gewinn und somit einen positiven Beitrag zum Gesamterfolg der Praxis erzielt hat.

Rentabilität
Die Rentabilitätskennzahl zeigt an, ob der in der Prophylaxe entstandene Gewinn in einer gesunden Relation zu den Prophylaxeeinnahmen steht.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Stundensätze
Um den Erfolg der Prophylaxe sicher einschätzen zu können, benötigt man die Einnahmen, die Kosten und den Gewinn pro Arbeitsstunde. Für die Berechnung werden hier die für die Behandlung zur Verfügung stehenden Arbeitszeiten zugrunde gelegt.

Analysiert man z. B. die Einnahmen pro Stunde, kann es zu einer großen Differenz zwischen den geplanten Einnahmen pro Stunde und den tatsächlich vereinnahmten lt. Profitcenterrechnung kommen. Dies kann unter anderem an einer mangelnden Auslastung, zu langen Umrüstzeiten oder Ähnlichem liegen.

Die Kosten pro Stunde sind die Grundlage der Preiskalkulation, denn sie beinhalten anteilig alle Kosten der Praxis.

Personalkostenkennzahl
Die Personalkostenkennzahl zeigt die Relation zwischen dem von den einzelnen ProphylaxemitarbeiterInnen erbrachten Honorarumsatz und der Arbeitgeberbelastung, die sie zeitanteilig verursachen. Sie dient sowohl dem internen als auch dem externen Vergleich und hilft bei Gehaltsverhandlungen.

Häufige Ursachen für einen Misserfolg sind eine schlechte Terminplanung oder wenn die PZR gar nicht in klar definierten Zeiten und Räumen angeboten werden kann.

Setzen Sie daher klare Ziele und prüfen Sie regelmäßig, ob diese erreicht werden.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

5.12. Das erfolgreiche Eigenlabor

Gehören Sie auch zu den Zahnärzten mit einem Eigenlabor? Es gibt natürlich viele gute Gründe dafür: Man betrachtet es als angenehmen Service für die Patienten, da der Techniker im Haus ist und beratend zur Seite steht. Auch für den Behandler ist es einfacher, mit dem Modell in der Hand unmittelbar mit dem Techniker zu kommunizieren anstatt per Telefon.

Doch bedenken Sie: Das Betreiben eines Eigenlabors wirft auch viele Fragen auf und kann einige Probleme zur Folge haben. Es muss z. B. das Thema Umsatzsteuerpflicht sowohl organisatorisch als auch steuerlich geklärt sein.

Lohnt sich mein Eigenlabor?

Diese Frage sollten Sie sich von Zeit zu Zeit stellen. Prüfen Sie, ob das Eigenlabor für sich gesehen wirtschaftlich arbeitet bzw. ob es rentabel ist. Eine schwarze Null zu schreiben, sollte Ihnen nicht genügen – denn das Labor darf auf keinen Fall Verluste erzielen, die dann von Ihnen durch andere Leistungen aufgefangen werden müssen. Streben Sie vielmehr an, dass alle Praxisbereiche für sich profitabel arbeiten. Aber wie bzw. mit welchen Auswertungen können Sie das feststellen?

Leistungsstatistik der Praxisverwaltungssoftware
In ihr können lediglich die erbrachten Einnahmen (mit und ohne Umsatzsteuer) im Eigenlabor angezeigt und in der Entwicklung überwacht werden.

Buchhaltung

In ihr findet man zwar sowohl die Einnahmen Eigenlabor (umsatzsteuerpflichtig) als auch die Buchhaltungskonten für Laborbedarf oder Gerätekosten Labor, eine feinere Aufgliederung in die einzelnen Praxisbereiche ist jedoch nicht möglich.

Analyse mit einer Profitcenterrechnung

Eine differenzierte Analyse der einzelnen Bereiche liefert Ihnen eine professionelle Profitcenterrechnung, welche die Informationen aus der Buchhaltung intelligent mit denen der Praxisverwaltungssoftware verknüpft. Anhand dieser Auswertung können Sie dann das sich ergebende Laborergebnis genau analysieren.

Beispiel:

Erfolgsrechnung	Labor
Ertrag	208.606 €
Aufwand	-147.303 €
Operatives Ergebnis	**61.303 €**
Ergebnis vor Steuern	**61.303 €**
Steuerliches Ergebnis	**53.716 €**

Einnahmen / h	**107 €**
Ausgaben / h	**-80 €**
Ergebnis / h	**28 €**

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Fehleinschätzung der Einnahmen

In der Regel gehen die Praxisinhaber davon aus, dass sowohl die Prophylaxeabteilung als auch das Eigenlabor erfolgreich betrieben werden. Häufig stellt sich jedoch bei der Analyse der Profitcenter heraus, dass dies eine Fehleinschätzung ist. Es werden nur die recht hohen Einnahmen gesehen, während Sie keine Vorstellung von den genauen Kosten einer Abteilung haben. Direkte Kosten (z. B. Laborbedarf usw.) können in der BWA dem Bereich Labor zugeordnet und in Form einer Deckungsbeitragsrechnung ausgewiesen werden. Problematisch wird es dann aber bei der Zuordnung der Allgemeinkosten (z. B. Raumkosten usw.) und besonders der Personalkosten, da diese anteilig weder in der Buchhaltung noch per Excel errechnet werden können. Diese Kostenaufteilung kann nur mit Hilfe einer Profitcenterrechnung durchgeführt werden.

Um eine differenzierte Profitcenterrechnung zu erstellen, benötigen Sie:

- die Daten aus der Buchhaltung (erhalten Sie vom Steuerbüro)
- die Honorarerlöse der Leistungserbringer aus der Leistungsstatistik der Praxisverwaltungssoftware
- die Personalkosten aller Mitarbeiter
- die Anzahl der Stunden, die die Einzelnen in den verschiedenen Bereichen gearbeitet haben

Welche Informationen ergeben sich aus der Laboranalyse?

Einnahmen, Ausgaben und Gewinn
Hier können Sie die Entwicklung der Einnahmen, der Ausgaben und des Gewinns im Eigenlabor verfolgen bzw. erkennen, ob überhaupt ein Gewinn in diesem Praxisbereich erzielt wurde. Erarbeitet das Eigenlabor einen angemessenen Gewinn, ist dies ein positiver Beitrag zum Gesamterfolg der Praxis.

Tipp: Sollte sich dabei allerdings zeigen, dass das Eigenlabor, so wie in der Grafik dargestellt, einen Verlust erzielt, besteht dringender Handlungsbedarf.

Rentabilitätskennzahl
An der Rentabilitätskennzahl für das Labor erkennen Sie, ob die Relation zwischen den erzielten Einnahmen und dem Gewinn gut ist, d. h. ob das Labor effektiv gewirtschaftet hat.

Tipp: Eine Eigenlaborrentabilität von über 30 % wäre gut.

Stundensätze
Die Profitcenteranalyse zeigt genau, wie hoch die Einnahmen, die Ausgaben und der Gewinn pro Stunde waren.

Tipp: Es erleichtert die Gehaltsgespräche, wenn Sie sagen können, wie viel Umsatz pro Durchschnittsarbeitsstunde erzielt wurde. Außerdem wird deutlich, ob es sich um ein Einnahmen- oder ein Ausgabenproblem handelt.

Anteil am Gesamterfolg der Praxis
Es wird berechnet, wie viel Prozent die Laboreinnahmen, die -kosten und der -gewinn zum Gesamtergebnis beitragen.

Tipp: Diese Relation verdeutlicht den anteiligen Erfolg am Gesamterfolg. Siehe Bild 2.

Personalkostenkennzahl der Techniker
Es gibt für jeden im Labor beschäftigten Techniker eine Personalkostenkennzahl, die besagt, wie die Relation zwischen dem jeweils erbrachten Umsatz und den eigenen Personalkosten ist.

Unser Tipp
Der FVDZ unterstützt die Controlling-Lösung solvi control. Mit Hilfe des Moduls Profit-Center-Rechnung können Sie den Erfolg einzelner Standorte, Praxisbereiche und Mitarbeiter analysieren.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

5.13. Materialverwaltung und Warenwirtschaft

In Zeiten von Budgetierung und stagnierenden Honorarsteigerungen spielt die Warenwirtschaft in unseren Praxen eine wichtige Rolle. In vielen Praxen wird Geld verschenkt, weil Materialien in irgendwelchen verborgenen Ecken liegen, obwohl bereits Neues bestellt wurde. Wer kennt das nicht: Man bekommt das Angebot, ein neues Material zu testen. Die gelieferte Packung enthält die Probe und zusätzlich die normale Menge, die bei Nichtgefallen zurückgeschickt werden kann. Nur wird das Zurückschicken oft vergessen.

Es ist also wichtig, ein System in der Praxis zu haben, das registriert, was vorrätig ist und wie lange es haltbar ist. Ob man das elektronisch oder händisch macht, spielt eine untergeordnete Rolle. Eine Bestandsaufnahme sollte regelmäßig, mindestens einmal pro Jahr, jedoch bei jeder Bestellung gemacht werden. Wie bei allen derartigen Systemen ist die korrekte und konsequente Handhabung das A und O.

Wenn man dann festgelegt hat, was und wie viel bestellt werden muss, gibt es mehrere Möglichkeiten. Beispielhaft werden hier zwei erwähnt:

1. Bestellung über das Dental-Depot.

2. Bestellung online

Zu 1: Bestellung über das Dental-Depot
Hier bekommt man nicht immer die günstigsten Preise, dafür aber Unterstützung in der Bestellung. Bei Artikeln, die nicht so bekannt sind, kann die Mitarbeiterin des Depots für Sie auf die Suche gehen und Ihre Mitarbeiterin in der Praxis kann sich dafür um andere Aufgaben in der Praxis kümmern. Ein anderer Vorteil bei Bestellungen über ein Depot ist die schnelle Serviceleistung eines Technikers. Wenn Geräte in Ihrer Praxis nicht funktionieren, kommt der Techniker in der Regel schneller, wenn Sie Kunde dieses Dental-Depots sind.

Zu 2: Online-Bestellungen
Bei Bestellungen über Internetfirmen können Sie wahrscheinlich preisgünstiger einkaufen. Hier sollten Sie aber den Zeitaufwand Ihrer Mitarbeiterin im Auge behalten. Wenn diese viel Zeit braucht, die Bestellung zu erledigen, ist der Preisvorteil schnell wieder dahin. Die Sache sieht natürlich anders aus, wenn es Ihnen Spaß macht, diese Aufgabe in der Freizeit zu erledigen.

Welche der beiden Varianten man wählt, sollte jeder für sich entscheiden. Man darf aber nicht vergessen: Je mehr Firmen man zur Bestellung nutzt, desto schwieriger wird es, die Übersicht über seinen Materialbestand zu behalten.

Auch wenn die Warenwirtschaft nicht der größte Kostenposten in Ihrer Praxis ist, kann man mehrere Hundert Euro relativ schnell einsparen. Das Allerwichtigste ist, keine unnötigen Vorräte in der Praxis zu haben. Das wäre am teuersten.

drs. Hub van Rijt

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

6

6.0. Inhaltsverzeichnis

6.1. Steuern

6.1.1. Aktuelle Einkommensteuerparameter und Freibeträge

6.1.2. Abschreibungen und AFA-Tabellen

6.1.3. Gewerbliche Einkünfte in der Zahnarztpraxis

6.1.4. Umsatzsteuer in der Zahnarztpraxis

6.1.5. Das Zahnarztlabor

6.1.6. Steuerlicher Schuldzinsenabzug

6.2. ABC der kritischen Betriebsausgaben

6.3. Steuerliche Betriebsprüfung

6.4. Umsatzsteuerpflichtige Leistungen

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2020

6. Steuern
6.0. Inhaltsverzeichnis

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2020

6.1. Steuern

Steuern sind Ausgaben, die auf verschiedene Bemessungsgrundlagen erhoben werden. Für die Praxis wichtig sind folgende Steuern:

- Einkommensteuer auf das **steuerpflichtige Einkommen** (Gewinn und übrige steuerpflichtige Einkunftsarten, Sonderausgaben, außergewöhnliche Belastungen, Freibeträge)
- Solidaritätszuschlag und eventuell Kirchensteuer als Zuschlag zur Einkommensteuer
- **Gewerbesteuer**, falls gewerbliche Einkünfte vorliegen
- **Umsatzsteuer** 7 oder 19 % auf umsatzsteuerpflichtige Umsätze
- Verkehrssteuern (hier nicht besprochen)

Steuern (mit Ausnahme der Umsatzsteuer und der Verkehrssteuern) gehören nicht zu den Betriebsausgaben, mindern also das verfügbare Nettoeinkommen. Aus diesem Einkommen müssen die Ausgaben für Wohnen und Lebenshaltung, die Investitionen und Darlehens-Tilgungen sowie der Vermögensaufbau bezahlt werden.

Beispiel einer Nettoeinkommensberechnung für einen durchschnittlich verdienenden Zahnarzt, ledig und ohne Kinder (Zahlen laut KZBV Statistik 2015 je Praxisinhaber):

Honorar (Einnahmen ohne Fremdlabor)	329.635	100 %
Personalkosten	–94.515	28 %
Übrige laufende Kosten	–85.434	26 %
Kosten der Praxisführung	***179.949***	***54 %***
Abschreibungen	–14.188	4 %
Zinsen	–5.752	2 %
Gesamte Praxiskosten	***–199.889***	***60 %***
Steuerlicher Gewinn	**129.746**	**40 %**
./. Einkommensteuer und Soli* (* Freibeträge für Sonderausgaben angesetzt)	–38.100	
./. Versorgungswerkbeiträge (2015 80 %)	–16.800	
./. Krankenversicherungsbeiträge	–6.000	
./. sonstige Versicherungen (steuerlich in der Regel nicht abzugsfähig)		
./. außergewöhnliche Belastungen (z. B. Unterhalt, Krankheitskosten usw.)		
= Netto verfügbares Einkommen	**68.846**	

Sie finden Erläuterungen und Anregungen in diesem Handbuch zu

- Aktuelle Einkommensteuerparameter und Freibeträge
- ABC der kritischen Betriebsausgaben
- Steuer- und abgabengünstige Mitarbeiterzuwendungen.

Stb./WP Gabriela R. Scholz

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2015

6. Steuern
6.1. Steuern

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2015

6.1.1. Aktuelle Einkommensteuerparameter und Freibeträge

Aufbau des Einkommensteuertarifs	2014	2015	2016
Grundfreibetrag Grundtabelle	8.352,–€	8.472,–€	8.652,–€
Steuersatz in der Progressionszone	14 % bis 42 % Ab einem zu versteuernden Einkommen von 250.000,–€/500.000,–€ bei Zusammenveranlagung gilt ein Steuersatz von 45 % auf Gewinneinkünfte (Reichensteuer)		
Ab einem zu versteuernden Einkommen von/ bei Zusammenveranlagung von	52.882,–€/105.764,–€		
gilt der Grenzsteuersatz* von	42 %		

* alle Steuersätze zuzüglich Solidaritätszuschlag von derzeit 5,5 % und persönlicher Kirchensteuer

Wichtige Tariffreibeträge (Jahresbeträge)	Rechtsstand 2015
Kinderfreibetrag	2.256,–€ (ab 2016 2.304,–€) pro Kind und Elternteil, bis zum Kalendermonat der Vollendung des 18. Lebensjahrs, bei Arbeitslosigkeit oder Ausbildung bis zur Vollendung des 25. Lebensjahrs, in besonderen Fällen darüber hinaus
Betreuungsfreibetrag zur Abdeckung des Betreuungs-, Erziehungs- und Ausbildungsbedarfs des Kindes	1.320,–€ pro Kind und Elternteil
Steuerermäßigung für haushaltsnahe Beschäftigungsverhältnisse (Anstellungsverhältnis im Privathaushalt)	• 20 % der Aufwendungen für eine **geringfügige Beschäftigung** i. S. des § 8a SGB IV (sog. Mini-Jobs im Privathaushalt), höchstens 510,–€ pro Jahr • 20 % der Aufwendungen für eine **sozialversicherungspflichtige Beschäftigung**, höchstens 4.000,–€ pro Jahr
Steuerermäßigung für haushaltsnahe Handwerkerleistungen (im Privathaushalt)	• 20 % des Dienstleistungsanteils zuzüglich Fahrtkosten aus Rechnungen über haushaltsnahe Dienstleistungen, höchstens 1.200,–€ im Jahr • Rechnung und unbare Zahlung zwingend

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2015

Wichtige Sonderausgaben (Beträge pro Kalenderjahr)	2014	2015	2016
Altersvorsorgebeiträge zur Basisrente und (ab 01.07.2013) zur Absicherung der Berufsunfähigkeit von €	78 %, maximal 20.000,– €/ zusammen veranlagte Ehegatten 40.000,– €, Abzug eines AG-Zuschusses	80 %, maximal Höchstbeitrag in der knappschaftlichen Rentenversicherung, derzeit 22.172,– €	82 %, dito
Beiträge für sonstige Vorsorgeaufwendungen (Beträge zu Lebensversicherungen oder sonstigen Rentenversicherungen zu 88 %), zu Unfall-, Haftpflicht- und ähnlichen Versicherungen	2.800,– € (bei Zuschuss des Arbeitgebers 1.900,– €)		
Beiträge zu Basis-Kranken- und Pflegeversicherung (auch für Kinder und den geschiedenen Ehegatten)	in voller Höhe, mindestens Pauschbetrag		
Kosten für die eigene erstmalige Berufsausbildung oder ein Erststudium gemäß Nachweis	bis maximal 6.000,– €		
Schulgeld für anerkannte Ersatzschulen im In- und Ausland	30 % der Aufwendungen ohne Kosten der Verpflegung und Unterbringung, begrenzt auf 5.000,– € p.a.		
Aufwendungen für Dienstleistungen zur Betreuung eines zum Haushalt gehörenden Kindes, welches das 3. Lebensjahr vollendet, das 6. Lebensjahr aber noch nicht vollendet hat	⅔ der Aufwendungen gemäß Rechnung und unbarer Zahlung, maximal 4.000,– €, nicht Aufwendungen für Unterricht oder die Vermittlung besonderer Fähigkeiten		
Aufwendungen für Dienstleistungen zur Betreuung eines zum Haushalt gehörenden Kindes, welches das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder wegen einer vor Vollendung des **25. Lebensjahrs** eingetretenen körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung außerstande ist, sich selbst zu unterhalten, wenn der Steuerpflichtige sich in Ausbildung befindet, körperlich, geistig oder seelisch behindert oder krank ist	⅔ der Aufwendungen gemäß Rechnung und unbarer Zahlung, maximal 4.000,– €, nicht Aufwendungen für Unterricht oder die Vermittlung besonderer Fähigkeiten. Ansatz als Sonderausgaben (§ 10 (1) Nr. 8 EStG).		
Unterhaltsleistungen an den geschiedenen oder dauernd getrennt lebenden Ehegatten	bis maximal 13.805,– € p.a.; volle Versteuerung beim Ehegatten		
Kirchensteuer	in voller Höhe der Zahlung		

Stb./WP Gabriela R. Scholz

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2015

6.1.2. Abschreibungen und AFA-Tabellen

Was bedeutet Abschreibung?

Wenn Sie als Zahnarzt für Ihre Praxis ein Wirtschaftsgut anschaffen, das heißt beispielsweise eine Behandlungseinheit, können Sie diese Investition nicht sofort in voller Höhe bei der Steuer absetzen. Die Anschaffungs- oder Herstellungskosten werden auf die betriebsgewöhnliche Nutzungsdauer des Wirtschaftsguts verteilt (AFA-Tabellen). Diese Verteilung der Kosten nennt man Abschreibung.

Was bedeutet Wirtschaftsgut?

Wirtschaftsgut ist ein feststehender Begriff aus dem Steuerrecht. Eine genaue Definition gibt es nicht. Im Groben ist ein Wirtschaftsgut ein Vermögensgegenstand, wie z. B. eine Behandlungseinheit, Wartezimmermöbel oder auch eine Immobilie.

Welche Wirtschaftsgüter sind abschreibungsfähig?

Wirtschaftsgüter, die:
- zum Anlagevermögen Ihrer Praxis gehören,
- länger als ein Jahr nutzbar sind,
- einer Abnutzung unterliegen.

Welche Wirtschaftsgüter sind nicht abschreibungsfähig?

- Grund und Boden, z. B. Grundstücksanteil an den Anschaffungskosten der Praxis oder (anteilig) des Arbeitszimmers
- Kunstgegenstände und Antiquitäten, sofern es sich nicht um Gebrauchskunst handelt

Abschreibungsmethoden

Es gibt verschiedene Abschreibungsmethoden, um die gesamten Anschaffungs- oder Herstellungskosten eines Wirtschaftsgutes als Aufwand geltend zu machen.
- Lineare Abschreibung
- Degressive Abschreibung

Bei der linearen Abschreibung werden die Anschaffungs- und Herstellerkosten über die Dauer der betriebsgewöhnlichen Nutzungsdauer verteilt. Die gewöhnliche Nutzungsdauer ist in den amtlichen AFA*-Tabellen vorgegeben. Eine kürzere Abschreibungsdauer ist nur in besonders begründeten Einzelfällen möglich.
* AFA = Absetzung für Abnutzung

Wie berechnen Sie den Abschreibungswert?

Für die Berechnung brauchen Sie die Anschaffungskosten sowie die Nutzungsdauer. Kaufen Sie ein Wirtschaftsgut im Laufe eines Jahres, schreiben Sie für das erste Jahr anteilig ab.

Beispiel Kauf zu Beginn eines Jahres:

Anschaffung:	Nutzungsdauer:	Kosten:
Behandlungseinheit	10 Jahre	20.000 €

20.000 : 10 = 2.000 € werden pro Jahr abgeschrieben

Beispiel Kauf im laufenden Jahr = anteilige Berechnung:
Kauf im Juli 2016 = 2.000 € : 12 Monate x 6 = 1.000 € pro Jahr werden abgeschrieben

Abschreibung für geringwertige Wirtschaftsgüter
- Digital-Abschreibung

Geringwertige Wirtschaftsgüter, beispielsweise Bürostühle, können sofort abgeschrieben werden. Die Sofortabschreibung gilt für einen Anschaffungspreis bis 800 € netto (2017 bis 410 € netto).

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2023

Für Anschaffungen nach dem 31.12.2017 kann man zwischen drei Methoden der Abschreibung wählen:

1. Poolabschreibung (Wertgrenze 250 € bis 1.000 € netto)
2. Sofortabschreibung (Wertgrenze 800 € netto)
3. Abschreibung nach der Nutzungsdauer (Wertgrenze über 800 € netto)

Das Wahlrecht kann nur einheitlich für alle Anschaffungen eines Jahres ausgeübt werden.

Poolabschreibung
Die Poolabschreibung betrifft Wirtschaftsgüter mit Anschaffungs- oder Herstellungskosten von 250 € bis 1.000 € netto. Bei dieser Form der Abschreibung sammelt man die Kosten der Wirtschaftsgüter pro Jahr und fasst diese in einem Posten zusammen. Die Summe schreibt man mit 20 % p.a. ab.

Sonderabschreibung zur Förderung kleiner und mittlerer Betriebe
Zur Förderung kleiner und mittlerer Betriebe kann man, in den ersten fünf Jahren, zusätzlich zur linearen Abschreibung bis zu 20 % der Anschaffungs- oder Herstellungskosten als Sonderabschreibung in Anspruch nehmen.

Sonderabschreibung gilt nur:
- für abnutzbare, bewegliche Wirtschaftsgüter des Anlagevermögens
- bei einem Mindestverbleib im Betriebsvermögen von einem Jahr

Größenvoraussetzung:
- bei Bilanzierung ein Betriebsvermögen von nicht mehr als 235.000 €
- bei Einnahme-Überschuss-Rechnung ein Gewinn von nicht mehr als 100.000 €

Bei Totalausfall oder Verschrottung eines Wirtschaftsgutes wird der Restwert nach Vornahme der Normalabschreibungen als Abschreibung angesetzt. Bei Verkauf eines Wirtschaftsgutes wird der Restwert dem Verkaufserlös gegengerechnet.

- Investitionsabzugsbetrag
- Außergewöhnliche Abschreibung

Degressive Abschreibung
- für abnutzbare, bewegliche Wirtschaftsgüter des Anlagevermögens mit Anschaffung bis zum 31.12.2010 und ab dem 01.01.2020 bis zum 31.12.2021 (Konjunkturpaket Juni 2020)
- 25 %, höchstens das 2,5-Fache der linearen Abschreibung. Neben der degressiven Abschreibung kann auch Sonderabschreibung oder Investitionsabzugsbetrag in Anspruch genommen werden.

Die degressive Abschreibung wurde für die Anschaffung beweglicher Wirtschaftsgüter (auch gebrauchte) in den Corona-Jahren 2020 bis 2022 wieder eingeführt.

Vom jeweiligen Buchwert wird ein gleichbleibender Abschreibungsprozentsatz abgezogen. Dieser ist regelmäßig höher als der Abschreibungssatz bei linearer AFA. Nur im ersten Jahr entspricht der Buchwert den Anschaffungs- oder Herstellungskosten, in den Folgejahren dagegen ist es auf den jeweils verbliebenen Restbuchwert des Vorjahrs bezogen. Deshalb wird dieses Abschreibungsverfahren häufig auch als »Buchwertabschreibung« bezeichnet.

Abschreibung für geringwertige Wirtschaftsgüter
Als geringwertige Wirtschaftsgüter (GWG) gelten Gegenstände (Wert bis zu 800 € netto), die
- beweglich,
- abnutzbar und
- selbstständig nutzbar sind.

Sie können im Jahr der Anschaffung in voller Höhe abgeschrieben werden.

Digital-AFA
Ab 2021 kann für bestimmte Computerhardware (einschließlich der dazu gehörenden Peripheriegeräte) und die für die Dateneingabe und -verarbeitung erforderliche Betriebs- und Anwendersoftware abweichend von der regelmäßigen Abschreibung von drei Jahren eine Nutzungsdauer von einem Jahr angesetzt werden (Wahlrecht). Das gilt auch für in Vorjahren angeschaffte digitale Wirtschaftsgüter (BMF-Schreiben v. 26.02.2021).

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2023

Sonderabschreibung zur Förderung kleiner und mittlerer Betriebe

Kleine und mittlere Betriebe können in den ersten fünf Jahren zusätzlich zur linearen (oder in den Corona-Jahren degressiven) Abschreibung bis zu 20 % der Anschaffungs- oder Herstellungskosten als Sonderabschreibung in Anspruch nehmen.

Voraussetzungen:

- Die Sonderabschreibung gilt nur für abnutzbare, bewegliche Wirtschaftsgüter des Anlagevermögens (auch gebrauchte, auch vermietete Wirtschaftsgüter) bei einem Mindestverbleib im Betriebsvermögen von einem Jahr.
- Kleinere und mittlere Betriebe sind solche, die am Schluss des dem Jahr der Anschaffung oder Herstellung der begünstigten Wirtschaftsgüter vorangegangenen Wirtschaftsjahres einen Gewinn von nicht mehr als 200.000 € haben.

Investitionsabzugsbetrag

Kleine und mittlere Betriebe können schon bis zu drei Jahre vor dem Investitionsjahr eine Abschreibung von bis zu 50 % auf die voraussichtlichen Anschaffungs- oder Herstellungskosten einer Investition in Anspruch nehmen.

Voraussetzungen:

- Der Investitionsabzugsbetrag gilt nur für abnutzbare, bewegliche Wirtschaftsgüter des Anlagevermögens (auch gebrauchte, auch vermietete Wirtschaftsgüter) bei einem Mindestverbleib im Betriebsvermögen von einem Jahr.
- Kleinere und mittlere Betriebe sind solche, die im Wirtschaftsjahr der Inanspruchnahme des Investitionsabzugsbetrages einen Gewinn von nicht mehr als 200.000 € haben.

Gut zu wissen: Wird in den folgenden drei Wirtschaftsjahren nicht oder nicht in der Höhe investiert, so wird der Investitionsabzugsbetrag (anteilig) rückwirkend für das Jahr der Bildung aufgehoben. Die Steuernachzahlung wird dann verzinst. Für die Corona-Jahre 2020 bis 2022 gelten Sonderregeln.

Stb./WP Gabriela R. Scholz

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2023

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2023

6.1.3. Gewerbliche Einkünfte in der Zahnarztpraxis

Der Zahnarzt erzielt grundsätzlich Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit gemäß § 18 EStG. Er ist damit nicht gewerbesteuerpflichtig. Daneben können aber auch Einkünfte aus Gewerbebetrieb (z. B. Verkauf von Prophylaxeartikel, ästhetische Leistungen oder die Einrichtung eines Eigenlabors) vorliegen. Bei Überschreiten des Freibetrags von 24.500,– € p. a. führt dies zur Gewerbesteuerpflicht.

Folgen bei Vorliegen von gewerblichen Einkünften …

Die Einkünfte müssen für die Einkommensteuererklärung gesondert ermittelt und in der Anlage GSE aufgeführt werden. Oftmals sind sie zusätzlich in einer Umsatzsteuererklärung zu erfassen.

Der Gewinn solcher Tätigkeiten ist bis zu einem Freibetrag von 24.500,– € steuerbefreit. Die Gewerbesteuer erhebt die Gemeinde mit Sätzen zwischen 350 und 480 % auf den vom Finanzamt festgestellten Messbetrag vom Gewerbeertrag.

Berechnungsbeispiel Gewerbesteuer	Rechtslage ab 2008*
Gewerbliche Einkünfte	30.500
Freibetrag	–24.500
Steuerpflichtiger Gewerbeertrag	6.000
Gewerbesteuermesszahl	3,5% einheitlich
Gewerbesteuermessbetrag	210
Hebesatz der Gemeinde (Beispiel)	450 %
Gewerbesteuer	945
Anrechnung auf die Einkommensteuer	3,8-facher Betrag
vom Gewerbesteuermessbetrag	–798
Belastung mit Gewerbesteuer	147
in % der Einkünfte zusätzlich	0,49 %

* bis 2007 war die Gewerbesteuer eine abzugsfähige Betriebsausgabe

Wann kommt es zu Gewerbesteuer?

Gewerbesteuer kann nur entstehen, wenn gewerbliche Einkünfte im Sinne des § 15 Einkommensteuergesetz vorliegen. Dies trifft immer zu für bestimmte Rechtsformen, z. B. die GmbH, im Übrigen aber nur, soweit gewerbliche Tätigkeiten ausgeübt werden. Formaljuristisch liegen gewerbliche Einkünfte vor, wenn eine Tätigkeit

- selbstständig,
- nachhaltig,
- mit Gewinnerzielungsabsicht und
- mit Beteiligung am allgemeinen wirtschaftlichen Verkehr (also Auftreten nach außen) ausgeübt wird und
- keine selbstständige Tätigkeit nach § 18 EStG vorliegt.

Die gewerblichen Einkünfte in der Zahnarztpraxis …

ergeben sich aus der obigen Beschreibung. Typische Fälle gewerblicher Einkünfte aus der Praxis und der Rechtsprechung sind

- Verkäufe von Handelswaren wie z. B. Mundduschen oder Zahnpflegemittel (BFH v. 14. 05. 97, BstBl. 97 I, S. 566). Der Verkauf von Medikamenten ist grundsätzlich ebenfalls gewerblich, sofern es sich nicht um Praxisbedarf oder die Verwendung im Zusammenhang mit einer Behandlung handelt.
- eine fehlende Eigenverantwortlichkeit des Praxisinhabers wegen zu hoher Anzahl von Angestellten (i. d. R. Laborärzte, die eine Vielzahl von angestelltem Fachpersonal haben).

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2019

- das Praxislabor, wenn es sich nicht um einen Hilfsbetrieb zur eigenen zahnärztlichen Tätigkeit handelt. Laborarbeiten dürfen **eigenverantwortlich nur für die eigenen Patienten** hergestellt werden, nicht aber für Patienten anderer Kollegen. Das gilt auch, wenn ein Zahntechniker angestellt ist. Hält man diese Beschränkung ein, so liegt **kein Gewerbebetrieb** vor. Dies gilt übrigens im Grundsatz auch für die Laborgemeinschaften von mehreren Zahnärzten, soweit diese nur Leistungen an die beteiligten Kollegen bzw. deren Patienten erbringen (so u. a. BFH 22.12.93, BstBl 94 II, S. 352).
- eine **Gemeinschaft von Zahnärzten** mit einer sogenannten **Betriebsaufspaltung**. Eine solche liegt z. B. vor, wenn Zahnärzte, die ihre Praxis in der Rechtsform einer Personengesellschaft betreiben, zum notwendigen Betriebsvermögen der Praxis gehörende **Anlagegüter (Räume und Einrichtung) an eine personell und sachlich verflochtene Labor-GmbH vermieten**. In diesem Fall erzielen sie insgesamt gewerbliche Einkünfte (BFH IV R 67/96 v. 13.11.1997).
- die Anstellung von fachfremden Ärzten. Hier ist eine leitende und eigenverantwortliche Tätigkeit des Praxisinhabers nicht möglich (BFH 16.07.2014 VIII R 41/12).

Die Gewerbesteuerpflicht in der Einzelpraxis …

umfasst üblicherweise **nur die gewerblichen Einkünfte** des Zahnarztes. Bei seinen freiberuflichen Einkünften greift weiterhin nur die Einkommensteuer. Eine unterschiedliche Besteuerung dieser im steuerlichen Sinn »gemischten Tätigkeit« ist dann unproblematisch, wenn die Trennung nach der Verkehrsauffassung ohne Schwierigkeiten möglich ist, so die Steuerrichtlinien. Dies erfordert im Einzelfall

- eine getrennte Buchführung, zumindest aber gesonderte Konten, die eine Ermittlung der gewerblichen Einkünfte ermöglichen. Sinnvoll ist die Führung eines gesonderten Kassenbuchs für Ein- und Verkäufe von Verkaufsmaterial.
- eine getrennte Lagerung größerer Bestände an Verkaufsmaterial.

Ausnahmsweise könnte die Gewerbesteuer die gesamten Einkünfte erfassen, wenn die gewerbliche Tätigkeit im Vordergrund steht und die freiberufliche zahnärztliche Tätigkeit Teil der überwiegend gewerblichen Leistung ist. Ein solcher Fall wäre wohl die Führung eines umfangreichen Zahnlabors, das auch für andere Zahnärzte Leistungen erbringt.

Die Gewerbesteuerpflicht in der Gemeinschaftspraxis …

ist eine ungleich kritischere Angelegenheit. Zwar führen grundsätzlich die gleichen steuerlichen Sachverhalte wie oben dargestellt zur Gewerbesteuerpflicht. Eine Trennung von gewerblichen und freiberuflichen Einkünften ist jedoch schwierig zu gestalten.

Nach der sogenannten **»Abfärbe- oder Infektionstheorie«** führen selbst **geringfügige** gewerbliche Einkünfte der Gemeinschaft zur **Gewerbesteuerpflicht aller Einkünfte** der Gemeinschaft.

Die **Abfärbe- oder Infektionstheorie** wurde vom Bundesverfassungsgericht als rechtens bestätigt (Beschluss vom 15.01.2008, Az. 1 BvL 2/04).

Die Grenze der geringfügigen gewerblichen Einkünfte beträgt 3,5 % der gesamten Einnahmen und maximal 24.500,– €.

Rechtsprechung zu Kooperationen

- Das BMF hat mit Schreiben vom 01.06.2006 (IV B 2 SS 2240 – 33/06) die Fallpauschalen bei **Verträgen über eine integrierte Versorgung** steuerlich als teilweise gewerbliche Einkünfte beurteilt. Die von der Krankenkasse bezahlten **Fallpauschalen an Gemeinschaftspraxen** gelten sowohl die medizinische Betreuung wie auch die **Abgabe von Arzneien und Hilfsmitteln** ab und führen daher zu einer Umqualifizierung aller Einkünfte in gewerbliche, sofern sie mehr als 1,25 % (nach neuer Rechtsprechung 3,5 %) überschreiten.
- Das Finanzgericht Düsseldorf hat mit Urteil vom 07.07.2005 (Az. 11 K 3457/02) klargestellt, dass die **nur einem Gesellschafter zuzurechnenden gewerblichen Einkünfte** (Sonderbetriebseinnahmen) **nicht** die gemeinschaftlichen heilberuflichen Einkünfte gewerblich infizieren können. Dies kann bei der Begründung von MVZ relevant sein.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2019

- Zu gewerblichen Einkünften führt auch die **ausschließliche Gewinnbeteiligung** von Gesellschaftern am eigenen Umsatz ohne Beteiligung am Vermögen (BFH vom 03.05.2015 Az. VIII-R-62/13).
  Nach Ansicht des Bundesfinanzhofs liegt aufgrund der rein umsatzbezogenen Gewinnbeteiligung einer Gesellschafterin keine Mitunternehmerschaft vor, wenn die übrigen Merkmale wie Beteiligung am Vermögen der Gemeinschaft, die Mitspracherechte und die Beteiligung am Gewinn und Verlust nicht vorhanden sind bzw. schwach ausgeprägt sind. Da die Gesellschafterin laut Vertrag aber leitend und eigenverantwortlich tätig ist, liegen in Bezug auf ihre Arbeitsleistung die im Einkommensteuergesetz geforderte leitende und eigenverantwortliche Tätigkeit der übrigen Gesellschafter nicht vor. Soweit die zweigliedrige Ärztegemeinschaft Honorarumsätze vereinnahmt habe, die auf der Tätigkeit der Gesellschafterin beruhten, hat sie gewerbliche Einkünfte erzielt, so die Finanzrichter. Werden auch nur teilweise gewerbliche Einkünfte erzielt, so färbt dies auf die übrigen Einkünfte der Gesellschaft ab. Die Praxis gilt dann in vollem Umfang als Gewerbebetrieb (Abfärbewirkung nach § 15 Abs. 3 Nr. 1 EStG). Gesellschaften mit vergleichbaren Regelungen sollten ihre Gewinnverteilungsabreden dringend ändern.

Die Gewerbesteuer kann nach herrschender Meinung vermieden werden durch

- Vermeidung von **Beteiligungen Berufsfremder** an der Gesellschaft.
  Schließen sich Angehörige eines freien Berufs zu einer Personengesellschaft zusammen, so haben die Gesellschafter nur dann freiberufliche Einkünfte, wenn alle Gesellschafter die Merkmale eines freien Berufs erfüllen (so u. a. BFH v. 11.06.85, BstBl II, S. 584). Das Kriterium ist üblicherweise schon durch das Berufsrecht erfüllt.
- die **Gründung einer GmbH.**
  Sollen Nichtzahnärzte an einer Gemeinschaft beteiligt werden oder will der Zahnarzt in größerem Umfang gewerblich tätig werden, so empfiehlt sich dann die Rechtsform der GmbH. Diese hat kraft Rechtsform gewerbliche Einkünfte, die aber von der freiberuflichen Tätigkeit der Zahnärzte klar getrennt sind. Aber Vorsicht bei Vermietung von Grundstücken, es könnte eine gewerbliche Betriebsaufspaltung vorliegen, siehe hierzu oben.
- das **»Ausgliederungsmodell«** bei Gemeinschaftspraxen.
  Neben der bestehenden Gesellschaft wird eine weitere personenidentische Gesellschaft gegründet, die die gewerblichen Tätigkeiten übernimmt. Diese muss nicht zwingend nach außen auftreten, wenn dies aus standesrechtlichen Gründen nicht möglich ist (BFH vom 19.02.1998 IV R 11/97 zu augenärztlicher Tätigkeit und Verkauf von Kontaktlinsen).

Nach Verwaltungsauffassung (Schreiben des BMF v. 14.05.97, BStBl I 97, S. 566) muss die Gesellschaft wirtschaftlich, organisatorisch und finanziell unabhängig agieren können. Dies bedingt getrennte Buchführungen, getrennte Bankkonten und Kassenführung, eigene Rechnungsformulare, die getrennte Lagerung von Material. Die gemeinsamen Kosten, wie z. B. Personal, Telefon usw., sollten im Wege einer anteiligen Kostenerstattung verrechnet werden.

Hinweis:
Die organisatorische Trennung kann u. U. **Umsatzsteuer** auslösen, die aber vermeidbar ist. Vor Ausgliederung sollten Sie daher mögliche Umsatzsteuerfolgen mit Ihrem Steuerberater besprechen.

Die Gewerbesteuerpflicht durch angestellte Zahnärzte …

Niedergelassene Vertragszahnärzte in Einzelpraxen oder Berufsausübungsgemeinschaften können seit Februar 2019 drei bzw. mit Begründung auch vier Angestellte je Vertragszahnarzt in Vollzeit oder entsprechend mehr in Teilzeit beschäftigen (Bundesmantelvertrag – Zahnärzte [BMV-Z] zwischen Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband).

Es sollte jedoch jedem Praxisinhaber/jeder Kooperation von Zahnärzten mit Wachstumsplänen bekannt sein, dass im Steuerrecht die Gefahr der Gewerblichkeit droht. Die Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit würden dann umqualifiziert auf Einkünfte aus gewerblicher Tätigkeit. Die Gewerbesteuerpflicht (neben der Einkommensteuerpflicht) ist die Folge (siehe auch > Wann zahlen Sie Gewerbesteuer).

Kooperationen in der Rechtsform einer Kapitalgesellschaft (MVZ-GmbH oder MVZ-Genossenschaft u. a.) sind generell gewerbesteuerpflichtig. Für sie gelten diese Kriterien nicht.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2019

Die Kriterien für steuerliche Einkünfte aus selbstständiger, freiberuflicher Tätigkeit
Das Berufsbild eines (Zahn-)Arztes ist durch die **höchstpersönliche und individuelle Arbeitsleistung am Patienten** geprägt. Gemäß § 18 Abs. 1 Nr. 1 Satz 3 EStG ist ein Angehöriger eines freien Berufs im Sinne der Sätze 1 und 2 (hier: Zahnarzt) aber auch dann freiberuflich tätig, wenn er sich der **Mithilfe fachlich vorgebildeter Arbeitskräfte** bedient. Voraussetzung ist, dass er aufgrund eigener Fachkenntnisse **leitend und eigenverantwortlich tätig** wird.

Die Kriterien für die **leitende und eigenverantwortliche Tätigkeit** wurden durch ein neues Urteil des BFH vom 16.07.2014 (VIII R 41/12) neu formuliert.

Der Fall: Eine Gemeinschaftspraxis für Anästhesie unterhielt ohne eigene Praxisräume einen mobilen Anästhesiebetrieb in der Praxis von fremden Ärzten, bei denen Operationen unter Narkose durchgeführt wurden. Für die steuerliche Beurteilung war entscheidend, dass jeweils einer der Gesellschafter eine Voruntersuchung durchführte und eine Behandlungsmethode vorschlug, während die eigentliche Anästhesie von einem anderen Arzt der Gemeinschaftspraxis übernommen wurde. In einfach gelagerten Fällen nahm auch eine angestellte Ärztin der GbR solche Anästhesien nach den Voruntersuchungen der Gesellschafter vor, während problematische Fälle den Gesellschaftern der GbR vorbehalten blieben.

- Die Mithilfe qualifizierten Personals ist für die Freiberuflichkeit des Arztes unschädlich, wenn dieser bei der Erledigung der einzelnen Aufträge aufgrund eigener Fachkenntnisse durch **regelmäßige und eingehende Kontrolle maßgeblich auf die Tätigkeit des angestellten Fachpersonals patientenbezogenen Einfluss genommen habe**, so dass die Leistung den »**Stempel der Persönlichkeit**« **des Freiberuflers** trage.
- Das Kriterium der leitenden eigenverantwortlichen Tätigkeit ist erfüllt, wenn der selbstständige Arzt **die Voruntersuchung bei den Patienten durchführt, die Behandlungsmethode festlegt sowie sich im Einzelfall die Behandlung** »**problematischer Fälle**« **vorbehält.**
  Es genügt nicht, dass der Berufsträger seinen Patienten gegenüber die Verantwortung für die Behandlung übernimmt.
- Das Verlangen einer unmittelbaren Ausführung der Tätigkeit durch die Gesellschafter ist nach Auffassung des BFH nicht erforderlich, weil dann der Einsatz fachlich vorgebildeten Personals im Bereich der Heilberufe faktisch ausgeschlossen wäre.

Grenzen der freiberuflichen Tätigkeit
- **Beschäftigung von vielen angestellten Zahnärzten,** die eine leitende und eigenverantwortliche Tätigkeit des/der Praxisinhaber/s in Bezug auf den Patienten nicht mehr erlauben.
- **Eröffnung einer Zweigpraxis.** Hier müsste der Praxisinhaber eigentlich in beiden »Unternehmen« die personelle, fachliche und rechtliche Verantwortung für sämtliche in seiner Praxis erbrachten Leistungen übernehmen. Das ist bei zwei »Unternehmen« aber einfach nicht möglich.
  Eine Lösung wäre hier die Zuordnung der Verantwortlichkeit zu einem Gesellschafter einer Kooperation, der dann auch vor Ort präsent ist.
- **Fachfremde ärztliche Angestellte** machen aus der Kooperation ein Gewerbe, da die leitende und aufgrund eigener Fachkenntnis eigenverantwortliche Tätigkeit des/der Praxisinhaber/s nicht möglich ist.

Dokumentation der leitenden und eigenverantwortlichen Tätigkeit
Es ist zu erwarten, dass sich die Betriebsprüfer bei größeren Praxen verstärkt mit der Prüfung der Eigenverantwortlichkeit beschäftigen werden. Die Folgen für die Praxis:

- Bei Anstellung von mehreren Zahnärzten (ohne Ausbildungsassistenten) sollte eine **praxisinterne Arbeitsanweisung** vorhanden sein, dass Patientenbehandlungen nur unter der Anleitung des Praxisinhabers bzw. von einem Gesellschafter stattfinden und diese auch die Nachkontrolle durchführen.
- Da die GoBD (Grundsätze zur ordnungsmäßigen Führung und Aufbewahrung von Büchern, Aufzeichnungen und Unterlagen in elektronischer Form sowie zum Datenzugriff; Schreiben des Bundesministeriums der Finanzen vom 14.11.2014) einen erweiterten Zugriff auf die Datenverarbeitungssysteme des Steuerpflichtigen erlauben, ist eine

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2019

verstärkte Einsichtnahme in das **Praxisabrechnungssystem** zu erwarten. Falls Stundenaufzeichnungen geführt werden, so ist auf eine Dokumentation der persönlichen Kontrolle des Praxisinhabers zu achten.

Planung einer gewerblich tätigen Kooperation mit angestellten Zahnärzten

Ist die Gründung und Gestaltung einer zahnärztlichen Kooperation so ausgestaltet, dass gewerbliche Einkünfte vorliegen (z. B. Zweigpraxen unter Leitung eines angestellten Zahnarztes), so sollte dies auch für die Steuerplanung genutzt werden.

Anlaufverluste, z. B. aus laufendem Praxisbetrieb, durch die Renovierung der Praxisräume, Gründungs- und Werbemaßnahmen usw., müssen auch als **gewerbliche Verluste steuerlich deklariert** werden.

Die **Gewerbesteuerpflicht beginnt,** sobald die Voraussetzungen für einen Gewerbebetrieb vorliegen und sich das Unternehmen am wirtschaftlichen Verkehr beteiligt. Anhaltspunkt ist hierfür, dass eine Außendarstellung durch werbende Tätigkeiten erfolgt; die reine Anmietung und Einrichtung von Praxisräumen ohne weitere Außenwirkung ist nicht als Beginn anzusehen.

Stb./WP Gabriela R. Scholz

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2019

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2019

6.1.4. Umsatzsteuer in der Zahnarztpraxis

Umsatzsteuer kann entstehen, wenn bestimmte im Umsatzsteuergesetz genannte Umsätze erbracht werden (siehe auch Checkliste umsatzsteuerpflichtige Leistungen).

Grundsätze der Umsatzsteuerpflicht

- Die Umsatzsteuerpflicht ist unabhängig von der Größe oder Rechtsform eines Unternehmens. So kann ein allein tätiger Zahnarzt mit den gleichen Umsätzen umsatzsteuerpflichtig sein wie ein großes MVZ.
- Die Umsatzsteuer hängt auch nicht davon ab, ob und wie die Einnahmen in der Ertragssteuer behandelt werden. Ob z. B. Einkünfte aus Gewerbebetrieb oder freiberufliche oder Vermietungseinkünfte vorliegen.
- Es gilt: ein Unternehmer, ein Unternehmen! Das heißt: Erbringt jemand umsatzsteuerpflichtige Umsätze, so werden auch alle anderen umsatzsteuerpflichtigen Umsätze in der gleichen Steuererklärung deklariert. Beispiel: Der Zahnarzt mit umsatzsteuerpflichtigem Labor vermietet auch ein Apartment an Feriengäste.
- Wer umsatzsteuerpflichtige Umsätze erbringt, hat auch Anspruch auf Erstattung der Vorsteuer aus damit im Zusammenhang stehenden Leistungen anderer Unternehmer.
- Vorsteuer kann auch aus allgemeinen Vorleistungen für die Praxis entstehen. Z. B. Telefonkosten, Heizung und Strom, Bürobedarf oder Beratungsleistungen. Diese Vorsteuer ist dann anteilig erstattungsfähig.
- Abhängig von der Höhe der Umsatzsteuerjahresschuld gegenüber dem Finanzamt sind Jahres-, Vierteljahres- oder monatliche Anmeldungen gegenüber der Finanzbehörde zu erstellen.
- Bei bestimmten Größenvoraussetzungen kann man die »Kleinunternehmer-Regelung« (siehe unten) in Anspruch nehmen und ist von einer Umsatzsteuerpflicht befreit.
- Umsatzsteuer kann auch entstehen, wenn man gesetzlich verpflichtet ist, die Umsatzsteuer für einen anderen Unternehmer abzuführen. Der Hauptanwendungsfall ist die innergemeinschaftliche Leistung.

Diese Leistungen sind in der Zahnarztpraxis umsatzsteuerpflichtig:

- Lieferung oder Wiederherstellung von Zahnprothesen und kieferorthopädischen Apparaten, wenn die Gegenstände in Ihrer Zahnarztpraxis durch Sie oder unter Ihrer Aufsicht durch angestellte Zahntechniker hergestellt/wiederhergestellt werden (Eigenlabor), wie beispielsweise:
- Füllungen (Inlays)
- Dreiviertelkronen (Onlays)
- Verblendschalen für die Frontflächen der Zähne (Veneers)
- Herstellung von Modellen, Bissschablonen, Bisswällen und Funktionslöffel
- Beistellung von Material
- z. B. Gold und Zähne, wenn die Zahnprothetik außerhalb der Praxis gefertigt wird
- Handel mit Mundhygieneartikeln – prüfen Sie hier auch Ihre Gewerbesteuerpflicht
- Weiterberechnung von Personal-, Verwaltungs- oder Organisationskosten an andere Personen oder Praxen
- Ausnahme: vertragsgemäße Kostenaufteilung innerhalb einer Praxisgemeinschaft, soweit diese für den umsatzsteuerfreien zahnärztlichen Bereich erfolgt
- Zahnärztliche Tätigkeiten aus ästhetischen/kosmetischen Zwecken – Verlangensleistungen nach §2 (3) GOZ 2012 oder Gutachten zu Pensions- oder Haftungsfragen ohne Durchführung ärztlicher Untersuchung
- Verkauf von Anlage-Gegenständen, wenn diese vorher zu mehr als 5 % für umsatzsteuerliche Zwecke genutzt wurden, z. B. gemischt genutztes Auto (für Laborfahrten)
- Leistungen ans Personal, vor allem, wenn ein Praxis-Auto zur privaten Nutzung gestellt wird
- Vortragstätigkeiten, schriftstellerische, wissenschaftliche und lehrende Tätigkeiten
- Ehrenamtliche Tätigkeit über 17.500 € p.a. oder über 50 € die Stunde bei Vereinen

Welche Leistungen sind in der Zahnarztpraxis nicht umsatzsteuerpflichtig?

- Freiberufliche Umsätze aus der Tätigkeit als Zahnarzt. Das therapeutische Ziel muss im Vordergrund stehen.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2023

– Abgabe von Material oder der Einsatz von Geräten, die bei der Heilbehandlung zwingend erforderlich sind, beispielsweise:
– Abformmaterial wie Alginat, Silikon, Polyäther, Hydrokolloid
– Kunststoff für direkte Unterfütterung von Zahnprothesen
– provisorische Stiftkronen
– Glasfaserstifte, Radixanker, sonstige Stifte
– Kunststoff für direkte Verblendungserneuerungen
– Implantate
– Kosten für den Versand ans Fremdlabor
– Bereitstellung der benutzten Apparate für kieferorthopädische Behandlungen
– gilt auch für:
– Schienen und Aufbissbehelfe bei Kiefer- und Kiefergelenksbehandlungen (inklusive Modelle, Doublieren, Modelle im Artikulator)
– Leistungen einer Praxis- oder Apparategemeinschaft gegenüber ihren Mitgliedern, soweit diese Leistungen unmittelbar für zahnärztliche Leistungen verwendet werden und nur eine Kostenerstattung erfolgt (§ 4 Nr. 14d UStG)
– Geschäftsveräußerung im Ganzen, d. h. Verkauf einer gesamten Zahnarztpraxis, auch einschließlich Labor

Kleinunternehmer-Regelung:
Die umsatzsteuerpflichtigen Betriebseinnahmen dürfen 22.000 € im vorangegangenen Kalenderjahr und voraussichtlich 50.000 € im laufenden Kalenderjahr nicht überschreiten. Dann besteht für dieses Jahr keine Umsatzsteuerpflicht.

Vorsicht: In Labor- und sonstigen Rechnungen darf auch keine Umsatzsteuer ausgewiesen werden, sonst muss diese ans Finanzamt abgeführt werden. Ein Anspruch auf Vorsteuer besteht nicht.

Umsatzsteuer auf innergemeinschaftliche Leistungen
Es gibt einige Sachverhalte, wo sich die Umsatzsteuerpflicht des leistenden Unternehmers auf den Leistungsempfänger verlagert (»Reverse-Charge-Verfahren«). Diese Leistung ist in der Umsatzsteuervoranmeldung bzw. der Umsatzsteuererklärung anzumelden und mit dem Steuersatz von 19 %/7 % zu versteuern (§ 13b UStG).

Dies gilt auch, wenn Sie die Kleinunternehmer-Regelung in Anspruch nehmen.

Die wichtigsten Anwendungsfälle für Zahnarztpraxen:
- Erwerb von Gegenständen oder Geräten für die Praxis aus dem europäischen Ausland
- Leistungen aus dem europäischen Ausland, z. B. der Google-Dienst »Google AdWords« von Google Ireland Ltd., Facebook oder Bing etc.
- Lieferung von Edelmetallen und unedlen Metallen, z. B. bestimmte Goldlegierungen gemäß Anlage 4 Zolltarif. Es gilt jedoch eine Bagatellgrenze i. H. v. 5.000 € pro wirtschaftlichen Vorgang.

Hier müssen Sie aufpassen:
- Der leistende Unternehmer z. B. aus dem EU-Ausland erfragt Ihre Umsatzsteuer-Identifikationsnummer (USt-IDNr.).
- Sie erhalten bei Lieferungen oder Leistungen eine Rechnung, in der keine Umsatzsteuer ausgewiesen ist. Es wird manchmal, aber nicht zwingend, auf das Reverse-Charge-Verfahren hingewiesen.

Machen Sie den Check: Kontrollieren Sie mit unseren Checklisten, ob Sie umsatzsteuerpflichtige Leistungen erbringen und wie viel Prozent für welche Leistung berechnet wird. Wenden Sie sich im Zweifel an Ihren Steuerberater.
– Uebersicht_Umsatzsteuerpflicht.pdf (562,1 kb)

Stb./WP Gabriela R. Scholz

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2023

6.1.5. Das Zahnarztlabor

1. Bedeutung

Eine wachsende Zahl von Zahnärzten entscheidet sich inzwischen dafür, den Zahnersatz nicht mehr durch ein Fremdlabor erstellen zu lassen, sondern in der eigenen Praxis (zahnärztliches Eigenlabor oder Zahnarztlabor). So betreiben rd. 33,1 % aller Praxen in den alten Bundesländern (21,9 % in den neuen Bundesländern) ein Zahnarztlabor. Etwa die Hälfte dieser Praxen arbeitet mit einem angestellten Zahntechniker.

Wegen der gesetzlich um 5 % niedrigeren Zahntechnik-Preise im Zahnarztlabor ergibt sich daraus ein nicht unerheblicher Kostenvorteil für Krankenkassen und Patienten.

Ausschlaggebend für die Entscheidung zum eigenen Zahnarztlabor ist in der Regel ein hoher Anteil an prothetischen Leistungen und die gewichtigen betriebswirtschaftlichen Vorteile eines solchen Labors. Statistische Erhebungen über die Rentabilität der praxiseigenen Praxislabors sind nicht verfügbar. Nach Erfahrungswerten kann man davon ausgehen, dass etwa 20–25 % der Prothetik-Umsätze zum Ausgleich des zusätzlichen Arbeits- und Verwaltungsaufwands des Zahnarztes, des erhöhten Risikos und für »Unternehmerlohn« übrig bleiben. Die Nachteile liegen in der Abhängigkeit von einem angestellten Zahntechniker und in der Notwendigkeit, diesen auch bei sinkenden Prothetikleistungen auszulasten. Einige Zahnärzte gehen deshalb auch dazu über, eine Laborgemeinschaft mit mehreren angeschlossenen Praxen zu gründen. Die betriebswirtschaftlichen, handwerksrechtlichen und berufsrechtlichen Fragen sowie steuerlichen Notwendigkeiten werden im Folgenden angesprochen.

2. Betriebswirtschaftliche Rahmenbedingungen

Die Grundentscheidung für ein Zahnarztlabor bedingt eine betriebswirtschaftliche Analyse der Praxisleistung einerseits und der zusätzlich anfallenden Kosten andererseits. Die grundlegende Frage ist dabei, in welcher Relation die zusätzlich anfallenden Kosten zu den potentiell selbst erstellten Prothetikleistungen stehen werden.

Berechenbare Einnahmen des Zahnarztlabors

Anhaltspunkt sind die bisher vom Fremdlabor berechneten Prothetikleistungen. Materialkosten sind dabei als Durchlaufposten anzusehen, wenn sie weiterbelastet werden können.

Die Leistungsabrechnung gegenüber den Privatpatienten nach BEB (Richtlinie der Handwerkerinnung) ist im Wesentlichen frei gestaltbar.

Die Leistungsabrechnung für die GKV-Patienten ist durch die BEL (Bundeseinheitliches Verzeichnis der abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen der KZBV) geregelt. Das Zahnarztlabor muss dabei einen Bewertungsabschlag von 5 % im Vergleich zu den gewerblichen Labors hinnehmen.

Personalkosten

Die zusätzlichen Personalkosten entstehen vor allem durch den angestellten Zahntechniker, sofern ein solcher notwendig ist. Nach internen Erfahrungswerten muss hier je nach regionaler Arbeitsmarktlage und Erfahrung des Technikers mit einem Bruttolohn von € 2.000,– bis € 3.000,– monatlich gerechnet werden. Hinzu kommen Zuschläge für die Arbeitgeberleistungen zur gesetzlichen Sozialversicherung (Kranken- und Pflegeversicherung, Arbeitslosenversicherung, Berufsgenossenschaft, Umlagen), die man grob mit ca. 20 bis 22 % des Bruttolohnes beziffern kann.

Raumkosten

Die zusätzlichen Raumkosten sind nur individuell ermittelbar. Im Allgemeinen ist in der Zahnarztpraxis ein eigener Laborraum oder auch ein kleiner Arbeitsraum für das Zahnarztlabor vorhanden. In diesem Fall ergeben sich keine zusätzlichen Raumkosten. Es besteht aber die Notwendigkeit auf Grund der umsatzsteuerlichen Vorschriften, die anteiligen Raumkosten für das Zahnarztlabor zu ermitteln. Teilweise werden auch größere Laborräume betrieben, z. B. von Praxisge-

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 11/2010

meinschaften in einer separaten Etage oder separaten Hausanbau.

Sonstige Kosten der Organisation

Ein Zahnarztlabor bedingt eine zusätzliche Rechnungsschreibung und gewisse organisatorische Maßnahmen, die sich im Wesentlichen aus den steuerlichen Vorschriften herleiten. Diese dürften für die Zahnarztpraxis insgesamt jedoch keine wesentliche Rolle spielen.

Investitionskosten

Die Investitionskosten eines Zahnarztlabors können sehr stark differieren und von einigen tausend Euro bis zu sechsstelligen Beträgen reichen. Dies hängt ab von

- der vorhandenen Raumausstattung
- den notwendigen Arbeitsplätzen für einen oder mehrere Techniker
- ganz wesentlich von den Vorstellungen des Zahnarztes über die Arbeiten, die im Labor erledigt werden sollen.

Neben den Investitionen in Geräte und Herrichtung der Räume sollten die Kosten für die Anpassung der Abrechnungssoftware und die Einarbeitungszeit des Personals nicht vergessen werden.

Die Gesamtinvestitionen sollten in Höhe der jährlichen Abschreibungsrate in die Kalkulation eingehen. Zusätzlich sind die Finanzierungskosten zu berücksichtigen. Als Faustregel berechnet man einen üblichen Marktzins auf 50 % der Investitionskosten pro Jahr (in Anlehnung an ein regelmäßig zu tilgendes Darlehen, dessen Darlehenshöhe von 100 % auf 0 % während der Laufzeit sinkt).

Die Differenz zwischen zusätzlichen Honorareinnahmen und zusätzlichen Kosten gibt einen Anhaltspunkt für das regelmäßig zu erwartende Ergebnis aus dem Zahnarztlabor.

Handwerksrechtliche und berufsrechtliche Vorgaben

Die Erbringung von zahntechnischen Leistungen ist grundsätzlich ein der Handwerksordnung unterliegender Beruf. Dies würde für den Zahnarzt bedeuten, dass er einen Zahntechnikermeister einstellen müsste. Nach der Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichtes vom 11.05.1979 (V C 16.79 –) steht jedoch fest, dass der Zahnarzt ein praxiseigenes Labor ausschließlich für den Bedarf seiner Praxis führen darf, ohne einen Zahntechnikermeister als Betriebsleiter beschäftigen zu müssen. Daraus ergibt sich die Vorgabe, dass in der Zahnarztpraxis keine Leistungen für andere als die eigenen Patienten erbracht werden dürfen, insbesondere nicht für andere Zahnarztpraxen.

Ein solches praxiseigenes Labor liegt auch dann vor, wenn mehrere Zahnärzte zu einer zahnärztlichen Gemeinschaftspraxis zusammengeschlossen sind, der ein nur für den Bedarf der Gemeinschaftspraxis tätiges Labor angegliedert ist. Das gleiche muss auch für Praxisgemeinschaften gelten, die in den gleichen Räumlichkeiten ihre Tätigkeit ausüben.

Aus der Berufsordnung der Zahnärzte ergibt sich für den Betrieb eines Zahnarztlabors keine Einschränkung. Die zahnprothetische Behandlung wird als einheitliche, wenn auch komplexe Leistung des Zahnarztes angesehen (BVerwG, NJW 1980, 1843). Das Zahnarztlabor hängt dabei in Funktion von der Existenz der Zahnarztpraxis ab, zahntechnische Leistungen sind der zahnärztlichen Tätigkeit unterzuordnen (BGH NJW 1975, 305; 1980, 1337). Auch aus der Prüfungsordnung für Zahnärzte ergibt sich, dass die Ausbildung zum Zahnarzt die technische Herstellung von Zahnersatz umfasst.

Steuerliche Vorgaben

Einkommensteuer
Die Einkünfte aus einem Zahnarztlabor gehören wie die übrigen zahnärztlichen Einkünfte zu den Einkünften aus selbstständiger, freiberuflicher Tätigkeit. Sie werden im Allgemeinen in der Gewinnermittlung zusammengefasst. Auf Grund der umsatzsteuerlichen Vorgaben empfiehlt sich eine getrennte Verbuchung.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 11/2010

Gewerbesteuer
Das Zahnarztlabor wird als Hilfsbetrieb zur zahnärztlichen Praxis angesehen, da ein Auftreten nach außen nicht vorgesehen und auf Grund der sonstigen rechtlichen Vorgaben nicht möglich ist. Nur wenn zahntechnische Arbeiten für Dritte (andere Zahnarzt-Praxen oder nicht vom Praxisinhaber behandelte Patienten) erbracht werden, werden die Grenzen des Hilfsbetriebes überschritten. Dann wäre eine Gewerbesteuerpflicht theoretisch möglich, allerdings erlauben auch die handwerksrechtlichen Vorgaben ein solches Tätigwerden nicht.

Umsatzsteuer
Die Herstellung von Zahnersatz ist, im Gegensatz zu den zahnärztlichen sonstigen Leistungen (z. B. Schienen, Kieferorthopädie, Inlays) umsatzsteuerpflichtig und unterliegt einem Umsatzsteuersatz von 7 %. Der Umsatzsteuer unterliegt der in den Abrechnungen des Eigenlabors ausgewiesene Rechnungsbetrag. Lediglich Pauschbeträge oder tatsächlich entstandene Kosten, die für Abformmaterialien, Hülsen, provisorische Kronen usw. berechnet werden, gehören zu den umsatzsteuerfreien zahnärztlichen Leistungen.

Im Gegenzug ist die Vorsteuer aus allen Leistungen, die zum Betrieb des zahnärztlichen Eigenlabors zuzurechnen sind, abzugsfähig.

Vorgaben für die Buchführung des Zahnarztes
Die Abrechnungen des Eigenlabors müssen einzeln und getrennt von den sonstigen Rechnungen des Zahnarztes aufgezeichnet werden.

Die Leistungen, die Umsatzsteuer enthalten und voll oder anteilig dem Zahnarztlabor zuzurechnen sind, sind mit Vorsteuer zu verbuchen.

Soweit Leistungen sowohl auf das Zahnarztlabor als auch auf die übrige Praxis entfallen, wird die Vorsteuer anteilig im Verhältnis der umsatzsteuerpflichtigen Umsätze zu den übrigen Umsätzen anerkannt. Dies sind typischerweise alle Vorleistungen, die sich auf die allgemeine Praxisorganisation beziehen. Die anteilige Vorsteuer wird üblicherweise erst zum Jahresende in der Umsatzsteuererklärung geltend gemacht.

Ausnahme: Bei einem Gesamtumsatz des Zahnarztes (aus allen umsatzsteuerpflichtigen Tätigkeiten) im vorangegangenen Kalenderjahr bis € 17.500,– und im laufenden Kalenderjahr bis voraussichtlich nicht über € 50.000,– ist der Zahnarzt Kleinunternehmer und unterliegt nur auf Antrag der Umsatzsteuer. Die Wahl muss vor dem Kalenderjahr getroffen werden. Als Kleinunternehmer darf der Zahnarzt keine Rechnungen mit Umsatzsteuer an seine Patienten ausstellen, im Gegenzug kann keine Vorsteuer geltend gemacht werden.

Sonderform »Die Laborgemeinschaft«

Die zahnärztliche Laborgemeinschaft ist ein Zusammenschluss von selbstständig tätigen Zahnärzten, die nach bestimmten Vorgaben ein gemeinsames Zahnarztlabor als Hilfsbetrieb ihrer jeweiligen Einzelpraxen betreiben. Die zahnärztliche Laborgemeinschaft war lange Zeit handwerksrechtlich und berufsrechtlich umstritten. Auch heute empfiehlt sich vor der Gründung eine Nachfrage bei den zuständigen Berufsorganisationen.

Aus berufsrechtlichen, aber auch steuerrechtlichen Gründen sind folgende Voraussetzungen notwendig:

a) Labor und Praxis müssen so nahe beieinander liegen, dass der Zahnarzt in der Lage ist, die Tätigkeit im Labor zu beaufsichtigen und zu überwachen. Ist dies der Fall, ist eine räumliche Trennung nicht schädlich.

b) Ein Zahnarztlabor liegt nur dann vor, wenn der dort tätige Zahntechniker weisungsunterworfener Arbeitnehmer des Zahnarztes ist. Steht die Laboreinrichtung im Eigentum des Zahntechnikers oder hat er die Laborräume gemietet, so ist dies ein Indiz dafür, dass der Zahntechniker nicht an Weisungen des Zahnarztes gebunden ist. Beschäftigen mehrere Zahnärzte einen Zahntechniker gemeinsam, so muss die Weisungsgebundenheit gegenüber jedem Zahnarzt bestehen. Verschiedentlich wurden hier aus Sicht des Handwerksrechts gesplittete Arbeitsverträge mit jedem einzelnen Zahnarzt gefordert.

c) Das Zahnarztlabor darf nur zur Erbringung von Leistungen für die Patienten der beteiligten Zahnärzte genutzt werden. Geht die Leistungserbringung über den Gesellschafterkreis und die von ih-

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 11/2010

nen behandelten Patienten hinaus, so liegt ein gewerbliches Labor vor. Dann ist von einer Gewerbesteuerpflicht auszugehen und auch von der wesentlich schwerwiegenderen Verpflichtung, einen Zahntechnikermeister als Betriebsleiter zu beschäftigen.

d) Die umsatzsteuerlichen Grundsätze gelten auch für das gemeinsam betriebene Zahnarztlabor. Eine eigene Buchführung und Gewinnermittlung ist notwendig, um die Steuerdeklaration sinnvoll durchzuführen. Im Gegensatz zum Zahnarztlabor sind durch die strikte Abgrenzung zu den umsatzsteuerfreien zahnärztlichen Leistungen auf Ebene des gemeinschaftlichen Labors alle Vorsteuerbeträge abzugsfähig.

Wenn Sie die Einrichtung eines Zahnarztlabors oder die Begründung einer Laborgemeinschaft planen, so sollten Sie zunächst in jedem Fall vorab die handwerksrechtliche und berufsrechtliche Seite Ihres Vorhabens prüfen. Beziehen Sie frühzeitig Ihren Steuerberater mit ein. Nur dann ist eine betriebswirtschaftlich sinnvolle Entscheidung möglich und die Buchführung und Steuerdeklaration kann von Anfang an vernünftig eingerichtet werden.

Stb./WP Gabriela R. Scholz

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 11/2010

6.1.6. Steuerlicher Schuldzinsenabzug

Beruflich veranlasste Finanzierungskosten sind als Betriebsausgaben der Praxis steuerlich abzugsfähig. Steuergesetzgebung und Finanzrechtsprechung haben die Anwendbarkeit dieses Grundsatzes jedoch in vielen Fällen eingeschränkt, so dass diese Aussage pauschal nicht mehr möglich ist. Mit Wirkung zum 01.01.1999 wurde die gesetzliche Grundlage zum Schuldzinsenabzug für Selbstständige und Gewerbebetriebe völlig neu gefasst (§ 4 Abs. 4a EstG):

Der Zahnarzt sollte es nicht den Betriebsprüfern überlassen, ob die angesetzten Schuldzinsen steuerlich anerkannt werden, sondern sich im Vorfeld informieren. Falsche Gestaltungen können einiges an Steuern kosten, die in der Regel viel später und in hohen Summen nachgezahlt werden müssen. Es lohnt sich also, im Vorhinein die steuerliche Abzugsfähigkeit der Darlehenszinsen zu kennen, um Planungssicherheit zu gewinnen.

Ein Beispiel hierzu wird die Fallstricke der Finanzierung verdeutlichen:
Der Zahnarzt erwirbt ein Cerec-Gerät mit Zubehör zum Preis von € 50.000,–. Er finanziert den vollen Kaufpreis auf 12 Jahre tilgungsfrei und schließt eine Kapitallebensversicherung ab (Altvertrag, Abschluss vor dem 01.01.2005), die er zur Ablösung des Darlehens zur Sicherheit abtritt. Diese Art der Finanzierung kann sich steuerlich sehr positiv auswirken, ist aber höchst gefährlich.

Im Normalfall kostet der Kredit bei 7 % Zinsen pro Jahr € 3.500	
In 12 Jahren also	– € 42.000
Und netto nach Abzug von 50 % Steuern	+ € 21.000
Abzug der Steuerersparnis aus dem Versicherungssparen*	+ € 5.000
Kreditaufwand netto	– € 16.000

* Das Ergebnis ist abhängig von den erzielbaren Zinssätzen von Darlehen und den Erträgen der Lebensversicherung (hier geschätzt € 10.000).

1. Variante:
Das Cerec wird planmäßig genutzt und nach 10 Jahren verschrottet.

Da im Kaufpreis Umsatzsteuer enthalten ist, betragen die Anschaffungskosten nur € 43.103,–. Nur diesen Betrag kann er über Darlehen langfristig finanzieren, der Rest des Darlehens ist nicht abzugsfähig. Die Zinsen auf die Vorsteuer von € 6.879,– (16 %) sind nicht abzugsfähig, € 483,– pro Jahr oder € 5.796,– für 12 Jahre: Mehraufwand durch Steuernachteil 50 % oder € 2.898,–.

Zudem wird seine Lebensversicherung durch die Sicherungsabtretung auch für den Teilbetrag der Vorsteuer »steuerschädlich«, der Zinsanteil im Auszahlungsbetrag (geschätzter Kapitalertrag € 10.000,–) muss versteuert werden: Steuernachteil € 5.000,–!

Steuerproblem: Die gezahlte Umsatzsteuer ist Betriebsausgabe, die Finanzierung von Betriebsausgaben ist nur eingeschränkt möglich. Zudem wurde das mit der LV besicherte Darlehen nicht vollständig steuerunschädlich für ein begünstigtes Gut des Anlagevermögens verwendet. Damit werden die Zinserträge in voller Höhe steuerpflichtig.

2. Variante:
Er hat die Umsatzsteuer nicht mitfinanziert. Er verkauft das Cerec nach 2 Jahren, ohne das Darlehen zurückzuzahlen, es ist ja mit der LV gekoppelt und außerdem ein Investitionsdarlehen.

Die Zinsen auf das Darlehen von nun € 43.103,– nach Verkauf (€ 3.017,– pro Jahr × 10) sind nicht mehr als Betriebsausgaben abzugsfähig: Steuernachteil € 15.086,–!

Zudem ist auch hier die LV steuerschädlich, weil das weiterlaufende Darlehen nun als »umgewidmet« gilt und diese Umwidmung nicht begünstigt ist.

Steuerhinweis: Wird ein Wirtschaftsgut verkauft, so muss der Verkaufserlös zur Rückführung eines Darlehens im Zusammenhang mit dem Wirtschaftsgut verwendet werden, sonst sind die Zinsen insoweit nicht abzugsfähig.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 11/2010

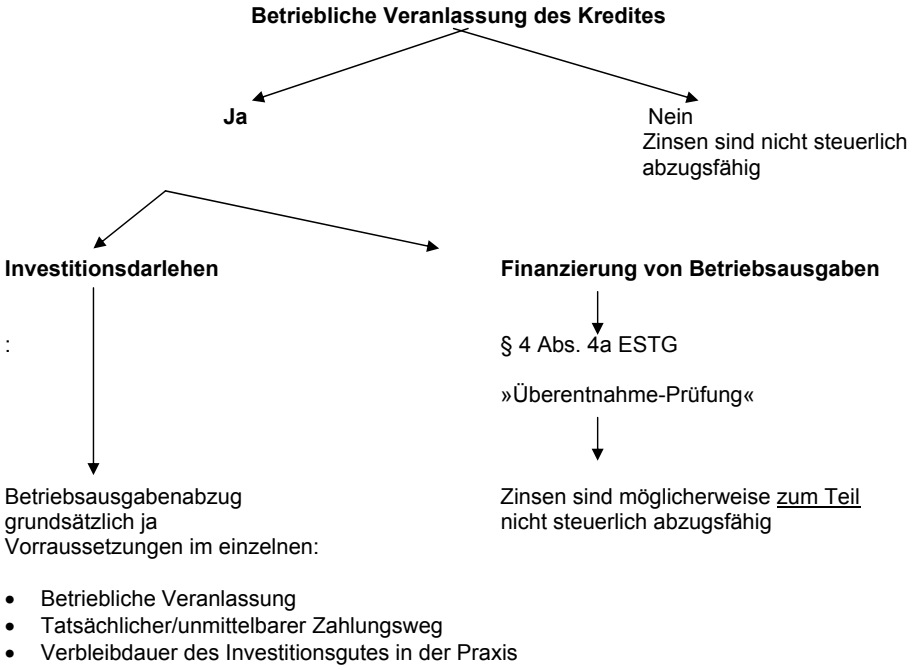
3. Variante:
Wie 2., aber er verwendet den Verkaufserlös des Cerec unmittelbar und sofort zur Anschaffung eines Behandlungsstuhls.

Diese Art der Umwidmung ist steuerunschädlich. Die Darlehenszinsen bleiben weiterhin steuerlich abzugsfähig. Die LV-Auszahlung ist steuerfrei möglich, jedenfalls nach jetziger Rechtslage.

Prüfung der steuerlichen Abzugsfähigkeit von Finanzierungskosten der Praxis

Zu den **Finanzierungskosten** eines Darlehens gehören neben den Schuldzinsen auch ein einmaliges Disagio, Kreditbeschaffungs- und Bearbeitungsgebühren sowie sonstige Bankgebühren. Auch wenn im Folgenden nur von Schuldzinsen die Rede ist, sind alle diese Finanzierungskosten gemeint.

Prüfschema Abzugsfähigkeit von Schuldzinsen



- Betriebliche Veranlassung
- Tatsächlicher/unmittelbarer Zahlungsweg
- Verbleibdauer des Investitionsgutes in der Praxis

Die betriebliche Veranlassung des Darlehens

Ist ein Darlehen **betrieblich veranlasst**, so sind die daraus resultierenden Zinsen und gegebenenfalls sonstigen Finanzierungskosten (Bearbeitungsgebühren, Kontoführung usw.) Betriebsausgaben. Maßgeblich ist dabei der tatsächliche Verwendungszweck der Darlehensmittel, also der tatsächliche Zahlungsfluss.

Die Darlehensschuld selbst gehört zum **Betriebsvermögen der Praxis** im Sinne des § 4 EStG. Diese zunächst theoretisch klingende Zuordnung hat in bestimmten Fällen erhebliche Bedeutung:

So wird im Falle der Schenkung oder Erbschaft der Einheitswert des Betriebsvermögens ermittelt und besteuert. Betrieblich veranlasste Schulden wirken dann steuermindernd.

Betrieblich veranlasst ist ein Darlehen, wenn es für betriebliche Zwecke verwendet wird, insbesondere also für

- den Erwerb der gesamten Praxis oder die Anschaffung bzw. Herstellung von einzelnen Wirtschaftsgütern des betrieblichen Anlagevermögens
  Hier handelt es sich um Darlehen für langfristige Investitionen **(Investitionsdarlehen)**. Die Höhe

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 11/2010

der Investiton ist unerheblich. Auch die geringwertigen Wirtschaftsgüter mit Anschaffungskosten unter € 410,– (ab 2008 unter € 150,–) fallen hierunter. Werden Wirtschaftsgüter teilweise privat genutzt, so muss die berufliche Nutzung überwiegen (Bsp. Pkw)

- die Bezahlung von Lieferantenschulden über Betriebsausgaben oder den Ausgleich einer Überziehung auf einem laufenden Konto
  Es handelt sich hier im Gegensatz zu Investitionen um die – mittelbare oder unmittelbare – **Finanzierung von Betriebsausgaben**. Auch diese Darlehen sind im Grundsatz betrieblich veranlasst. Aber nicht in allen Fällen sind die Zinsen als Betriebsausgaben steuerlich abzugsfähig. Hierzu müssen weitere Vorraussetzungen erfüllt sein.

- die Ablösung eines betrieblich veranlassten Kredites.
  War der ursprüngliche Kredit Betriebsvermögen, so kann sich durch die Umschuldung dieses Kredites nichts ändern (z. B. bei Auslaufen der Zinsbindung für den Praxisgründungskredit)

Steuertipp:
Führen Sie Praxisgründungskredite möglichst lange fort. Dies kann in einigen Fällen sogar bis zum geplanten Ruhestand sinnvoll sein. Sie können die frei werdende Liquidität aus der Praxistätigkeit dann für private Investitionen oder den Aufbau der Altersversorgung nutzen. Auf der anderen Seite mindern Sie Ihr steuerpflichtiges Einkommen durch die weiterhin abzugsfähigen Zinsen.

Auch wenn ein sachlicher oder zahlungsmäßiger Bezug zu der beruflichen Tätigkeit besteht, kann die steuerliche Abzugsfähigkeit der Schuldzinsen aber eingeschränkt sein.

Keine betrieblich veranlassten Darlehen entstehen aber z. B. durch

- Finanzierung von Privatvermögen
  Beispiel: Der weniger als 50 % beruflich genutzte Pkw ist steuerliches Privatvermögen. Die aus der Finanzierung resultierenden Zinsen sind nur in Höhe der beruflichen Nutzung abzugsfähig.

- Finanzierung von Entnahmen
  Wird ein Darlehen auf ein laufendes Praxiskonto ausgezahlt und fließt im **zeitlichen Zusammenhang damit eine Entnahme in ähnlicher Höhe** von diesem Konto ins Privatvermögen, so ist das Darlehen durch die Entnahme veranlasst und damit keine Betriebsschuld.
  Wird ein Darlehen auf ein **Ausgabenkonto** ausgezahlt, und wird im zeitlichen Zusammenhang und in ähnlicher Höhe **vom Einnahmenkonto eine Entnahme** getätigt, so gilt das Gleiche. (BMF vom 10.11.1993, BStBl I, S. 930)
  Die alten Regeln zum Mehrkonten-Modell für den betrieblichen/privaten Zahlungsverkehr müssen also weiterhin beachtet werden!

- Finanzierung von Zugewinnausgleichsschulden.
  Wird eine Ehe geschieden, so ist der Zugewinn i. d. R. sofort auszugleichen. Gehört der Praxiswert zum Zugewinn, so muss im Allgemeinen die Zahlung finanziert werden. Trotz des sachlichen Zusammenhangs mit der beruflichen Tätigkeit liegt hier kein betrieblich veranlasstes Darlehen vor.

- Abfindungen in Erbfällen
  Auch beim Ausgleich berechtigter Miterben kann es zur Auszahlung von Abfindungen kommen, die zu finanzieren sind.

Der tatsächliche und unmittelbare Zahlungsweg

Für die Anerkennung der Schuldzinsen kommt es auf die erstmalige Verwendung der Darlehensmittel an. Maßgeblich ist hier der tatsächliche Geldfluss. Ein rein wirtschaftlicher oder zeitlicher Zusammenhang zwischen Darlehensauszahlung und Investition oder Finanzmittelbedarf reicht nicht aus!

Die Verwendung der Darlehensmittel für betriebliche Praxiszwecke kann **unmittelbar** vom Darlehenskonto erfolgen oder auch **mittelbar** über Zwischenkonten oder laufende Konten. Empfehlenswert ist der unmittelbare Zahlungsweg. Dies ist steuerlich unzweifelhaft und erleichtert den Nachweis der Mittelverwendung.

Das schließt nicht aus, dass auch bei mittelbarer Zahlung die betriebliche Veranlassung und damit der Betriebsausgabenabzug in vielen Fällen gegeben ist. Wegen der Rechtslage bei der Abtretung von Lebensversicherungen und dem neuen § 4 Abs. 4a EstG kann dies aber zu Problemen führen.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 11/2010

Unmittelbar werden Darlehensmittel verwendet durch.

- sofortige Überweisung auf das Konto des Lieferanten.

- Überweisung auf ein Zwischenkonto der Praxis, das ausschließlich für Investitionen verwendet wird. Insbesondere sollten über dieses Darlehen keine laufenden Ausgaben gezahlt werden.

Steuertipp:
Die unmittelbare Verwendung der Darlehensmittel hat insbesondere Bedeutung bei der Absicherung eines Investitionskredites durch Abtretung von Ansprüchen aus Lebensversicherungen. Fließt der Darlehensbetrag auf laufende betriebliche Konten und wird von dort für Investitionen weiterverwendet, so kann »Steuerschädlichkeit« für die Auszahlung der Lebensversicherung eintreten. Die Steuerfreiheit für die im Auszahlungsbetrag enthaltenen Kapitaleinkünfte ist gefährdet. Sprechen Sie dies vorher im Detail mit Ihrem Steuerberater oder Ihrer Bank ab.

Die Verbleibdauer des Investitionsgutes

Auch wenn ein Darlehen zu Beginn unzweifelhaft betrieblich veranlasst war, so muss dies nicht für alle Zeit gelten. Die Dauer der Abzugsfähigkeit der Schuldzinsen hängt auch von der Nutzungsdauer des Investitionsgutes ab.

Die wichtigsten steuerlichen Verhaltensmaßnahmen:

- Wird ein Wirtschaftsgut **verkauft**, so muss der Verkaufserlös zur Rückführung des Darlehens verwendet werden. Geschieht dies nicht, so sind die Zinsen des Darlehens ab Verkauf nicht mehr abzugsfähig. Die Rechtsprechung geht implizit davon aus, dass der Verkaufserlös für private Zwecke entnommen wird. Entsteht durch die vorzeitige Rückzahlung des Darlehens eine Vorfälligkeitsentschädigung, so ist diese allerdings voll und ganz Betriebsausgabe. Dies gilt allerdings nicht immer.

- Wird vom Verkaufserlös ein anderes Wirtschaftgut des Betriebsvermögens erworben, so gilt das Darlehen als »umgewidmet«. Die Zinsen bleiben weiterhin abzugsfähig. Die Rechtsprechung stellt an eine solche **Umwidmung** allerdings strenge Anforderungen. So muss die neue Anlageentscheidung mit Kreditfinanzierung anhand **objektiver Kriterien** nachweisbar sein, der bloße Wille des Steuerpflichtigen reicht nicht aus.

- Eine Umwidmung ist steuerunschädlich auch möglich, wenn vom Verkaufserlös ein Wirtschaftsgut erworben wird, das einer **anderen Einkunftsart** dient. Bedeutsames Beispiel: Verkauf der gesamten Praxis und Verwendung des Erlöses für den Erwerb einer vermieteten Immobilie mit Einkünften aus Vermietung und Verpachtung.

- Reicht der Verkaufserlös nicht aus, um das Darlehen zurückzuführen, oder wird das Wirtschaftgut unverwertbar, so bleiben die Darlehenszinsen weiterhin abzugsfähig. Allerdings muss die Absicht zur **Tilgung** des Kredites nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit erkennbar sein.

Praxisverkauf und Darlehenszinsen

Wird die Praxis verkauft oder aber aufgegeben, dann sind häufig zu diesem Zeitpunkt noch betriebliche Darlehen vorhanden. Für die darauf entfallenden Schuldzinsen gilt:

- Der Kaufpreis oder bei Praxisaufgabe **sämtliche vorhandenen Wirtschaftsgüter des Aktivvermögens** müssen unverzüglich darauf verwendet werden, die Darlehen zurückzuzahlen. Werden Wirtschaftsgüter in das Privatvermögen überführt, so sind die darauf entfallenden Schuldzinsen nicht mehr abzugsfähig. Die Aufrechterhaltung der Darlehen ist dann nicht mehr durch betriebliche Zwecke veranlasst.

- Eine Ausnahme ist die Umwidmung der Darlehensmittel: Wirtschaftsgüter des Praxisvermögens werden weiterhin zur Erzielung von steuerpflichtigen Einkünften verwendet. Beispiel: die Praxisräume werden nach Aufgabe der eigenen Tätigkeit an den zukünftigen Praxisinhaber oder aber zu Wohnzwecken vermietet.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 11/2010

- Ist eine sofortige Verwertung oder Rückzahlung der Darlehen nicht möglich, so bleiben die Schuldzinsen noch bis zum Wegfall der Hindernisse steuerlich abzugsfähig als nachträgliche Betriebsausgaben.

- Behandlung der **Schuldzinsen für Altdarlehen bei Aufnahme eines Partners in eine Einzel- oder Gemeinschaftspraxis:**
  Der Juniorpartner zahlt für die Aufnahme in die Gemeinschaft einen Geldbetrag in Höhe seines zukünftigen Anteils am Vermögen der Praxis. Der Senior entnimmt diesen Betrag für private Zwecke, die bisherigen Darlehen bleiben unvermindert bestehen. Entscheidung des Bundesfinanzhof hierzu (BFH NV, 10.03.1999, XI R 26/98): Die Schuldzinsen bleiben trotz der bestehenden Rückführungsmöglichkeit steuerlich abzugsfähig. Die gewerbliche Tätigkeit besteht in der neuen Gemeinschaft fort; und damit auch die betriebliche Veranlassung der Darlehen. Nur bei Vollbeendigung eines Betriebes ist der Schuldzinsenabzug für betriebliche Verbindlichkeiten, die durch den Veräußerungserlös hätten getilgt werden können, begrenzt. Die Zinsen blieben voll als Betriebsausgabe abzugsfähig.

Die Finanzierung von Betriebsausgaben

Der neue § 4 Abs. 4a EStG
Auch die Schuldzinsen, die aus der Finanzierung von Betriebsausgaben resultieren, sind grundsätzlich betrieblich veranlasst und damit ihrerseits steuerlich als Betriebsausgabe abzugsfähig. Die **Prüfung der betrieblichen Veranlassung** betrifft insbesondere die Frage, ob wegen eines zeitlichen oder sachlichen Zusammenhangs mit Entnahmen eventuell doch eine private Entnahmefinanzierung (Zinsen sind keine Betriebsausgaben) vorliegt. Dies ist nach den Regeln zum alten Mehrkonten-Modell zu entscheiden.

Sind die Schuldzinsen nach dieser Vorprüfung steuerlich dem Grunde nach abzugsfähig, so hängt die Höhe der steuerlichen Anerkennung im Folgenden von einer **»Überentnahmeberechnung«** für jedes Jahr ab. Liegen keine Überentnahmen vor, so sind die Schuldzinsen dieser Jahres voll abzugsfähig. Werden Überentnahmen festgestellt, so werden rechnerisch fiktive private Schuldzinsen ermittelt und dem Gewinn steuerlich hinzugerechnet.

Prüfschema Kürzung des Schuldzinsenabzugs

A) Schuldzinsen der Praxis im laufenden Wirtschaftsjahr
Abzüglich: Schuldzinsen für Investitionsdarlehen
= Verbleibende Schuldzinsen
Abzüglich: Mindestbetrag der Schuldzinsen von € 2.050
= zu kürzende Schuldzinsen
zu vergleichen mit:
Überentnahmen des Wirtschaftsjahres × 6 % Zinsen
= der kleinere Betrag wird dem Gewinn hinzugerechnet.

B) Schuldzinsen in den Folgejahren
Überentnahmen des Vorjahres
Zuzüglich: Überentnahmen des Wirtschaftsjahres
Abzüglich: Unterentnahmen des Wirtschaftsjahres
= zu verzinsende Überentnahmen × 6 % Zinsen
zu vergleichen mit:
zu kürzende Schuldzinsen des Wirtschaftsjahres (wie oben)
= der kleinere Betrag wird dem Gewinn hinzugerechnet

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 11/2010

Mindestabzug von € 2.050,– zuzüglich Zinsen für Investitionsdarlehen
Bevor man mit der rechnerisch aufwendigen Ermittlung der Überentnahmen beginnt, sollte man zunächst prüfen, ob eine Kürzung der Schuldzinsen überhaupt in Frage kommt.

Die Zinsen für reine Investitionsdarlehen sind nach der neuen Regelung abzugsfähig. Der Nachweis, dass ein solches Darlehen vorliegt, muss allerdings geführt werden.

Darüber hinaus gewährt das Gesetz einen Mindestschuldzinsen-Abzug von € 2.050,– im Jahr. Wer also keine höheren Schuldzinsen aus »anderen« Darlehen bezahlt, der braucht nicht weiterzurechnen.

Steuertipp:
Dokumentieren Sie frühzeitig, dass die Darlehensbeträge für Investitionsgüter verwendet wurden. Am besten bezahlen Sie Investitionen direkt vom Darlehenskonto oder von einem dafür bestimmten Zwischenkonto, das nicht für laufende Ausgaben genutzt wird.

Ermittlung der Überentnahmen
Die neue Regelung des § 4 Abs. 4a EstG sagt im Grundsatz aus, dass der Unternehmer einen Betrag bis zur Höhe des von ihm erwirtschafteten steuerlichen Gewinns entnehmen darf. Entnimmt er mehr (»Überentnahme«), so muss er den übersteigenden Betrag »verzinsen« bzw. seine Schuldzinsen werden rechnerisch gekürzt.

Eine stichtagsbezogene Berechnung hat aber den Nachteil, dass sie durch Entnahmen oder Einlagen kurz vor dem Jahresende beeinflusst werden kann. Der Unternehmer könnte z. B. am 31. Dezember eine hohe Einlage vom Privatkonto machen, die er am 1. Januar wieder entnimmt: die Überentnahme wäre vermieden. Umgekehrt führt bei Einnahme-Überschuss-Ermittlern das Vorziehen von Ausgaben (zur Verminderung des zu versteuernden Gewinns) zu einer typischen Überentnahme, die sich im folgenden Januar wieder ausgleicht.

Die Überentnahmen werden dementsprechend wie folgt berechnet:

Steuerlicher Gewinn des Wirtschaftjahres
(mindestens 0, denn ein Verlust wird nicht gerechnet)
+
Einlagen des Wirtschaftjahres
./.
Entnahmen des Wirtschaftsjahres
=
Über- oder Unterentnahme des Geschäftsjahres

Im Folgejahr werden die Überentnahmen fortgeschrieben, z. B. mit möglichen Unterentnahmen verrechnet, und der sich dann ergebende Saldo verzinst.

Verluste werden für die Ermittlung der zu verzinsenden Überentnahmen nicht mitgerechnet. Wenn in Verlustjahren also keine Entnahmen anfallen, so bleiben die Schuldzinsen dieser Jahre voll abzugsfähig.

Anwendung der neuen Regelung auf Zinsen aus alten Mehrkonten-Modellen
Die neue Regelung gilt grundsätzlich für alle Schuldzinsen ab dem 01.01.1999.

Viele Freiberufler haben die vorher bestehenden Gestaltungsmöglichkeiten des »alten Mehrkonten-Modells« genutzt, um private Ausgaben aus den Praxiseinnahmen zu bezahlen und Betriebsausgaben langfristig zu finanzieren. Der **Bestand der betrieb-**

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 11/2010

lichen Darlehen zum 01.01.1999 und damit Beginn des ersten Wirtschaftsjahres, für das der neue § 4 Abs. 4a EstG anwendbar ist, wird daher eine Mischung von echten Investitionsdarlehen und Finanzierung von Betriebsausgaben darstellen.

Die Berechnung der Überentnahmen wie die gesamte Regelung ist erst ab dem 01.01.1999 anzuwenden und somit bleibt der Bestand der Schuldzinsen aus Darlehen der Vorjahre ungekürzt.

Gestaltungshinweise
Trotz der vielen ungeklärten Fragen im Zusammenhang mit der neuen Regelung können einige Verhaltensweisen empfohlen werden, um steuerliche Nachteile so weit wie möglich zu vermeiden.

- Finanzieren Sie alle größeren, gegebenenfalls auch kleinere Investitionen grundsätzlich über Darlehen. Halten Sie dabei den direkten Zahlungsweg ein, so dass der spätere Nachweis unproblematisch ist.
- Verringern Sie den Bestand der Darlehenszinsen, die nicht aus Investitionen resultieren, auf unter € 2.050,– p. a., dann »greift« die neue Regelung nicht.
- Passen Sie Ihr Entnahmeverhalten an Ihren zu erwartenden steuerlichen Gewinn an. Vermeiden Sie Überentnahmen, oder versuchen Sie, diese in den ersten Monaten des Folgejahres durch Einlagen zu korrigieren.

Stb./WP Gabriela R. Scholz

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 11/2010

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 11/2010

6.2. ABC der kritischen Betriebsausgaben

Betriebsausgaben sind Ausgaben, die durch die berufliche Tätigkeit des Zahnarztes veranlasst sind. Sie mindern den steuerpflichtigen Gewinn und damit die Steuerlast des Zahnarztes. Bei nach wie vor hohen Steuerabgaben (von 1,– € immer noch mindestens 0,45 € in der Spitze) ist die Geltendmachung **aller möglichen Betriebsausgaben** (im Rahmen des Legalen) zur Sicherung des Nettoeinkommens existenziell wichtig.

Im täglichen Praxisablauf stellt sich häufig die Frage, ob und wie bestimmte Ausgaben steuermindernd angesetzt werden können. Gemeint sind nicht die selbstverständlichen und regelmäßigen Ausgaben, wie z. B. laufende Gehaltszahlungen, Laborkosten oder Miete, sondern die Ausgaben, die sozusagen »außer der Reihe« anfallen.

Das folgende »ABC der kritischen Betriebsausgaben« soll Ihnen verständliche Antworten auf die am häufigsten gestellten Fragen im Zusammenhang mit den Betriebsausgaben einer Praxis geben und gleichzeitig Ratgeber zur Optimierung Ihrer Steuergestaltung sein.

Abfindungen an Angestellte
Abfindungen können als **außerordentliche Einkünfte** versteuert werden, wenn sie als Entschädigung für die Einkünfte mehrerer Jahre gezahlt werden. Voraussetzungen sind u. a.

- Zahlung in einem größeren Betrag;
- erhöhte steuerliche Belastungen im Jahr der Zahlung.

Dann werden die Einkünfte, vereinfacht ausgedrückt, mit dem Fünffachen der Steuer besteuert, die sich für ⅕ der Einkünfte ergibt. Dies ist nur für die Arbeitnehmer von Vorteil, die im Jahr der Zahlung keine oder nur geringe steuerpflichtige Einkünfte erzielen.

Abschreibungen
Verteilung der Anschaffungskosten abnutzbarer Wirtschaftsgüter auf die voraussichtliche Nutzungsdauer, bis sich ein Buchwert von 0 ergibt. Zu den einzelnen Abschreibungsarten siehe Kap. 6.1.2.

Anschaffungen abschreibungspflichtig/ Geringwertige Wirtschaftsgüter
Einzeln verwendbare Gegenstände oder Trivial-Software für die Praxis mit Anschaffungskosten von mehr als 800,– € ohne Umsatzsteuer (oder von mehr als 250,– €; netto bei der alternativ anwendbaren Poolabschreibung) dürfen nicht in voller Höhe, sondern nur zeitanteilig über die Nutzung abgeschrieben werden (siehe Kap. 6.1.2.).

Ersatzteile für vorhandene Geräte sind sofort und voll als Reparaturaufwand abzugsfähig.

Investitions-Abzugsbetrag
Vorweggenommene Sonderabschreibung der voraussichtlichen Anschaffungskosten für eine geplante Investition in den drei Folgejahren (siehe Kap. 6.1.2.).

Angehörigenvertrag
Vertragsgestaltungen mit Angehörigen sind oftmals gut geeignet, um die Steuerbelastung der Familie zu reduzieren. Dabei werden insbesondere steuerliche Freibeträge, z. B. Sparerfreibetrag von 801,– € p. a., Werbungskostenpauschale für nichtselbstständige Arbeit oder die steuerliche Freistellung des Existenzminimums für die Kinder ausgenutzt.

Gehalt, Miete oder Zinsen für Darlehen mindern als Betriebsausgaben Ihren Praxisgewinn, müssen aber beim Empfänger nicht/nur gering versteuert werden. Verständlich, dass das Finanzamt versucht, solche Verträge zu kippen. Bitte achten Sie ganz diszipliniert auf Folgendes:

- Der Vertrag muss rechtswirksam abgeschlossen sein und am besten schriftlich.
- Leistung und Entgelt müssen dem entsprechen, was Sie auch mit einem fremden Dritten vereinbaren würden.
- Die Leistung muss tatsächlich erbracht und das Entgelt muss regelmäßig und tatsächlich bezahlt werden. Ein Dauerauftrag ist empfehlenswert, sofern möglich. Der Empfänger – Ehefrau, Kind oder sonstiger Verwandter – muss über das Entgelt tatsächlich verfügen können.

Arbeitsessen
Arbeitsessen mit den Angestellten, zu unterscheiden von ➛ **Bewirtungskosten** für Betriebsfremde/Geschäftsfreunde

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2022

Grundsätzlich gehört das Bereitstellen von Speisen und Getränken für die Angestellten zu den abzugsfähigen Betriebsausgaben beim Praxisinhaber, aber leider auch zum steuer- und sozialversicherungspflichtigen Arbeitslohn für den Angestellten. Lohnsteuer-/sozialversicherungsfrei sind

- Aufmerksamkeiten (➔) von geringem Wert, wie Getränke (nur nichtalkoholisch) oder Gebäck. Vorsicht: Diese Zugaben werden auf die steuerfreie monatliche Sachbezugsgrenze angerechnet.
- Bewirtung der Angestellten aus besonderem beruflichem Anlass. Anerkannt sind als Anlass außergewöhnliche Arbeitseinsätze im Interesse des Arbeitgebers wie z. B. die Quartalsabrechnung oder Fortbildungsveranstaltungen. Eine Dokumentation als Nachweis für das Finanzamt ist erforderlich, z. B. Angabe von Anlass und Teilnehmern auf der Restaurantrechnung oder Pizzaquittung. Freigrenze für Bewirtung von Angestellten anlässlich auswärtiger Fortbildungen 60,– € (es wird dann der amtliche Sachbezugswert versteuert).

Arbeitszimmer

Viele Zahnärzte benötigen außerhalb der Praxisräume noch zusätzlichen Raum, um alle Aufgaben rund um die Praxis erledigen zu können. Für die steuerliche Geltendmachung der Kosten ist zu unterscheiden:

- Handelt es sich um eine **zusätzliche Betriebsstätte oder um ein Warenlager**?
  Dann sind die vollen Kosten absetzbar. Beispiel: Arztpraxis im eigenen Haus, Kellerräume im eigenen Haus zur Aufbewahrung von Patientenunterlagen.
- Wurde ein **zusätzliches Arbeitszimmer in fremden Räumen** angemietet?
  In diesem Fall sind die Aufwendungen voll und ganz abzugsfähig, sofern die berufliche Nutzung dem Grunde nach feststeht.
- Ist das **Arbeitszimmer Teil der eigenen selbstgenutzten Wohnung**?
  Dann wird es schwierig!

Aufwendungen für Arbeitszimmer, die Teil der selbstgenutzten Wohnung/des selbstgenutzten Hauses sind, können nur noch als Betriebsausgabe abgesetzt werden,

a) wenn sie den Mittelpunkt der gesamten beruflichen Tätigkeit darstellen, in voller Höhe.
b) wenn kein anderer Arbeitsplatz zur Verfügung steht, in Höhe von maximal 1.250,– € p. a.

Trifft keine Alternative auf Ihren Einzelfall zu, so können zwar die **Hausaufwendungen nicht** geltend gemacht werden; wohl aber die **Arbeitsmittel, die im Arbeitszimmer**, aber auch in anderen Räumen der Wohnung benutzt werden:
Schränke, Schreibtisch und Stuhl, andere Möbelstücke, EDV-Hardware.

Aufwendungen des Arbeitszimmers/des zusätzlichen Raums umfassen anteilige Kosten für:

- Miete oder bei Eigentum Abschreibungen
- Verbrauchskosten (Heizung, Strom, Wasser)
- Reinigung (Reinigungsmittel, Schätzung zulässig, anteiliger Fremdaufwand)
- Raumausstattung (Tapeten, Teppiche, Vorhänge, Lampen)

Aufmerksamkeiten

Geschenke zu besonderen persönlichem Anlässen des Beschenkten sind unter bestimmten engen Voraussetzungen als Betriebsausgabe der Praxis anerkannt. Grundsätzlich darf der **Empfänger durch die Zuwendung nicht wesentlich bereichert** sein. Steuerlich zu unterscheiden sind

- Geschenke an Geschäftsfreunde – siehe dort.
- **Geschenke an Arbeitnehmer** – immer Betriebsausgabe!
  - Steuerfrei sind Sachgeschenke aus besonderem persönlichem Anlass bis zu einem Wert von 60,– €. Beispiel: Blumenstrauß oder Geschenk zum Geburtstag.
  - Wird der Wert überschritten, so ist die gesamte Zuwendung lohnsteuer- und sozialversicherungspflichtig. Ausnahme: Die Lohnsteuer-Pauschalierung für alle steuerpflichtigen Sachzuwendungen eines Jahres an Arbeitnehmer kann gewählt werden. Dann übernimmt der Arbeitgeber 30 % (zuzüglich Soli und Kirchensteuer) sowie die Sozialversicherung auf den Jahresbetrag; die Zuwendungen bleiben bei den Arbeitnehmern steuerfrei (siehe auch unter Pauschale Steuer auf Sachzuwendungen).
  - Kein Geld schenken! Dies wäre in jedem Fall steuerpflichtiger Arbeitslohn (R 73 LStR).

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2022

Ausbildungskosten
(siehe auch Fortbildungskosten)

a) Kosten für die **erstmalige Berufsausbildung** oder ein **Erststudium**.
Ausbildungskosten gehören grundsätzlich zu den Kosten der persönlichen Lebenshaltung und wären damit steuerlich irrelevant. Aufgrund der Sonderregelung des § 10 Abs. 1 Nr. 5 EStG sind sie als Sonderausgaben **beschränkt abzugsfähig** bis zu einem Gesamtbetrag von 6.000,– € p. a. Begünstigt sind Ausbildungsaufwendungen (nicht Unterbringungs- und Verpflegungskosten) des Steuerpflichtigen selbst und seines Ehegatten. Zu den Berufsausbildungskosten zählen i. d. R. nicht Aufwendungen für Bildungsmaßnahmen, die auf die Erweiterung der **Allgemeinbildung** gerichtet sind, z. B. Seniorenstudium, Koch- und Töpferkurse usw.

b) Dagegen sind **Fortbildungskosten unbeschränkt abzugsfähig** als Betriebsausgaben bei selbstständiger Tätigkeit oder als Werbungskosten bei nichtselbstständiger Tätigkeit. Aufgrund der Rechtsprechung der Finanzgerichte sind Ausbildungskosten für eine weiterführende Ausbildung grundsätzlich Fortbildungskosten und können – mangels Einkünfte – als **vorweggenommene Betriebsausgaben oder Werbungskosten einer zukünftigen Tätigkeit** steuerlich geltend gemacht werden (Beispiel: Promotionskosten, Kosten für ein Aufbaustudium).

Aushilfslohn (auch Teilzeitbeschäftigte, geringfügig Beschäftigte)

Unter dem Begriff »Aushilfslohn« werden verschiedene Arbeitsformen zusammengefasst, die steuerlich und sozialversicherungsrechtlich begünstigt sind:

1. *Beschäftigung von kurzer Dauer mit Lohnsteuerpauschalierung: Der Arbeitslohn kann dann pauschal mit **25 %** zuzüglich Kirchensteuer und Soli vom Arbeitgeber versteuert werden. Der Arbeitnehmer muss den Lohn **nicht** versteuern. Der Arbeitslohn kann selbstverständlich auch mit Lohnsteuerkarte normal versteuert werden (z. B. für die Ferienbeschäftigung von Studenten interessant). Voraussetzung:*
   - Eine gelegentliche, nicht regelmäßig wiederkehrende Beschäftigung, die ohne feste Wiederholungsabsicht ausgeübt wird.
   - Maximal **18** zusammenhängende Tage. Der Arbeitseinsatz kann sich jedoch wiederholen, wenn dies nicht von Beginn an vereinbart war.
   - Der Arbeitslohn darf während der Beschäftigungsdauer durchschnittlich pro Arbeitstag nicht mehr als **120,– €** betragen, der Stundenlohn nicht mehr als **15,– €.**
   - Nachweis durch Erfüllung von Aufzeichnungspflichten (Aushilfslohn-Quittungen).

   Bei der Sozialversicherung gilt die Befreiung,
   - wenn der Arbeitseinsatz eines Kalenderjahres von vornherein zwei Monate oder insgesamt drei Monate und 70 Arbeitstage nicht überschreitet und
   - wenn die Beschäftigung nicht berufsmäßig ausgeübt wird.

2. *Dauerhafte geringfügige Beschäftigung mit Lohnsteuerpauschalierung:*
   - Eine regelmäßige Beschäftigung in geringem Umfang und mit geringem Arbeitslohn.
   - Nachweis der Entgeltgrenze maximal in Höhe der durchschnittlichen monatlichen Höchstgrenze für Minijobs (ohne steuerfreie und steuerpauschalierte freiwillige Zuwendungen!).

   a) Bei der Lohnsteuer für Beschäftigte (außerhalb des Privathaushalts) gibt es drei verschiedene Möglichkeiten:
   - Der Arbeitslohn ist steuerfrei, wenn der Arbeitnehmer keine anderen positiven Einkünfte erzielt und das Finanzamt dies bescheinigt (**Freistellungsbescheinigung**, vorzulegen bei Beginn der Beschäftigung!).
   - Der Arbeitslohn wird aufgrund der elektronisch abgerufenen Lohnsteuerabzugsmerkmale versteuert.
   - Der Arbeitslohn wird **pauschal vom Arbeitgeber** versteuert. Vorteil: Der Arbeitnehmer muss den Arbeitslohn **nicht** in seiner Einkommensteuererklärung angeben (§ 3 Nr. 39 EStG).

   b) Pauschalabgabe für Beschäftigte (außerhalb des Privathaushalts):
   Der Arbeitgeber muss für diese Beschäftigungsverhältnisse folgende Pauschalbeträge leisten:
   - 13 % an die Krankenversicherung, außer nicht gesetzliche Krankenversicherte, z. B. Studenten, Privatversicherte

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2022

– 15 % an die Rentenversicherung
– 2 % für die Lohn- und Kirchensteuer

Wegen der komplizierten Materie sollten Sie schon bei der Vereinbarung von Aushilfslohn beim Steuerberater oder einem Lohnbüro nachfragen und auch diesen die Lohnabrechnung und die Lohnsteueranmeldung überlassen.

c) Pauschalabgabe für Beschäftigte im Privathaushalt (Haushaltsscheckverfahren):
Wenn die Tätigkeit durch den privaten Haushalt begründet ist und diese sonst durch Mitglieder eines privaten Haushalts getätigt wird, wird die Lohnsteuer und Sozialversicherung pauschaliert
– 5 % an die Krankenversicherung, außer nicht gesetzliche Krankenversicherte, z. B. Studenten, Privatversicherte
– 5 % an die Rentenversicherung
– 2 % für die Lohn- und Kirchensteuer

Auslandskongress
Siehe Fachkongress

Beiträge
Die Abzugsfähigkeit von Beiträgen zu Organisationen und Vereinen aus beruflichem Anlass richtet sich nach der steuerlichen Qualifizierung. Zu unterscheiden sind
- Beiträge zu Berufsverbänden
  a) Bei aktiven angestellten und selbstständigen Zahnärzten immer steuerlich abzugsfähig.
  Problematisch bei Zahnärzten im Ruhestand – hier fehlen oftmals die Einnahmen! Ohne steuerliche Einkünfteerzielungsabsicht gewährt das Finanzamt auch keine Betriebsausgaben oder Werbungskosten.
  b) Eigenschaft als Berufsverband muss vorliegen.
  c) Unerheblich ist, ob es sich um den regelmäßigen Mitgliedsbeitrag oder einen einmaligen Beitrag aus besonderem Anlass handelt. Eine Spendenquittung ist nicht erforderlich; der Berufsverband kann eine solche auch nicht ausstellen.
- Kammerbeitrag – als Betriebsausgabe abzugsfähig.
- Spenden – da privat veranlasst, nicht als Betriebsausgabe abzugsfähig; unter bestimmten Voraussetzungen aber als persönliche Sonderausgaben (➔ Spenden).
- Versicherungsbeiträge – wegen der Vielzahl von möglichen Versicherungen siehe dort.

Betriebsmittelkredit
Kredit zur Finanzierung laufender Aufwendungen der Praxis.

Zu unterscheiden von Krediten zur Finanzierung von langfristigen Investitionsgütern der Praxis.

Die Zinsen für einen Betriebsmittelkredit sind zwar zunächst Betriebsausgabe. Sie können aber aufgrund der seit 01.01.1999 geltenden steuerlichen Sonderregelung teilweise nicht abzugsfähig sein. Zur ausführlichen Darstellung der Regelung im Einzelnen und der Gestaltungsmöglichkeiten siehe unter Zinsen sowie den Beitrag »Abzugsfähigkeit betrieblicher Schuldzinsen«.

Betriebssport/Massagekosten
- Grundsätzlich Lebenshaltungskosten und damit steuerlich nicht absetzbar.
- Ausnahme: **steuer- und sozialabgabenfreier Ersatz an Arbeitnehmer** aufgrund einer berufsspezifischen Beeinträchtigung!
  Wenn aufgrund des Arbeitseinsatzes mit körperlichen Beschwerden und Fehlzeiten zu rechnen ist, kann der Arbeitgeber zugunsten seiner Arbeitnehmer die Kosten für Betriebssport oder für den regelmäßigen Besuch eines Masseurs in der Praxis übernehmen.
- Zusätzlich gilt: Der Arbeitgeber darf bis zu 600,–€ (bis 2019 500,–€) pro Arbeitnehmer und Jahr für gesundheitserhaltende Maßnahmen im Betrieb aufwenden. Gefördert sind alle professionell durchgeführten Maßnahmen zur Rückenstärkung, zur Förderung der gesunden Ernährung, zur Suchtprävention und Stressvermeidung im Betrieb. Nicht gefördert sind: Aufwendungen für Fitnessstudios oder Schwimmbäder.

Berufskleidung
»Aufwendungen für Kleidung, die ein Arzt bei der Berufsausübung trägt, sind nur dann Betriebsausgaben, wenn die außerberufliche Verwendung der Kleidungsstücke wegen ihres rein funktionalen Charakters als ausgeschlossen erscheint.« (BFH vom 06.12.1990 IV R 65/90, BStBl. 1991 II, S. 348) Grundsätzlich gilt für die steuerliche Anerkennung berufstypischer Kleidung Folgendes:
- Steuerlich anerkannt: der typische Arztkittel, da er zusätzlich zur bürgerlichen Kleidung getragen wird

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2022

und eine Verwendung außerhalb der Berufstätigkeit kaum möglich ist.
- Ausgaben für Kleidungsstücke, die auch außerhalb der Berufstätigkeit getragen werden können, gehören grundsätzlich zu den nicht abzugsfähigen Kosten der Lebensführung. Da die Verwendung weißer Hemden, T-Shirts, Hosen und Schuhe außerhalb der Berufstätigkeit, z. B. als Freizeitkleidung, möglich erscheint, können Aufwendungen für diese Kleidungsstücke im Allgemeinen nicht mehr als Betriebsausgaben abgezogen werden. Für die steuerliche Beurteilung unerheblich ist der Nachweis, dass die Arbeitskleidung nur während der zahnärztlichen Tätigkeit getragen wird und getrennt von der normalen bürgerlichen Kleidung aufbewahrt wird.
- Eine Berücksichtigung der Ausgaben für weiße Hosen kann dennoch u. U. in Frage kommen, wenn es sich nach Schnitt und Material um reine Arbeitshosen handelt. Werden solche Hosen im Fachhandel für Berufsbedarf angeschafft, so gilt diese Voraussetzung im Allgemeinen als erfüllt.

Zu den *Aufwendungen für Berufskleidung* gehören:
- die Anschaffungskosten, nachgewiesen durch Kaufbelege. Belege und Quittungen müssen eine genaue Bezeichnung des angeschafften Kleidungsstückes tragen. Berufskleidung sollte, wenn möglich, nur im Fachhandel erworben werden.
- die Reinigungskosten. Wird selbst gewaschen, so können die Aufwendungen pro Waschgang in der privaten Waschmaschine geschätzt werden **(siehe Reinigungspauschale)**.

Hinweis zum Ersatz der Aufwendung an die Fachmitarbeiter:
Das sogenannte »Kittelgeld« gibt es nicht mehr. Wird den Mitarbeitern ein Zuschuss bezahlt, so ist dieser als zusätzlicher Arbeitslohn zu versteuern. Besser sind die Anschaffung und Reinigung auf Kosten der Praxis und unentgeltliche Zurverfügungstellung an die Angestellten.

Betriebsveranstaltungen
Grundsätzlich gehört die Bewirtung der Angestellten zwar beim Arbeitgeber zu den Betriebsausgaben, aber beim Angestellten leider auch zum steuerpflichtigen Arbeitslohn. Das Finanzamt erkennt aber **zwei Veranstaltungen im Jahr zur Pflege des Arbeitsklimas ohne besonderen beruflichen Anlass** an, in der Regel den Betriebsausflug und die Weihnachtsfeier. Beachten Sie die besonderen Voraussetzungen:
- Aufwendungen bis **110,– € pro Mitarbeiter** durchschnittlich bleiben steuerfrei (Freibetrag).
  Beispiel: Aufwendungen 900,– €, Zahl der Mitarbeiter fünf, mit teilnehmenden Ehegatten zusammen zehn, macht pro Teilnehmer 90,– €, aber pro Mitarbeiter 180,– €.
  Folge: Die übersteigenden Aufwendungen von 70,– € pro Mitarbeiter sind Arbeitslohn. Sie können individuell (mit Sozialversicherungspflicht) oder pauschal (sozialversicherungsfrei) durch den Arbeitgeber mit 25 % (zuzüglich Soli und Kirchensteuer) versteuert werden.
- Nur übliche, nicht übertriebene Aufwendungen. Ein ausgiebiger Nachtclub-Besuch ist nicht anerkannt.
- Alle Aufwendungen der Veranstaltung sind zusammenzurechnen, also Fahrtkosten, Eintritt für Museen, Kabarett u. a., Bewirtungen.
- Die Teilnahme muss allen Praxismitarbeitern angeboten werden (Betriebsveranstaltung); für die Berechnungs-Höchstgrenze zählt die Anzahl der teilnehmenden Mitarbeiter.

Hinweis:
Wird ein Kriterium nicht erfüllt, so wird die Veranstaltung insgesamt, also nicht nur der »schädliche« Teil, lohnsteuer- und sozialversicherungspflichtig.

Bewirtungskosten
Bewirtet ein Zahnarzt aus beruflichem Anlass praxisfremde Personen, so sind die Aufwendungen Betriebsausgaben. (Zur Bewirtung von Angestellten siehe ➔ Arbeitsessen ➔ Aufmerksamkeiten und ➔ Betriebsveranstaltungen.) Voraussetzungen:
- Bewirtung in der Praxis oder in einem Restaurationsbetrieb. Bewirtung zu Hause wird nur ausnahmsweise als Betriebsausgabe anerkannt (4.10 Abs. 6 ESTR).
- Aufwendungen nach allgemeiner Anschauung nicht unangemessen hoch (Beispiel: Nachtclub-Besuch). Nur der unangemessene Teil wird nicht anerkannt.
- Nachweis durch maschinell erstellten und registrierten Beleg der Gaststätte.
- Einzelauflistung der Speisen und Getränke.
- Bei Rechnungen über 250,– € ist die Anschrift des Rechnungsempfängers, also des Bewirtenden, erforderlich.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2022

- Schriftliche Angaben des Bewirtenden; diese müssen aber nicht auf einem amtlichen Vordruck gemacht werden. Ein anhängendes Blatt reicht aus.
  a) zum Anlass der Bewirtung (nicht pauschal »Arbeitsessen«, sondern beispielsweise »Erfahrung mit Einsatz einer digitalen Kamera«, »Umfang der Laborleistungen des zurückliegenden Jahres«, »Vorbereitung der Buchführung« oder Ähnliches).
  b) zu den Teilnehmern. Bitte alle, auch den Namen des Einladenden, aufführen!
  c) Vorsicht: Fehlende Angaben können nicht später in der Betriebsprüfung nachgeholt werden!
- Aufzeichnung einzeln und getrennt von den anderen Aufwendungen der Praxis (in der Buchführung gesondertes Konto).
- Fortlaufende, zeitnahe Aufzeichnung. Bei Jahresbuchführung oder Aufzeichnung am besten im Kassenbuch oder Buch über die Barausgaben.

Sind alle Voraussetzungen erfüllt, so werden 70 % der Bewirtungskosten anerkannt. Der Rest ist als »privater« Aufwand dem Gewinn hinzuzurechnen. Eine eventuell abzugsfähige Vorsteuer wird nicht gekürzt.

Computerkosten
Alle Aufwendungen für PC/sonstige Geräte der elektronischen Datenverarbeitung **in den Praxisräumen** sind ohne Einschränkungen abzugsfähig. Anders verhält es sich mit Computern **in privaten Wohnräumen**. Nach aktuellem Meinungsstand bei Finanzrechtsprechung und -verwaltung ist hierzu Folgendes zu beachten:

- Aufwendungen für Computer und Zubehör **in den Privaträumen** sind zumindest teilweise absetzbar, wenn ihre Nutzung für berufliche Zwecke von mehr als nur untergeordneter Bedeutung ist.
- Die berufliche Nutzung ist **durch Aufzeichnung der Betriebsstunden** zu dokumentieren. Ist keine Dokumentation oder zumindest geeignete Schätzungsgrundlage vorhanden, werden 35 % – 50 % der Aufwendungen für die berufliche Nutzung angesetzt (BFH-Urteil vom 19. 02. 2004 – VI R 135/01).
- Die **Computer-Überlassung an Angestellte** ist im Interesse des Arbeitgebers und ohne Nachweis der beruflichen Nutzung steuer- und sozialversicherungsfrei (Vorsicht: Schenkung an Arbeitnehmer ist abgabenpflichtiger Sachbezug!).

Damnum/Disagio
Unterschied zwischen dem Nennbetrag eines Darlehens und dem ausgezahlten Geldbetrag. Wirtschaftlich handelt es sich um vorausbezahlte Zinsen. Die laufenden Darlehenszinsen sind dann entsprechend niedriger.

Bei Gewinnermittlung durch Einnahmen-Überschuss-Rechnung oder als Werbungskosten bei Einkünften aus Vermietung und Verpachtung ist das Damnum/Disagio in der Regel sofort und in voller Höhe im Jahr der Zahlung steuerlich abzugsfähig. Voraussetzung:

- Eine Abzugsfähigkeit der Finanzierungskosten des Darlehens dem Grunde nach (siehe Zinsen).
- Ein zeitlicher Zusammenhang mit der Darlehensauszahlung von unter drei Monaten.
- Marktübliches Disagio (laut Finanzverwaltung ein Damnum bis **5 %**, wenn die Zinsfestschreibungsdauer **mindestens fünf Jahre** umfasst).

Falls das Disagio höher ist oder die Darlehenslaufzeit mehr als fünf Jahre beträgt, gleichmäßige Verteilung über die Laufzeit.

Diebstahl
Diebstahl von betrieblichen Wertgegenständen
Da ein Zusammenhang mit der steuerlichen Einkunftsart besteht, sind die entstandenen Aufwendungen steuerlich abzugsfähig.

- Bei aktivierten Wirtschaftsgütern des Anlagevermögens Abschreibung des vollen Restwertes.
- Bei geringwertigen Wirtschaftsgütern oder bei Verbrauchsmaterial ist der Aufwand bereits bei Anschaffung entstanden – keine Maßnahmen erforderlich.
- Bei Gelddiebstahl – wenn eine ordnungsgemäße Kasse mit Kassenbuch geführt wird – können Sie den verschwundenen Betrag als Aufwand in der Gewinnermittlung geltend machen.
- Bei Vermögenswerten Ihrer Angestellten (Kleidungsstücke/Geld) kann steuerfreier Schadenersatz ausgezahlt werden.

Dokumentieren Sie den Diebstahl am besten in jedem Fall durch eine Anzeige bei der Polizei. Sofern eine Versicherung eine Entschädigung zahlt, ist diese als Betriebseinnahme anzusetzen.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2022

Diebstahl von privaten Wertgegenständen
Grundsätzlich sind Vermögensverluste auf privater Ebene nicht steuerlich abzugsfähig.

Direktversicherung
Beiträge zur Altersversorgung Ihres Arbeitnehmers. Siehe Kapitel 7.3.2. Die betriebliche Altersvorsorge.

Doppelte Haushaltsführung
Bei Führung eines zweiten Haushalts an einem anderen Ort als Ihrem Familienwohnsitz aus beruflichem Anlass können die Aufwendungen grundsätzlich als Betriebsausgaben beim Gewinn oder als Werbungskosten bei nichtselbstständiger Tätigkeit steuerlich geltend gemacht werden.

Voraussetzungen:
- Eigener Haushalt, an dem sich der Lebensmittelpunkt befindet. Ist immer gegeben, wenn dort der Ehegatte, der nichteheliche Lebensgefährte und/oder Kinder wohnen. Bei Ledigen anerkannt, wenn (a) von vornherein feststeht, dass die auswärtige Tätigkeit zeitlich beschränkt ist, oder (b), wenn bereits volljährige erwerbstätige Ledige bei ihren Eltern wohnen und sich zu mehr als 10 % an den Kosten der Haushaltsführung beteiligen.
- Entfernung verkürzt sich derart, dass eine Verminderung der Fahrzeit zur Arbeitsstätte/Praxis von mindestens einer Stunde eintritt.

Umfang der Ausgaben:
- Notwendige Ausgaben für die Einrichtung des zweiten Hausstands (z. B. Makler).
- Unterkunftskosten: Begrenzung aller Ausgaben auf 1.000,– € pro Monat. Nicht ausgeschöpfter Betrag kann auf andere Kalendermonate übertragen werden.
- Verpflegungsmehraufwand von 24,– € für einen Zeitraum von drei Monaten ab Aufnahme der doppelten Haushaltsführung.
- Umzugskosten (➛) für die Errichtung des zweiten Haushalts und die Beendigung.
- Familienheimfahrten einmal wöchentlich, anzusetzen mit den Pauschalen für Fahrten zwischen Wohnung und Arbeitsstätte von 0,30 € pro Entfernungskilometer oder den höheren Kosten für öffentliche Verkehrsmittel.

Forderungsausfall
Die steuerliche Behandlung beim Ausfall von Patientenforderungen hängt von der Art der Gewinnermittlung ab.
- Bei Gewinnermittlung durch Einnahme-Überschuss-Rechnung wurde die Forderung gar nicht erst gewinnerhöhend verbucht. Eine erneute Geltendmachung des Verlustes kommt deshalb nicht in Frage.
- Bei Gewinnermittlung durch Bilanzierung wurde die Forderung bereits gewinnerhöhend verbucht. Der Forderungsausfall muss gewinnmindernd ausgebucht werden.
- Rechtsanwaltskosten oder sonstige Kosten der Beitreibung sind als Aufwand zu erfassen.

Ehrenamtliche Tätigkeit/Pauschale Ausgaben
Ehrenamtliche Tätigkeiten für Ihre Kammer, die KZV, einen Berufsverband oder sonstige Vereine werden häufig durch Aufwandsentschädigungen vergütet. Diese gehören grundsätzlich zu den **steuerpflichtigen Einkünften aus selbstständiger Tätigkeit**. Allerdings gibt es für die einzelnen Fälle verschiedene faktische Steuerbefreiungen:
- Aufwandsentschädigungen von **öffentlich-rechtlichen Organisationen** wie Kammer und KZV – *in voller Höhe steuerfrei*, soweit sie dazu gedacht sind, Aufwendungen abzugelten und nicht für Verdienstausfall oder Zeitverlust gewährt werden oder den Aufwand offensichtlich übersteigen (§ 3 Nr. 12 EStG). Kommt das nicht in Frage, gilt ein *Freibetrag aus Vereinfachungsgründen*: ⅓ der gewährten Aufwandsentschädigung, mindestens 175,– € monatlich.
- Aufwandsentschädigungen von Berufsverbänden – grundsätzlich keine Steuerbefreiung, Abzug der damit zusammenhängenden Aufwendungen als steuermindernde Betriebsausgabe.
- Ersatz für Auslagen – steuerfrei, soweit sie die steuerlichen Pauschalen z. B. für Reisekosten oder die nachgewiesenen tatsächlichen Aufwendungen nicht übersteigen. Dokumentation erforderlich!

Vorsicht:
Aufwandsentschädigungen für ehrenamtliche Tätigkeiten können Umsatzsteuerpflicht auslösen.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2022

Eigenbeleg
Betriebsausgaben müssen nachgewiesen werden. Im Allgemeinen liegen hierfür **Fremdbelege** vor, so z. B. Rechnungen der Lieferanten, Quittungen von Zahlungsempfängern oder Vertragsunterlagen (Arbeitsentgelte, Darlehen, Miete und Ähnliches). In manchen Fällen ist aber ein Fremdbeleg nicht zu bekommen. Dann werden die Ausgaben durch einen **Eigenbeleg** glaubhaft gemacht.

Typische Beispiele hierfür:
- Aufstellung über beruflich gefahrene km mit eigenem oder geliehenem Kfz
- Dokumentation der beruflichen ➔ Telefonkosten, oder der ➔ Computernutzung
- Parkgebühren anlässlich beruflicher Fahrten (➔ Reisekosten)
- Reinigung der Praxiswäsche in der privaten Waschmaschine
- Reisekostenabrechnung mit pauschalem Verpflegungsaufwand
- Reinigungspauschale
- Trinkgelder

Der Eigenbeleg muss Angaben über den geltend gemachten Betrag, das Datum, gegebenenfalls den Empfänger sowie den beruflichen Anlass enthalten.

Eigenverbrauch
Werden Aufwendungen für die Nutzung von Gegenständen oder die Inanspruchnahme von Leistungen in vollem Umfang von den Praxiskonten bezahlt und auch als Praxisausgaben verbucht, so kann im Einzelfall eine **private Mitnutzung** in Frage kommen, der Eigenverbrauch. Das Finanzamt verlangt dann eine **rechnerische Kürzung der Betriebsausgaben**.

Der Anteil der privaten Nutzung ist insbesondere in folgenden Fällen zu prüfen:
- Kfz-Kosten (siehe dort)
- Kongresskosten (siehe dort)
- Telefon- und Mobiltelefonkosten

Vorsicht:
Denken Sie in solchen Fällen immer an die Möglichkeit des Eigenverbrauchs. Wenn Sie im Rahmen der Gewinnermittlung gar nichts veranlassen, dann kann es Ärger mit dem Betriebsprüfer geben.

Der Eigenverbrauch wird grundsätzlich ermittelt als Prozentanteil der gesamten Aufwendungen:
- Ist der Anteil der privaten Nutzung ganz untergeordnet (weniger als 10 %), so ist nichts zu veranlassen.
- Beträgt die berufliche Nutzung weniger als 50 %, so handelt es sich um einen Vermögensgegenstand des Privatvermögens. Die Aufwendungen können über die Praxis zunächst erfasst werden. In der Gewinnermittlung erfolgt dann eine Kürzung der Aufwendungen in Höhe des privaten Nutzungsanteils (Buchung »Privatkonto an Aufwand« oder alternativ »Privatkonto an Eigenverbrauch«).
- Beträgt die private Nutzung dagegen mehr als 90 %, so sollte von einer Erfassung als Betriebsausgaben ganz abgesehen werden.
- Sonderfall Kfz mit einer beruflichen Nutzung von mehr als 50 %: Sofern kein Fahrtenbuch geführt wird, ist der Eigenverbrauch pauschal in Abhängigkeit vom Listenpreis des Kfz zu ermitteln (siehe Kfz).

Fachkongress
Ein Werbungskostenabzug ist möglich, wenn die Fortbildungsveranstaltung nicht ganz überwiegend privat veranlasst ist. Indizien, die gegen einen engen beruflichen Zusammenhang sprechen, sind u. a., dass
- die Lehrgänge/Fortbildungen an touristischen Orten stattfinden;
- das Lehrgangsprogramm in nicht unerheblichem Maße Raum für private Erholungs- und Freizeitinteressen zulässt (z. B. Vorlesungsprogramm von weniger als sechs Stunden täglich oder lange Mittagspausen von z. B. vier Stunden);
- nahe Angehörige mitgenommen werden.

Hinweis:
Wenn Reisekosten aufteilbar sind, ist die Mitnahme von Angehörigen nicht steuerschädlich (BFH 24. 08. 2012 Az, III B 21/12).

Die Grundsätze der genannten Entscheidungen sind für Fortbildungen in EU-Mitgliedsstaaten, in den Ländern des Europäischen Wirtschaftsraums und in der Schweiz anzuwenden (BMF-Schreiben vom 26. 09. 2003, BStBl. 2003, S. 447).

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2022

Folgende Maßnahmen helfen, die überwiegend berufliche Veranlassung der Fortbildung zu dokumentieren:

1. Der Teilnehmerausweis muss mit Lichtbild und Unterschrift versehen sein sowie Teilnahmetestate über Beginn und Ende jeder Veranstaltung enthalten.
2. Handschriftliche Aufzeichnungen und Notizen zu den besuchten Referaten, Seminaren und über die fach- und themenbezogene Dentalausstellung erleichtern den Nachweis.
3. An den Nachweis der für die Fortbildung genutzten Zeit werden strenge Anforderungen gestellt. Achten Sie deshalb darauf, dass Ihre Reise zum Kongress sowie die gesamte Zeitdauer des Kongresses überwiegend beruflich veranlasst sind.
4. Werden Kosten von mitreisenden Familienangehörigen oder Verwandten angesetzt, die nicht in der Praxis angestellt sind, so hängt die Abzugsfähigkeit von der Aufteilungsmöglichkeit der gesamten Reise-, Unterbringungs- und Verpflegungskosten ab (Hinweis auf BFH 24.08.2012 Az, III B 21/12).

Falls eine Kongressreise steuerlich als überwiegend privat veranlasst beurteilt wird, so bleiben dennoch gewisse Kostenbestandteile abzugsfähig:

- Eintrittsgelder und Kongressgebühren
- Zusätzliche Fahrtkosten vor Ort
- Unterbringungs- und Verpflegungskosten für die beruflich genutzten Abwesenheitstage

Aufwendungen für die Hin- und Rückreise bei **gemischt beruflich und privat veranlassten Auslandsreisen** können entgegen früherer Auffassung **aufgeteilt** werden in abziehbare Betriebsausgaben und nicht abziehbare Aufwendungen für die private Lebensführung. Aufteilungsmaßstab sind die beruflich und privat veranlassten Zeitanteile der Reise, wenn die beruflich veranlassten Zeitanteile feststehen und nicht von untergeordneter Bedeutung sind (BFH-Beschluss v. 21.09.2009 Az GrS 1/06).

Fachliteratur

Die Aufwendungen für Fachbücher und Zeitschriften sind grundsätzlich Betriebsausgabe, wenn sie durch die selbstständige Tätigkeit veranlasst sind und eine private Mitveranlassung nahezu ausgeschlossen werden kann. Dies ist der Fall für

- Fachlexika, Fortbildungsliteratur, auch Computerwissen.

  Der Beleg über die Anschaffung muss den Titel der erworbenen Fachliteratur angeben; die Angabe »Fachliteratur« ist nicht ausreichend!
- Wartezimmerlektüre (Vorsicht: Der Prüfer schaut sich in der Praxis um!).
  Bei regelmäßigem Bezug über einen Lesezirkel sind die Aufwendungen in der Regel absetzbar.

Fahrten zwischen Wohnung und Arbeitsstätte / Praxis

Die Fahrtkosten sind dem Grunde nach Betriebsausgaben / Werbungskosten. Sie sind aber der Höhe nach nur beschränkt steuerlich abzugsfähig mit 0,30 € pro Entfernungskilometer, und zwar unabhängig von der Art des genutzten Transportmittels. Es gilt die kürzeste Entfernung.

Werden die Fahrten mit einem **praxiseigenen oder von der Praxis geleasten Kfz** durchgeführt, so dürfen die Fahrten zwischen der Wohnung und der Praxis nicht zusätzlich zu den vollen Kfz-Aufwendungen angesetzt werden. Stattdessen sind die tatsächlich entstandenen Kosten pauschal zu kürzen (siehe Kfz-Kosten).

Fahrtenbuch

Laut § 4 Abs. 5 Nr. 6 Einkommensteuergesetz ist der Anteil der Privatnutzung eines *betrieblichen oder praxiszugehörigen* Kfz durch ein ordnungsgemäßes Fahrtenbuch nachzuweisen oder wird nach einer pauschalen Kostenermittlung (1 % vom Bruttolistenpreis pro Monat; Sonderregelungen für Elektro- oder Hybridfahrzeuge) versteuert. Bei Gebrauchtwagen gilt gleichfalls der Listenpreis des damalig zugelassenen Neufahrzeugs. Für Leasingfahrzeuge gelten ebenfalls die Listenpreise. Der Wert des Autotelefons bleibt außer Ansatz.

Die pauschale Ermittlung kann für den Steuerpflichtigen teuer werden, insbesondere bei ursprünglich hohem Listenpreis eines mittlerweile älteren Kfz. Betriebsprüfer verwerfen daher gerne die geführten Fahrtenbücher wegen angeblich fehlender Ordnungsmäßigkeit.

Ein ordnungsgemäßes Fahrtenbuch muss folgende Kriterien erfüllen:

- Es muss für alle betrieblichen und auch privaten Fahrten geführt werden, dabei sind die Eintragungen zeitnah, also sofort nach der jeweiligen Fahrt vorzunehmen.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2022

- Die Führung des Fahrtenbuches hat ohne Unterbrechung zu erfolgen.
- Aus dem Festhalten der Kilometerstände am Jahresanfang und am Jahresende müssen sich die zurückgelegten Jahreskilometer ergeben.
- Für alle Fahrten sind die Kilometerstände zu Beginn und am Ende der einzelnen Berufsfahrt (gefahrene Kilometer) und Angaben über das Reiseziel, Grund oder Zweck der Reise sowie der aufgesuchten Geschäftspartner festzuhalten. Private Fahrten sind im Einzelnen und zeitlich zugeordnet, aber ohne weitere Angaben festzuhalten.

Im Hinblick auf die **ärztliche Verschwiegenheitspflicht** gilt folgende Vereinfachung (Rundverfügung der Oberfinanzdirektion vom 19.04.2000, S. 2.145 A-15-St II 20):

Die Angabe »Patientenbesuch« im Fahrtenbuch ist ausreichend, wenn Name und Adresse des aufgesuchten Patienten aus einem vom Fahrtenbuch getrennten Verzeichnis festgehalten werden. Prüfer oder andere Finanzbeamte sollen die Vorlage dieses Verzeichnisses nur verlangen dürfen, wenn tatsächliche Anhaltspunkte vorliegen, die Zweifel an der Richtigkeit oder Vollständigkeit der Eintragungen im Fahrtenbuch begründen und die Zweifel anders nicht auszuräumen sind.

Finanzierungskosten
Zu den Finanzierungskosten eines Vermögensgegenstandes zählen alle Kosten im Zusammenhang mit der Aufnahme eines Darlehens. Dies sind in der Regel

- Laufende Zinsen
- Bearbeitungsgebühren
- Kreditvermittlungsprovision
- Damnum/Disagio
- Kontoführungsgebühren
- Reisekosten/Telefonkosten betreffend Bank/Finanzierungsmakler

Alle Finanzierungskosten sind grundsätzlich nur steuerlich abzugsfähig, wenn und soweit das **Darlehen beruflich veranlasst** ist (➛ Zinsen).

Fortbildungskosten
(siehe auch Ausbildungskosten)
Aufwendungen für berufliche Weiterbildung. Sie entstehen regelmäßig durch den Besuch von Seminaren und Fachkongressen, durch ein Studium oder auch anlässlich von Fachgesprächen mit Kollegen. Zu den abzugsfähigen Aufwendungen gehören die Teilnahmegebühren, die Reise- und Übernachtungskosten, die pauschalen Verpflegungsaufwendungen (siehe im Einzelnen unter Reisekosten).

Fortbildungskosten sind **unbeschränkt abzugsfähig als**

- Betriebsausgaben bei selbstständiger Tätigkeit.
- Werbungskosten bei nichtselbstständiger Tätigkeit.
- Auch vorweggenommene Betriebsausgaben oder Werbungskosten einer **zukünftigen** Tätigkeit (Bsp. Promotionskosten, Kosten für ein Aufbaustudium).

Die Abgrenzung zu (beschränkt absetzbaren) Ausbildungskosten ist schwierig (siehe dort).

Aufgrund der Rechtsprechung der Finanzgerichte sind Kosten für eine weiterführende und berufsbegleitende Ausbildung grundsätzlich Fortbildungskosten.

Die Anerkennung von Kosten für den Besuch von Fachkongressen im Ausland kann steuerlich problematisch sein (siehe unter Fachkongress).

Geburtstag von Angestellten
Geschenke zum Geburtstag der Angestellten sind immer Betriebsausgabe der Praxis. Sie sind nur steuer- und sozialversicherungsfrei für Ihren Arbeitnehmer, wenn es sich um **Aufmerksamkeiten** handelt. Voraussetzung: Sachzuwendung bis zu 60,– € (bis 2014 40,– €). Sonst liegt ein geldwerter Vorteil vor, der als laufender Arbeitslohn steuerpflichtig ist.

Ausnahme: Der Arbeitgeber übernimmt die pauschale Steuer für alle steuerpflichtigen Sachzuwendungen eines Jahres an Arbeitnehmer. Höhe der Steuer 30 % zuzüglich Soli und Kirchensteuer.

Geldbußen / Geldstrafen
Ordnungsgelder und Verwarnungsgelder sind bei beruflicher Veranlassung zwar eine Betriebsausgabe der Praxis. Dennoch sind sie aufgrund steuerlicher Sonderregelung nicht steuerlich absetzbar.

Verspätungszuschläge für Steuern und Abgaben sind dann steuerlich absetzbar, wenn die Steuer selbst eine Betriebsausgabe ist. Das ist der Fall für Lohnsteuer und Sozialabgaben für Ihre Angestellten, die Umsatz-

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2022

steuer und die Gewerbesteuer (falls diese ausnahmsweise bei Ihnen anfällt).

Zinsen für Steuernachzahlungen sind dagegen aufgrund steuerlicher Sonderregelung nicht absetzbar.

Geldstrafen sind grundsätzlich keine steuerlichen Betriebsausgaben, auch wenn sie im Zusammenhang mit der Praxis verhängt wurden, z. B. wegen Verstößen gegen die Arbeitsschutzvorschriften.

Geringfügig Beschäftigte (auch Teilzeitbeschäftigte) siehe unter Aushilfslohn

Geschenke
Geschenke aus beruflichem Anlass sind zwar grundsätzlich Betriebsausgaben, aber nicht immer steuerlich abzugsfähig. Man unterscheidet

- Geschenke an Arbeitnehmer – siehe Aufmerksamkeiten.
- **Geschenke an Geschäftsfreunde**, wenn sie weitere *Voraussetzungen* erfüllen:
  a) Nur **Sachzuwendungen** können als Geschenke abgesetzt werden, ohne dass der Empfänger sie versteuern muss. Geldgeschenke (sofern es sich nicht um Trinkgelder handelt) wären als zusätzliche Leistungsabgeltung beim Empfänger steuerpflichtige Einnahme.
  b) Die Aufwendungen dürfen pro Person im Jahr **nicht mehr als 35,– €** ausmachen. Der Betrag erhöht sich um eine abzugsfähige Vorsteuer, z. B. im Zusammenhang mit einem Eigenlabor. Wird der Betrag (»Freigrenze«) um 1,– € überschritten, ist die gesamte Zuwendung nicht abzugsfähig!

  Hinweis:
  Bei mehreren Personen (z. B. Belegschaft des Dentallabors, Ehepaar) vervielfacht sich die Grenze.

  c) **Die Empfänger** müssen namentlich aufgeführt sein, z. B. auf der Rückseite des Belegs. Bei mehreren Empfängern (Belegschaft des Labors) genügt die Angabe der Firma und der Zahl der begünstigten Personen.
  d) Die Aufwendungen müssen **einzeln und getrennt** von anderen Ausgaben aufgezeichnet werden. Beachten Sie dies insbesondere bei der selbst erstellten Buchführung!

Vorsicht:
Geschenke an Geschäftsfreunde aus beruflichem Anlass sind bei diesen steuerpflichtig. Entdeckt wird dies häufig durch Kontrollmitteilungen anlässlich einer Betriebsprüfung. Wollen Sie dies vermeiden, so können Sie die pauschale Steuer für alle Geschenke eines Jahres übernehmen (siehe Pauschale Steuer auf Sachzuwendungen).

Kfz-Kosten
Die steuerliche Behandlung der Kfz-Kosten hängt von der Frage ab, ob das Kfz zum **Betriebsvermögen** (ab einer beruflichen/betrieblichen Nutzung von mehr als 50 % der Fahrleistung) oder zum **Privatvermögen** des Zahnarztes gehört. Der Umfang der beruflichen Nutzung ist zu dokumentieren.

Was zählt zur beruflichen Nutzung?
- Alle Fahrten, die in einem tatsächlichen oder wirtschaftlichen Zusammenhang mit der Praxis stehen. Damit sind alle Fahrten zu Geschäftspartnern im weitesten Sinne gemeint, aber auch Fahrten z. B. zu Fortbildungsveranstaltungen.
- Fahrten zwischen Wohnung und Betrieb/Praxis oder Familienheimfahrten im Rahmen einer doppelten Haushaltsführung.

In welcher Form kann der Nachweis geführt werden?
Nach dem BMF-Schreiben vom 07. 07. 2006 ist der betriebliche Nutzungsumfang glaubhaft darzulegen. Dies kann in jeder geeigneten Form erfolgen. Beispielhaft werden aufgezählt:
- Eintragungen in Terminkalendern
- Abrechnung gefahrener Kilometer gegenüber Auftraggebern
- Reisekostenaufstellungen
- Formlose Aufzeichnungen über einen repräsentativen zusammenhängenden Zeitraum (i. d. R. drei Monate). Aufgezeichnet werden müssen dabei die betrieblich veranlassten Fahrten (Anlass und zurückgelegte Strecke) und die Kilometerstände zu Beginn und Ende des Aufzeichnungszeitraumes.

1. Kfz im Betriebsvermögen
Wird das Kraftfahrzeug des Zahnarztes zu mehr als 50 % für betriebliche Zwecke verwendet, so handelt es sich um notwendiges Praxisvermögen. Dabei sind erst einmal die gesamten Kosten wie Kraftfahrzeugsteuern und Versicherungen, Absetzung für Abnutzung, Kraftstoff, Reparaturen usw. als Betriebsausgaben abzusetzen. In Höhe des Privatanteils müssen die Kosten gekürzt bzw. Einnahmen erfasst werden.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2022

Nach § 4 Abs. 5 Nr. 6 EStG ist die Bewertung der privaten Mitbenutzung von betrieblich genutzten Pkw nach zwei Alternativen durchführbar: **Pauschaler Ansatz nach der »1 %-Regel« oder Einzelnachweis mit ordnungsgemäßem Fahrtenbuch.**

a) *1 %-Regel*
Als monatlicher Eigenverbrauch für Privatfahrten wird 1 % des Brutto-Listenpreises einschließlich der Sonderausstattung (aber ohne Telefon) zum Zeitpunkt der Erstzulassung zuzüglich Umsatzsteuer angesetzt. Dabei spielt es keine Rolle, ob das Fahrzeug gebraucht gekauft wurde oder geleast ist. Der tatsächliche Anschaffungspreis ist nicht maßgeblich.

Zusätzlich ist ein Eigenverbrauch für die Fahrten zwischen Wohnung und Praxis anzusetzen. Es werden pro Kilometer einfacher Entfernung monatlich pauschal **0,03 % des Brutto-Listenpreises** hinzugerechnet. Dieser Betrag mindert sich um die abzugsfähigen Pauschalen von 0,30 € pro Entfernungskilometer für jeden Arbeitstag.

Liegen die Voraussetzungen einer doppelten Haushaltsführung vor, so sind Familienheimfahrten mit 0,002 % des Listenpreises pro Entfernungskilometer anzusetzen (kein Monatsbetrag, sondern Wertansatz pro Entfernungskilometer). Auch hier sind die 0,30 € abzuziehen, so dass nur der übersteigende Betrag die Betriebsausgaben kürzt.

b) *1 %-Regel für Elektrofahrzeuge ab 2018*
Verringerung des geldwerten Vorteils durch Ansatz von 50 % des Brutto-Listenpreises (unabhängig von der Höhe) bei Anschaffung nach dem 31. Dez. 2018 und vor dem 1. Jan. 2031 (§ 6 Abs. 1 Nr. 4 (2) EStG) für:

Elektrofahrzeuge (Batterie oder Wasserstoff), Plug-in-Hybridfahrzeuge mit einem CO2-Ausstoß von max. 50 g/km ODER einer elektrischen Reichweite von mind. 40 km (Anschaffung nach 31. Dez. 2018), 60 km (Anschaffung nach 31. Dez. 2021), 80 km (Anschaffung nach 31. Dez. 2024)

Verringerung des geldwerten Vorteils durch Ansatz von 25 % des Brutto-Listenpreises bei einem Brutto-Listenpreis von maximal 40.000 € und Anschaffung nach dem 31. Dez. 2018 und vor dem 1. Jan. 2031 (§ 6 Abs. 1 Nr. 4 (3) EStG)

c) *Einzelnachweis mit Fahrtenbuch-Ermittlung der Aufwendungen*
Zunächst werden alle mit dem Kfz im Zusammenhang stehenden Kosten (einschließlich Garagenmiete) in der Buchführung der Praxis erfasst. Bei der Steuererklärung werden die Betriebsausgaben gekürzt um
- den Anteil der Privatfahrten nach Fahrtenbuch;
- den Anteil der Fahrten Wohnung – Praxis nach Fahrtenbuch. Dieser Betrag mindert sich um die abzugsfähigen Pauschalen von 0,30 € pro Entfernungskilometer für jeden Arbeitstag.

2. Kfz im Privatvermögen
Wird das Kraftfahrzeug zu 50 % und darunter für Praxiszwecke benötigt, so handelt es sich immer um Privatvermögen. Auch in diesem Fall können jedoch die beruflich veranlassten Kfz-Aufwendungen als Betriebsausgaben abgezogen werden. Hierzu ist es zunächst notwendig, alle beruflich veranlassten Fahrten festzuhalten.

Diese können dann mit einer Kilometerpauschale von **0,30 €/gefahrenem Kilometer ohne Nachweis oder den höheren tatsächlichen und nachgewiesenen Kosten** angesetzt werden.

Hinweis zu Unfallkosten:
Kommt ein Pkw, der sowohl beruflich als auch privat genutzt wird, auf einer Privatfahrt zu Schaden, so dürfen die dadurch entstehenden Ausgaben oder Vermögensverluste nicht als Praxisausgaben abgezogen werden. Eine Aufteilung im Verhältnis der betrieblichen zur privaten Nutzung kommt nicht in Betracht.
Erleidet der Praxisinhaber auf einer durch die Praxis veranlassten Fahrt einen Unfall mit seinem Pkw, so sind die Unfallkosten ohne Rücksicht auf das Verschulden des Steuerpflichtigen und unabhängig vom Anteil der privaten Nutzung des Pkw in voller Höhe Betriebsausgaben oder Werbungskosten, es sei denn, dass für den Unfall private Gründe maßgebend sind. Solche privaten Gründe liegen z. B. vor, wenn auf einer an sich beruflich veranlassten Fahrt ein Unfall durch Alkoholeinfluss oder durch grobe Missachtung der Verkehrsregeln herbeigeführt wird.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2022

Veräußerung des Kfz
Die Zurechnung des Kraftfahrzeuges zum Betriebs- oder Privatvermögen hat Bedeutung bei der späteren Veräußerung des Kfz. Bei Zugehörigkeit zum Praxisvermögen wird ein möglicher Veräußerungsgewinn in vollem Umfang als betriebliche Einnahme erfasst. Bei Zugehörigkeit zum Privatvermögen bleibt der Veräußerungsgewinn hingegen in vollem Umfang steuerfrei.

Wenn also im Einzelfall der Zahnarzt sein Kfz zu 50 % oder mehr privat nutzt und ein niedrigerer Privatanteil nicht oder nur sehr aufwendig nachweisbar erscheint, kann bei Betrachtung über den Gesamtzeitraum der Nutzung einschließlich des Verkaufs steuerlich ein günstigeres Ergebnis erzielt werden, wenn das Kfz dem Privatvermögen zugeordnet wird.

Im konkreten Fall sollten mit spitzem Bleistift die steuerlichen Wirkungen errechnet werden, um die richtige Entscheidung zu treffen.

Kilometerpauschale (siehe Kfz-Kosten)

Kleidung (siehe Berufskleidung)

Mietereinbauten, siehe auch Reparaturen
Größere Aufwendungen für die Umgestaltung von gemieteten Räumen. Die steuerliche Absetzbarkeit hängt davon ab, ob sogenannte »Scheinbestandteile, Betriebsvorrichtungen oder sonstige Mietereinbauten und -umbauten« vorliegen.

Entsteht durch die Baumaßnahme des Mieters **ein Scheinbestandteil oder eine Betriebsvorrichtung**, so handelt es sich um ein bewegliches Wirtschaftsgut des Anlagevermögens. Beispiel: zu einem vorübergehenden Zweck in ein Gebäude eingefügte Einrichtungen, Aufzuganlage, Klimageräte u. Ä. Die AFA richten sich für die beweglichen Wirtschaftsgüter (Scheinbestandteile, Betriebsvorrichtungen) **nach der voraussichtlichen Mietdauer** oder nach der kürzeren Nutzungsdauer des Einbaus oder Umbaus.

Alle übrigen Baumaßnahmen gehören im Zweifel zu den sonstigen Mietereinbauten, z. B. Wände versetzen, Elektroinstallationen u. Ä. Die AFA für die sonstigen Einbauten ist seit dem Urteil des BFH vom 15.10.1996, VIII R 44/94 nicht nach der voraussichtlichen Mietdauer, sondern **nach den für Gebäude geltenden Grundsätzen zu berechnen, das heißt im Allgemeinen mit 2 oder 3 % pro Jahr**, eine sehr ungünstige Regelung für den Zahnarzt. Bei Umzug ist in solchen Fällen der volle Restwert als Abschreibung anzusetzen.

Will man eine Aktivierungspflicht von Einbauten vermeiden, bietet sich als Gestaltungsalternative an, dass der Gebäudeeigentümer die Einbauten vornehmen lässt und der Mieter hierfür verlorene Zuschüsse zahlt, die im Allgemeinen sofort als Betriebsausgaben abziehbar sind.

Laborgemeinschaft
Zahlungen an eine Laborgemeinschaft, an der der **Zahnarzt nicht beteiligt** ist, sind ohne Zweifel Betriebsausgaben einer Praxis.

Ist der **Zahnarzt aber selbst an der Laborgemeinschaft beteiligt**, so ergeben sich steuerliche Abgrenzungsschwierigkeiten. Eine Laborgemeinschaft ermittelt im 1. Schritt selbst ihre Einnahmen und Ausgaben. Diese werden im 2. Schritt auf die Beteiligten verteilt durch die Steuererklärung zur »Einheitlichen und gesonderten Feststellung von Einkünften«. Das Ergebnis wird dem Zahnarzt vom Finanzamt automatisch zugerechnet.

Werden über die Laborgemeinschaft z. B. nur Kosten aufgeteilt, so ist darauf zu achten, dass bei der eigenen Gewinnermittlung nicht die Zahlungen an die Gemeinschaft zusätzlich als Betriebsausgabe angesetzt werden. Eine Doppelerfassung ist die Folge.

Leasingsonderzahlung
Beim Leasing wird nicht das Eigentum, sondern das Nutzungsrecht an einem Gegenstand erworben, in der Regel verbunden mit einem günstigen Kaufpreisangebot am Ende der Leasingdauer. Die laufenden Leasingraten verbilligen sich, wenn eine Leasingsonderzahlung zu Vertragsbeginn vereinbart wird.

Bei Gewinnermittlung durch Einnahmen-Überschuss-Rechnung ist die Leasingsonderzahlung für eine Praxisinvestition **bei Zahlung in voller Höhe als Betriebsausgabe** steuerlich absetzbar.

Nebentätigkeitspauschale
Siehe ➔ Ehrenamtliche Tätigkeit/Aufwandsentschädigung.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2022

Pauschale Steuer auf Sachzuwendungen
Nach § 37b EStG können an sich steuerpflichtige Sachzuwendungen an Arbeitnehmer und Geschäftsfreunde für den Begünstigten steuerfrei gestellt werden, indem der Zuwendende die pauschale Steuer von 30 % (zuzüglich Soli und Kirchensteuer) übernimmt. Die Voraussetzungen im Einzelnen:

- Sachzuwendung pro Begünstigten höchstens 10.000,– € pro Jahr.
- Alle Sachzuwendungen eines Jahres pro Personengruppe a) für die Betriebsfremden und b) für die Arbeitnehmer werden einheitlich pauschal versteuert.
- Sachzuwendungen an Arbeitnehmer, die nach anderen Vorschriften steuerfrei oder pauschal versteuert sind, bleiben ausgenommen. Die übrigen Sachzuwendungen sind zusätzlich sozialversicherungspflichtig.
- Gilt nicht für sogenannte »Aufmerksamkeiten« (Sachgeschenk aus persönlichem Anlass des Beschenkten bis 60,– € (OFD Frankfurt zu § 37b – EStG vom 10. 10. 2012, Az. 2297b A-1 St 222)).

Die pauschale Steuer ist nur und insoweit Betriebsausgabe, wie die Zuwendung selbst steuerlich absetzbar ist:

- Sachzuwendungen an Arbeitnehmer sind immer steuerliche Betriebsausgabe.
- Sachzuwendungen an Geschäftsfreunde sind nur Betriebsausgabe, wenn sie Bewirtungskosten darstellen oder ihr Wert pro Begünstigten im Kalenderjahr 35,– € nicht übersteigt.

Pkw-Überlassung an Arbeitnehmer
Grundsätzlich können Sie einer Angestellten Ihrer Praxis auch anstelle von Gehalt einen praxiseigenen Pkw zur **teilweisen Privatnutzung** überlassen.

Der gesamte Aufwand für den Pkw ist Betriebsausgabe der Praxis. Der Arbeitnehmer versteuert einen Sachbezug in Höhe des privaten Nutzungsanteils für den Pkw (zur Ermittlung des Eigenverbrauchs siehe unter Kfz-Kosten).

Praxisunterbrechungsversicherung
➛ Versicherungsbeiträge

Promotionskosten siehe unter Ausbildungskosten, Fortbildungskosten

Private Pkw-Nutzung siehe ➛ Kfz-Kosten

Prozesskosten
Je nach Anlass eines Prozesses sind die Anwalts-, Gerichtskosten und sonstigen Nebenkosten eines Prozesses, soweit sie nicht von der Gegenpartei ersetzt werden, steuerlich abzugsfähig oder nicht. In der Praxis denkbar sind folgende Fälle:

- Betriebsausgaben-Abzug für die Prozesskosten und eventuellen Schadenersatz für **Risiken im Zusammenhang mit der Praxis** aller Art, z. B. Arbeitsgerichtsprozesse mit angestellten Mitarbeitern, die Geltendmachung von Honoraransprüchen.
- Werbungskosten-Abzug, soweit der Prozess mit **steuerpflichtigen Einkünften** zusammenhängt, z. B. gegen die eigenen Mieter, gegen den Arbeitgeber.
- Ausschließlich **private Veranlassung** für den Prozess, z. B. Scheidung, Erbstreitigkeiten, Prozesse gegen den Vermieter. In der Regel keine steuerliche Geltendmachung.

Reparaturkosten
Aufwendungen für die Reparatur von Gegenständen des Praxisvermögens sind grundsätzlich sofort abzugsfähige Betriebsausgaben. Abgrenzungsschwierigkeiten ergeben sich bei größeren Aufwendungen, insbesondere

- **Vollersatz** bei Praxisgeräten. Hier müssen eine Aktivierung des Ersatzgerätes (falls kein geringwertiges Wirtschaftsgut vorliegt; siehe dort) und eine Vollabschreibung des Restwertes für das ersetzte Gerät vorgenommen werden.
- **Ersatzteile** bei noch nutzbaren Geräten. Diese sind sofort Betriebsausgabe. Das gilt auch für die Nachrüstung mit einem Amalgam-Abscheider.
- Reparaturen an den gemieteten Praxisräumen. Bei größeren Aufwendungen insbesondere zu Beginn der Mietzeit, z. B. Erstausstattung mit Boden, Veränderung der Baulichkeiten durch Versetzen von Wänden, Elektroarbeiten, liegen im Allgemeinen steuerlich »Mietereinbauten« vor. Hier gelten besondere steuerliche Regeln (siehe unter **Mietereinbauten**).
- Reparaturen an den Praxisräumen im Eigentum. Größere Reparaturen werden vom Finanzamt gerne

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2022

als »**anschaffungsnaher Aufwand**« (mehr als 15 % des Gebäudewertes innerhalb der ersten drei Jahre nach Erwerb) oder **»aktivierungspflichtiger Herstellungsaufwand«** beurteilt. Dann können Sie den Aufwand nur noch über die allgemeine Gebäudeabschreibung (maximal 3 % pro Jahr) geltend machen. Befragen Sie vor Investition hierzu Ihren Steuerberater, die Rechtslage ist derzeit durch neue Urteile strittig.

Reinigungspauschale
Entstehen Aufwendungen für die Reinigung der Praxiswäsche oder der Berufskleidung, so sind diese betrieblich veranlasst und damit steuerlich abzugsfähig.
- Bei Herausgabe an eine Reinigung sollte die Rechnung einen Hinweis auf die Art der Wäsche enthalten.
- Bei Benutzung der eigenen privaten Waschmaschine ist eine Schätzung der anteiligen Kosten für die Praxiswäsche anerkannt dokumentiert in einem Eigenbeleg pro Monat oder Jahr.
- Anerkannt wird ohne Einzelnachweis mindestens ein Betrag von 102,– €, so z. B. Verfügung der OFD Erfurt vom 14. 01. 1994.
- Die Kosten sind auch dann absetzbar, wenn die Berufskleidung zusammen mit privater Wäsche gereinigt wird (FG München, Urteil vom 29. 04. 2005, 10 K 1422/02).

Reisekosten
Aufwendungen für beruflich veranlasste Fahrten und Reisen sind steuerlich abzugsfähig. Insbesondere bei Reisen ins Ausland/an Urlaubsorte oder bei Mitnahme von Familienangehörigen kann die **berufliche Veranlassung der Reise** problematisch sein. Wird diese vom Finanzamt anders beurteilt, sind auch die Reisekosten in der Regel vollständig nicht steuerlich abzugsfähig. Beachten Sie hierzu die ausführliche Darstellung unter ➔ Fachkongresse.

Zu den berücksichtigungsfähigen Kosten gehören:
1. Fahrtkosten
2. Verpflegungsaufwendungen
3. Übernachtungskosten
4. Reisenebenkosten

Zu 1) Die steuerliche Geltendmachung erfolgt bei
– Fahrtkosten mit öffentlichen Beförderungsmitteln gemäß Belegnachweis
– Fahrten mit dem Praxis-Pkw (➔ Kfz-Kosten)
– Fahrten mit einem Privat-Pkw. Erstellen Sie hierzu einen Eigenbeleg.

Zu 2) Verpflegungsaufwendungen werden in Höhe der zeit- und länderabhängigen Pauschalen angesetzt.
Die Pauschalen *im Inland* betragen je Kalendertag je nach Abwesenheit

Über 24 Stunden	28,– € (bis 2019 24,– €)
Mindestens 8 Stunden	14,– € (bis 2019 12,– €)
Darunter	0,– €

Zu den Pauschalen *für das Ausland* befragen Sie bitte Ihren Steuerberater.

Steuertipp:
Daneben können Sie noch die Bewirtung von Geschäftsfreunden mit entsprechender Quittung (➔ Bewirtungskosten) ansetzen.

Zu 3) **Übernachtungskosten** können nur durch **Belegnachweis** geltend gemacht werden.
Ihren Angestellten können Sie ohne Nachweise pauschal 20,– € pro Nacht (für Inlandsübernachtung) und Pauschalen je nach Land verschieden (für Auslandsübernachtungen) erstatten.
Hotelrechnungen weisen häufig das Frühstück nicht getrennt aus. In diesen Fällen ist der Preis pro Tag um 20 % der Verpflegungspauschale zu kürzen.
Zu 4) Vergessen Sie nicht, Ihre **Reisenebenkosten** anzusetzen! Auch durch Eigenbeleg möglich. Infrage kommen Gepäckbeförderung und -aufbewahrung, berufliche Telefonkosten, Parkgebühren und auch Trinkgelder im Hotel.

Säumniszuschlag für Steuern
Entstehen bei Nichtzahlung einer Steuer in Höhe von 1 % für jeden angefallenen Monat. Als Betriebsausgabe nur abzugsfähig, wenn es sich um eine betriebliche Steuer handelt (Lohnsteuer der Angestellten, Umsatzsteuer).

Spenden
Spenden sind grundsätzlich Kosten der privaten Lebenshaltung und als solche nicht als Betriebsausgabe der Praxis abzugsfähig, wohl aber unter bestimmten Voraussetzungen als Sonderausgaben in der persönlichen Steuererklärung. Bitte prüfen Sie also:

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2022

- Handelt es sich überhaupt um eine Spende im steuerlichen Sinn? Es könnte auch ein Beitrag zu einem Berufsverband vorliegen (➔ siehe Beiträge zu Berufsverbänden).
- Wurde die Ausgabe zur Förderung mildtätiger, kirchlicher, religiöser oder wissenschaftlicher Zwecke geleistet? Oder wurde an eine als besonders förderungswürdig anerkannte gemeinnützige Organisation gezahlt? Diese muss vom Finanzamt als solche anerkannt sein.
- Wenn eine Spende vorliegt, haben Sie eine Spendenbescheinigung erhalten? Eine solche ist notwendig, um bei Spenden über 200,– € einen steuerlichen Abzug zu erreichen. Darunter genügt der Nachweis durch Zahlungsbeleg (auch bei höheren Spenden in Katastrophenfällen). Bei Zuwendungen an gemeinnützige Einrichtungen gelten strengere Anforderungen. Hier müssen auf dem vom Empfänger hergestellten Beleg neben dem Verwendungszweck die Angaben über die Steuerfreistellung der Körperschaft und zusätzlich angegeben sein, ob es sich bei der Zuwendung um eine Spende oder einen Mitgliedsbeitrag handelt.
- Spenden sind nur abzugsfähig, wenn Sie in dem Jahr einen positiven Gesamtbetrag der Einkünfte erzielen und bestimmte Höchstbeträge nicht überschritten sind. Befragen Sie bei größeren Spenden am besten Ihren Steuerberater.

Steuerberatungskosten
Die Leistungen des Steuerberaters können sich auf die Praxis selbst, sonstige Einkünfte oder auch die private Sphäre beziehen. Je nach Rechnungsposition sind die Honorare grundsätzlich aufzuteilen.

- Leistungen im unmittelbaren Zusammenhang mit der Praxis sind Betriebsausgaben. Hierzu zählen die Honorare für Buchführung und Lohnabrechnung, Gewinnermittlung und Praxissteuererklärung, betriebswirtschaftliche Beratung, Prüfung von Steuerbescheiden für die Praxis.
- Leistungen im Zusammenhang mit sonstigen steuerpflichtigen Einkünften sind Betriebsausgaben/ Werbungskosten dort. Hierzu zählen Überschussermittlungen und Steuererklärungen sowie Beratungen bei Einkünften aus Vermietung und Verpachtung, nichtselbstständiger Tätigkeit, Kapitalvermögen oder Renteneinkünften.
- Alle privaten Steuerberatungskosten sind seit 2006 nicht mehr steuerlich absetzbar.

Steuern
Ein Betriebsausgabenabzug kommt dann in Betracht, wenn es sich um betriebliche Steuern handelt. Diese sind

- Lohnsteuer der Angestellten. Die Lohnsteuer wird in der Regel vom Arbeitslohn der Angestellten einbehalten und ist wirtschaftlich betrachtet bei Ihnen ein durchlaufender Posten.
- Umsatzsteuer. Zur generellen Systematik siehe unter Umsatzsteuer.
- Sonstige Neben- und Verbrauchssteuern im Einzelfall, z. B. Grundsteuern der Praxisimmobilie.

Keine Betriebsausgaben sind Ihre persönliche Einkommen- und Kirchensteuer, der Soli einschließlich eventuell einbehaltene Zinsabschlagsteuer Ihrer Praxiskonten sowie die Erbschaft- und Schenkungssteuer.

Steuerfreie oder steuerbegünstigte Zuwendungen an Mitarbeiter
Alle Zuwendungen an Mitarbeiter, ob in Geld oder in Sachwerten, sind im Allgemeinen Betriebsausgabe der Praxis, aber beim einzelnen Mitarbeiter lohnsteuer- und sozialversicherungspflichtig. Nach Gesetz und Verwaltungsanweisungen der Finanzbehörden gelten verschiedene Ausnahmen von diesem Grundsatz. Erläuterungen zu einzelnen begünstigten Zuwendungen finden Sie im Kapitel 7.3.1. Steuerbegünstigte und sozialversicherungsfreie Mitarbeiterzuwendungen.

Teilzeitbeschäftigte (auch geringfügig Beschäftigte) siehe unter Aushilfslohn

Telefonkosten/Privatanteil (➔ Eigenverbrauch)

Trinkgeld
Erhalten Ihre Helferinnen **von den Patienten** Trinkgeld, so ist dies – unabhängig von der Höhe des Trinkgeldes – kein steuerpflichtiger Arbeitslohn.

Wenn Sie als Arbeitgeber Ihren Helferinnen »etwas zustecken«, so gehört das als **Geldgeschenk immer** zum steuerpflichtigen Arbeitslohn.

Trinkgelder aus beruflichem Anlass sind Betriebsausgaben (Bewirtung, Hausmeister, Briefbote, Dienstleister usw.). Die Beträge werden durch Eigenbeleg

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2022

nachgewiesen (Ihre Aufzeichnung über Empfänger, Betrag und Datum).

Übernachtungskosten (➛ Reisekosten)

Umzugskosten
Aufwand ist in voller Höhe absetzbar, wenn der Umzug beruflich veranlasst war. Eine berufliche Veranlassung wird insbesondere angenommen
- in Fällen der Existenzgründung mit Ortswechsel.
- wenn sich der Zeitaufwand für die Fahrt zum Arbeitsplatz um mehr als 1 Stunde vermindert.

Umfang der absetzbaren Kosten:
- Fahrtkosten für die Suche einer Wohnung
- Fahrtkosten für den Transport des Umzugsguts
- Rechnungen für die Spedition, sonstige Entgelte für Helfer
- Verpflegungsmehraufwand für die Besichtigungs- und Umzugstage
- Maklergebühren
- Mit Einzelnachweis oder nach Pauschalen die Mehranschaffung von notwendigem Hausrat, z. B. Gardinen, Küchengeräte, Waschmaschine etc., die durch den Umzug unbrauchbar wurden
- Nach Pauschalen absetzbar sind umzugsbedingte Unterrichtskosten und sonstige Umzugsauslagen. Diese werden regelmäßig erhöht und sollten im Internet nachgeschlagen werden.

Steuertipp:
Auch wenn kein beruflich veranlasster Umzug anerkannt wird, so sind dennoch die **anteiligen Umzugskosten für beruflich genutzte Arbeitszimmer** anzuerkennen. Ermittlung wie oben, bezogen auf den Anteil eines Arbeitszimmers.

Erstattung an Arbeitnehmer
Macht die Arbeitsaufnahme einen Umzug erforderlich, so kann der Arbeitgeber die Aufwendungen im Rahmen der oben genannten Grenzen erstatten, mit voller Steuer- und Sozialversicherungsfreiheit.

Unfallkosten
Entscheidend für die grundsätzliche steuerliche Absetzbarkeit von Unfallkosten ist deren berufliche Veranlassung. Folgende Kriterien können eine berufliche Veranlassung belegen, wobei die Grenzen sicherlich sehr fließend sind:
- Ist der Unfall auf einer Fahrt zur oder von der Praxis oder anlässlich einer sonstigen beruflichen Fahrt (Fortbildung, Fahrten zu Geschäftspartnern u. Ä.) erfolgt?
- Kamen trotz möglicherweise beruflichem Anlass weitere Umstände hinzu, die den Unfall dann insgesamt der Privatsphäre zuordnen? War z. B. Alkohol im Spiel? Wurde der Unfall vorsätzlich oder grob fahrlässig herbeigeführt? Eine leichte Fahrlässigkeit oder Leichtfertigkeit ist unerheblich.

Steuerlich abzugsfähig können folgende Aufwendungen im Zusammenhang mit einem Unfall sein, soweit sie nicht von einer Versicherung getragen werden:
- Reparaturaufwendungen eines Kfz
- Wertminderung des eigenen Kfz (im Anlagevermögen der Praxis als »Absetzung für außergewöhnliche Abnutzung« erfassen!)
- Kosten eines Mietwagens, soweit notwendig
- Unfallkosten des Gegners
- Schmerzensgeld oder Verdienstausfall
- Reisekosten, Gerichts- oder Anwaltskosten im Zusammenhang mit einem Unfall

Unfallversicherung
Siehe ➛ Versicherungsbeiträge

Umsatzsteuer
Siehe ausführlich unter Kap. 6.1.4.
Die zahnärztliche Tätigkeit ist im Wesentlichen von der Umsatzsteuer befreit. Dennoch kann im Einzelfall unter bestimmten Voraussetzungen und begrenzt auf bestimmte Einnahmen eine Umsatzsteuerpflicht in Betracht kommen.

Unterstützungskasse
Siehe die ausführliche Darstellung im Kapitel 7.3.2. Die betriebliche Altersvorsorge

Versicherungsbeiträge
Es gibt eine Vielzahl von Versicherungsformen, die steuerlich sehr unterschiedlich bewertet werden. Sie sind je nach dem versicherten Risiko beruflich oder privat verursacht. Auch bei einem beruflichen Zusammenhang kann im Einzelfall eine steuerliche Einordnung als private Ausgabe vorliegen.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2022

Für die steuerliche Behandlung im Rahmen der *Gewinnermittlung* gilt folgender Grundsatz:
Sind die Beiträge zu den Versicherungen als Betriebsausgabe abzugsfähig, so muss im Versicherungsfall die Schadensregulierung als Betriebseinnahme erfasst werden.

Als Betriebsausgabe voll abzugsfähig sind die Beiträge für:
- Berufsgenossenschaft
- Berufshaftpflicht
- Praxis- oder Betriebsunterbrechungsversicherung
  Sie ersetzt im Schadensfall nicht die weiterlaufenden Kosten der Praxis, sondern den Umsatzausfall. Darin ist dann auch der entgangene Gewinn enthalten. Darin unterscheidet sie sich grundsätzlich von der Krankentagegeldversicherung, die das Nettoeinkommen abdeckt.
- Sachversicherungen, die bestimmte Schäden an materiellen Praxiswerten abdecken wie Elektronik-, Feuer-, Wasser-, Einbruchversicherung

Teilweise abzugsfähig ist die Kfz-Versicherung für die Praxis-Kfz. Sie teilt das Schicksal der übrigen Kfz-Kosten.

Nicht als Betriebsausgabe abzugsfähig sind Versicherungen zur Abdeckung privater Risiken:
- Krankenversicherung einschließlich Krankentagegeld (Ersatz des entgangenen Nettoeinkommens)
- Praxisunterbrechungsversicherung für den Krankheitsfall des Inhabers: Sie versichert ein privates Risiko und ist daher keine Betriebsausgabe (Änderung der Rechtsprechung BFH vom 19.05.2009 Az. VIII R 6/07).
- Berufsunfähigkeitsversicherung
- Kapitallebensversicherung, auch wenn sie zur Sicherung und Tilgung eines Praxisdarlehens aufgenommen wurde. Dies ist eine häufig vorkommende und steuerlich interessante Gestaltung für Existenzgründer.
- Sonstige Versicherungen, die eine Altersversorgung aufbauen sollen, z.B. Rentenversicherungen
- Unfallversicherung
- Versorgungswerk

Verspätungszuschlag
Wird eine Steuererklärung nicht rechtzeitig abgegeben, so kann das Finanzamt einen Verspätungszuschlag erheben. Die Höhe liegt im eigenen Ermessen des Sachbearbeiters und hängt ab von den Umständen der Verspätung, der Zeitdauer, der Nachzahlung und vor allem der Häufigkeit einer verspäteten Abgabe in der Vergangenheit. Der Zuschlag beträgt ab 2019
a) für Lohn- und Umsatzsteueranmeldungen für jeden angefangenen Monat der eingetretenen Verspätung 0,25 % der festgesetzten Steuer, mindestens jedoch 10 €.
b) für Jahreserklärungen für jeden angefangenen Monat 0,25 € der um die festgesetzten Vorauszahlungen und die anzurechnenden Steuerabzugsbeträge verminderten festgesetzten Steuer, mindestens jedoch 25 €.

Der Verspätungszuschlag ist als Betriebsausgabe abzugsfähig, wenn er zu einer betrieblichen Steuer festgesetzt wird, also zur Lohnsteuer und Umsatzsteuer.

Versorgungswerk
Freiberufler sind häufig in einem Versorgungswerk für den Fall der Invalidität und den Ruhestand pflichtversichert. Die Beiträge zählen steuerlich zu den **Sonderausgaben**.

Sie sind zusammen mit den übrigen Sonderausgaben (Beiträge zu Kranken-, Renten-, Lebens- oder Unfallversicherungen) im Rahmen der Höchstbeträge steuerlich absetzbar. Die Beträge zum Versorgungswerk gehören zur sogenannten Basisaltersversorgung. Zur Absetzbarkeit siehe Kap. 6.1.1.

Zahngold
Ausgaben für Gold (Feingold und Dentalgold) in einer Zahnarztpraxis werden steuerlich dann als Betriebsausgaben anerkannt, wenn sie tatsächlich im praxiseigenen Labor verwendet bzw. bei der Auftragsvergabe an ein Fremdlabor beigestellt werden.

Strittig war in der Vergangenheit häufig, ob und in welcher Menge der Erwerb von Feingold und Dentalgold zu einem Betriebsausgabenabzug führen kann. Hierzu gilt weiterhin die folgende Finanzrechtsprechung:
- Kann der **Nachweis** erbracht werden, dass Goldbestände in absehbarer Zeit in der Praxis selbst oder zur Beistellung an ein gewerbliches Labor verbraucht werden, so ist der Gegenwert **bereits im Zeitpunkt der Anschaffung / des Umtausches als Betriebsausgabe** zu berücksichtigen, auch wenn ein

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2022

durchschnittlicher Jahresbedarf damit weit überschritten ist. Nach Rechtsprechung (BFH-Urteil vom 26.05.1994) reicht schon der Nachweis aus, dass der steuerpflichtige Zahnarzt bei Anschaffung des Zahngoldvorrats mit einem Verbrauch innerhalb eines Zeitraumes von sieben Jahren gerechnet hat. Eine Bevorratung von Zahngold enthält zwar ein spekulatives Element, das jedoch mit der zahnärztlichen Berufsausübung verbunden ist und auf die Höhe der freiberuflichen Einkünfte durchweg keinen wesentlichen Einfluss hat, so der BFH mit Urteil vom 12.07.1990 (BStBl 1991 II S. 13).

- Kann der **Nachweis** der Verwendung des eingetauschten Feingoldes in absehbarer Zeit **nicht** erbracht werden, so ist im Zweifel anzunehmen, dass das Gold zur dauerhaften oder spekulativen Vermögensanlage dient. Diese Annahme führt dazu, dass die Goldvorräte nicht Betriebsvermögen sein können und demzufolge der Gegenwert bei Kauf oder Eintausch nicht als Betriebsausgabe berücksichtigt werden kann (BFH 17.04.1986, BStBl 1986 II S. 607).
- Zahnärzte sind nicht verpflichtet ein sog. Goldbuch zu führen, auch nicht, wenn sie ein Labor betreiben. Allerdings muss ein **Wareneingangsbuch** geführt werden, wenn die Goldeingänge nicht aus der laufenden Finanzbuchhaltung zeitnah zu ersehen sind.
- Wird Zahngold bei der Scheideanstalt eingetauscht, so ist der Gegenwert in Feingold oder in Geld im Zeitpunkt der Vereinnahmung als Betriebseinnahme zu buchen. Es ist darauf hinzuweisen, dass die Scheideanstalten bei Einlösung von Edelmetallen Name und Adresse des Veräußerers notieren, so dass dieser nicht damit rechnen kann, dass die Veräußerung ohne Nachweis bleibt. Werden die Erlöse aus dem Verkauf nicht ordnungsgemäß versteuert, so handelt es sich in der Regel um einen Tatbestand von Steuerhinterziehung.

Zinsen

Zinsen gehören zu den Finanzierungskosten der Praxis und sind grundsätzlich dann abzugsfähig, wenn ein **betrieblicher Anlass für eine Finanzierung** vorliegt.

Beachten Sie bitte die ausführliche Darstellung in diesem Kapitel 6.1.6. »Steuerlicher Schuldzinsenabzug«.

Stb./WP Gabriela R. Scholz

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2022

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2022

6.3. Steuerliche Betriebsprüfung

Die Ankündigung einer steuerlichen Außenprüfung bedeutet in der Regel eine erhebliche Mehrbelastung für die betroffene Praxis. Auch wenn eine Außenprüfung an sich ein normaler Vorgang im allgemeinen Besteuerungsverfahren darstellt, so sind doch zahlreiche Dinge im Vorfeld zu beachten. Dieser Beitrag soll Ihnen bei der systematischen Vorbereitung und Durchführung helfen. Einzelheiten und Sonderfälle müssen darüber hinaus mit dem Steuerberater erörtert werden.

Zulässigkeit und Umfang einer Außenprüfung

Außenprüfungen des Finanzamtes finden statt für

- **alle Gewinneinkünfte** aus Land- und Forstwirtschaft; Gewerbebetrieb und selbständiger Tätigkeit **(Betriebsprüfung).**
- in der Regel **nicht für die Überschusseinkünfte** aus nichtselbständiger Tätigkeit, Kapitalvermögen, aus Vermietung und sonstige Einkünfte, da diese im Rahmen der Steuerveranlagung geprüft werden. Ausnahme: die Einkünfte betragen mehr als 500.000,– € im Jahr.
- den Lohnsteuerabzug **(Lohnsteuerprüfung).**
- die Abführung von Sozialversicherungsbeiträgen **(Prüfung der Deutschen Rentenversicherungsanstalt).**

Geprüft werden bei einer Betriebsprüfung

- die Ermittlung des Gewinns anhand aller aufbewahrungspflichtigen Unterlagen.
- alle damit im Zusammenhang stehenden Steuerarten (Einkommensteuer – für Kapitalgesellschaften die Körperschaftsteuer, Umsatzsteuer, Gewerbesteuer).

Beispiele:
Wird der Gewinn eines Steuerpflichtigen im Rahmen der Einkommensteuererklärung geprüft, so können auch die anderen mit diesem Bescheid veranlagten Einkünfte geprüft und geändert werden!
Wird der Gewinn einer Gemeinschaft geprüft, so erfolgt jedoch keine Prüfung der Einkommensteuer der Beteiligten, da die Prüfungsanordnung insoweit nicht reicht!
Die gewerblichen Einkünfte des zusammenveranlagten Ehepartners unterliegen nicht der Prüfung, hierzu bedarf es einer besonderen Prüfungsanordnung!

- gelegentlich besondere Sachverhalte (Sonderprüfung), z. B. nur die Umsatzsteuer oder nur die Praxisaufgabe).

Zulässiger Prüfungsort

- Nach AO (Abgabenordung) der Betrieb oder das Finanzamt.
- Nach Absprache auch das Büro des Steuerberaters, auch wenn dies nicht im Gesetz vorgeschrieben ist.
- Die Prüfung in den Privaträumen ist auch gesetzlich vorgesehen, kann aber verweigert werden. Ausnahme: Inaugenscheinnahme von Arbeitszimmer und Archiv.

Zeitlicher Umfang der Prüfung

Gesetzlich gibt es keine Einschränkungen, aber aufgrund der finanzamtsinternen Anweisungen (Betriebsprüfungsordnung BPO) gilt:

- Für Kleinbetriebe und freie Berufe in der Regel 3 Jahre, jedoch nicht zwingend die letzten 3 Jahre!
- Anschlussprüfungen (darauffolgende Jahre) sind ohne Begründung zulässig, wenn auch selten.
- Begründete Erweiterung des Prüfungszeitraums aufgrund des Verdachts einer Steuerstraftat oder -ordnungswidrigkeit, sowie bei »nicht unerheblichen Steuernachforderungen« (mehr als 1.500,– € pro Jahr) ist möglich.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Häufigkeit von Betriebsprüfungen*	Großbetrieb	Mittelbetrieb	Kleinbetrieb
Größenklassen in €			
Freie Berufe			
• **Umsatzerlös oder**	**4.300.000**	**790.000**	**160.000**
• **Steuerlicher Gewinn**	**540.000**	**123.000**	**34.000**
Handelsbetrieb			
• Umsatzerlös oder	6.900.000	840.000	160.000
• Steuerlicher Gewinn	265.000	53.000	34.000
Fertigungsbetrieb			
• Umsatzerlös oder	4.000.000	480.000	160.000
• Steuerlicher Gewinn	235.000	53.000	34.000
Prüfungsturnus in Jahren je Größenklasse	**4,73**	**14,45**	**28,69**
Rechnerische Wahrscheinlichkeit einer Prüfung	**70,5 %**	**20,7 %**	**10,2 %**
Geprüfte Betriebe 203.903 (2,4 % aller Betriebe)	40.502	55.315	41.475
In % der Größenklasse	21,1 %	6,9 %	3,5 %
13.210 Prüfer erzielten ein Mehrergebnis von 1,3 Mio € je Prüfer; das durchschnittliche Mehrergebnis pro Betrieb betrug	294.200	23.501	14.600

* Quelle: Monatsbericht des Bundesfinanzministeriums 9/2011.

Vermeiden Sie Prüfungen!
Manche Prüfungen werden schon durch Auffälligkeiten in der Gewinnermittlung angeordnet, und können in vielen Fällen vermieden werden, z. B.
- Stark schwankende Gewinne.
- Sehr hohe Einlagen oder niedrige Entnahmen.
- Abweichung von den Richtsatzsammlungen.

Prüfung und Selbstanzeige
Erkennen Sie Fehler zu Ihren Gunsten in der Gewinnermittlung und Steuererklärung, so sollten Sie dies unverzüglich melden.

Hinweis zur aktuellen Rechtslage (Stand 7/2011):
Eine wirksame Selbstanzeige kann zeitlich nur noch **vor Bekanntgabe der Prüfungsanordnung,** nicht mehr vor dem Beginn der Prüfung abgegeben werden.

Mitwirkungspflichten
- Anlässlich einer Außenprüfung besteht die volle Mitwirkungspflicht des Steuerpflichtigen: Zeitnahe Vorlage aller angeforderter Unterlagen und Auskunftserteilung durch den Steuerpflichtigen selbst oder von ihm benannte Auskunftspersonen.
- Erst im Strafverfahren besteht ein Auskunftsverweigerungsrecht!
- Bei unzureichenden Auskünften können andere Personen innerhalb und außerhalb des Betriebes befragt werden (z. B. Banken).
- Auskunftsverweigerungsrechte bestehen für Verwandte des Praxisinhabers.

Tipp: Ärztliche Schweigepflicht und Betriebsprüfung
Ärztinnen und Ärzte in der Bundesrepublik Deutschland sind verpflichtet, über das zu schweigen, was Ihnen Ihre Patienten anvertraut haben. **§ 203 Abs. 1 Strafgesetzbuch (StGB)** bestimmt, dass derjenige, der unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis oder ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis offenbart, das ihm als Arzt anvertraut oder sonst bekannt geworden ist, mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder Geldstrafe bestraft wird. Den in Abs. 1 zu § 203 StGB Genannten stehen Ihre berufsmäßig tätigen Gehilfen und die Personen gleich, die bei Ihnen zur Vorbereitung auf den Beruf tätig sind. Die Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht wird über den Straftatbestand des § 203 StGB hinaus noch unter den Schutz der ärztlichen Berufsordnungen der Zahnärztekammern in den Bundesländern gestellt. Im Rahmen von Betriebsprüfungen müssen die Finanzbehörden die ärztlichen Auskunftsverweigerungsrechte beachten.
Konkret heißt das: Patientenrechnungen, HKP u. ä. dürfen nur vorgelegt werden, wenn Name und Adresse unkenntlich sind.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Zeitlicher Ablauf

- Mündliche Ankündigung der Prüfung (nicht zwingend).
- Erlass der Prüfungsanordnung: Festlegung der geprüften Jahre und Steuerarten, Prüfungsort, Prüfungsbeginn und Prüfer.
- Eventuell Einspruch gegen Prüfungsanordnung innerhalb von einem Monat nach Bekanntgabe.
- Vorbereitung der Prüfung – siehe Checkliste.
- Beginn der Prüfung: Erscheinen des Prüfers oder erste Prüfungshandlungen im Finanzamt.
- Während der Prüfung:
  - Einführendes Gespräch, am besten mit dem steuerlichen Berater: Benennung einer Auskunftsperson, am besten der Steuerberater oder die Buchhalterin.
  - Besichtigung der Praxisräume, sofern die Prüfung nicht dort stattfindet.

Hinweis: Auch die Besichtigung des geltend gemachten Arbeitszimmers ist zulässig, allerdings nach Vorankündigung!

- Schlussbesprechung: Möglichkeit der Erörterung aller noch offenen Fragen und der strittigen Sachverhalte. Es kann auf die Schlussbesprechung verzichtet werden (Vermerk im Prüfungsbericht).
- Prüfungsbericht:
  - Alle festgestellten Sachverhalte und Hinzurechnungen bzw. Kürzungen.
  - Zusammenfassung des Prüfungsergebnisses nach geprüften Jahren und Steuerarten.
  - Strafrechtlicher Hinweise: Wurden im Rahmen der Prüfung Sachverhalte festgestellt, die eventuell auf eine Steuerhinterziehung hindeuten, so erfolgt eine Mitteilung an die Straf- und Bußgeldsachenstelle. Diese entscheidet dann über die Aufnahme strafrechtlicher Ermittlungen.

Tipp: Fordern Sie einen **Entwurf des Prüfungsberichtes** an. Falsch dargestellte Sachverhalte können noch im Gespräch mit dem Prüfer geändert werden. Bedenken Sie, dass der Prüfungsbericht Auswirkung auf Ihren gesamten späteren Steuerfall haben kann!

- Erlass der Änderungsbescheide: Verwertung des Prüfungsergebnisses; Prüfung und Einspruchsmöglichkeiten.

Stb./WP Gabriela R. Scholz

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Checkliste zur Vorbereitung einer steuerlichen Außenprüfung

Bei Erwartung oder Ankündigung einer Außenprüfung:
Besprechung mit dem Steuerberater, ob eine Selbstanzeige notwendig ist

Prüfungsanordnung	Erledigt?	Wer?
• Unverzügliche Weiterleitung an Steuerberater zur Prüfung und Wahrung der Einspruchsfrist	☐	_____
• Antrag auf Verschiebung des Prüfungstermins, wenn gewichtige Gründe vorliegen	☐	_____
• Antrag auf einen anderen Prüfungsort als Ihre Zahnarztpraxis	☐	_____

Durchsicht der vorzulegenden Unterlagen auf besondere Vorgänge	Erledigt?	Wer?
• Bewirtungsbelege: Sind alle notwendigen Angaben zur steuerlichen Geltendmachung enthalten?	☐	_____
• Geschenke an Dritte und Mitarbeiter: Sind die Namen verzeichnet und wurden die steuerlichen Grenzen eingehalten?	☐	_____
• Steuerfreie/pauschal begünstigte Zuwendungen an Mitarbeiter: Sind die Voraussetzung und die notwendige Dokumentation für die Steuerbegünstigung und Sozialversicherungsfreiheit gegeben?	☐	_____
• Aushilfslohnquittungen oder Verträge vollständig?	☐	_____
• Kongresskosten: Sind Teilnahmebescheinigungen und erforderliche Dokumentationen enthalten?	☐	_____

Durchsicht der Steuerbescheide für die zu prüfenden Jahre	Erledigt?	Wer?
• Sind eventuell Ausgaben noch nicht berücksichtigt worden?	☐	_____
• Welche Änderungsvorbehalte sind enthalten und wurden günstige Urteile von BFH/BVErfG schon umgesetzt?	☐	_____

Bereitzustellende Unterlagen für den zu prüfenden Zeitraum	Erledigt?	Wer?
• Kontoauszüge aller aufbewahrungspflichtigen Konten	☐	_____
• Kassenbuch, falls ein solches geführt wurde	☐	_____
• Eingangsrechnungen und Belege zu allen geltend gemachten Ausgaben	☐	_____
• Patientenrechnungen? – siehe Exkurs –	☐	_____
• Aufzeichnung von Einnahmen und Ausgaben oder (in der Regel) die Buchführung	☐	_____
• Liste der umsatzsteuerpflichtigen Erlöse (Laborliste)	☐	_____
• Inventarliste und Anschaffungsbelege	☐	_____

Bereitzuhaltende Unterlagen	Erledigt?	Wer?
• Kooperationsverträge einschließlich späterer Änderungen	☐	_____
• Darlehensverträge der Praxisdarlehen	☐	_____
• Miet- und Leasingverträge	☐	_____
• Anstellungsverträge insbesondere für nahe Angehörige	☐	_____
• Liste der geltend gemachten Anspar-Rücklagen oder Investitionsabzugsbeträge	☐	_____
• Für vom Inhaber teilweise privat genutzte Fahrzeuge des Praxisvermögens: Dokumentation des Umfangs der beruflichen Fahrten, Nachweis des ursprünglichen Listenpreises (1 % Methode), eventuell Fahrtenbücher	☐	_____
• Für ein häusliches Arbeitszimmer: Kostenzusammenstellung, eventuell Grundriss, für im Eigentum befindliches Arbeitszimmer Feststellung des anteiligen Verkehrswertes	☐	_____
• Für Kosteneinlagen: Private Telefon- und Internetrechnungen, Nachweise der beruflichen Nutzungsanteile	☐	_____

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

6.4. Umsatzsteuerpflichtige Leistungen

Die Finanzämter erkunden die Umsatzsteuerpflicht der Zahnärzte genauer als früher. Seit Mitte 2016 müssen Sie daher damit rechnen, dass Ihre Praxis aufgefordert wird, eine Umsatzsteuererklärung abzugeben. Prüfen Sie Ihre Umsatzsteuerpflicht regelmäßig zum Jahresende bzw. Jahresbeginn.

Welche Leistungen sind umsatzsteuerpflichtig?

- Lieferung oder Wiederherstellung von Zahnprothesen und kieferorthopädischen Apparaten, wenn die Gegenstände in Ihrer Zahnarztpraxis durch Sie oder unter Ihrer Aufsicht durch angestellte Zahntechniker hergestellt/wiederhergestellt werden (Eigenlabor), z. B.
  – Füllungen (Inlays)
  – Dreiviertelkronen (Onlays)
  – Verblendschalen für die Frontflächen der Zähne (Veneers)
- Herstellung von Modellen, Bissschablonen, Bisswällen und Funktionslöffel
- Beistellung von Material, z. B. Gold und Zähne, wenn die Zahnprothetik außerhalb der Praxis gefertigt wird
- Handel mit Mundhygieneartikeln

  ! Prüfen Sie auch Ihre Gewerbesteuerpflicht
- Weiterberechnung von Personal-, Verwaltungs- oder Organisationskosten an andere Personen oder Praxen
  Ausnahme: vertragsgemäße Kostenaufteilung innerhalb einer Praxisgemeinschaft, soweit diese für den umsatzsteuerfreien zahnärztlichen Bereich erfolgt
- Zahnärztliche Tätigkeiten aus ästhetischen/kosmetischen Zwecken – Verlangensleistungen nach § 2 (3) GOZ 2012 oder Gutachten zu Pensions- oder Haftungsfragen ohne Durchführung ärztliche Untersuchung
- Verkauf von Anlage-Gegenständen, wenn diese vorher zu mehr als 5 % für umsatzsteuerliche Zwecke genutzt wurden, z. B. gemischt genutztes Auto (für Laborfahrten)
- Leistungen ans Personal, vor allem, wenn ein Praxis-Auto zur privaten Nutzung gestellt wird
- Vortragstätigkeiten, schriftstellerische, wissenschaftliche und lehrende Tätigkeiten
- Ehrenamtliche Tätigkeit über 17.500 € p. a. oder über 50 € die Stunde

Machen Sie den Check: Kontrollieren Sie mit unserer Checkliste, ob Sie umsatzsteuerpflichtige Leistungen erbringen und wie viel Prozent für welche Leistung berechnet werden.

! Wichtig zu wissen:
Bis zu welchem Umsatz sind Sie Kleinunternehmer?

Beträgt die Summe der steuerpflichtigen Umsätze nicht mehr als 17.500 € (ab 2020 22.000 €) im vergangenen Jahr oder voraussichtlich nicht mehr als 50.000 € in diesem Jahr, so sind Sie Kleinunternehmer und müssen keine Umsatzsteuer berechnen und abführen. Ist die untere Grenze im zweiten Jahr oder die obere Grenze überschritten, so müssen Sie ab diesem Jahr Umsatzsteuer zahlen (Kleinunternehmer-Regelung).

Welche Leistungen sind nicht umsatzsteuerpflichtig?

- Freiberufliche Umsätze aus der Tätigkeit als Zahnarzt. Das therapeutische Ziel muss im Vordergrund stehen.
- Abgabe von Material oder der Einsatz von Geräten, die bei der Heilbehandlung zwingend erforderlich sind, beispielsweise:
  – Abformmaterial, wie Alginat, Silikon, Polyäther, Hydrokolloid
  – Kunststoff für direkte Unterfütterung von Zahnprothesen
  – provisorische Stiftkronen
  – Glasfaserstifte, Radixanker, sonstige Stifte
  – Kunststoff für direkte Verblendungserneuerungen
  – Implantate
  – Kosten für den Versand ans Fremdlabor
- Bereitstellung der benutzten Apparate für kieferorthopädische Behandlungen
  Gilt auch für:
  – Schienen und Aufbissbehelfe bei Kiefer- und Kiefergelenksbehandlungen (inklusive Modelle, Doublieren, Modelle im Artikulator)

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2020

- Leistungen einer Praxis- oder Apparategemeinschaft gegenüber ihren Mitgliedern, soweit diese Leistungen unmittelbar für zahnärztliche Leistungen verwendet werden und nur eine Kostenerstattung erfolgt (§ 4 Nr. 14d USTG)
- Geschäftsveräußerung im Ganzen, d. h. Verkauf einer gesamten Zahnarztpraxis, auch einschließlich Labor

Exkurs: Umsatzsteuer auf Verlangensleistungen

In der Fachliteratur wird kontrovers diskutiert, ob Verlangensleistungen generell der Umsatzsteuer unterliegen.

Was sind Verlangensleistungen aus Sicht der GOZ?
Verlangensleistungen nach § 1 Abs. 2 Satz 2 GOZ sind Leistungen, die über das Maß einer zahnmedizinisch notwendigen Versorgung hinausgehen. Beispielsweise Leistungen, die aus ästhetischen Gründen erbracht werden, wie Veneers auf gesunden Frontzähnen. Sie dürfen nur berechnet werden, wenn sie auf Verlangen Ihres Patienten erbracht werden.

Welche Leistungen fallen nicht unter diese Kategorie?
Ästhetische und zugleich zahnmedizinisch notwendige Leistungen, wie z. B. das Bleachen eines Zahnes nach einer Wurzelkanalbehandlung.

Was sind Verlangensleistungen aus Sicht der Umsatzsteuer?
Das Steuerrecht unterscheidet zwei ärztliche/zahnärztliche Leistungen:

1. Leistungen, die einem therapeutischen Ziel dienen (§4 Nr. 14 a USTG). Dies ist unabhängig davon, welche konkreten heilberuflichen Leistungen Sie erbringen:

Zum Beispiel:
- Untersuchung
- Attest
- Gutachten

und unabhängig in welcher Rechtsform die Leistungen erbracht werden.

Zum Beispiel:
- Kooperation
- GmbH

und wer sie in der Praxis erbringt.

Zum Beispiel:
- Freiberuflicher Zahnarzt
- Angestellter Zahnarzt

*2. Ärztliche/Zahnärztliche Leistungen, die **kein** therapeutisches Ziel verfolgen.*

Beispiel zahnärztliche Leistung:
- Bleaching aus ästhetischen Gründen
- Versorgung gesunder Frontzähne mit Veneers aus kosmetischen Gründen

Beispiel ärztliche Leistung:
- Schönheitsoperationen
- Wellness-Leistungen

Hinweis: Übernehmen Krankenkassen die Kosten der Behandlungen nicht, sieht das Finanzamt darin oft ein Indiz für umsatzsteuerpflichtige Behandlungen.

Umsatzsteuerfreie Leistungen aus der GOZ

In Bezug darauf, was »über das Maß der zahnmedizinisch notwendigen zahnärztlichen Versorgung« hinausgeht, ist die GOZ nicht eindeutig ausgelegt.

Folgend finden Sie Beispiele aus der GOZ, die Sie ohne Umsatzsteuer berechnen können:

GOZ Position 1000ff. und 4000ff.:
Es kommt vor, dass Sie diese Leistungen bei Ihrem Patienten über die begrenzte Anzahl hinaus berechnen müssen. Dies erfolgt auf Verlangen. Die Behandlung dient jedoch therapeutischen Zwecken und ist somit umsatzsteuerfrei.

GOZ Position 1040 – die PZR:
Die professionelle Zahnreinigung (PZR) ist keine Leistung, die die gesetzliche Krankenversicherung übernimmt. Eine regelmäßige PZR ist jedoch wissenschaftlich anerkannt und Teil der zahnärztlichen Prophylaxe.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2020

Sie dient dem Schutz der Zahngesundheit und damit einem therapeutischen Ziel. Bedeutet: Die PZR ist umsatzsteuerfrei.

GOZ Positionen 6100, 6120, 6140, 6150 – Versorgung mittels Brackets:
Diese Behandlung gehört zu den Leistungen, die zwar medizinisch notwendig sind, aber im Rahmen der Gesamtmaßnahme auch eine ästhetische Motivation beinhalten oder mit höherwertigen Materialien durchgeführt werden. Hier ist die Bewertung schwieriger, denn verwenden Sie höherwertige Materialien, fallen diese unter Verlangensleistungen und sind damit aus Sicht des Finanzamtes umsatzsteuerpflichtig. Um dem entgegenzuwirken, verweisen wir hier auf ein Urteil des Finanzgerichtes Münster vom 08.10.2009 (Az. 5 K 3452/07):
http://www.jusmeum.de/urteil/fg_muenster/eb5bc0fa57841fcb6d169492e4673ee6c9fb0610b8db6f3382d4bda32945ea95

Im entschiedenen Fall wurde die Umsatzsteuerfreiheit von LASIK-Operationen im Bereich der Augenheilkunde bejaht. Im Fokus standen Leistungen, die infolge einer Fehlsichtigkeit medizinisch indiziert waren, aber gleichzeitig häufig auch eine ästhetische Motivation, nämlich keine Brille mehr tragen zu müssen, beinhalten. Ohne die medizinische Indizierung im Hauptzweck wäre die Leistung insgesamt nicht notwendig und vom Patienten in Anspruch genommen worden. Maßgebend für die umsatzsteuerliche Qualifizierung einer Leistung als »heilberufliche Tätigkeit« ist das jeweils mit der Leistung verfolgte Ziel. Nur wenn eine Leistung den Schluss zulässt, dass ihr Hauptziel gerade nicht der Schutz einschließlich der Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit ist, scheidet eine Umsatzbefreiung aus.

Zum Schluss:

Wichtig zu wissen:

Die Beweislast liegt bei Ihnen. Das bedeutet: Sie, als Zahnarzt, müssen beweisen, dass Ihre Behandlung rein therapeutischen Zwecken dient und damit umsatzsteuerfrei ist.

Besonderes Prüfungsrecht: Finanzbeamte dürfen, um die Umsatzsteuer zu erheben und festzusetzen, **ohne** vorherige Ankündigung und außerhalb einer Außenprüfung Grundstücke sowie Räume von Selbstständigen während der Geschäfts- und Arbeitszeiten betreten (allgemeine Nachschau).

Nicht alle Sonderfälle sind hier angesprochen. Sprechen Sie bei Unsicherheiten Ihren Steuerberater an, denn die Umsatzsteuer kann leicht zu einer Mehrsteuer werden.

Stb./WP Gabriela R. Scholz

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2020

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2020

7

7.1. Inhaltsverzeichnis

7.2. Vergütungsgestaltung

7.2.1. Umsatzbeteiligung für Mitarbeiter

7.2.2. Arbeitsverträge mit Angehörigen

7.2.3. Zahnärzteversorgung: Neuer Job – neuer Befreiungsantrag

7.2.4. Neues Nachweisgesetz für Arbeitsbedingungen mit Auswirkungen auch für Zahnarztpraxen

7.2.5. Das Mindestlohngesetz – Überblick für die Praxis

7.2.6. Angestellte Ärzte und Zahnärzte – Pflicht zur Zahlung eines angemessenen Gehaltes

7.2.7. Sind Praxisvertreter sozialversicherungsrechtlich angestellt oder selbstständig?

7.3. Steuerliche Aspekte

7.3.1. Steuerbegünstigte und sozialversicherungsfreie Mitarbeiterzuwendungen

7.3.2. Die betriebliche Altersvorsorge

7.3.3. Minijob bzw. geringfügiges Beschäftigungsverhältnis

7.4. Arbeitsrecht

7.4.1. Einstellung von neuen Mitarbeitern

7.4.1.1. Befristete und unbefristete Arbeitsverträge
7.4.1.2. Anstellung von Zahnärzten
7.4.1.3. Flexibilisierung des Arbeitsverhältnisses
7.4.1.4. Praktikum

7.4.2. Mitarbeiterbelehrungen

7.4.2.1. Praxishygiene – was ist rechtlich zu beachten?

7.4.3. Grundzüge des Urlaubsrechts

7.4.4. 13. Gehalt und Weihnachtsgratifikationen

7.4.4.1. Entlohnung/Umsatzbeteiligung
7.4.4.2. Angestelltenvertragsgestaltung – Tipps aus der Praxis für die Praxis

7.4.5. Anzeigepflichten des Arbeitnehmers bei Krankheit

7.4.6. Mutterschutz in der Zahnarztpraxis

7.4.7. Vorsicht bei mehrmaligen Abmahnungen ohne weitere arbeitsrechtliche Konsequenzen!

7.4.8. Kündigung

7.4.8.1. Kündigungsfristen im Arbeitsrecht
7.4.8.2. Kündigungsschutz
7.4.8.3. Kündigungserklärung und Freistellung

7.4.9. Checkliste Qualifiziertes Zeugnis

7.4.10. Arbeitsrechtliche Informationen bei Praxisverkauf

7.4.11. Musterverträge

7.4.11.1. Einleitung
7.4.11.2. Arbeitsvertrag für Mitarbeiter
7.4.11.3. Befristeter Arbeitsvertrag über die Vorbereitungszeit
7.4.11.4. Arbeitsvertrag für angestellte Zahnärzte

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2025

7.4.11.5. Textbausteine und ergänzende Hinweise zu den Musterarbeitsverträgen
7.4.11.6. Dienstvertrag zur Praxisvertretung
7.4.11.7. Arbeitsvertrag über eine geringfügige Beschäftigung
7.4.11.8. Fortbildungsklauseln in Arbeitsverträgen
7.4.11.9. Aufhebungsvertrag für Mitarbeiter
7.4.11.10. Digitale Arbeitsverträge – Erleichterungen bei der Schriftform

7.5. Haftung des Arbeitgebers

7.6. Arbeitszeiterfassung EuGH-Urteil

7.7. Homeoffice in Zahnarztpraxen

7.8. Corona-Update: Zuschüsse zu Ausbildungsverträgen

7.9. Wertschätzung für Mitarbeiter*innen

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2025

7.2. Vergütungsgestaltung

Der Gehaltsaufwand macht regelmäßig rund 30 % von Honorar und immerhin 50 % der Betriebskosten einer Zahnarztpraxis aus. Umso wichtiger ist es, die Kosten für die Mitarbeiterstunde zu kennen. Ganz wichtig wird die Rechnung, wenn Sie neue Mitarbeiter einstellen oder auf die Wünsche nach Lohnerhöhung Ihrer Angestellten reagieren müssen.

Der Aufwand für eine Mitarbeiterin, die regulär sozialversicherungspflichtig beschäftigt ist (anders ausgedrückt: »auf Lohnsteuerkarte arbeitet«), setzt sich aus den verschiedensten Lohnbestandteilen und Abgaben zusammen. An einem typischen Beispiel einer seit Jahren angestellten Helferin wird das klar:

Bruttolohn pro Monat	2.000,00
13. Gehalt 1/12	166,66
Steuerbrutto gesamt	2.166,66
Arbeitgeberanteil zur Sozialversicherung ca. 21 %	455,00
Umlagen U1 und U2 min. 1,5 %	33,00
Berufsgenossenschaft differiert, ca. 0,5 %	10,83
Steuerfreie Zuwendungen	44,00
Pauschalierte Zuwendung	100,00
Pauschale Steuer	17,17
Kosten Lohnabrechnung ca.	11,00
Summe	**2.837,16**

Bei Arbeitsstunden im Jahr von ca. 1.700, im Monat umgerechnet ca. 141,66, ergeben sich Kosten pro Stunde in Höhe von € 20,03. Der Arbeitnehmer erhält eine Auszahlung (bei Steuerklasse I) von rund € 1.300,– oder € 9,17 pro Stunde. Das entspricht 46 % Ihres Gesamtaufwands.

Mit beigefügter Berechnungshilfe können Sie für Ihre Angestellten den Jahresaufwand und darauf aufbauend den Stundenlohn ausrechnen. Das bietet die Möglichkeit, bei anstehenden Gehaltserhöhungen direkt den zusätzlichen Aufwand für Ihre Praxis zu kalkulieren und andererseits dem Mitarbeiter klarzumachen, wie wenig »auf normalem Weg« durch Lohnerhöhung bei ihm davon übrig bleibt! Dann lässt sich – über die abgabenfreien oder -begünstigten Zuwendungen – viel Geld sparen.

RA Michael Lennartz

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

7.2.1. Umsatzbeteiligung für Mitarbeiter

Die Umsatzbeteiligung ist inzwischen eine häufig anzutreffende Form der Entlohnung in der Zahnarztpraxis, insbesondere für angestellte Assistenten und Prophylaxehelferinnen. Dabei erhält der Mitarbeiter zusätzlich zum Grundgehalt einen Teil seines erwirtschafteten Umsatzes als Leistungsanreiz.

Vor- und Nachteile

- Aufgrund der persönlichen Motivation kann eine Umsatzbeteiligung zum wirtschaftlichen Erfolg der Praxis beitragen.
- Bei schlechter Einnahmenlage wird die Praxis von Personalkosten entlastet, während bei guter Einnahmenlage die Mitarbeiter automatisch profitieren. Dadurch wird die Praxis flexibler und die Arbeitsplätze sicher.
- Mit einzelnen Mitarbeitern können Zielvereinbarungen getroffen oder Leistungsbeurteilungen vereinbart werden, die dann Grundlage für ihren individuellen Anteil an der Sonderzahlung bzw. der Erfolgsbeteiligung sind. Die Praxis kann so gezielt Tätigkeitsfelder entwickeln, Verbesserungsprozesse anstoßen, die Mitarbeiter zu mehr eigenverantwortlichem Handeln motivieren und unternehmerisches Denken fördern und honorieren.
- Überlegen Sie gut, ob nur der unmittelbaren Leistungsträger begünstigt wird oder – in geringerem Umfang – das Praxisteam insgesamt oder weitere mitarbeitende Helferinnen einbezogen werden! Gerade in der Prophylaxeabteilung kommt es ja auch auf die Zuarbeit des übrigen Praxispersonals an.

Wie kalkuliert man Umsatzbeteiligungen richtig?

Umsatz ist nicht gleich Gewinn. Auch der selbsterwirtschaftete Umsatz eines Mitarbeiters/einer Abteilung ist mit verschiedenen Kosten belastet, die erst verdient werden müssen. Daher sollte man eine Umsatzbeteiligung erst ab einem bestimmten Mindestumsatz gewähren. Folgende Kosten sind zu berücksichtigen:

- Gehalt und Arbeitgeber-Nebenkosten des Leistungsträgers (in der Regel Sozialversicherungsanteil des Arbeitgebers, aber auch Berufsgenossenschaft, Kosten der Lohnabrechnung usw.), auch Einmalbezüge und vereinbarte steuerbegünstigte Gehaltsbestandsteile.
- Kosten der Ausstattung des Behandlungszimmers oder des Prophylaxeraums. Die Anschaffungskosten werden auf den Zeitraum der wirtschaftlichen Nutzung verteilt.
- Zinsbelastung auf die Ausstattung des Behandlungszimmers oder des Prophylaxeraums. Wenn faktisch keine Zinsen gezahlt werden, sollte man zumindest den alternativen Geldanlagezins berücksichtigen. (Anmerkung: Bei annuitätischer Tilgung ist die zu verzinsende Darlehenssumme zu Beginn hoch, und am Ende niedrig. Man rechnet die Zinsen daher nicht auf die anfängliche, sondern auf die durchschnittliche Darlehenssumme).
- Zusätzliche Kosten einer Helferin (für angestellte Zahnärzte).
- Materialkosten (als Prozentsatz des Umsatzes oder geschätzt).
- Anteilige allgemeine Praxiskosten (geschätzt).

Umsatzbeteiligung und Sozialversicherung

Umsatzbeteiligungen sind wie Einmalzahlungen zu behandeln (Bundessozialgericht; Urteil vom 03.06.2009; AZ: B 12 KR 18/08 R). Im vorliegenden Fall beschäftigte der Arbeitgeber, ein Zahnarzt, einen Zahntechniker als Mitarbeiter, dem neben seinem Festgehalt eine Umsatzbeteiligung im Arbeitsvertrag zugesichert wurde. Diese Umsatzbeteiligung wurde in Abschlagszahlungen für mehrere Monate und in Endzahlungen aufgeteilt. In der Lohnabrechnung wurde die Umsatzbeteiligung immer als laufendes Entgelt gesehen und entsprechend zur Sozialversicherung verbeitragt.

Stb./WP Gabriela R. Scholz

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Beispielhaft wird eine Umsatzbeteiligung in folgender Rechnung festgelegt:

Berechnung einer Mitarbeiter-Umsatzbeteiligung	**Prozentuale Belastungen***	**Beispiel (in €)**
Bruttolohn		2.000,00
sonstige steuerpflichtige Bezüge (z. B. 13. Gehalt, aufgeteilt auf 12 Monate)		166,66
steuerpflichtig		**2.166,66**
Krankenversicherung	7,00 %	151,67
Rentenversicherung	9,95 %	215,58
Pflegeversicherung	0,98 %	21,12
Arbeitslosenversicherung	1,40 %	30,33
U1 und U2 ca.	2,18 %	47,23
Berufsgenossenschaft	1,40 %	30,33
Arbeitgeberbelastung Abgaben	**22,91 %**	**496,27**
Summe weitere variable Kosten laut Berechnung		3.470,83
Arbeitgeberbelastung Gesamt		6.133,77
Wagniszuschlag Arbeitgeber (frei wählbar)	**20,0 %**	**1.226,75**
Umsatzbeteiligung ab einem Honorarumsatz von		**7.360,52**
Prozentsatz der Umsatzbeteiligung (frei wählbar!)	**30,0 %**	
bei einem Mehrumsatz von (Beispiel)		4.000,00
ergibt sich eine Umsatzbeteiligung von		1.200,00
entspricht nach Abzug von AG-Nebenkosten	**24,4 %**	**976,36**
Weitere variable Kosten des Mitarbeitereinsatzes (Nebenrechnung)		**pro Monat**
Behandlungseinheit (Anschaffung auf 10 Jahre)	**50.000,00 €**	416,67
durchschnittl. Zinsen auf Investition (auf 50 % der Investitionskosten)	**5,0 %**	104,17
anteilige Raumkosten		200,00
zusätzliche Helferin (Bruttolohn + AG-Belastung)		2.000,00
Materialkosten	Pauschal	200,00
Anteilige allgemeine Kosten (geschätzt)		500,00
Sonstige mitarbeiterbezogenen Kosten		50,00
Summe Kosten		**3.470,83**

* Prozentuale Lohnnebenkosten 2011

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

7.2.2. Arbeitsverträge mit Angehörigen

Die Mitarbeit von Familienangehörigen ist für selbstständige Zahnärzte eine Normalität. Das Steuerrecht sieht solche Arbeitsverhältnisse kritisch, da „der natürliche Interessengegensatz" zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer fehlt und in der Regel erhebliche Steuer- und Abgabenvorteile erlangt werden sollen.

In diesem Beitrag werden die Voraussetzungen für eine steuerrechtliche Anerkennung der Arbeitsverträge mit Angehörigen dargestellt. Nutzen Sie die Checkliste bei Neubegründung des Arbeitsvertrages und zur Überprüfung bestehender Arbeitsverhältnisse.

Als Angehöriger im Sinne des Steuerrechts gilt

- Verlobter und Ehegatte
- Verwandte und Verschwägerte gerader Linie: Eltern, Kinder und Enkel. Verwandte in gerader Linie (§ 1589 BGB) sind Personen, die unmittelbar voneinander abstammen. Verschwägert ist der eine Ehegatte mit den Verwandten des anderen Ehegatten.
- Geschwister und Kinder der Geschwister
- Geschwister der Eltern
- Pflegeeltern und Pflegekinder

Die Angehörigeneigenschaft bleibt auch dann bestehen, wenn die Beziehung, die ursprünglich die Angehörigeneigenschaft begründete, nicht mehr besteht. Im Einzelfall können auch Personen in eheähnlichen Verhältnissen oder getrennt lebende Verlobte zu den Angehörigen zählen, wenn nach allgemeiner Auffassung gemeinsame Ziele verfolgt werden.

Die allgemeinen Voraussetzungen für Arbeitsverträge mit Angehörigen

Arbeitsverträge mit nahen Angehörigen werden unter folgenden allgemeinen Voraussetzungen steuerlich anerkannt:

- Sie müssen bürgerlich rechtlich wirksam geschlossen sein.
- Sie müssen in allen wesentlichen Pflichten inhaltlich dem entsprechen, was zwischen fremden Dritten vereinbart würde.
- Sie müssen ernsthaft vereinbart sein und das Vereinbarte muss auch tatsächlich durchgeführt werden.
- Sie sollten aus Nachweisgründen schriftlich gefasst werden.

Ja Nein	Checkliste Arbeitsvertrag mit Angehörigen	Rechtliche Hinweise
	Bürgerlich rechtliche Wirksamkeit	
	Bei Kindern ab dem 15. Lebensjahr; kein Ergänzungspfleger erforderlich	Arbeitsverhältnisse mit Kindern unter 15 Jahren verstoßen gegen das Jugendarbeitsschutzgesetz.
	Wesentliche Vertragsinhalte sind geregelt: Beginn, Tätigkeit, Arbeitsentgelt und Entgeltauszahlung, eventuell Urlaubs- und Kündigungsregelungen	Siehe BGB oder Musterarbeitsverträge
	Schriftlicher Arbeitsvertrag	Vorgeschrieben durch „Nachweisgesetz"
	Vereinbarte Tätigkeit	
	Eine klar eingrenzbare und ausgliederbare Arbeitsleistung wird erbracht, die auch einer fremden Person übertragen werden könnte. Der zeitliche Umfang der Tätigkeit ist so hoch, dass eine Stammarbeitskraft ersetzt wird.	

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 02/2014

Ja Nein	Checkliste Arbeitsvertrag mit Angehörigen	Rechtliche Hinweise
	Keine Vereinbarung von geringfügigen oder typischerweise privaten Verrichtungen möglich, wie z. B. Rasenmähen, Autoreinigen etc.	Ein Kind ist verpflichtet, in einer seinen Kräften und seiner Lebensstellung entsprechenden Weise den Eltern in ihrem Geschäft Dienste zu leisten, solange es dem elterlichen Haushalt angehört und von den Eltern unterhalten wird (§ 1619 BGB).
	Keine wechselseitigen Arbeitsverträge zwischen Ehegatten	Nicht anerkannt: Ehegatten, die beide einen Betrieb unterhalten und mit ihrer vollen Arbeitskraft jeweils im Betrieb des anderen tätig sind.
	Bezüge	
	Die Höhe der Bezüge ist im Vergleich zu der Tätigkeit fremdüblich.	Unüblich niedrige Bezüge schaden nicht. Die freiwillige Mehrarbeit kann von den arbeitsvertraglichen Pflichten ohne negative Konsequenzen für die Anerkennung des Arbeitsverhältnisses abgespalten werden (BFH 17. 7. 2013 X R 31/12).
	Ein Entgelt wird gezahlt, das über freien Unterhalt, Taschengeld oder eine Anerkennung hinausgeht und zur freien Verfügung steht.	
	Als Entlohnung werden nicht ausschließlich Sachbezüge eingeräumt.	Abgelehnt z. B. die ausschließliche Überlassung eines Kraftfahrzeugs als Entgelt (Niedersächsisches Finanzgericht 14. 8. 2007, 15 K 335/06)
	Steuer- und abgabenbegünstigte Sachzuwendungen sind nicht Vertragsbestandteil.	Diese werden üblicherweise freiwillig und ohne Rechtsanspruch des Arbeitnehmers geleistet.
	Vertragsschluss	
	Ausdrückliche Bezeichnung des Vertragsverhältnisses als „Arbeitsverhältnis“	Der Wille der Vertragsparteien wird damit dokumentiert.
	Vor Aufnahme der Tätigkeit	Rückwirkende Vereinbarungen sind steuerrechtlich nicht anzuerkennen.
	Durchführung	
	Die Hauptpflichten des Arbeitsvertrages werden entsprechend dem Vereinbarten durchgeführt.	Geringfügige Abweichungen vom Üblichen führen nicht generell zur Verwerfung des gesamten Vertragsverhältnisses (z. B. BFH 7. 5. 96, IX R 69/94; BFH 17. 2. 98, IX R 30/96).
	Eigenes Konto des Arbeitnehmers	Schädlich ist: • Die Überweisung des Arbeitsentgelts auf ein Konto des Arbeitgeber-Ehegatten mit Mitverfügungsrecht (BFH 24. 3. 1983) Unschädlich hingegen: • Oderkonto bei im Übrigen anerkannten Arbeitsvertrag • Verfügungsrecht des Arbeitgeber-Ehegatten

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 02/2014

Ja Nein	Checkliste Arbeitsvertrag mit Angehörigen	Rechtliche Hinweise
	Regelmäßige und vertragsgemäße Zahlung (Überweisung wie bei übrigen Angestellten auch, Dauerauftrag)	Schädlich ist: • Arbeitnehmer-Ehegatte hebt monatlich vom betrieblichen Bankkonto einen Geldbetrag ab und teilt diesen selbst auf in Haushaltsgeld und monatlichen Arbeitslohn (BFH 20. 4. 1989) • Arbeitslohnzahlung in Form von Schecks, die der Arbeitnehmer-Ehegatte regelmäßig auf das private Konto des Arbeitgeber-Ehegatten einzahlt (BFH 28. 2. 1990) • Langzeitige Nichtauszahlung des vereinbarten Arbeitslohns zum üblichen Zahlungszeitpunkt; stattdessen z. B. jährliche Einmalzahlung (BFH vom 25. 7. 1991)
	Die praktische Abwicklung entspricht einem Arbeitsverhältnis (Anmeldung zur Sozialversicherung, Entrichtung von Sozialversicherungsbeiträgen und Lohnsteuer, Abwicklung über die Lohnsteuerkarte).	Hinweis: Sozialversicherungsrechtlichen Status mit der Deutschen Rentenversicherung klären!
	Nachweis der tatsächlich geleisteten Arbeitszeiten durch: • Die abgegrenzte Tätigkeit an sich (z. B. Buchhaltung erstellen) oder • Stundenzettel	Bei Hilfstätigkeiten von untergeordneter Bedeutung können zum Nachweis der erbrachten Arbeitsleistung Belege (z. B. Stundenzettel) erforderlich sein, wenn das Aufgabengebiet und der zeitliche Einsatz im Arbeitsvertrag nicht in allen Einzelheiten festgelegt sind (BFH 17. 7. 2013 X R 31/12).

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 02/2014

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 02/2014

7.2.3. Zahnärzteversorgung: Neuer Job – Neuer Befreiungsantrag

Für die verkammerten Freien Berufe gilt seit dem 31. 10. 2012 ein geändertes Befreiungsrecht in Bezug auf die Rentenversicherungspflicht (§ 6 Abs. 1, Satz 1, Nummer 1 SGB IV und § 231 SGB IV). Dies geht auf drei Entscheidungen des Bundessozialgerichts (BSG) zurück (Az.: B 12 R 3/11 R; B 12 R 5/10 R und B12 R 8/10 R), die Ende April 2013 veröffentlicht worden sind, aber ab sofort gelten. Die Auswirkungen der Urteile für Ärzte, Zahnärzte und andere Angehörige der Freien Berufe sind erheblich: Die bisherige Praxis, wie sich angestellte Ärzte, Zahnärzte und andere Freiberufler von der Rentenversicherungspflicht zugunsten eines Versorgungswerks befreien lassen können, wurde in entscheidenden Punkten geändert.

Nach der neuen Befreiungspraxis müssen Ärzte, Zahnärzte und andere Freiberufler jeden **nach dem 31. 10. 2012** getätigten Wechsel des Arbeitgebers mit einem neuen Befreiungsantrag der Rentenversicherung anzeigen. Nur dann können sie eine Doppelversicherung vermeiden. Aus der Feststellung des BSG, dass sich die Befreiung auf das jeweilige Beschäftigungsverhältnis beziehungsweise die selbstständige Tätigkeit beschränkt, leitet das Kasseler Gericht die Unzulässigkeit der bisherigen Befreiungspraxis der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV Bund) ab. Das BSG orientierte sich damit sehr eng am Wortlaut des Sozialgesetzbuches (§ 6 Abs. 5, Satz 1 SGB VI; § 7 SGB IV).

Das BSG will einer einmal ausgesprochenen Befreiung nur so lange eine Rechtswirkung zusprechen, wie der Angehörige eines Freien Berufes seine Tätigkeit, für die er die Befreiung ursprünglich beantragt hatte, noch ausübt. Die geänderte Befreiungspraxis hat zur Folge, dass künftig bei jedem Arbeitgeberwechsel (zum Beispiel: Arzt- oder Zahnarztpraxis anstatt Krankenhaus, Institut und andere Einrichtungen) ein neuer Befreiungsantrag gestellt werden muss. Dies ist mit einem erheblichen Verwaltungsaufwand für alle Verfahrensbeteiligten verbunden. Die Antragsfrist von drei Monaten wirkt dabei immer noch »konstitutiv«. Hält der Antragssteller diese Frist nicht ein, kann eine Befreiung erst ab dem Zeitpunkt der Antragstellung erfolgen, und zwar unabhängig davon, ob der Antragsteller zuvor bereits eine Tätigkeit als Arzt, Apotheker, Rechtsanwalt u. a. ausgeübt hat, kommentierte die Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen e. V. (ABV) in Berlin.

Die Beurteilung von sogenannten Altfällen mit einem Beschäftigungswechsel vor dem 31. 10. 2012 wird zwischen der Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen e. V. (ABV) und der Deutschen Rentenversicherung Bund noch geklärt. Ziel der ABV ist es, hier mit der DRV Bund einen angemessenen Vertrauensschutz zu vereinbaren. Die Verhandlungsposition der Arbeitsgemeinschaft der Versorgungseinrichtungen ist jedoch eher schwierig. Das BSG lehnt jeden Bestandsschutz für Altfälle grundsätzlich ab. Tätigkeitswechsel beim selben Arbeitgeber, beispielsweise durch eine Beförderung, können jedoch auch dann noch von einer bestehenden Befreiung gedeckt sein, wenn sich das Tätigkeitsfeld nicht wesentlich geändert hat. Das ist dann der Fall, wenn die Anwendung und der Rückgriff auf medizinisches, zahnmedizinisches oder pharmazeutisches Können und Wissen nach wie vor den Schwerpunkt der Tätigkeit eines Arztes, eines Zahnarztes oder eines Apothekers bilden, betonte Rechtsanwalt Jan Horn, ABV, Berlin, in einer aktuellen Rechtsexegese. Deshalb sei, so die DRV Bund, regelmäßig von ein und demselben Beschäftigungsfeld auszugehen, wenn beispielsweise ein Klinikassistenzarzt zum Abteilungsarzt, ein Abteilungsarzt zum Oberarzt oder ein Oberarzt zum Chefarzt befördert wird. Im Befreiungsbescheid werden die Antragsteller regelmäßig darauf hingewiesen, dass alle Umstände anzuzeigen sind, die zu einem Wegfallen der Voraussetzungen für eine Befreiung führen können. Im Arbeitsalltag von Klinikärzten dürfte diese Anzeige jedoch häufig unterblieben sein. Auch eine zu enge Beschreibung der ausgeübten Tätigkeit kann zum Erlöschen einer Befreiung von der Rentenversicherungspflicht führen, wenn später nicht mehr genau die konkrete Tätigkeit ausgeübt wird, für die befreit wurde.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 02/2015

Wesentliche Änderung des Tätigkeitsfeldes
Ob darüber hinaus ein neuer Befreiungsantrag erforderlich wird, wenn eine »wesentliche Änderung des Tätigkeitsfeldes« bei der Beschäftigung beim selben Arbeitgeber (zum Beispiel Krankenhaus) erfolgt, ist derzeit noch nicht rechtsschlüssig geklärt. Die ABV und die Deutsche Rentenversicherung Bund haben Gespräche darüber aufgenommen, welches Reglement in diesem Fall gelten soll. In jedem Fall wird die Frage zu beantworten sein, was künftig den Inhalt einer neuen Beschäftigung ausmacht. Das Sozialversicherungsrecht hat diese Auslegungsfrage – je nach Fallgestaltung – bisher sehr unterschiedlich konkretisiert. Ein Befreiungsantrag wird immer dann zu stellen sein, wenn der »billig und gerecht Denkende« eine wesentliche Änderung im Tätigkeitsfeld bejahen würde. Im Beispiel einer ärztlichen Tätigkeit würde in jedem Fall eine Änderung des Tätigkeitsfeldes anzunehmen sein, wenn der bisher klinisch tätige Arzt oder Zahnarzt in die Bereiche Controlling, Qualitätssicherung oder zum Medizinjournalismus wechselt und damit den Kernbereich des Berufsbildes verlässt. Ein neuer Befreiungsantrag muss dann zwingend mit einer Stellen- und Funktionsbeschreibung unterlegt werden.

Die Arbeitsgemeinschaft der Versorgungseinrichtungen rät, im Befreiungsantrag stets die jeweilige Berufsbezeichnung zu nennen, also Arzt, Zahnarzt, Apotheker, Rechtsanwalt (mit Ausnahme der Syndizi), Steuerberater, Wirtschaftsprüfer oder Architekt. Dies ist deshalb erforderlich, um ein Erlöschen der Befreiung zu verhindern, wenn beim selben Arbeitgeber lediglich zwischen zwei berufsbezogenen Tätigkeiten gewechselt wird, die beide vom allgemeinen Berufsbild gedeckt werden. Es ist ratsam, auch die Arbeitgeberbezeichnung im Befreiungsantrag exakt anzugeben, um den Anforderungen des neuen Befreiungsrechts gerecht zu werden. Empfehlenswert ist, dass der arbeitsrechtliche Arbeitgeber im Befreiungsantrag genannt wird, also beispielsweise Helios-Kliniken, Vivantes, Charité, nicht dagegen eine einzelne Klinik oder ein Standort des Klinikkonzerns. Ärzte können dann zwischen den einzelnen Kliniken und Klinikstandorten eines Klinikkonzerns wechseln, ohne dass ihr Befreiungsbescheid ungültig wird.

Falls im Zuge einer Betriebsprüfung durch die DRV festgestellt wird, dass beispielsweise ein Honorarzahnarzt keine selbstständige, sondern eine scheinselbstständige Tätigkeit ausübt und damit der Versicherungspflicht in der Rentenversicherung unterliegt, kann er sich nicht mehr – wie früher – auf seine Altbefreiung berufen. Vielmehr muss auch er dann einen neuen Befreiungsantrag stellen mit der Konsequenz, dass die Befreiung erst ab der Antragstellung gilt und nicht mehr rückwirkend erteilt werden kann. Das Ziel der BSG-Urteile, dass die neue Befreiungspraxis zu »keinem bürokratischen Monstrum« ausartet, dürfte in jedem Fall gründlich verfehlt worden sein.

Dr. rer. pol. Harald Clade
freier Fachjournalist
50226 Frechen

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 02/2015

7.2.4. Neues Nachweisgesetz für Arbeitsbedingungen mit Auswirkungen auch für Zahnarztpraxen

Am 01.08.2022 ist mit dem neuen Nachweisgesetz die entsprechende EU-Vorgabe für Arbeitsbedingungen in Kraft getreten. Dabei kommt es zu einigen Änderungen. Da es zu Bußgeldern für den ausbleibenden Nachweis kommen kann, ist für Arbeitgeber erhöhte Aufmerksamkeit geboten. Dies auch, weil die Pflichten nicht nur für neue, sondern auch für bereits bestehende Arbeitsverträge angewendet werden sollen.

Änderungen im Nachweisgesetz

Die wesentlichen Veränderungen sollen im Nachweisgesetz vorgenommen werden. Anzumerken ist dabei, dass es künftig noch weitere ungeschriebene Bedingungen geben kann, da es sich in dem Gesetz um eine offene Auflistung (»insbesondere« bei § 2 Abs. 1 NachwG n.F.) handelt.

Ziel ist laut EU die Schaffung von Transparenz.

Mindestens folgende vereinbarte Vertragsbedingungen sind schriftlich festzuhalten:

1. der Name und die Anschrift der Vertragsparteien,
2. der Zeitpunkt des Beginns des Arbeitsverhältnisses,
3. bei befristeten Arbeitsverhältnissen: das Enddatum oder die vorhersehbare Dauer des Arbeitsverhältnisses,
4. der Arbeitsort oder, falls der Arbeitnehmer nicht nur an einem bestimmten Arbeitsort tätig sein soll, ein Hinweis darauf, dass der Arbeitnehmer an verschiedenen Orten beschäftigt werden oder seinen Arbeitsort frei wählen kann,
5. eine kurze Charakterisierung oder Beschreibung der vom Arbeitnehmer zu leistenden Tätigkeit,
6. sofern vereinbart, die Dauer der Probezeit,
7. die Zusammensetzung und die Höhe des Arbeitsentgelts einschließlich der Vergütung von Überstunden, der Zuschläge, der Zulagen, Prämien und Sonderzahlungen sowie anderer Bestandteile des Arbeitsentgelts, die jeweils getrennt anzugeben sind, und deren Fälligkeit sowie die Art der Auszahlung,
8. die vereinbarte Arbeitszeit, vereinbarte Ruhepausen und Ruhezeiten sowie bei vereinbarter Schichtarbeit das Schichtsystem, der Schichtrhythmus und Voraussetzungen für Schichtänderungen,
9. bei Arbeit auf Abruf nach § 12 des Teilzeit- und Befristungsgesetzes:
   a) die Vereinbarung, dass der Arbeitnehmer seine Arbeitsleistung entsprechend dem Arbeitsanfall zu erbringen hat,
   b) die Zahl der mindestens zu vergütenden Stunden,
   c) der Zeitrahmen, bestimmt durch Referenztage und Referenzstunden, der für die Erbringung der Arbeitsleistung festgelegt ist, und
   d) die Frist, innerhalb derer der Arbeitgeber die Lage der Arbeitszeit im Voraus mitzuteilen hat,
10. sofern vereinbart, die Möglichkeit der Anordnung von Überstunden und deren Voraussetzungen,
11. die Dauer des jährlichen Erholungsurlaubs,
12. ein etwaiger Anspruch auf vom Arbeitgeber bereitgestellte Fortbildung,
13. wenn der Arbeitgeber dem Arbeitnehmer eine betriebliche Altersversorgung über einen Versorgungsträger zusagt, der Name und die Anschrift dieses Versorgungsträgers; die Nachweispflicht entfällt, wenn der Versorgungsträger zu dieser Information verpflichtet ist,
14. das bei der Kündigung des Arbeitsverhältnisses von Arbeitgeber und Arbeitnehmer einzuhaltende Verfahren, mindestens das Schriftformerfordernis und die Fristen für die Kündigung des Arbeitsverhältnisses, sowie die Frist zur Erhebung einer Kündigungsschutzklage; § 7 des Kündigungsschutzgesetzes ist auch bei einem nicht ordnungsgemäßen Nachweis der Frist zur Erhebung einer Kündigungsschutzklage anzuwenden,
15. ein in allgemeiner Form gehaltener Hinweis auf die auf das Arbeitsverhältnis anwendbaren Tarifverträge, Betriebs- oder Dienstvereinbarungen sowie Regelungen paritätisch besetzter Kommissionen, die auf der Grundlage kirchlichen Rechts Arbeitsbedingungen für den Bereich kirchlicher Arbeitgeber festlegen.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Fristen zur Erbringung der Nachweise

Bei Arbeitsverhältnissen, die neu ab dem 01.08.2022 begründet sind, muss über bestimmte zentrale Aspekte bereits am ersten Tag der Arbeitsleistung informiert werden. Hierzu gehören Name und Anschrift der Parteien, Beginn des Arbeitsverhältnisses, die Höhe des Arbeitsentgelts sowie die vereinbarte Arbeitszeit. Ab dem siebten Kalendertag des Arbeitsverhältnisses bis zu einem Monat nach dessen vereinbarten Beginn sind die übrigen nachzuweisenden Informationen nachzuliefern.

Für Arbeitnehmer, die bereits vor dem 01.08.2022 beschäftigt wurden, gilt: Den Arbeitgeber trifft nur dann eine Unterrichtungspflicht, wenn der Arbeitnehmer eine dem neuen NachwG entsprechende schriftliche Ausfertigung über die wesentlichen Vertragsbedingungen verlangt. In diesem Fall hat der Arbeitgeber die Unterrichtung spätestens am siebten Tag nach der Aufforderung durch den Arbeitnehmer vorzunehmen.

Form

Schriftform, d. h. eigenhändige Unterschrift beider Parteien auf demselben Dokument.

Praktikanten

Auch bei Praktikanten sind nach § 2 Abs. 1 a) NachwG besondere Pflichten zu beachten. Wer einen Praktikanten einstellt, hat unverzüglich nach Abschluss des Praktikumsvertrages, spätestens vor Aufnahme der Praktikantentätigkeit, die wesentlichen Vertragsbedingungen schriftlich niederzulegen, die Niederschrift zu unterzeichnen und dem Praktikanten auszuhändigen. In die Niederschrift sind mindestens aufzunehmen:

1. der Name und die Anschrift der Vertragsparteien,
2. die mit dem Praktikum verfolgten Lern- und Ausbildungsziele,
3. Beginn und Dauer des Praktikums,
4. Dauer der regelmäßigen täglichen Praktikumszeit,
5. Zahlung und Höhe der Vergütung,
6. Dauer des Urlaubs,
7. ein in allgemeiner Form gehaltener Hinweis auf die Tarifverträge, Betriebs- oder Dienstvereinbarungen, die auf das Praktikumsverhältnis anzuwenden sind.

Sanktionen bei Verstößen

Künftig stellen Verstöße gegen das NachwG eine Ordnungswidrigkeit dar, die mit einem Bußgeld von bis zu 2.000 € geahndet werden können. Dies gilt für den Fall, dass Unternehmen die Niederschrift mit den wesentlichen Vertragsbedingungen nicht, nicht richtig, nicht vollständig, nicht in der vorgeschriebenen Weise oder nicht rechtzeitig aushändigen.

Ein Verstoß gegen die Nachweispflichten führt weiterhin nicht zur Unwirksamkeit des Arbeitsvertrages.

Weitere Änderungen

Ebenfalls geändert wurde das Arbeitnehmerüberlassungsgesetz. Hiernach muss der Entleiher künftig dem Leiharbeitnehmer, der ihm mindestens sechs Monate überlassen ist, innerhalb eines Monats nach Zugang der Anzeige eine begründete Antwort in Textform mitteilen (sofern der Leiharbeitnehmer ihm in Textform den Wunsch nach dem Abschluss eines Arbeitsvertrags angezeigt hat).

RA Michael Lennartz
www.lennmed.de

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

7.2.5. Das Mindestlohngesetz – Überblick für die Praxis

Seit dem 01. 01. 2015 gilt das Mindestlohngesetz (MiLoG). Nachstehend wird ein Leitfaden für die Zahnarztpraxis gegeben.

Grundsätze

Nach dem Mindestlohngesetz hat jeder Arbeitnehmer in Deutschland Anspruch auf einen Mindestlohn. Dieser betrug 2015 8,50 € pro Stunde und steigt seitdem stetig an, auf 10,42 € pro Stunde (Stand Juli 2022) und geplant auf 12,00 € pro Stunde ab Oktober 2022.

Eine Mindestlohnkommission hat alle zwei Jahre über eine Steigerung des Mindestlohns zum jeweils folgenden Jahr zu beschließen.

Der Mindestlohn gilt ausnahmslos für vollzeitig, teilzeitig und geringfügig Beschäftigte.

Ausnahmen vom Mindestlohn:
- Auszubildende
- Langzeitarbeitslose in den ersten sechs Monaten ihrer Beschäftigung sowie Berufseinstiegs- und Vorbereitungsqualifizierungen
- In Werkstätten beschäftigte behinderte Menschen
- Jugendliche unter 18 Jahren ohne abgeschlossene Berufsausbildung
- Praktikanten, die ein Pflichtpraktikum nach Schul-, Ausbildungs- oder Studienordnung leisten, und Praktikanten, die ein Orientierungs-Praktikum von bis zu drei Monaten vor Berufsausbildung oder Studium leisten. Wenn ein derartiges Praktikum über drei Monate hinausgeht, muss ab dem ersten Tag der Beschäftigung Mindestlohn gezahlt werden.
- Ehrenämter
- Neuerdings auch ausländische Transportfahrer im Transit durch Deutschland
- Bis zum 31. Dezember 2017 gelten noch abweichende tarifvertragliche Regelungen für z. B. Fleischwirtschaft, Land- und Forstwirtschaft, Gartenbau, die ostdeutsche Textil- und Bekleidungsindustrie sowie Großwäschereien, allerdings ab 01. 01. 2017 mindestens 8,50 €.

Das Mindestlohngesetz ist gemäß § 3 MiLoG absolut zwingendes Recht. Das heißt: Jede Abweichung von den Vorschriften des Gesetzes zulasten des Arbeitnehmers durch Arbeitsvertrag ist unwirksam. Das gilt für die Höhe des Lohns ebenso wie für die Vorschriften über Fälligkeit und Durchsetzbarkeit des Anspruchs. Auch die übliche Verfallsklausel, d. h. dass alle Ansprüche aus dem Arbeitsverhältnis nach dessen Beendigung in einer bestimmten Frist ausgeschlossen sind, erfasst den Mindestlohn nicht (§ 3 S. 3 MiLoG), ist vielmehr insoweit unwirksam. Der vereinbarte oder nur faktische Verstoß gegen die Vorschriften des MiLoG ist eine Ordnungswidrigkeit, die mit Bußgeldern bis zu 500.000,– € (!) geahndet wird (§ 21 MiLoG).

I. Berechnung

Stundenlohn versus Monatslohn
Die meisten Vollzeitarbeitsverträge sehen keine Stundenvergütung, sondern einen monatlichen Lohn vor. Um die gesetzlichen Vorgaben einzuhalten, muss entsprechend eine Umrechnung erfolgen.

Rechenmodus bei Monatslohnvereinbarung
Monatliche Arbeitszeit =
Wöchentliche Arbeitszeit x 13 Wochen : 3

bzw.

Summe der relevanten monatlichen Festbezugslohnarten / (wöchentliche Arbeitszeit x 4,33)

Je nach Zahl der Arbeitstage und der entsprechenden Zahl geleisteter Arbeitsstunden kann der monatliche Mindestlohn naturgemäß erheblich variieren. Das Gesetz zum Mindestlohn enthält keine Vorschrift, wie bei der Umrechnung von Festgehältern vorzugehen ist.

Inzwischen haben das Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Zoll und die Deutsche Rentenversicherung veröffentlicht, dass diese Stellen bei einer Prüfung eine mit der obigen Formel berechnete Arbeitszeit verwenden. Wird hiernach der Mindestlohn nur aufgrund der schwankenden Anzahl an Arbeitstagen in einzelnen Monaten unterschritten (also nicht aufgrund von Überstunden), ist dies nach Begründung dieser Stellen unbeachtlich. In diesen Fällen würde im Ergebnis ein (fiktives) Arbeitszeitkonto im Sinne des

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

§ 2 Abs. 2 MiLoG vereinbart, in dessen Rahmen die zur Mindestlohnunterschreitung führenden Arbeitsstunden, die über die regelmäßige Monatsarbeitszeit hinausgehen, spätestens innerhalb von zwölf Kalendermonaten (regelmäßig innerhalb von drei Monaten), ausgeglichen werden würden. Diese Stellen haben aber auch klargestellt, dass die Auslegung von Gesetzen den Gerichten vorbehalten ist. Daher auch keine Gewährleistung bei Verwendung des Faktors 13/3 gegeben werden kann.

Bestandteile des Mindestlohns
Angerechnet auf den Mindestlohn werden alle Lohnbestandteile, auf die der Arbeitnehmer einen Rechtsanspruch hat. Das ist das **»verstetigte Arbeitsentgelt«**: der monatliche vereinbarte Arbeitslohn, ein vereinbarter Stundenlohn oder auch sonstige Entgeltbestandteile, die in Monatsbeträgen festgelegt sind.

- Angerechnet werden gesetzlich festgelegte Zulagen, z. B. verschiedene Funktionszulagen des Bundes, Ausbildungszulage, Entgeltgruppenzulage, Beschäftigte im Pflegedienst. Besitzstandszulagen, Sicherheitszulage oder die Zulage bei obersten Bundesbehörden.
- **Nicht** angerechnet werden Zahlungen, die ein Arbeitnehmer als Ausgleich für zusätzliche Leistungen erhält, etwa Zeitzuschläge für Überstunden, Sonntags-, Feiertags- oder Nachtarbeit usw. oder Schichtzulagen, Erschwerniszulagen, Akkordprämien.
- Weihnachtsgeld oder zusätzliches Urlaubsgeld wird nur auf den Mindestlohn angerechnet, wenn der Arbeitnehmer den anteiligen Betrag jeweils monatsbezogen tatsächlich und unwiderruflich ausbezahlt erhält. Als Einmalzahlungen kann eine Anrechnung nur im Auszahlungsmonat erfolgen (siehe Europäischer Gerichtshof 14. April 2005 (C341/02 – Kommission/Deutschland). Zudem sind mindestlohnwirksam nur die unwiderruflichen Zahlungen.
- **Nicht** angerechnet werden vermögenswirksame Leistungen. Trotz regelmäßiger monatlicher Zahlung sind sie nicht unmittelbar zum Bestreiten des Lebensunterhalts bestimmt, weil sie zwingend langfristig anzulegen sind.
- **Nicht** angerechnet werden auch Umlagen und Beiträge zu betrieblichen Aufwandsentschädigungen (z. B. Reise- und Umzugskosten sowie Trennungsgeld).
- **Nicht** angerechnet werden alle freiwilligen Zuwendungen, auch wenn sie regelmäßig monatlich erfolgen, z. B. Sachbezüge bis 44,– € monatlich, die Übernahme von Telekommunikationsaufwendungen oder Kindergartenbeiträge.

Das BMAS bietet auf seiner Internetseite einen sog. Mindestlohnrechner an, um den Stundenlohn berechnen zu können **(http://www.der-mindestlohn-wirkt.de/ml/DE/Service/Rechner/Mindestlohn-Rechner.html)**.

II. Dokumentation

Bei geringfügig Beschäftigten und Arbeitnehmern aus den in § 2 a Schwarzarbeitsbekämpfungsgesetz (SchwarzArbG) genannten Branchen sind besondere Dokumentationsvorschriften zu beachten.

Geringfügig Beschäftigte sind Arbeitnehmer, deren Lohn einen Betrag von 450,– € monatlich nicht übersteigt oder die längstens zwei Monate oder 50 Arbeitstage im Jahr beschäftigt sind (§ 8 SGB IV). Für diese Beschäftigten sind nach § 17 MiLoG Beginn, Ende und Dauer der täglichen Arbeitszeit spätestens eine Woche nach Ableistung der Arbeit aufzuzeichnen und die Aufzeichnungen für zwei Jahre aufzubewahren und im Fall der Überprüfung vorzulegen. Pausen gelten nicht als Arbeitszeit. Will man die Berücksichtigung der Pausen bei der mindestlohnrelevanten Arbeitszeit verhindern, sind sie entsprechend zu erfassen.

Für Voll- und Teilzeitbeschäftigte mit einem Gehalt von über 450,– € und für angestellte Familienangehörige in der Zahnarztpraxis gelten die Dokumentationspflichten nicht. Allerdings ist aus Beweisgründen eine Dokumentation der monatlichen Stundenzahl oder des Arbeitslohns pro Stunde dringend zu empfehlen, z. B. im Arbeitsvertrag. Mehrarbeit ist auch bei Voll- und Teilzeitbeschäftigten im Übrigen gemäß § 16 Abs. 2 Arbeitszeitgesetz (ArbZG) ohnehin zu dokumentieren.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

III. Auftraggeberhaftung

Nach dem Gesetz § 13 MiLoG i. V. m. § 14 (Arbeitnehmerentsendegesetz) haftet ein Unternehmer wie ein Bürge, der auf die Einrede der Vorausklage verzichtet hat, für die Einhaltung des Mindestlohngesetzes bei von ihm beauftragten Unternehmern. Der Entzug der Erhebung der »Einrede der Vorausklage« bedeutet nichts anderes, als dass der beauftragende Unternehmer den ggf. betroffenen Arbeitnehmer nicht einmal darauf verweisen kann, zunächst gegen seinen Arbeitgeber, also den beauftragten Unternehmer, vorzugehen.

Das gilt zwar nach der einschlägigen entsenderechtlichen Rechtsprechung der Arbeitsgerichtsbarkeit nur im Fall von General- und Nachunternehmer. Das heißt, die Mithaftung greift immer nur dann ein, wenn sich der Generalunternehmer eines Nachunternehmers zur Erfüllung einer eigenen vertraglichen Verpflichtung bedient.

Genau diese Konstellation liegt aber nach Auskunft der Bundesarbeitsministerin gegenüber dem Präsidenten der Bundeszahnärztekammer vom 13. 05. 2015 im Verhältnis des Zahnarztes zu einem Fremdlabor vor.

Zur Vermeidung der Generalunternehmerhaftung sollte bei der Beauftragung von Fremdlaboren nach Möglichkeit nur auf Labore zurückgegriffen werden, deren Betreiber dem Zahnarzt persönlich bekannt und zuverlässig sind. Im Zweifel sollte vor Beauftragung eine Zusicherung verlangt werden, dass das Mindestlohngesetz bei den Arbeitnehmern des Labors eingehalten wird.

Stb./WP Gabriela R. Scholz

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

7.2.6. Angestellte Ärzte und Zahnärzte – Pflicht zur Zahlung eines angemessenen Gehaltes

In § 8 Abs. 3 der Musterberufsordnung der Bundeszahnärztekammer ist normiert: »Der Zahnarzt hat angestellten Zahnärzten eine angemessene Vergütung zu gewähren.« Es stellt sich hier die Frage, was eine »angemessene Vergütung« und eine »nicht angemessene Vergütung ist«. Das Bundesarbeitsgericht (BAG) und der Bundesgerichtshof haben hier zwei Entscheidungen getroffen, die für die Einordnung einer angemessenen Vergütung – auch bei Ärzten und Zahnärzten – sehr hilfreich sind.

Die Vereinbarung einer Vorbereitungszeit z. B. als »Praktikum« und unter Mindestlohn ist selbstverständlich unzulässig und zudem auch hoch problematisch. Arbeitgeber, die sich nicht an das Mindestlohngesetz halten, müssen mit hohen Sanktionen (u. a. Geldbuße bis 500.000,– €, Nachforderungsansprüche der Sozialversicherungsträger) rechnen. Bei Ärzten und Zahnärzten, die ein langjähriges Studium absolviert haben, wird man aber – auch bei Berufsanfängern wie Vorbereitungsassistenten – nicht ohne weiteres davon ausgehen können, dass ein »Mindestlohn« angemessen im Sinne der in den Berufsordnungen verankerten »angemessenen Vergütung« ist. Hilfreich ist es zur Einordnung, sich mit der Rechtsprechung zu befassen, die sich mit der angemessenen Vergütung von Rechtsanwälten befasst hat.

BAG zur angemessenen Vergütung und Lohnuntergrenze

In seinem Urteil vom 17. 12. 2014 (5 AZR 663/13) hat sich das Bundesarbeitsgericht (BAG) mit der »Lohnuntergrenze« angestellter Rechtsanwälte befasst. Ein Rechtsanwalt hatte ein »befriedigendes« und ein »ausreichendes« Staatsexamen abgelegt, wobei er über sehr gute Fremdsprachenkenntnisse verfügte. Als Angestellter einer Rechtsanwaltskanzlei erhielt er für eine Teilzeitbeschäftigung (20 Stunden wöchentlich) 1.200,– € brutto im Monat, wobei er geltend machte, dass er die Vergütung für sittenwidrig erachtete.

Auffälliges Missverhältnis – Zwei-Drittel-Grenze

Nach Auffassung des BAG liegt ein auffälliges Missverhältnis zwischen dem Wert der Arbeitsleistung und der Vergütungshöhe vor, wenn die Arbeitsvergütung nicht einmal zwei Drittel der üblicherweise gezahlten Vergütung erreiche. Ein Anlass, von dieser Richtgröße im Sinne einer Heraufsetzung der Zwei-Drittel-Grenze abzuweichen, bestünde weder wegen der Besonderheiten in der Beschäftigung angestellter Rechtsanwälte noch wegen der in § 26 der Berufsordnung für Rechtsanwälte (BORA) enthaltenen Vorgabe, Rechtsanwälte nur zu angemessenen Bedingungen zu beschäftigen.

Verstoße eine Entgeltabrede gegen § 138 BGB, schulde der Arbeitgeber gemäß § 612 Abs. 2 BGB die übliche Vergütung. Nach § 138 Abs. 2 BGB sei ein Rechtsgeschäft nichtig, durch das sich jemand unter Ausbeutung der Zwangslage, der Unerfahrenheit oder des Mangels an Urteilsvermögen eines anderen für eine Leistung Vermögensvorteile versprechen oder gewähren lässt, die in einem auffälligen Missverhältnis zu der Leistung stehen. Ein wucherähnliches Geschäft im Sinne des § 138 Abs. 1 BGB liege vor, wenn Leistung und Gegenleistung in einem auffälligen Missverhältnis zueinander stehen und weitere sittenwidrige Umstände wie z. B. eine verwerfliche Gesinnung des durch den Vertrag objektiv Begünstigten hinzutreten.

Auffälliges Missverhältnis – Arbeit zur Vergütungshöhe

Ob ein auffälliges Missverhältnis zwischen dem Wert der Arbeitsleistung und der Vergütungshöhe vorliege, bestimme sich nach dem objektiven Wert der Leistung des Arbeitnehmers. Das Missverhältnis sei auffällig, wenn die Arbeitsvergütung nicht einmal zwei Drittel der in dem betreffenden Wirtschaftszweig üblicherweise gezahlten Vergütung erreiche (BAG 22. April 2009 – 5 AZR 436/08). Ein Anlass, von dieser Richtgröße wegen der Besonderheiten in der Beschäftigung angestellter Rechtsanwälte abzuweichen, bestünde nicht.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 02/2017

Entscheidend für die Bestimmung eines auffälligen Missverhältnisses sei der Vergleich zwischen dem objektiven Wert der Arbeitsleistung und der »faktischen« Höhe der Vergütung, die sich aus dem Verhältnis von geschuldeter Arbeitszeit und versprochener Vergütung für eine bestimmte Abrechnungsperiode ergebe.

Vergütungshöhe – auch regionale Unterschiede beachtlich

Für die Ermittlung des Wertes der Arbeitsleistung sei nicht nur von Bedeutung, welchem Wirtschaftszweig das Unternehmen des Arbeitgebers zuzuordnen sei, sondern auch in welcher Wirtschaftsregion die Tätigkeit ausgeübt wird. Zudem werde das Entgelt angestellter Rechtsanwälte von personen- und marktbezogenen Determinanten beeinflusst. Zwischen der Höhe des Einkommens angestellter Rechtsanwälte und der Ortsgröße des Standorts der Kanzlei, in der sie tätig sind, bestünde ein Zusammenhang. Dies führe zu einer auf den einzelnen OLG-Bezirk abstellenden Betrachtung, in die weitere örtliche Besonderheiten einzubeziehen sein können, wenn dieser Bezirk größere strukturelle Unterschiede aufweise (vor allem Stadt/Land-Gefälle).

Fakten sind beizubringen

Zu diesen Vergleichsgrößen habe der Rechtsanwalt keinen hinreichend konkreten Sachvortrag geleistet. Seine Idee, das Gericht habe anhand seiner persönlichen Merkmale von Amts wegen das übliche Entgelt ggf. unter Einschaltung eines Sachverständigen zu ermitteln, sei mit dem das arbeitsgerichtliche Urteilsverfahren beherrschenden Beibringungsgrundsatz nicht zu vereinbaren.

Auch eine Studie des Instituts für Freie Berufe Nürnberg erlaube keine Schlüsse auf die am Beschäftigungsort des Rechtsanwaltes übliche Vergütung. Immerhin gelange diese Studie zu der Feststellung, Rechtsanwälte verdienten – unabhängig von ihrer beruflichen Stellung und dem betrachteten Jahr – mehr, je länger sie beruflich tätig seien. Die Studie ermittelte bezogen auf das Jahr 2006 als durchschnittliches Einkommen von in Sozietäten angestellten Rechtsanwälten in den alten und neuen Bundesländern bei einer anwaltlichen Tätigkeit von höchstens drei Jahren 38.000,– € brutto, bei einer solchen von vier bis zehn Jahren 55.000,– €. Besonders wichtig seien die ausgesprochen vagen Aussagen der Studie zur aufgewendeten Wochenarbeitszeit. Sie würden mit »mindestens 40 Stunden« angegeben. Im Ergebnis konnte der Rechtsanwalt die von ihm angeführte Sittenwidrigkeit der Vergütung nicht belegen.

BGH-Beschluss zur angemessenen Vergütung

In einem Beschluss des Bundesgerichtshofs (BGH) vom 30. 11. 2009 (AnwZ (B) 11/08) wird bekräftigt, dass Rechtsanwälte nur zu angemessenen Bedingungen beschäftigt werden dürfen. Kanzleien, die Berufsanfängern eine unangemessen geringe Vergütung gewähren, würden gegen ihre Berufspflichten verstoßen.

Traineestelle

Im konkreten Fall hatte eine Kanzlei eine »Traineestelle für junge Anwältinnen/Anwälte« ausgeschrieben. Die Anzeige enthielt u. a. folgenden Text:

»Der Trainee wird in ein auf zwei Jahre befristetes Angestelltenverhältnis inklusive sämtlicher Sozialversicherungen übernommen. Wir übernehmen zusätzlich die Kosten für die Berufshaftpflicht und die Anwaltskammer. Daneben übernehmen wir noch anfallende Fahrtkosten, die aus dienstlichem Anlass erfolgen. Wir unterstützen den jungen Anwalt auch bei Fortbildungsveranstaltungen durch Übernahme der Seminargebühren. Wir zahlen als Grundvergütung ein Gehalt, welches ein wenig über dem Referendargehalt liegt. Zusätzlich wird eine Umsatzbeteiligung an denjenigen Mandaten gewährt, die der Trainee selbst akquiriert.«

Der BGH schloss sich in dem Beschluss der Auffassung der zuständigen Rechtsanwaltskammer an, wonach ein Gehalt um 1.000,– € brutto monatlich unangemessen niedrig sei und gegen die guten Sitten (§ 138 BGB) verstoße. Die angebotene Vergütung stünde hier in einem auffälligen Missverhältnis zu der geforderten Gegenleistung.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 02/2017

Sittenwidrigkeit bejaht

Selbst bei Bewertung der zusätzlich in Aussicht gestellten Leistungen (wie der Übernahme der Berufshaftpflichtversicherung, des Beitrags für die Anwaltskammer, der Seminargebühren für Fortbildungsveranstaltungen und möglicherweise des Arbeitnehmeranteils der Sozialversicherungsbeiträge) als Gehaltsbestandteile werde der Leser der Stellenanzeige nicht annehmen, dass der Wert der in Aussicht gestellten Leistungen mehr als 1.250,– € betrage. Die in Aussicht gestellte Umsatzbeteiligung an eigenen Mandaten sei nicht als Gehaltsbestandteil zu berücksichtigen, weil sich einem Berufsanfänger erfahrungsgemäß kaum die Möglichkeit zu erfolgreicher Akquisitionstätigkeit biete, so dass mit einem regelmäßigen über die Grundvergütung hinausgehenden Verdienst aus der Umsatzbeteiligung nicht zu rechnen sei.

Der Gesamtwert der in Aussicht gestellten Leistungen sei zu der verkehrsüblichen Vergütung von Rechtsanwälten in vergleichbaren Angestelltenverhältnissen in Beziehung zu setzen. Sie bestimme sich, wenn – wie hier – ein Tarifvertrag nicht existierte oder der vereinbarte Tariflohn nicht der verkehrsüblichen Vergütung entspreche, nach dem allgemeinen Lohnniveau in dem betreffenden Wirtschaftsgebiet.

Auffälliges Missverhältnis

Der Gesamtwert der in der Stellenanzeige in Aussicht gestellten Leistungen stehe zu dem branchenüblichen Einstiegsgehalt in einem auffälligen Missverhältnis im Sinne von § 138 BGB. Nach der neueren Rechtsprechung des BAG (BAG, NZA 2009, 837) sei ein auffälliges Missverhältnis zwischen der erbrachten Arbeitsleistung und der hierfür vereinbarten Vergütung schon dann anzunehmen, wenn diese nicht einmal zwei Drittel eines in der betreffenden Branche und Wirtschaftsregion üblicherweise gezahlten Tariflohns oder – wenn ein Tariflohn nicht existiert oder nicht der verkehrsüblichen Vergütung entspricht – des allgemeinen Lohnniveaus in dem betreffenden Wirtschaftsgebiet erreiche.

Vergütung unterhalb Fachangestellter?

Eine Vergütung des angestellten Rechtsanwalts, die sogar das durchschnittliche Anfangsgehalt eines Rechtsanwalts- und RENO-Fachangestellten unterschreite, sei nicht mit § 26 BORA vereinbar. Die in der Anzeige angebotene Vergütung liegt aber unter diesem Gehalt. Nach dem Merkblatt des Deutschen Anwaltsvereins belaufe sich die Vergütung eines ausgebildeten Rechtsanwalts- und RENO-Fachangestellten auf 1.200,– € bis 1.500,– € im ersten und auf 1.300,– € bis 1.700,– € im zweiten bis vierten Berufsjahr. Das in Aussicht gestellte Gehalt bewege sich mithin im untersten Bereich der Vergütung, die ein Rechtsanwalts- und RENO-Fachangestellter erhalte. Auch wenn der angestellte Rechtsanwalt zu Beginn der Tätigkeit zu Ausbildungszwecken teilweise mit Aufgaben betreut werden soll, die sonst von einem Rechtsanwalts- und RENO-Fachangestellten wahrgenommen werden, stehe dies zu der geforderten Gegenleistung, die nach Abschluss der Einarbeitungsphase überwiegend in rechtsanwaltlicher Tätigkeit bestünde, in einem auffälligen Missverhältnis.

RA Michael Lennartz
lennmed.de Rechtsanwälte
Bonn·Berlin·Baden-Baden

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 02/2017

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 02/2017

7.2.7. Sind Praxisvertreter sozialversicherungsrechtlich angestellt oder selbstständig?

Wird im Fall einer längeren Krankheit oder sonstigen Abwesenheit ein Praxisvertreter benötigt, so stellt sich die Frage, ob der Vertreter aus steuerlicher und sozialversicherungsrechtlicher Sicht als Selbstständiger oder als Angestellter tätig ist.

Berufsrechtlich gibt es klare Regeln für die Praxisvertretung. Auch steuerlich gibt es keine Probleme, denn der Praxisvertreter erzielt in der Regel Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit. Der sozialrechtliche Status des Praxisvertreters ist dagegen umstritten. Rentenversicherungsträger und einige Sozialrichter urteilten öfter, dass Praxisvertreter in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis stehen.

Der Praxisinhaber riskiert bei einer späteren Sozialversicherungsprüfung erhebliche Nachzahlungen, wenn er den Praxisvertreter irrtümlich als Selbstständigen einstuft. So werden die Sozialversicherungsbeiträge bis zu vier Jahren rückwirkend festgesetzt. Da für Praxisvertreter regelmäßig keine Befreiung von der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt wurde, kann es zusätzlich zur Doppelverbeitragung bei der DRV und einem Versorgungswerk kommen. Die rückwirkend festgesetzten Sozialversicherungsbeiträge können nur für vier Monate rückwirkend beim abhängig Beschäftigten rückgefordert werden (Arbeitnehmerbeitrag).

Die Sozialgerichte haben einen Katalog von allgemeinen Kriterien für abhängige und selbstständige Tätigkeit erstellt. Diese werden durch Anmerkungen zur Vertretertätigkeit im (zahn-)ärztlichen Bereich ergänzt.

Abhängige Beschäftigung	Selbstständige Tätigkeit
Eingliederung in die Praxis des Arbeitgebers	Freie Verfügbarkeit der Arbeitskraft
Arbeitsmittel werden gestellt; kein eigener Kapitaleinsatz	Eigene Arbeitsmittel werden eingesetzt; eventuell eigene Praxis
Weisungsgebundenheit bezüglich Ort, Zeit, Dauer, Art und Ort der Tätigkeit	Keine Weisungsgebundenheit Die Verpflichtung zur Benutzung der Praxisräume, zur Einhaltung der Sprechstunden und zur Abrechnung im Namen des Vertretenen sind keine Einschränkung der Weisungsfreiheit
Kein Weisungsrecht	Weisungsrecht gegenüber dem Praxispersonal und gegebenenfalls auch gegenüber angestellten Ärzten
Patienten können nicht abgelehnt werden	Patientenbehandlungen können im Rahmen des gesetzlich Erlaubten abgelehnt werden
Arbeitsvertrag	Dienstleistungs- bzw. Werkvertrag Es kommt aber auf die tatsächliche Ausgestaltung der Tätigkeit an
Einzelanweisungen vom Arbeitgeber	Freie Gestaltung der Tätigkeit
Verbot der Tätigkeit für andere Arbeitgeber	Freie Annahmen von Aufträgen anderer Arbeitgeber
Keine Werbemaßnahmen erlaubt	Werbemaßnahmen für die eigene Tätigkeit
Anspruch auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall	Eigenes Risiko des Entgeltausfalls; keine Garantie eines Mindesteinkommens
Urlaubsanspruch	Kein Urlaubsanspruch
Angemessene Entlohnung	Wesentlich höhere Entlohnung als angestellter Zahnarzt (Stundenhonorar) Die höhere Vergütung erlaubt eine eigene Vorsorge für den Krankheitsfall und den Aufbau einer eigenen Altersvorsorge (BSG 31.03.17, B 12 R 7/15 R)
Wirtschaftliche Abhängigkeit vom Arbeitgeber	Wirtschaftliche Unabhängigkeit

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2019

Erkennbar ist, dass die Vereinbarung einer Praxisvertretung sowohl als abhängige Beschäftigung (befristeter Arbeitsvertrag) wie auch als Dienstleistungsvertrag mit Selbstständigen-Status möglich ist.

Verhalten bei Vereinbarung einer Praxisvertretung

Es muss ein schriftlicher Vertrag über eine selbstständige Tätigkeit als Praxisvertreter vorliegen. Musterverträge können bei einzelnen Landeszahnärztekammern abgerufen werden.

Rechtssicherheit gibt es für Einzelpraxen: Es gilt weiterhin die Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes, dass der Praxisvertreter grundsätzlich nicht dem Direktionsrecht des Praxisinhabers unterliegt, sondern für die Vertretungszeit die Stelle des Praxisinhabers einnimmt und insoweit gegenüber den Praxismitarbeitern selbst die Arbeitgeberfunktionen übernimmt. Er ist also selbstständig tätig (BSG vom 27.05.1959, Aktenzeichen 3 RK 18/55, und vom 15. 02. 1959, Aktenzeichen 2 RU 141/56).

Die Praxisvertretung eines Gesellschafters einer Berufsausübungsgemeinschaft ist jedoch strittig wegen der Eingliederung in die Praxisstruktur und der Vergleichbarkeit mit einem angestellten Arzt.

Für jede einzelne Vertretungstätigkeit, ob für einige Tage oder mehrere Wochen, sollte ein Statusfeststellungsverfahren nach § 7a Abs. 1 SGB IV vorab beantragt werden oder spätestens innerhalb von einem Monat nach Aufnahme der Vertretungstätigkeit. Antragsberechtigt ist der Praxisinhaber oder der Vertreter (Vordruck unter www.deutsche-rentenversicherung-bund.de).

Es sollte darauf hingewiesen werden, dass
- der Vertreter weder fachlich noch organisatorisch weisungsgebunden ist und selbst die Verantwortung für die Einhaltung der fachärztlichen Standards trägt,
- Sprechstunden eigenständig durchgeführt und Patienten nach eigenem Therapieregime behandelt werden,
- der Vertreter gegenüber dem Praxispersonal weisungsbefugt ist,
- die Vertretungstage vom Vertreter festgelegt werden,
- dem Praxisinhaber eine Rechnung mit dem deutlich höheren Stundensatz als bei vergleichbaren angestellten Zahnärzten und nur über die tatsächlich erfolgte Anwesenheitszeit ausgestellt wird.

Stb./WP Gabriela R. Scholz

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2019

7.3. Steuerliche Aspekte

7.3.1. Steuerbegünstigte und sozialversicherungsfreie Mitarbeiterzuwendungen

Gehaltserhöhungen oder auch Einmalzuwendungen für Mitarbeiter können als Bruttolohn oder in Form von steuerbegünstigten und sozialversicherungsfreien Zuwendungen gegeben werden. Dadurch können erhebliche Abgabenersparnisse (Lohnsteuer und Sozialversicherung) erzielt werden. Beachten Sie bitte bei Durchsicht der einzelnen begünstigten Tatbestände Folgendes:

- Die Corona-Erleichterungen 2020/2021 sind nicht hier aufgeführt, sondern unter Aktuelles.
- Die Vorschriften zu abgabenfreien oder -begünstigten Zuwendungen an Arbeitnehmer sind in der Regel nebeneinander anwendbar.
- Welche Begünstigungsvorschriften genutzt werden können, hängt von den individuellen Gegebenheiten der Praxis und von den persönlichen Umständen des einzelnen Mitarbeiters ab.
- Die genannten Zuwendungen begründen keine Ansprüche in der gesetzlichen Rentenversicherung, beim Arbeitslosengeld und beim Krankengeld. Dies muss im Einzelfall besprochen werden.
- Für bestimmte Zuwendungen wird die Steuer- und Sozialabgabenfreiheit nur gewährt, wenn die Leistung zusätzlich zum Arbeitsentgelt gezahlt wird! Andere Zuwendungen können auch in Umwandlung eines noch nicht ausbezahlten Gehaltes begünstigt ausgezahlt werden.
- Die Anwendbarkeit im Einzelnen und die Dokumentationsvorschriften sollten vorweg mit dem Lohnbüro geklärt werden. Für jede dieser Vorschriften gibt es im Allgemeinen umfangreiche Anweisungen der Finanzverwaltung, die hier nicht im Einzelnen dargestellt werden können.

Steuerfreie und sozialversicherungsfreie Mitarbeiterzuwendungen

- **Arbeitskittel** (typische Arbeitskleidung), die der Zahnarzt den Mitarbeitern stellt, bzw. Zuschüsse zur Arbeitskleidung, soweit durch Tarifvertrag oder Praxisvereinbarung eine Verpflichtung zur Gestellung derselben besteht.
- **Aufmerksamkeiten**
  Dies sind Sachzuwendungen zu besonderen persönlichen Anlässen bis zum Wert von 60,– €. Auch Gutscheine mit Wertangabe sind zulässig, wenn sie nicht in Geld umtauschbar sind. Geldgeschenke sind lohnsteuerpflichtig!
- **Auslagenersatz** in nachgewiesener Höhe, z. B. auch Fahrtkosten oder Verpflegungsmehraufwendungen für Dienstreisen. Fahrtkosten für die dienstliche Nutzung privater Kfz können ohne Nachweis ersetzt werden mit einer Pauschale pro gefahrenen km:

mit eigenem Pkw	0,30 €
mit eigenem Motorrad	0,18 €
mit eigenem Moped/Mofa	0,08 €
mit eigenem Fahrrad	0,05 €

- **Betreuungsleistungen** bis zur Höhe von 600,– € jährlich zur kurzfristigen Betreuung von Kindern, die das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben (im Fall einer Behinderung beträgt die Altersgrenze 25), oder von pflegebedürftigen Angehörigen des Arbeitnehmers, sofern die Betreuung aus zwingenden und beruflich veranlassten Gründen notwendig wird. Voraussetzung ist, dass die Leistungen zusätzlich zum ohnehin geschuldeten Arbeitslohn gewährt werden.
- **Betriebliche Altersversorgung:** Beiträge an Direktversicherungen, Pensionskassen oder Pensionsfonds bis zu 4 % der jeweiligen Beitragsbemessungsgrundlage in der gesetzlichen Rentenversicherung. Die Beiträge können durch Entgeltumwandlung oder vom Arbeitgeber zugunsten des Arbeitnehmers gezahlt werden. Es muss sich um das erste Arbeitsverhältnis (auch Teilzeit oder geringfügige Beschäftigung) des Arbeitnehmers handeln. Erhöhung des Betrages um 1.800,– € p. a. für Direktversicherungen, wenn die Zusage nach dem 31.12.2004 erteilt wurde. Durch das Betriebsrentenstärkungsgesetz wurde der steuerfreie Betrag um 4 % auf 8 % der jeweiligen Beitragsbemessungsgrundlage in der gesetzlichen Rentenversicherung erhöht.
- **Betriebsveranstaltungen: Zuwendungen** bis zu 110,– € pro Arbeitnehmer einschließlich eventuell teilnehmender Angehöriger bis zweimal jährlich sind steuerfrei (Freibetrag). Geldgeschenke sind nicht begünstigt! Darüber hinausgehende Zuwen-

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

dungen können pauschalversteuert werden (25 %). Sachgeschenke anlässlich der Betriebsveranstaltung bis zu einem Gesamtwert von 60,– € an den einzelnen Arbeitnehmer sind einzubeziehen.

- **Essensmarken oder -zuschüsse sowie Mahlzeiten in einer Kantine oder Gaststätte,** wenn der Arbeitnehmer selbst mindestens den amtlichen Sachbezugswert (2021 3,47 € pro Mahlzeit) bezahlt und der tatsächliche Wert einer Essensmarke höchstens 6,57 € (Stand 2021) beträgt. Zahlt er weniger, ist die Differenz lohnsteuer- und sozialversicherungspflichtig. Es besteht die Möglichkeit der Pauschalierung mit 25 %.
- **Fahrrad-Gestellung,** sowohl übliches Fahrrad wie auch E-Bike, das verkehrsrechtlich nicht als Kraftfahrzeug gilt. Voraussetzung ist die Überlassung zusätzlich zum ohnehin geschuldeten Arbeitslohn (§ 3 Nr. 37 EStG, seit 2019 bis 2030). Es erfolgt keine Anrechnung des steuerfreien geldwerten Vorteils auf die Pendlerpauschale.
  Gut zu wissen: Die Steuerbefreiung gilt nur für die Überlassung zur Nutzung, nicht hingegen für die Übertragung des Eigentums an den Fahrrädern/Pedelecs auf den Arbeitnehmer. Eine Gehaltsumwandlung führt nicht zur Steuerbefreiung des geldwerten Nutzungsvorteils. In diesen Fällen ist der geldwerte Vorteil nach den üblichen Regeln für Kfz-Überlassung zu berechnen (1 % der auf volle 100,– € abgerundeten unverbindlichen Preisempfehlung des Herstellers).
- **Fehlgeldentschädigungen für Mitarbeiter, die die Kasse führen,** bis zu 16,– € monatlich.
- **Gesundheitserhaltende Maßnahmen im Betrieb.** Maßnahmen des Arbeitgebers bis zu 600,– € (ab 2020) je Arbeitnehmer und Jahr steuerbefreit, die hinsichtlich Qualität, Zweckbindung und Zielgerichtetheit den Anforderungen des SGB V genügen (§ 20a Abs. 1, § 20 Abs. 1), z. B. der Obstkorb für die Mitarbeiter, Kurse zur gesunden Ernährung, Rückengymnastik, Suchtprävention, Stressbewältigung etc. Nicht darunter fallen die Übernahme der Beiträge für einen Sportverein oder ein Fitnessstudio. Leistungen müssen zusätzlich zum geschuldeten Arbeitslohn gewährt werden.
- **Jobticket** (§ 3 Nr. 15 EStG): Überlässt der Arbeitgeber seinen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern ein entsprechendes Ticket oder leistet er dafür Zuschüsse, bleiben diese Vorteile seit 2019 steuerfrei. Voraussetzung ist, dass die Leistungen zusätzlich zum ohnehin geschuldeten Arbeitslohn gewährt werden. Der Betrag ist auf die als Werbungskosten abziehbare Entfernungspauschale anzurechnen.
  Gut zu wissen: Seit 2020 gibt es die Möglichkeit der pauschalen Steuerzahlung durch den Arbeitgeber für geleistete Zuschüsse bzw. den geldwerten Vorteil des Jobtickets. Diese gilt a) für Jobtickets aus Entgeltumwandlung (15 %) oder b) den Verzicht auf die Anrechnung auf die Werbungskosten des Arbeitnehmers (25 % pauschale Steuer).
- **Kinderbetreuungskosten einschließlich Verpflegung** für nicht schulpflichtige Kinder: Kindergartenbeiträge oder Kosten der Tagesmutter, auch die Kosten eines eigenen Betriebskindergartens.
- **Preisnachlässe** von bis zu 4 %, maximal 1.080,– € pro Jahr, die der Zahnarzt seinen Angestellten gewährt (z. B. bei der Zahnbehandlung).
- **Sachbezüge**, z. B. Getränke und Snacks zum Verbrauch am Arbeitsplatz (nur nichtalkoholisch!), und – wichtig – in Form von Warengutscheinen oder Ähnlichem, zusammen bis zu 50,– € (bis 2020 noch 44,– €) pro Arbeitnehmer monatlich.
  Gut zu wissen: Ein Gutschein mit einem Geldbetrag ist zulässig. Die Erstattung der Kosten gegen Vorlage des Originalbelegs ist seit 2020 nicht mehr zulässig. Steuerfreie Leistungen nach anderen Vorschriften (z. B. Erstattung Pendlerpauschale, Telekommunikationskosten u. a.), pauschal besteuerte Sachbezüge (§ 40 EStG auf Antrag mit Durchschnittslohnsteuer) und mit 30 % pauschal besteuerte Sachzuwendungen (§ 37 b EStG) werden nicht auf die Sachbezugsgrenze angerechnet!
- **Stromtanken** (§ 3 Nr. 48, gilt ab 2017 bis voraussichtlich 2030). Gemeint ist das Aufladen eines privaten Elektrofahrzeugs oder Hybridelektrofahrzeugs des Arbeitnehmers im Betrieb des Arbeitgebers.
  Gut zu wissen: Vorteile aus einer vom Arbeitgeber dem Arbeitnehmer zur privaten Nutzung überlassenen betrieblichen Ladevorrichtung (auch in dessen Privat-Haus) sind in die Steuerfreiheit einbezogen.
- **Telekommunikationskosten für die Nutzung von betrieblichen Telekommunikationseinrichtungen:** Gestellung eines betrieblichen PCs für Arbeiten zu Hause, eines Telefonanschlusses nebst Internetnutzung oder Gestellung eines Mobiltelefons oder Smartphones. Entscheidend ist, dass das Gerät nachweislich im Eigentum des Arbeitgebers bleibt.
  Gut zu wissen: Werden PC oder Telefon geschenkt, so ist das nicht steuerfrei! Es kann mit 25 % pauschal versteuert werden. Erstattung der Kosten für einen Vertrag des Arbeitnehmers ist möglich. Eine

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Dokumentation der beruflichen Nutzung ist nicht notwendig. Eine ausschließlich private Nutzung durch den Arbeitnehmer oder andere Personen ist zulässig.

- **Telekommunikationszuschuss für privat angeschaffte Einrichtungen/Geräte:**
  a) steuerfreier Ersatz der beruflichen Nutzung gemäß einem 3-Monats-Nachweis zuzüglich anteiliger Grundkosten. Ohne Nachweis für Arbeitnehmer, die erfahrungsgemäß beruflich telefonieren: 20 %, maximal 20,– € monatlich.
  b) Zuschuss für die häusliche Internetnutzung (laufende Kosten und Anschaffung Geräte) bis zu 50,– € im Monat, wenn und soweit der Arbeitnehmer die Höhe der Kosten bestätigt.
- **Trinkgelder** von Dritten.
- **Unfallversicherungsbeiträge**, wenn der Leistungsbezug dem Arbeitgeber zusteht und der Arbeitnehmer selbst keine Rechte während der Beitragsphase geltend machen kann. Kommt es zur Auszahlung im Schadensfall, so sind die vom Arbeitgeber geleisteten Beiträge als Sachbezug steuerpflichtig, nicht aber die eventuell höhere Versicherungsleistung.
- **Unterstützung einzelner Arbeitnehmer aus Anlass von Unglücks- oder Krankheitsfällen** bis zu 600,– € im Jahr, bei besonderen Notfällen auch darüber. Voraussetzung (ab fünf Arbeitnehmer) ist u. a. die Zahlung nach Abstimmung mit dem Betriebsrat in eine selbstständige Unterstützungskasse.
- **Weiterbildungsleistungen des Arbeitgebers** (§ 3 Nr. 19 EStG, ab 2020). Dies soll für Rechtssicherheit sorgen, dass die Weiterbildungsleistungen des Arbeitgebers für Maßnahmen nach § 82 Absatz 1 und 2 SGB III nicht der Besteuerung unterliegen. Die Steuerbefreiung gilt auch für Weiterbildungsleistungen des Arbeitgebers, die der Verbesserung der Beschäftigungsfähigkeit des Arbeitnehmers dienen (z. B. Sprachkurse oder Computerkurse, die nicht arbeitsplatzbezogen sind). Diese Leistungen dürfen keinen überwiegenden Belohnungscharakter haben.
- **Wohnungsüberlassung an Mitarbeiter begünstigt durch Bewertungsabschlag** (§ 8 Abs. 2 Satz 12 EStG, ab 2020). Der Sachbezugsansatz der vom Arbeitgeber für den Arbeitnehmer zu eigenen Wohnzwecken überlassenen Wohnung ist steuerfrei, wenn die vom Arbeitnehmer gezahlte Miete inkl. Nebenkosten mindestens 2/3 des ortsüblichen Mietwerts und dieser nicht mehr als 25,– € pro Quadratmeter ohne Nebenkosten beträgt.
- **Zinsvorteile aus Arbeitgeberdarlehen,** wenn das Darlehen unter 2.600,– € beträgt.
- **Zuschläge für Sonntags-, Feiertags- und Nachtarbeit.** Zuschläge zum Grundlohn bis maximal 50,– € pro Stunde für Sonntage bis zu 50 %; gesetzliche Feiertage und 1. Mai bis zu 125 %, Weihnachten bis 150 %, Nachtarbeit von 20 bis 6 Uhr bei Arbeitsaufnahme vor 0 Uhr bis zu 25 % bis zu 40 %.

Lohnsteuerpauschalierte und sozialversicherungsfreie Mitarbeiterzuwendungen

Mit 25 % zuzüglich Kirchensteuer und Soli sind pauschalierungsfähig:

- **Erholungsbeihilfen:** Jährlicher Zuschuss bis zu 156,– € für den Arbeitnehmer zuzüglich 104,– € für den Ehegatten zuzüglich 52,– € pro Kind, bei einem Kind also zusammen 312,– €. Der Arbeitnehmer muss die Verwendung zu Erholungszwecken bestätigen.
- **Jobticket** (Überlassung von Tickets oder Zuschüsse für den öffentlichen Nahverkehr): Ab 2020 kann ein durch Entgeltumwandlung finanziertes Jobticket pauschal mit 25 % vom Arbeitgeber versteuert werden, und dies bei gleichzeitigem Verzicht auf die Minderung der Entfernungspauschale des Arbeitnehmers.
- **Verbilligte oder unentgeltliche Mahlzeiten im Betrieb oder durch Restaurantschecks bis maximal 6,57 € (Stand 2021),** wenn der Arbeitnehmer weniger als den amtlichen Sachbezugswert (3,47 € Stand 2021) zahlt. Steuerpflichtig ist der »Amtliche Sachbezugswert« abzüglich einer eventuellen Zuzahlung des Arbeitnehmers.
- **Zuwendungen bei Betriebsveranstaltungen,** wenn die durchschnittlichen Zuwendungen pro Mitarbeiter über den Freibetrag von 110,– € hinausgehen oder unüblich sind.
- **Vergütung für Verpflegungsmehraufwendungen** bei Dienstreisen, Fahrtätigkeit und Einsatzwechseltätigkeit, sofern diese die entsprechenden Pauschbeträge um nicht mehr als 100 % übersteigen.
- **Übereignung von PC, Mobiltelefon oder Festnetzanschluss an den Arbeitnehmer** auf Nachweis.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

- **Zuschüsse zur häuslichen Internetnutzung eines privaten Gerätes** bis zu 50,– € monatlich zusätzlich zum Gehalt. Erklärung des Arbeitnehmers zur Aufwandshöhe ist erforderlich.

Mit 20 % zuzüglich Kirchensteuer und Soli sind pauschalierungsfähig:

- **Zuwendungen an Pensionskassen und Beiträge** an Direktversicherungen des Arbeitnehmers bis zu 1.752,– € pro Jahr, auch im Wege der Gehaltsumwandlung. Dies gilt ab 2005 auf Antrag nur noch für Verträge, die vor dem 01.01.2005 abgeschlossen wurden.
- **Gruppenunfallversicherung** für die Arbeitnehmer bis zu durchschnittlich 62,– € pro Arbeitnehmer.

Mit 15 % zuzüglich Kirchensteuer und Soli sind pauschalierungsfähig:

- **Zuschuss zu den Kosten für Fahrten zwischen Wohnung und Arbeitsstätte** maximal in Höhe der Entfernungspauschale von maximal 4.500,– € im Jahr und 0,30 € pro Entfernungskilometer, sofern sie zusätzlich zum geschuldeten Arbeitslohn gezahlt werden.
  Ab dem 21. km sind 0,35 € erstattungsfähig (2021 bis 2023, danach sogar 0,38 €).
- **Jobticket** (Überlassung von Tickets oder Zuschüsse für den öffentlichen Nahverkehr): Ab 2020 kann ein durch Entgeltumwandlung finanziertes Jobticket pauschal mit 15 % vom Arbeitgeber versteuert werden. Es erfolgt eine Minderung der Entfernungspauschale des Arbeitnehmers.

Checkliste für die Neueinstellung oder Gehaltserhöhung

Ja / Nein	Abfrage der wesentlichen Regelungen für abgabenbegünstigte Zuwendungen	Nettobereicherung Arbeitnehmer als Ersatz für Nettolohn
	Fahrgelderstattung Wohnung – Praxis in Höhe Pendlerpauschale?	Entfernungs-Kilometer × 0,30 €
	Hat der Arbeitnehmer ein noch nicht schulpflichtiges Kind, das auswärtig betreut wird (Kindergarten/ Tagesmutter)?	Übernahme Kosten auf Nachweis
	Besteht Interesse an einer betrieblichen Altersversorgung? (Übernahme bestehender Vertrag möglich?)	Beitrag
	Führt der Arbeitnehmer die Kasse?	Kassenfehlbetrag 16,– € monatlich
	Ausnutzung des monatlich zulässigen Sachbezugs: • Tank- oder Einkaufsgutscheine? • Fitnessclub, Schwimmbad oder Ähnliches? • Jobticket, eventuell mit Zuzahlung?	Höhe des Sachbezugs bis zu 50,– € monatlich
	Benutzt der Arbeitnehmer, sein Partner oder seine Kinder ein Mobiltelefon? Wird ein Festnetzanschluss oder Internetanschluss zu Hause betrieben?	Erwerb des Telekommunikationsgerätes und/oder Übernahme der Kosten auf Nachweis
	Gibt es in der Nähe der Praxis Geschäfte (Bäckerei, Metzgerei, Bistro, Einlösungsstelle Essensgutschein)?	Wert des Essensgutscheins, ggf. Zuzahlung Arbeitnehmer je nach aktuell gültigem Sachbezugswert
	Wann und in welcher Höhe kommt die Erholungsbeihilfe in Frage?	Individuell

Stb./WP Gabriela R. Scholz

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

7.3.2. Die betriebliche Altersvorsorge

Jeder angestellte Mitarbeiter, d. h. auch angestellte Zahnärzte oder steuerpflichtig in der Praxis beschäftigte Ehepartner, hat die Möglichkeit, die eigene Altersrente durch eine betriebliche Altersvorsorge (kurz BAV) mit Steuer- und Abgabenvorteilen aufzustocken.

Die Beiträge der betrieblichen Altersvorsorge werden entweder vom Mitarbeiter selbst durch Gehaltsumwandlung aus dem Bruttoeinkommen bezahlt oder allein vom Arbeitgeber finanziert. Sie sind bis zur Förderungshöchstgrenze steuer- und abgabenfrei.

Nachfolgend erhalten Sie einen Überblick über die steuerlich geförderten Durchführungswege der betrieblichen Altersversorgung:

Direktversicherung

Der Arbeitgeber schließt bei einem Lebensversicherer per Einzel- oder Gruppenvertrag Lebensversicherungen für seine Arbeitnehmer ab. Versicherungsnehmer und Beitragsschuldner ist der Arbeitgeber. Begünstigter ist der Arbeitnehmer. Es kommt sowohl eine klassische Kapitallebens- und Rentenversicherung als auch eine fondsgebundene Lebensversicherung in Frage. Bei Arbeitgeberwechsel führt der neue Arbeitgeber die Versicherung fort.

Pensionskasse

Pensionskassen sind rechtlich selbstständige Unternehmen. Sie gewähren – gleich der Direktversicherung – den Arbeitnehmern und deren Hinterbliebenen einen Rechtsanspruch auf die zugesagten Leistungen.

Pensionsfonds

Der Pensionsfonds unterliegt im Vergleich zu Lebensversicherern teilweise weniger engen Vorschriften: Sie dürfen ihr Vermögen zu größeren Teilen auch am Aktienmarkt anlegen. Allerdings ergeben sich hieraus auch höhere Risiken.

Steuerfreier Höchstbetrag

Nach dem Alterseinkünftegesetz werden Beiträge in die verschiedenen Durchführungsformen sowie die Leistungen steuerlich weitgehend gleichbehandelt. Pro Jahr können Beiträge, die bei bis zu 4 % der jeweiligen Beitragsbemessungsgrenze liegen, steuer- und sozialversicherungsfrei in eine betriebliche Altersvorsorge eingezahlt werden.

Für diese Steuerfreiheit gibt es jedoch folgende Bedingung: Die Altersleistung muss grundsätzlich als lebenslange Rente ausgezahlt werden (§ 3 Nr. 63 Sz 1 EStG). Der Bezug kann frühestens ab dem 60. Lebensjahr erfolgen.

Jährlicher Höchstbetrag 2018:
Beiträge bis zu

4 % von 78.000,– € (West), also 3.120,– €,
bzw.
4 % von 69.600,– € (Ost), also 2.784,– €,

können steuerfrei und sozialversicherungsfrei in eine betriebliche Altersversorgung eingezahlt werden. Der Höchstbeitrag gilt auch für Minijobber, die keine andere Hauptbeschäftigung haben.

Zusätzlich können pro Jahr 1.800,– € steuerfrei eingezahlt werden. Dieser Betrag ist jedoch sozialversicherungspflichtig (§ 3 Nr. 63, Sz 3 EStG).

Änderungen ab 01. 01. 2018: Die Höchstbeiträge werden erhöht (Betriebsrentenstärkungsgesetz)

- Der steuerfreie Höchstbetrag wird von 4 % auf 8 % der Beitragsbemessungsgrenze zur Rentenversicherung angehoben. Im Gegenzug fällt der zusätzlich mögliche Beitrag von 1.800,– € weg. Der sozialversicherungsfreie Höchstbetrag bleibt jedoch unverändert bei 4 %.
- Bei Entgeltumwandlung zugunsten einer betrieblichen Altersvorsorge ist der Arbeitgeber verpflichtet, anstelle seiner ersparten Sozialversicherungsbeiträge 15 % des umgewandelten Beitrages zusätzlich in die BAV einzuzahlen. Für bestehende Verträge gilt dies erst ab 2022.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 04/2018

- Für Geringverdiener mit einem Bruttoeinkommen bis 2.200,– € monatlich erhält der Arbeitgeber einen zusätzlichen Anreiz zum Angebot einer BAV: Bei mindestens 240,– € bis höchstens 480,– € Arbeitgeber-Jahresbeitrag erhält er 30 % des Beitrages als Kürzung der abzuführenden Lohnsteuer zurück, also 72,– € bis maximal 144,– € pro Jahr und begünstigtem Arbeitnehmer.
- Bei Abfindungen und »gebrochenen Erwerbsbiographien« kann eine steuerfreie Dotierung einer Direktversicherung, Pensionszusage oder eines Pensionsfonds bis zum 10-fachen Jahresvolumen erfolgen, soweit der Höchstbetrag nicht ausgenutzt wurde.

Renten bzw. Einmalzahlungen sind steuerpflichtig

Die aus den steuerfrei eingezahlten Beiträgen stammenden Leistungen der Altersvorsorge unterliegen der vollen Steuerpflicht und sind mit dem dann geltenden individuellen Steuersatz zu versteuern. Zudem fallen für gesetzlich Pflichtversicherte auch Beiträge für die Kranken- und Pflegeversicherung an.

Vorteile für den Arbeitnehmer:

- Bruttoentgelt fließt ohne Steuerabzug und Sozialversicherungsabgaben (bis 4 % der Beitragsbemessungsgrundlage) in die Altersversorgung. Der Nettoentgeltverzicht ist daher deutlich geringer. Bei einem Grenzsteuersatz von 30 % beträgt er nur etwa 50 % der Beiträge.
  Im Gegensatz dazu werden Beiträge zu Rürup- oder Riester-Renten und vermögenswirksame Leistungen aus dem Nettolohn (nach Abzug von Lohnsteuer und Sozialversicherung) gezahlt.
- Die BAV ist bis zum Höchstbetrag des § 3 Nr. 63 Sz 1 EStG auch bei Minijobs zusätzlich möglich, wenn dies das Hauptarbeitsverhältnis darstellt.
- Der erlangte Anspruch auf Altersrente ist sicher
  – bei **arbeitgeber**finanzierter BAV: wenn das 30. Lebensjahr vollendet und die Versorgungszusage fünf Jahre bestanden hat.
  – bei **arbeitnehmer**finanzierter Direktversicherung: steht es dem Arbeitnehmer sofort zu.
- Bei Arbeitslosigkeit werden unverfallbare Anwartschaften aus BAV nicht auf das Arbeitslosengeld II (Hartz IV) angerechnet. Zudem sind die Anwartschaften unpfändbar.
- Bei langer Krankheit oder Elternzeit können Direktversicherungsverträge selbst weitergezahlt oder stillgelegt und später wieder fortgeführt werden.
- Ein Todesfallschutz zugunsten von Ehegatten, Partnern einer eingetragenen Lebenspartnerschaft und Kindern bis zu einem bestimmten Alter kann vereinbart werden.

Vorteile für den Arbeitgeber:

- Die Arbeitgeberanteile zur Sozialversicherung, Umlagen und Berufsgenossenschaftsbeiträge werden gespart.
  Für Neuverträge mit Entgeltumwandlung ab dem 01. 01. 2018 müssen jedoch ab 2022 15 % des Beitrags zusätzlich in die BAV eingezahlt werden.
- Ersparnis für Neuverträge ab 01. 01. 2018 zugunsten von Geringverdienern bis 2.200,– € brutto: 30 % des Arbeitgeberjahresbeitrags von mindestens 240,– €, höchstens 480,– € erhält man über die Lohnsteuer zurück.
- Bei Direktversicherungen ist die Abwicklung unkompliziert, da der Arbeitnehmer den Vertrag mitnehmen kann.

Stb./WP Gabriela R. Scholz

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 04/2018

7.3.3. Minijob bzw. geringfügiges Beschäftigungsverhältnis

Unter dem Begriff »Minijob« versteht man eine dauerhafte geringfügige Beschäftigung, bei der die Lohnsteuer und Sozialversicherung pauschal erhoben werden. Der Arbeitnehmer muss für das Entgelt aus dieser Beschäftigung keine persönlichen Steuern (§ 3 Nr. 39 EStG) und meist auch keine Sozialversicherungsabgaben zahlen.

Voraussetzungen:

- Eine regelmäßige Beschäftigung in geringem Umfang und mit geringem Arbeitslohn.
- Das Arbeitsentgelt überschreitet durchschnittlich monatlich nicht 450,– €.
- Die wöchentliche Arbeitszeit spielt grundsätzlich keine Rolle. Der Mindestlohn (2017 8,84 €) ist jedoch zu beachten.

Ermittlung der Jahresarbeitsentgeltgrenze

- Arbeitnehmer **mit einer sozialversicherungspflichtigen Hauptbeschäftigung** dürfen nur **einen** Minijob bis 450,– € monatlich daneben ausüben, unabhängig von der Höhe des Entgelts.
- Arbeitnehmer **ohne sozialversicherungspflichtige Hauptbeschäftigung** dürfen mehrere Minijobs bis zusammen 450,– € annehmen. Der Arbeitgeber muss sich bestätigen lassen, dass das Entgelt aus der geringfügigen Beschäftigung aus allen Minijobs 450,– € nicht übersteigt.
- Arbeitsentgelt sind alle steuerpflichtigen laufenden und einmaligen Einnahmen aus einer Beschäftigung, gleichgültig, ob ein Rechtsanspruch auf die Einnahmen besteht, unter welcher Bezeichnung oder in welcher Form sie geleistet werden und ob sie unmittelbar aus der Beschäftigung oder im Zusammenhang mit ihr erzielt werden.
- Es zählt die Höhe des »regelmäßigen« monatlichen Arbeitsentgelts, auf das der Arbeitnehmer einen Rechtsanspruch hat (z. B. aufgrund des Mindestlohngesetzes, eines Tarifvertrags, einer Betriebsvereinbarung oder einer Einzelabsprache); insoweit kommt es auf die Höhe des tatsächlich gezahlten Arbeitsentgelts nicht an.
- Vorsicht bei Einmalbezügen: Weihnachtsgeld oder sonstige einmalige Einnahmen, die aufgrund von Tarifvertrag oder Gewohnheitsrecht wegen betrieblicher Übung mindestens einmal jährlich zu erwarten sind, sind bei der Ermittlung des Arbeitsentgelts zu berücksichtigen.
- Ein nur gelegentliches und nicht vorhersehbares Überschreiten der Geringfügigkeitsgrenzen führt nicht zur Versicherungspflicht. Als gelegentlich ist dabei ein Zeitraum bis zu drei Monaten innerhalb eines Jahres anzusehen (Bsp.: Krankheitsvertretung).
- Steuerfreie und steuerpauschalierte sozialversicherungsfreie freiwillige Zuwendungen gehören in der Regel nicht zum Arbeitsentgelt.
- Die Ermittlung des regelmäßigen Arbeitsentgelts ist vorausschauend bei Beginn der Beschäftigung bzw. erneut bei jeder dauerhaften Veränderung in den Verhältnissen vorzunehmen (z. B. vertragliche Reduzierung der Arbeitszeit oder Reduzierung der Arbeitszeit wegen einer Pflege- oder Elternzeit).

Rentenversicherungspflicht

Für alle ab dem 01. 01. 2013 aufgenommenen Minijobs besteht eine Rentenversicherungspflicht.

Von dieser Rentenversicherungspflicht kann der Minijobber sich mit schriftlichem Antrag bei seinem Arbeitgeber befreien lassen. Diese Erklärung ist für die Dauer der Beschäftigung bindend und kann bei mehreren geringfügigen Beschäftigungen nur einheitlich gestellt werden (Formular der Minijobzentrale).

Nicht betroffen sind Minijobber, die ihr Beschäftigungsverhältnis bereits vor dem 01. 01. 2013 aufgenommen haben und maximal 400,– € brutto im Monat verdienen. Wenn diese bisher keine Aufstockungsbeträge in die gesetzliche Rentenversicherung eingezahlt haben, können sie auch nach Ablauf des 31. 12. 2014 weiterhin versicherungsfrei in der Rentenversicherung verbleiben. Dies gilt jedoch nicht, wenn eine Anpassung des Gehaltes des Minijobbers auf über 400,– € monatlich vorgenommen wird. Durch die Gehaltserhöhung wird der Bestandsschutz hinfällig und die Rentenversicherungspflicht tritt ein. Hiervon kann sich der Minijobber dann aber mit schriftlichem Antrag beim Arbeitgeber befreien lassen.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Hat der Minijobber bereits vor dem 01.01.2013 die Arbeit aufgenommen und die Aufstockung der Rentenversicherungsbeiträge abgeführt, ist diese Wahl für die Dauer der Beschäftigung bindend und kann auch bei einer Gehaltsveränderung nicht mehr revidiert werden.

Höhe der Abgaben

450-€-Job	Pauschale Rentenversicherung	Pauschale Krankenversicherung*	Pauschale Steuer	Summe
In Privathaushalten (Haushaltsscheckverfahren)	5 %	5 %	2 %	12 %
Außerhalb von Privathaushalten	15 %	13 %	2 %	30 %

** außer nicht gesetzlich Krankenversicherte, z. B. Studenten, Privatversicherte*

Aufzeichnungspflichten

Nach dem § 17 MiLoG besteht explizit eine Verpflichtung zur Dokumentation der Dauer der geleisteten Arbeit u. a. für geringfügig Beschäftigte im Sinne des § 8 Sozialgesetzbuch, Viertes Buch (SGB IV), d. h. Beschäftigte, deren Lohn einen Betrag von 450,– € monatlich nicht übersteigt oder die längstens zwei Monate bzw. 50 Arbeitstage im Jahr beschäftigt sind.

Wegen der komplizierten Materie sollten Sie schon bei der Vereinbarung beim Steuerberater oder einem Lohnbüro nachfragen und auch diesen die Lohnabrechnung und die Lohnsteueranmeldung überlassen.

Stb./WP Gabriela R. Scholz

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

7.4. Arbeitsrecht

7.4.1. Einstellung von neuen Mitarbeitern

Neue Mitarbeiter

Die Themen Personalverwaltung und -führung nehmen im Arbeitsalltag des Zahnarztes einen breiten Raum ein, denn er ist bei der Ausübung seines Berufes immer auf die Assistenz einer Mitarbeiterin angewiesen. Im Gegensatz zu vielen anderen Berufen hat der Zahnarzt somit einen ständigen persönlichen Kontakt zu seinen Angestellten. Durch diese enge Zusammenarbeit zwischen Chef und Angestellten kommt der Personalauswahl ein hoher Stellenwert zu. Das Treffen der richtigen Personalentscheidungen ist wichtig, um einen reibungslosen Praxisalltag zu gewährleisten.

- **Qualifizierte Mitarbeiter richtig auswählen**

Die Betonung liegt auf dem Wort »qualifiziert«, denn nur kompetente Mitarbeiter können den Zahnarzt in seiner Arbeit optimal unterstützen. Für die richtige Auswahl gibt es verschiedene Instrumente, die – konsequent angewendet – Personalführung und -verwaltung auf die Dauer erleichtern. Dazu gehören die Stellenbeschreibung und das Anforderungsprofil, das systematische Vorstellungsgespräch und eine effektive Einarbeitung für neue Mitarbeiter.

- **Die Stellenbeschreibung**

Eine Stellenbeschreibung ist eine personenunabhängige, schriftlich fixierte Darstellung aller wesentlichen Merkmale einer Stelle.

Stellenbeschreibungen dienen gleichzeitig mehreren Zwecken:

a) Sie informieren den Stelleninhaber über seine Aufgaben, Rechte und Pflichten.
b) Für den Chef sind sie ein Hilfsmittel bei der Personalorganisation und beim Personaleinsatz.
c) Außerdem dienen sie als Grundlage der Personalbeurteilung.

Im organisatorischen Bereich ist sie ein Hilfsmittel zur Gestaltung der Organisation, denn in ihr werden Funktionen und Verantwortungsbereiche sowie Instanzenwege festgelegt. Damit unterstützt sie die Vermeidung von Schwachstellen in der Praxisorganisation.

Im Führungsbereich bildet die Stellenbeschreibung eine Grundlage für künftige Personalplanung und -beschaffung. Sie ist die Basis für Stellenausschreibungen, für die Arbeitsplatzbewertung und damit auch für die Objektivierung der Gehaltsstrukturen in der Praxis. Durch die in ihr festgelegten Daten, ergibt sich das Anforderungsprofil der neuen Mitarbeiter. Es wird deutlich, wo die Schwerpunkte in der Ausbildung bzw. Berufserfahrung des neuen Mitarbeiters liegen sollen, damit diese Stelle optimal besetzt werden kann. Außerdem dient sie als Orientierungsrahmen für die Einführung, Einarbeitung und Beurteilung von Mitarbeitern.

Folgende Punkte werden in einer Stellenbeschreibung festgehalten:

– die Bezeichnung der Stelle, z. B. Zahnarzthelfer/in für die Assistenz
– die Rangstufe des Stelleninhabers, z. B. Ersthelferin
– das Ziel bzw. der Aufgabenbereich einer Stelle

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

– das Unter- bzw. Überstellungsverhältnis
– die aktive und passive Stellvertretung
– die Einzelaufgaben
– besondere Befugnisse
– die Anforderungen bzgl. Ausbildung und spezielle Fähigkeiten und Fertigkeiten an den Stelleninhaber
– das Datum der Überprüfung

Ein Exemplar wird dem Stelleninhaber als Bestandteil des Arbeitsvertrags ausgehändigt, das zweite Exemplar wird im Personalordner griffbereit in der Praxis aufbewahrt.

- **Das Anforderungsprofil**

Anforderungsprofile beinhalten die Anforderungen, die an einen zukünftigen Mitarbeiter für den Einsatz auf einer bestimmten Stelle gestellt werden.
Sie enthalten
– stellenkennzeichnende Informationen; diese Kriterien entsprechen der Stellenbeschreibung
– allgemeine Merkmale, z. B. Geschlecht, gesundheitliche Erfordernisse, Alter u. a.
– Anforderungen an Ausbildung und beruflichen Werdegang, z. B. Ausbildungsvoraussetzungen, stellenbezogene Fachkenntnisse, Berufserfahrung
– Persönlichkeitsmerkmale, die für die optimale Ausübung der Stelle wesentlich sind, z. B. Belastbarkeit, Zuverlässigkeit, Auffassungsvermögen, Selbstständigkeit u. a.

Eine klare Dokumentation der gewünschten Qualifikationen im Anforderungsprofil erleichtert dem Arbeitgeber die Auswahl eines geeigneten Bewerbers und später die Beurteilung des Stelleninhabers.

- **Das Vorstellungsgespräch**

Nach der Veröffentlichung einer Stellenanzeige müssen die ankommenden Bewerbungsunterlagen kritisch gesichtet werden. Als Grundlage dienen das Anforderungsprofil und die Stellenbeschreibung.

Zunächst erfolgt eine Prüfung auf Vollständigkeit der Unterlagen – Anschreiben, tabellarischer Lebenslauf, Lichtbild, Zeugniskopien, Referenzen.

Das Anschreiben ist das Aushängeschild des Bewerbers und vermittelt einen ersten Eindruck. Es soll einen Überblick geben über den bisherigen beruflichen Werdegang und die Motive für die Stellenbewerbung.

Das Lichtbild unterstützt die durch das Anschreiben entstandene Sympathie oder Antipathie und kann durchaus zu einem entscheidenden Kriterium bei der Auswahl eines Bewerbers werden.

Der Lebenslauf soll lückenlos sein.

Mit dem Durchsehen der Zeugnisse und Referenzen wird festgestellt, welche Bewerber die notwendigen Anforderungen erfüllen. Der Kreis der in Frage kommenden wird immer enger. Zum guten Schluss werden einige, die in die engere Wahl gekommen sind, zu einem Vorstellungsgespräch eingeladen. Die Einladung zu einem Gespräch kann entweder telefonisch oder schriftlich erfolgen.

Dauert die Auswahl länger als geplant, sollte man die in der engeren Wahl befindlichen Personen kurz informieren.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Bewerbungsunterlagen von nicht geeigneten Bewerbern werden schnellstmöglich mit einem kurzen Absageschreiben zurückgeschickt.

Zwischenbescheide und Absageschreiben können als Textvorlage im PC gespeichert sein und sind bei Bedarf verfügbar.

Das Vorstellungsgespräch dient der endgültigen Entscheidungsfindung für die Neubesetzung der ausgeschriebenen Stelle. Es ist wichtig, sich auf die Gespräche mit den in die engere Auswahl gekommenen BewerberInnen gut vorzubereiten, da sich dabei herauskristallisieren soll, welche der Damen oder Herren die besten Voraussetzungen – sowohl fachlich als auch persönlich – für die ausgeschriebene Stelle mitbringt.

Ein Chef sollte sich vor dem Vorstellungsgespräch u. a. folgende Fragen stellen:

1. Wie ist die zu besetzende Stelle genau zu beschreiben?
2. Welche wesentlichen Voraussetzungen muss der Bewerber erfüllen?
3. Mit welchen Patienten hat der neue Mitarbeiter täglich zu tun?
4. Welche Charakterzüge – wenn sie im Gesprächsverlauf zutage treten – würden den Bewerber nicht weiter in Betracht kommen lassen?
5. Bin ich bereit, jemanden einzustellen, der voraussichtlich nur kurz bleibt?
6. Welche besonderen Vorteile und Neigungen werden sichtbar?
7. Suche ich eine Persönlichkeit mit Initiative oder jemanden, der leicht zu lenken ist?

Während des Interviews ist es wichtig, eine angenehme Gesprächsatmosphäre zu schaffen, denn niemand möchte vertrauliche Dinge besprechen, wenn andere zuhören können. Das heißt, dass ein fester Zeitrahmen zur Verfügung steht und Unterbrechungen vermieden werden. Werden mehrere Bewerber eingeladen, so ist es sinnvoll, sich bereits während des Gesprächs Notizen zu machen oder anschließend Gesprächsergebnisse schriftlich zu fixieren.

Ein Vorstellungsgespräch muss strukturiert durchgeführt werden, damit nichts Wesentliches vergessen wird.

Dazu kann man den Ablauf in verschiedene Phasen einteilen:

1. Begrüßung und Einleitung
2. Erfragen von Motiven für die Bewerbung und beruflichen Vorerfahrungen.
3. Fachphase
   Information des Bewerbers über die Praxis, die erwartete Qualifikation und Kompetenzen und die Stelle.
4. Persönlicher und sozialer Hintergrund
   Dabei erfragt der Zahnarzt, was ihn wirklich interessiert, weil er es für die Stellenbesetzung für wichtig hält.
5. Vertragliche Vereinbarungen
   Klärung von z. B. Arbeitszeitregelungen, Gehaltsentwicklung, Probezeit, Urlaubsplanung u. a.
6. Abschluss des Gesprächs
   Die Nennung des Zeitraums der Entscheidungsfindung darf nicht vergessen werden.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Beim Vorstellungsgespräch ist es wichtig, den Bewerber sprechen zu lassen, denn der Arbeitgeber will Eindrücke und Fakten sammeln.

Welche Fragen dürfen gestellt werden und welche nicht?

Der Bewerber ist verpflichtet, Fragen des zukünftigen Arbeitgebers, die in Zusammenhang mit dem Arbeitsverhältnis stehen, wahrheitsgemäß zu beantworten.

Erlaubt sind Fragen nach
– beruflichen und fachlichen Fähigkeiten,
– nach Prüfungs- und Zeugnisnoten,
– nach dem beruflichen Werdegang,
– nach früheren oder heutigen Erkrankungen, wenn dadurch das Arbeitsverhältnis beeinträchtigt wird oder dadurch Kollegen oder Kunden gefährdet werden
– nach Lohnpfändungen
– nach Körperbehinderungen, wenn sie erfahrungsgemäß die Eignung für die Stelle beeinträchtigen
– nach dem Wehrdienst

Nicht zulässig sind Fragen
– nach Eheschließung in absehbarer Zeit
– nach Gewerkschaftszugehörigkeit
– nach der Höhe des bisherigen Gehalts
– nach Religions- oder Parteizugehörigkeit
– nach Schwangerschaft
– nach Vermögensverhältnissen

Bei einem Vorstellungsgespräch dürfen keine falschen Hoffnungen beim Bewerber geweckt werden.

Beim Bewerber darf nicht die Annahme entstehen, es käme zum Abschluss eines Arbeitsvertrages, wenn dem nicht so ist.

Für den zukünftigen Mitarbeiter muss klar sein, dass das Arbeitsverhältnis erst mit der Unterzeichnung des schriftlichen Arbeitsvertrages zustande kommt!

- **Die Einstellung – der neue Mitarbeiter ist da**

Der erste Arbeitstag an einem neuen Arbeitsplatz ist meistens ein einschneidendes Erlebnis. Deshalb ist es wichtig, dem neuen Mitarbeiter einen guten Einstieg zu ermöglichen. Um diesen ersten Tag und die Einarbeitung positiv und stressfrei zu gestalten, ist eine systematische Planung im Vorfeld notwendig. Grundsätzlich liegt die Verantwortung für eine erfolgreiche Einführung und Einarbeitung beim Arbeitgeber.

Diese Verantwortung kann der Arbeitgeber z. T. weiter delegieren, indem er dem neuen Mitarbeiter einen Paten zu Seite stellt, der für Fragen aller Art und eine sachgerechte Einarbeitung zuständig ist, z. B. Information über Pausenregelungen, Sicherheitsvorschriften, Einweisung in die Gegebenheiten der Praxis u. Ä.

Durch diese Patenschaft hat der neue Mitarbeiter einen direkten Ansprechpartner, der ihm zur Verfügung steht, und der Zahnarzt ist entlastet. Der Arbeitgeber übernimmt das Begrüßungsgespräch und die gegenseitige Vorstellung. Außerdem soll er sich sämtliche Arbeitspapiere – Lohnsteuerkarte, Sozialversicherungsnachweisheft, Urlaubsbescheinigung, VWL-Unterlagen – aushändigen lassen.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Werden dann noch die Personalunterlagen in den Personalordner geheftet, der Geburtstag und der Termin für das erste Mitarbeitergespräch in den Terminkalender eingetragen, so kann nichts mehr schief gehen.

Auf den folgenden Seiten möchten wir Ihnen beispielhaft einige Checklisten und hilfreiche Formulare vorstellen, die die Einarbeitung neuer Mitarbeiter in der Praxis erleichtern können. Ebenso sind diese geeignet, auch den Ablauf routinemäßiger Tätigkeiten ab und an zu überprüfen und die Vollständigkeit im Ablauf zu gewährleisten. Es handelt sich hierbei ausschließlich um Beispiele, die auf die individuellen Gegebenheiten jeder einzelnen Praxis angepasst werden sollten, um die optimale Unterstützung im Praxisablauf zu gewährleisten.

RA Michael Lennartz

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Gedächtnisstütze beim Vorstellungsgespräch einer Zahnarzthelferin

Personalien

Name: _____ Alter: _____
Vorname: _____
Straße: _____
PLZ: _____ Ort: _____
Ausbildung: von _____ bis _____ Termin der Abschlussprüfung: _____
Weiterbildungen: _____
Haupttätigkeitsfeld in der jetzigen Anstellung: _____
Spezielle berufliche Kenntnisse: _____
Interessenschwerpunkte: _____

Allgemeine Fragen

Bisherige Arbeitgeber _____
_____
_____
Grund der Bewerbung/Beweggründe für geplanten Stellenwechsel _____
Familiäre Verhältnisse: ❑ verheiratet ❑ ledig ❑ Kinder: _____
Berufliche Zukunftsplanung _____
Frühestmöglicher Eintrittstermin _____
Wünsche bzgl. Arbeitszeitregelung: _____
Gehaltsvorstellung _____
Mögliche zusätzliche Gratifikationen neben dem Gehalt _____
Bewertung der bisherigen Stellen
– Chefs _____
– Mitarbeiter _____
– gesamte Praxis _____
Eigene Fragen _____

Fragen zu den beruflichen Tätigkeiten

Verwaltungskenntnisse

- Umgang mit Praxis-EDV
- Stammdatenaufnahme
- Karteiführung und Dokumentation
- Korrespondenz
- Kontrollbücher und Gerätebuch
- Erfahrung im telefonischen Umgang mit Patienten
- Recall
- Buchhaltungserfahrung
- Kenntnisse im Rechnungs- und Mahnwesen

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Gedächtnisstütze beim Vorstellungsgespräch einer Zahnarzthelferin (Fortsetzung)

Abrechnungserfahrung
– GKV
  • Konservierend/chirurgisch
  • Prothetik
  • Kieferbruch
  • Parodontologie
  • KfO
– Privatliquidation
– Mehrkostenberechnung
– Zahntechnische Abrechnung

Erfahrung bei Behandlungsassistenz
– Individualprophylaxe
– Füllungstherapie
– Endodontie
– Präparationen (Inlays/Kronen)
– Abformungen
– Extraktionen
– Operative Zahnentfernungen
– Weitere chirurgische Maßnahmen
– FAL/FTL
– Kieferorthopädische Maßnahmen (festsitzend/herausnehmbar)
– Parodontologie

Behandlungsunterstützung
– Abdrücke erstellen (Vorabdrücke/Alginatabdrücke)
– Provisorienerstellung nach Präparation
– Bestrahlungen
– Röntgenassistenz/Röntgentechniken
– Mundhygieneinstruktion/Prophylaxe
– Kenntnisse von Intraoralkamera

Hygienekenntnisse
– Pflege und Wartung der Röntgengeräte
– Desinfektion und Sterilisation von Geräten/Instrumenten
– Hygieneüberwachung in den Behandlungsräumen

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Urteil nach Gesprächsabschluss

Äußeres Erscheinungsbild

Gesamteindruck der Bewerberin _____

Passend zum Praxisteam _____

Eigene Bemerkungen _____

Spracheindruck

Klang der Stimme/auch im Hinblick auf Telefonate _____

Qualität der Ausdrucksweise (Dialekt, Fremdsprachen?) _____

Präzision in den Antworten _____

Eigene Fragen _____

Entscheidung

Keine Einstellung _____

Einstellung/Eintrittstermin _____

Warteliste/Entscheidung ggf. bis _____

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Tätigkeitsbeschreibung für eine Zahnarzthelferin

Allgemeine Verwaltung

– Umgang mit dem Praxis-EDV-System
– Patientenempfang und Stammdatenaufnahme
– Karteiführung, Dokumentation, Verwaltungstätigkeiten
– Erledigung von Korrespondenz
– Führung der Kontrollbücher und des Gerätebuches
– Telefonische Patientenbetreuung an der Rezeption
– Recallüberwachung
– Rechnungs- und Mahnwesen
– Praxisbuchführung/-buchhaltung
– Eigene Bemerkungen _____

Abrechnungen

– GKV-Abrechnungen
  • Konservierend/chirurgisch
  • Prothetik
  • Kieferbruch
  • Parodontologie
  • Kfo
– Privatliquidationen
– Mehrkostenberechnungen
– Zahntechnische Abrechnung
– Eigene Bemerkungen _____

Assistenz bei der Behandlung

– Vorbereitung definierter Behandlungskomplexe
  • Individualprophylaxe
  • Füllungstherapie
  • Endodontie
  • Präparationen (Inlays, Kronen)
  • Abformungen
  • Extraktionen
  • Operative Zahnentfernungen
  • Weitere chirurgische Maßnahmen
  • FAL/FTL
  • Kieferorthopädische Maßnahmen (festsitzend/herausnehmbar)
  • Parodontologie
– Eigene Bemerkungen _____

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Tätigkeitsbeschreibung für eine Zahnarzthelferin (Fortsetzung)

Hygiene und Wartung

– Pflege und Wartung von Röntgengeräten
– Konstanzmessungen regelmäßig erledigen
– Entwicklung von Röntgenaufnahmen
– Desinfektion und Sterilisation von Geräten, Instrumenten etc.
– Überwachung der Hygiene in den Behandlungsräumen
– Regelmäßige Wartung der zahnärztlichen Instrumente
– Gerätewartung von _____

_____

Organisatorische Tätigkeiten

– Versand und Entgegennahme von Laborarbeiten
– Überwachung der Verbrauchsmaterialien
– Rechtzeitiger Einkauf von Materialien
– Durchführung von Laborarbeiten wie _____
– Überwachung des Zustandes des Aufenthaltsraumes
– Überwachung des Zustandes des Wartezimmers
– Pflege der Praxiskleidung/OP-Kleidung

Patientenbetreuung

– Intraoralkamera
– Beratung und Instruktion von Patienten im Rahmen der Prophylaxe (Mundhygieneinstriktion)
– Durchführung von Prophylaxetätigkeiten am Patienten wie Mundhygiene etc.
– Bestrahlungen am Patienten
– Vorabdrücke zur Behandlungsvorbereitung
– Provisorienerstellung nach Präparationen
– Eigene Bemerkungen _____

Stand/Datum _____

Bitte beachten Sie, dass diese Tätigkeitsbeschreibung nicht Bestandteil des Arbeitsvertrages ist. Es handelt sich im vorliegenden Beispiel um eine beispielhafte Auflistung, die keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt und individuell nach den Gegebenheiten der Praxis geändert werden muss.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Tätigkeitsbeschreibung für eine auszubildende Zahnarzthelferin

Allgemeine Verwaltung

– Umgang mit dem Praxis-EDV-System
– Patientenempfang und Stammdatenaufnahme
– Karteiführung, Dokumentation, Verwaltungstätigkeiten
– Erledigung von Korrespondenz
– Führung der Kontrollbücher und des Gerätebuches
– Telefonische Patientenbetreuung an der Rezeption
– Eigene Bemerkungen _____

Abrechnungen

– GKV-Abrechnungen
  • Konservierend/chirurgisch
  • Prothetik
  • Kieferbruch
  • Parodontologie
  • Kfo
– Privatliquidationen
– Mehrkostenberechnungen
– Eigene Bemerkungen _____

Assistenz bei der Behandlung

– Vorbereitung definierter Behandlungsabläufe
  • Individualprophylaxe
  • Füllungstherapie
  • Endodontie
  • Präparationen (Inlays, Kronen)
  • Abformungen
  • Extraktionen
  • Operative Zahnentfernungen
  • Weitere chirurgische Maßnahmen
  • FAL/FTL
  • Kieferorthopädische Maßnahmen (festsitzend/herausnehmbar)
  • Parodontologie
– Eigene Bemerkungen _____

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Tätigkeitsbeschreibung für eine auszubildende Zahnarzthelferin (Fortsetzung)

Hygiene und Wartung

– Pflege und Wartung von Röntgengeräten
– Entwicklung von Röntgenaufnahmen
– Desinfektion und Sterilisation von Geräten, Instrumenten etc.
– Überwachung der Hygiene in den Behandlungsräumen
– Regelmäßige Wartung der zahnärztlichen Instrumente
– Gerätewartung von _____
_____

Organisatorische Tätigkeiten

– Durchführung von Laborarbeiten wie _____
– Überwachung des Zustandes des Aufenthaltsraumes
– Überwachung des Zustandes des Wartezimmers
– Pflege der Praxiskleidung/OP-Kleidung

Stand/Datum _____

Bitte beachten Sie, dass diese Tätigkeitsbeschreibung nicht Bestandteil des Arbeitsvertrages ist. Es handelt sich im vorliegenden Beispiel um eine beispielhafte Auflistung, die keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt und individuell nach den Gegebenheiten der Praxis geändert werden muss.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

7.4.1.1. Befristete und unbefristete Arbeitsverträge

Im Hinblick auf die Neueinstellung eines Mitarbeiters ist es einer der Kernpunkte, ob ein Arbeitsvertrag befristet oder unbefristet abgeschlossen wird. Im Folgenden sollen die grundsätzlichen Unterschiede zwischen unbefristeten und befristeten Arbeitsverträgen dargestellt und die Konsequenzen für die Zahnarztpraxis aufgezeigt werden:

Unbefristeter Vertrag/Vertrag auf unbestimmte Dauer
In der Regel werden Arbeitsverträge auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Festgelegt werden dabei u. a. der Vertragsbeginn, die Probezeit und die Kündigungsmöglichkeit für beide Vertragsparteien.

Zu beachten ist, dass sechs Monate nach der Neueinstellung des Mitarbeiters die Regelungen des so genannten Kündigungsschutzgesetzes für etwas größere Betriebe greifen. Hierunter fallen Betriebe, die mehr als fünf im Sinne des Kündigungsschutzgesetzes anzurechnende Arbeitnehmer ausschließlich der Auszubildenden beschäftigen (siehe im Einzelnen Kapitel 7.4.8.2. »Kündigungsschutz«). Sofern eine Zahnarztpraxis unter diese Regelung fällt – dies ist insbesondere bei Gemeinschaftspraxen und Praxisgemeinschaften der Fall –, ist eine Kündigung nach dem Ablauf von sechs Monaten keinesfalls unkompliziert. Vielmehr ist eine Kündigung im Ergebnis nur dann möglich, wenn sie aus in der Person des Arbeitnehmers liegenden Gründen (z. B. Arbeitsverweigerung, dauerhaft mangelhafte Arbeitsweise etc.) oder betrieblichen Gründen (z. B. starker Umsatzeinbruch, der zur Gefährdung des Betriebes führt) erfolgt. Dabei muss der Arbeitgeber bei der Kündigung nach dem Kündigungsschutzgesetz auch die richtige so genannte Sozialauswahl treffen. Er darf zum Beispiel nicht einer langjährigen Mitarbeiterin mit Kindern kündigen, wenn im Betrieb vergleichbare kinderlose Mitarbeiter mit einer kürzeren Beschäftigungsdauer angestellt sind.

In der Konsequenz muss ein Arbeitgeber deshalb beim Abschluss eines unbefristeten Arbeitsvertrages in der sechsmonatigen Probezeit sehr sorgfältig prüfen, ob er sich längerfristig an den Arbeitnehmer binden möchte.

Sofern das Kündigungsschutzgesetz nicht anwendbar ist, ist eine Kündigung mit der im Vertrag festgelegten so genannten ordentlichen Kündigungsfrist ohne nähere Begründung möglich. Bei längerer Beschäftigungsdauer des Arbeitnehmers verlängern sich allerdings die Kündigungsfristen gesetzlich (siehe Kapitel 7.4.8.1. »Kündigungsfristen im Arbeitsrecht«).

Bei unbefristeten Verträgen hat eine Schwangerschaft einer Mitarbeiterin weitreichende Konsequenzen. Im Fall einer Schwangerschaft ist ein Arbeitsverhältnis nicht kündbar, selbst wenn es erst wenige Tage besteht und die Probezeit noch nicht abgelaufen ist. In diesem Fall kann sich die Konsequenz ergeben, dass der Arbeitgeber u. U. eine Arbeitnehmerin über Jahre hinweg beschäftigen muss (z. B. bei entsprechender Verlängerung des Erziehungsurlaubes nach der Entbindung).

Befristete Arbeitsverträge
Ab 1. Januar 2001 gilt das so genannte Gesetz über Teilzeitarbeit und befristete Arbeitsverträge und zur Änderung und Aufhebung arbeitsrechtlicher Bestimmungen. Dieses Gesetz führt zu wesentlichen Änderungen auch bei befristeten Verträgen und ist die Nachfolgeregelung des bisher gültigen »Beschäftigungsförderungsgesetzes«.

Bei befristeten Arbeitsverträgen ist wie bisher eine Befristung zulässig, wenn ein sachlich rechtfertigender Grund vorliegt. Das Gesetz nennt typische Befristungsgründe ohne eine abschließende Regelung zu treffen (z. B. Vertretung eines Arbeitnehmers; vorübergehender zusätzlicher Arbeitskräftebedarf etc.).

Die Befristung eines Vertrages ohne sachlichen Befristungsgrund ist nur bei einer Neueinstellung zulässig. Sie ist ausgeschlossen, wenn beim Arbeitgeber schon ein befristeter oder unbefristeter Arbeitsvertrag bestanden hat. Wie in der bisherigen Regelung des Beschäftigungsförderungsgesetzes bleibt es bei einer Höchstbefristungsdauer von zwei Jahren.

In der Praxis ist die kalendermäßige Befristung eines Arbeitsvertrages ohne sachlichen Grund bei Neueinstellungen von besonderer Relevanz, da sie unkompliziert ist und für eine klare Rechtslage sorgt. Bei Kündigungen mit sachlich rechtfertigendem Grund (z. B. vorübergehender zusätzlicher Arbeitskräftebedarf) kann es im Einzelfall zu Streitigkeiten im Hin-

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 01/2013

blick auf die Begründung und die Befristung kommen.

Sofern ein kalendermäßig befristeter Vertrag im Sinne des Gesetzes über Teilzeitarbeit und befristete Arbeitsverträge ohne sachlichen Befristungsgrund abgeschlossen wird (Höchstdauer zwei Jahre), endet das Arbeitsverhältnis mit Ablauf der vereinbarten Zeit automatisch, ohne dass es einer Kündigung bedarf. Unerheblich ist dabei, ob eine Arbeitnehmerin in diesem Zeitraum schwanger geworden ist oder der Betrieb unter das Kündigungsschutzgesetz fällt. Wie ausgeführt, sieht die gesetzliche Regelung vor, dass die kalendermäßige Befristung eines Arbeitsvertrages ohne Vorliegen eines sachlichen Grundes bis zur Dauer von zwei Jahren zulässig ist; bis zu dieser Gesamtdauer von zwei Jahren ist auch die höchstens dreimalige Verlängerung eines kalendermäßig befristeten Arbeitsvertrages zulässig. So könnte beispielsweise ein Arbeitnehmer zunächst für eine Zeit von sechs Monaten befristet neu eingestellt werden. Im direkten Anschluss könnte er zum Beispiel für weitere zwölf Monate befristet eingestellt werden.

Wichtig ist, dass eine Befristung ohne Vorliegen eines sachlichen Grundes nicht mehr möglich ist, wenn der Arbeitnehmer bereits unbefristet neu eingestellt wurde.

Die Möglichkeit, einen Arbeitsvertrag bis zur Dauer von zwei Jahren zu befristen, ist sowohl für den Arbeitgeber als auch für den Arbeitnehmer in vielen Fällen von Vorteil. Bei unsicherer Auftragslage ergibt sich für den Arbeitgeber mehr Flexibilität und die oftmals bestehende Hemmschwelle, einen Arbeitnehmer einzustellen, wird geringer. Dabei ist es ohne Probleme möglich, nach Ablauf des befristeten Vertrages das Arbeitverhältnis unbefristet fortzusetzen. Auch für den Arbeitnehmer kann es im Einzelnen durchaus von Vorteil sein, einen befristeten Vertrag abzuschließen. Bei unbefristeten Verträgen ist die sechsmonatige Probezeit in vielen Fällen recht kurz bemessen. Gerade wenn der Arbeitgeber sich unsicher ist, ob er zum Beispiel im Hinblick auf das Kündigungsschutzgesetz in der Probezeit kündigt oder nicht, bietet der Abschluss eines befristeten Vertrages oder eines erneuten befristeten Vertrages die Möglichkeit einer Verlängerung der »Testphase«. In diesen Fällen lässt sich eine oftmals aus reiner Vorsicht ausgesprochene Kündigung in der Probezeit zumindest verhindern und dem Arbeitnehmer wird eine weitere Chance gegeben.

Abweichend von der grundsätzlichen Möglichkeit, einen Arbeitsvertrag für zwei Jahre ohne Vorliegen eines sachlichen Grundes zu befristen, gibt es für Existenzgründer, die Mitarbeiter einstellen, und für die Beschäftigung älterer Mitarbeiter Sonderregelungen.

Nach § 14 Abs. 2 a des Teilzeit- und Befristungsgesetzes ist in den ersten vier Jahren nach der Gründung eines Unternehmens die kalendermäßige Befristung eines Arbeitsvertrages ohne Vorliegen eines sachlichen Grundes bis zur Dauer von vier Jahren zulässig; bis zu dieser Gesamtdauer von vier Jahren ist auch die mehrfache Verlängerung eines kalendermäßig befristeten Arbeitsvertrages zulässig. Dies gilt nicht für Neugründungen im Zusammenhang mit der rechtlichen Umstrukturierung von Unternehmen.

Darüber hinaus ist die kalendermäßige Befristung eines Arbeitsvertrages ohne Vorliegen eines sachlichen Grundes bis zu einer Dauer von fünf Jahren zulässig, wenn der Arbeitnehmer bei Beginn des befristeten Arbeitsverhältnisses das 52. Lebensjahr vollendet hat und unmittelbar vor Beginn des befristeten Arbeitsverhältnisses mindestens vier Monate beschäftigungslos gewesen ist. Bis zu der Gesamtdauer von fünf Jahren ist auch die mehrfache Verlängerung des Arbeitsvertrages zulässig.

Zu beachten ist in jedem Falle, dass die Befristung eines Arbeitsvertrages zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform bedarf.

In einer Entscheidung des Bundesarbeitsgerichtes (BAG) vom 06.04.2011 (7 AZR 716/09) wurde die Frage geklärt, ob ein Arbeitgeber mit einem bereits früher einmal beschäftigten Arbeitnehmer einen kalendermäßig befristeten Arbeitsvertrag abschließen kann. Das BAG stellt heraus, dass nach § 14 Abs. 2 S. 2 TzBfG eine Befristung eines Arbeitsvertrages ohne Vorliegen eines sachlichen Grundes bis zu einer Dauer von zwei Jahren nicht möglich ist, wenn mit demselben Arbeitgeber bereits zuvor ein befristetes oder unbefristetes Arbeitsverhältnis bestanden hat. Eine »Zuvorbeschäftigung« liegt aber nach Auffassung des BAG nicht vor, wenn ein früheres Arbeitsverhältnis

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 01/2013

mehr als drei Jahre zurückliegt. Dies ergebe eine an ihrem Sinn und Zweck orientierte verfassungskonforme Auslegung der gesetzlichen Regelung, die es einem Arbeitgeber ermöglichen solle, auf schwankende Auftragslagen und wechselnde Marktbedingungen durch befristete Einstellungen zu reagieren. Das Verbot der »Zuvorbeschäftigung« solle Befristungsketten und den Missbrauch befristeter Arbeitsverträge verhindern. Das Verbot könne allerdings auch zu einem Einstellungshindernis werden, weshalb die Anwendung nur insoweit gerechtfertigt sei, als dies zur Verhinderung von Befristungsketten erforderlich sei. Bei lange zurückliegenden früheren Beschäftigungen sei dies typischerweise nicht mehr der Fall. Der Gesetzeszweck rechtfertige deshalb die Beschränkung der Vertragsfreiheit der Arbeitsvertragsparteien und die damit verbundene Einschränkung der Berufswahlfreiheit des Arbeitnehmers nicht. Konsequenz dieser Entscheidung ist, dass ein Arbeitgeber, der einen früheren Mitarbeiter wieder einstellt, nicht in jedem Fall einen Arbeitsvertrag auf unbestimmte Zeit abschließen, was für ihn gerade bei Anwendbarkeit des Kündigungsschutzgesetzes zu einer sehr langen Bindung an den Arbeitnehmer führen kann. Nach dem Urteil des BAG kann er nunmehr auch eine kalendermäßige und sachgrundlose Befristung vornehmen, wenn der Arbeitnehmer vor mehr als drei Jahren aus seinem Betrieb ausgeschieden ist. Auch für den Arbeitnehmer ist diese Entscheidung positiv, da auch nach einem langen Berufsausstieg die Chancen steigen werden, bei einem früheren Arbeitgeber zumindest eine befristete Stelle zu bekommen, die bei Bewährung ja auch in beiderseitigem Einvernehmen in ein Arbeitsverhältnis auf unbestimmte Zeit umgewandelt werden kann.

RA Michael Lennartz

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 01/2013

7. Personal
7.4. Arbeitsrecht
7.4.1. Einstellung von neuen Mitarbeitern
7.4.1.1. Befristete und unbefristete Arbeitsverträge

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 01/2013

7.4.1.2. Anstellung von Zahnärzten

Ein Vertragszahnarzt kann an seinem Vertragszahnarztsitz weitere Zahnärzte anstellen. Rechtliche Grundlagen hierfür sind zum einen die Regelungen in der Zulassungsverordnung für Zahnärzte, im Sozialgesetzbuch V und in den Bundesmantelverträgen (Bundesmantelvertrag Zahnärzte sowie Ersatzkassenvertrag Zahnärzte, deren Neuregelungen ab 01.07.2007 in Kraft getreten sind). Insbesondere durch die Neuregelungen des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes (VÄndG) ist es zu einigen bedeutsamen Neuregelungen bei der Anstellung von Zahnärzten gekommen:

– Ein Vertragszahnarzt kann an seinem Vertragszahnarztsitz weitere Zahnärzte anstellen. Er ist nach wie vor zur persönlichen Praxisführung verpflichtet und muss die angestellten Zahnärzte bei der Leistungserbringung persönlich anleiten und überwachen, damit er die entsprechend delegierten Leistungen auf zulässige Weise gegenüber seiner Kassenzahnärztlichen Vereinigung abrechnen kann. Die persönliche Anleitung und Überwachung seiner Mitarbeiter ist auch insoweit von Relevanz, damit der Zahnarzt nicht steuerrechtlich als Gewerbebetrieb qualifiziert wird.

– Unter Einbeziehung der Regelungen des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes wurden in den Bundesmantelverträgen Grundsätze für die Beschäftigung von angestellten Zahnärzten in Vertragszahnarztpraxen herausgebildet:

– Der Vertragszahnarzt kann bis zu zwei vollzeitbeschäftigte bzw. vier halbzeitbeschäftigte Zahnärzte anstellen.

– Hat er eine Teilzulassung, kann er einen vollzeitbeschäftigten Zahnarzt anstellen. Alternativ kann er bis zu vier Zahnärzte anstellen, deren Arbeitszeiten sich höchstens auf eine Vollzeitstelle summieren.

– Angestellte Zahnärzte können auch in Zweigpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften beschäftigt werden.

– Voraussetzung für die Anstellung eines Zahnarztes ist, dass dieser die zweijährige Vorbereitungszeit absolviert hat. Die Anstellung muss bei der zuständigen Kassenzahnärztlichen Vereinigung beantragt worden sein und zudem vom Zulassungsausschuss genehmigt werden. Anstellungsverhältnisse werden im Rahmen der Honorarverteilung KZV-spezifisch berücksichtigt. Auf Basis des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes ist auch neu, dass ein angestellter Zahnarzt sich auch bei mehreren Vertragszahnärzten in Teilzeit anstellen lassen kann.

– Nicht als angestellte Zahnärzte im Sinne der Zulassungsverordnung der Zahnärzte gelten Vorbereitungs-, Weiterbildungs- oder Entlastungsassistenten, die weiterhin beschäftigt werden können.

– Wichtig ist zu beachten, dass die Arbeit von angestellten Zahnärzten in Zweigpraxen nach den auf Bundesebene getroffenen vertraglichen Regelungen bestimmten Regeln unterliegt. Am Vertragszahnarztsitz angestellte Zahnärzte können maximal ein Drittel der Arbeitszeit, die sie dort leisten, in Zweigpraxen tätig sein. Die Arbeitszeit eines Zahnarztes, der in einer Zweigpraxis angestellt ist, kann höchstens doppelt so lang sein wie die Arbeitszeit des Vertragszahnarztes in dieser Zweigpraxis. Eine sicher nicht unkomplizierte Regelung.

– Von Bedeutung ist mit Sicherheit auch, dass die Anstellung eines angestellten Zahnarztes budgetwirksam ist, wobei die diesbezüglichen Regelungen je nach KZV-Bereich abweichen können.

RA Michael Lennartz

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 11/2010

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 11/2010

7.4.1.3. Flexibilisierung des Arbeitsverhältnisses

Im Folgenden werden einige Grundmodelle zur Flexibilisierung von Arbeitsverhältnissen aufgezeigt. Welche hiervon in Betracht kommen, bedarf einer umfassenden betrieblichen Analyse seitens des Praxisinhabers.

I. Flexibilisierung der Arbeitszeit

Selbst das Bundesarbeitsgericht hat in seiner Grundsatzentscheidung (BAG vom 07.12.2005, Az: 5 AZR 535/04) zum Thema Arbeit auf Abruf festgestellt, dass die Erbringung von Arbeit in starren Arbeitszeitrastern kaum noch allen heutigen Erfordernissen entspricht. Die Fünf-Tage-Arbeitswoche mit jeweils Acht-Stunden-Tagen ergänzt durch hin und wieder angeordnete Überstunden mag durchaus noch in einigen Praxen die bestmögliche Arbeitsorganisation sein. Dennoch sollten sich Praxisinhaber darüber bewusst sein, dass es je nach ihrer erstellten Analyse attraktive Alternativen zur Standardarbeitszeitregelung gibt.

1. Überstunden

Der Klassiker zur Flexibilisierung der Arbeitszeit ist die Anordnung von Überstunden. Hat sich der Mitarbeiter arbeitsvertraglich grundsätzlich zu Überarbeit verpflichtet oder liegt eine Notfallsituation in der Praxis vor, kann der Zahnarzt Arbeitsleistung über die vereinbarte Regelarbeitszeit bzw. die maximale Tages- oder Wochenstundenanzahl hinaus verlangen.

Überstunden sind nach wie vor zur kurzfristigen Überbrückung von gelegentlich erhöhtem Arbeitsaufkommen ein durchaus geeignetes Instrument in der alltäglichen Praxisarbeit. Zur nachhaltigen Flexibilisierung der Arbeitszeit sind sie jedoch nur äußerst bedingt geeignet, da es bei einer starren Regelstundenvereinbarung bleibt. Wird für Überstunden ein erhöhter Stundensatz gezahlt, wird es unter Umständen für den Praxisinhaber teuer. Erfolgt ein Freizeitausgleich, kann es zu Engpässen in der Praxisorganisation kommen. Sind Überstunden ohne Ausgleich vereinbart, kann es zu Unzufriedenheit bei den Mitarbeitern kommen, falls häufiger Überstunden angeordnet werden.

2. Arbeit auf Abruf

Der Arbeit auf Abruf standen die Gerichte lange Zeit kritisch, ja sogar ablehnend gegenüber. Seit einem Grundsatzurteil des Bundesarbeitsgerichtes (BAG vom 07.12.2005, Az: 5 AZR 535/04) sind die Möglichkeiten zu einer derartigen Flexibilisierung aber maßgeblich verbessert worden. Es wurden allerdings klare Grenzen festgelegt, die bei der Vereinbarung von Arbeit auf Abruf einzuhalten sind.

Es bedarf einer eindeutigen Regelung im Arbeitsvertrag, nämlich dass der Arbeitnehmer seine Arbeitsleistung entsprechend dem Arbeitsanfall zu erbringen hat, so die Legaldefinition von Arbeit auf Abruf in §12 Abs. 1 Satz 1 des Teilzeit- und Befristungsgesetzes (TzBfG), wobei der Begriff »Arbeit auf Abruf« aus Gründen der Klarstellung verwendet werden muss. Diese Vereinbarung muss eine bestimmte Dauer der wöchentlichen und täglichen Arbeitszeit festlegen. Damit soll das Lohnrisiko auf beide Vertragsparteien verteilt werden bzw. es soll verhindert werden, dass der Arbeitgeber über einen gewissen Zeitraum den Mitarbeiter überhaupt nicht zur Arbeit heranzieht und dieser dadurch auch keinen Lohn erhält, obwohl er sich stets zur Erbringung seiner Arbeitsleistung bereithalten muss. Wird die Wochenarbeitszeit nicht festgelegt, so wird eine Vereinbarung auf zehn Arbeitsstunden pro Woche durch § 12 Abs. 1 Satz 3 TzBfG fingiert. Falls keine tägliche Arbeitszeit vereinbart wurde, hat der Zahnarzt seinen Mitarbeiter für mindestens drei aufeinander folgende Stunden pro Tag in Anspruch zu nehmen, § 12 Abs. 1 Satz 4 TzBfG. Ferner ist der Umfang der Arbeitsstunden, die im Bedarfsfall abgerufen werden kann, ausdrücklich und eindeutig zu beziffern. Hierfür wurden die konkreten Grenzen durch das Bundesarbeitsgericht bei maximal 25 % Mehrleistung oder alternativ im Rahmen einer Arbeitszeitkürzung bei 20 % gezogen. Dabei ist anzumerken, dass eine Kombination aus beiden Optionen in vollem Umfang wiederum nicht zulässig ist.

Beispiel 1:
Wird eine 20-Stunden-Woche vereinbart bei einer möglichen Erhöhung um 25 %, ist der Praxisinhaber verpflichtet, jedenfalls die 20 Stunden zu entlohnen. Er kann je nach Bedarf den Mitarbeiter ohne Begründung anweisen bis zu fünf Stunden in der Woche auch dauerhaft mehr zu arbeiten. Nur wenn diese

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 11/2010

Erhöhung in Anspruch genommen wird, muss diese auch entsprechend der tatsächlichen Mehrleistung entlohnt werden.

Beispiel 2:
Wird eine 30-Stunden-Woche vereinbart bei einer möglichen Kürzung von bis zu 20 %, kann der Zahnarzt ohne weitere Begründung die Wochenarbeitszeit auf maximal 24 Stunden auch dauerhaft reduzieren. Zu entlohnen ist die jeweils geleistete Arbeitszeit, mindestens aber 24 Stunden in der Woche.

Darüber hinaus kommt eine Variante in Betracht, bei der eine Mittelung der regelmäßigen Arbeitszeit festgelegt wird, mit einer Erhöhungs- und Kürzungsoption. Hierbei dürfen allerdings, wie bereits erwähnt, nicht beide Maximalgrenzen voll ausgeschöpft werden.

Beispiel 3:
Wird eine 36-Stunden-Woche mit Erhöhungs- und Kürzungsoption vereinbart, kann der Praxisinhaber die Arbeitszeit bis zu 32 Stunden reduzieren oder auf maximal 40 Stunden erhöhen. Hierdurch würde sowohl die Erhöhungsgrenze von 25 % ausgehend von der wöchentlichen Mindestarbeitszeit (32 Stunden + 25 % = 40 Stunden) als auch die Kürzungsgrenze von 20 % ausgehend von der wöchentlichen Maximalarbeitszeit (40 Stunden – 20 % = 32 Stunden) eingehalten werden.

Festgelegt werden sollte, wie sich die abgerufenen bzw. reduzierten Arbeitsstunden auf die Vergütung auswirken. Ferner ist der Zahnarzt verpflichtet seinen Mitarbeiter mindestens vier Tage vorher über die Ausübung der Erhöhungs- oder Kürzungsoption zu informieren (§ 12 Abs. 2 TzBfG), da diesem sonst ein Leistungsverweigerungsrecht zustünde. Letztlich schließt eine Vereinbarung über Arbeit auf Abruf aber nicht aus, dass über deren festgelegte Höchstgrenze hinaus noch Überstunden angeordnet werden können.

3. Gleitarbeitszeit und Arbeitszeitkonten

a. Ausgangspunkt Gleitarbeitszeit
Im Wesentlichen stellt der Praxisinhaber seinen Mitarbeitern bei vereinbarter Gleitarbeitszeit einen vergrößerten Zeitrahmen zur Verfügung, in dem der einzelne Angestellte seine zeitlich bemessene Arbeitsleistung zu erbringen hat. Jedenfalls hat er bis zum Ende des Tages seine zeitlich bemessene tägliche Arbeitszeit (in der Regel acht Stunden) abzuleisten. Ein Ausgleich von zu wenig abgeleisteter täglicher Arbeitszeit ist bei der ursprünglichen Gleitarbeitszeitvereinbarung nicht möglich. Dementsprechend liegt Gleitarbeitszeit also vor, wenn dem Mitarbeiter zur Erledigung seiner Arbeit eine Zeitspanne zur Verfügung gestellt wird, in der er die Anfangszeit frei wählen kann und die Arbeit nach Ablauf der betrieblichen Arbeitszeit beendet.

Beispiel: Der Arbeitstag in der Praxis beginnt um 8.00 Uhr. Kernarbeitszeit ist von 9.00 bis 16.00 Uhr. Der Arbeitstag in der Praxis endet um 19.00 Uhr. Damit besteht für die Mitarbeiter die Möglichkeit, im Rahmen von elf Stunden ihre achtstündige Arbeitsleistung zu erbringen.

Um den Betriebsablauf nicht zu stören, sollte im Rahmen der Gleitzeit eine so genannte Kernarbeitszeit vereinbart werden, welche sich dadurch auszeichnet, dass die Mitarbeiter zwar den Startzeitpunkt ihres Arbeitstages frei wählen können, dieser aber jedenfalls zu Beginn der Kernzeit starten muss, so dass alle Mitarbeiter ab diesem Zeitpunkt in der Praxis anwesend sind.

Bei allen Maßnahmen zur Flexibilisierung der Arbeitszeit, vor allem aber bei der Gleitarbeitszeit, muss der Praxisinhaber darauf achten, dass die gesetzlichen Höchstarbeitszeiten (48 bzw. 60 Stunden) eingehalten werden. Notfalls muss er auch korrigierend eingreifen, wozu er ein System etablieren muss, das eine entsprechende Überprüfung ermöglicht.

Falls man sich zur Einführung von Gleitarbeitszeit entschließt, sollte darauf geachtet werden, dass zumindest die Normalarbeitszeit, die Gleitspanne am Morgen und Nachmittag, die Kernarbeitszeit und Regelungen zur Kontrolle der Arbeitszeit in den Arbeitsvertrag mit aufgenommen werden.

b. Arbeitszeitkonten
Zur Organisation der Gleitarbeitszeit werden oftmals Arbeitszeitkonten eingerichtet, die ähnlich wie Bankkonten gefüllt, aber auch überzogen werden können. Damit wird ein noch höherer Flexibilisierungsgrad erreicht, da die Mitarbeiter nicht mehr die tägliche

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 11/2010

Arbeitszeit (von in der Regel acht Stunden) bis zum Ende des Arbeitstages erbracht haben müssen. Ist die Kernarbeitszeit wie in dem oben gebildeten Beispiel nur fünf Stunden lang, müssten Angestellte auch nur während dieser Zeit in der Praxis sein. Die nicht abgeleisteten drei Arbeitsstunden würden ihnen als Soll auf ihrem Arbeitszeitkonto angerechnet werden.

Zwar bedeutet die Einführung von Arbeitszeitkonten ein höheres Maß an Flexibilität, doch bedarf es einiger ergänzender Regelungen in den Arbeitsverträgen, um das damit einhergehende Konfliktpotenzial möglichst zu minimieren. So sollte sowohl ein Maximalguthaben als auch ein Maximalrückstand festgelegt werden und ein Zeitraum, innerhalb dessen diese maximalen Grenzen erreicht werden dürfen. Ferner sollte eine Ausgleichsfrist definiert werden, in der Zeitguthaben und Zeitsoll auszugleichen sind, und Regelungen für den Fall der positiven oder negativen Überschreitung. Gewöhnlich werden kurzfristige Arbeitszeitkonten eingeführt, die eine Spanne von etwa –50 bis +50 Arbeitsstunden ermöglichen.

Der Grund bzw. das Ziel für die Einführung von Arbeitszeitkonten ist zwischen den Vertragsparteien frei verhandelbar. Grundsätzlich bezweckt der Praxisinhaber natürlich an erster Stelle die Dienste seiner Mitarbeiter während der geleisteten Arbeitszeit so effektiv wie möglich zu nutzen. Hierfür würde ein kurzfristig geführtes Arbeitszeitkonto ausreichen. Die Anpassungsmöglichkeiten sind jedoch (fast) unbeschränkt. Die kalendarischen Abschnitte, für die das Zeitkonto gelten soll, sind letztendlich von den Arbeitsvertragsparteien frei definierbar. So sind auch mittelfristige Arbeitszeitkonten vereinbar, die als vereinbartes Ziel eine längere vertragliche Freistellung, z. B. ein Sabbatjahr des Mitarbeiters oder für Maßnahmen der beruflichen Qualifikation und Weiterbildung, festlegen, § 7c Abs. 1 Nr. 2 SGB IV. Eine andere Variante ist, dass das Wertguthaben für die Zeit verbraucht wird, in der gesetzliche Freistellungsansprüche, wie z. B. Elternzeit nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz oder Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz, wahrgenommen werden, § 7c Abs. 1 Nr. 1 lit. a SGB IV.

Eine weitere attraktive Variante kann das langfristige Arbeitszeitkonto darstellen, welches bis hin zum Lebensarbeitszeitkonto ausgestaltet sein kann. Letzteres enthielte – wenn überhaupt – eine sehr hohe Guthabengrenze, die es dem Arbeitnehmer ermöglichen würde ohne finanzielle Einbußen früher aus dem Berufsleben auszuscheiden. Für den Arbeitgeber hätte es den Vorteil, dass er den Lohn für die angesparten Arbeitsstunden nicht sofort auszahlen muss, sondern hierfür lediglich Sicherheiten bieten muss.

Selbstredend können auch Ausnahmen zum Regelfall des Zeitkontos vereinbart werden. Ist für den Praxisinhaber zum Beispiel vorhersehbar, dass an gewissen Tagen, Wochen oder Monaten erhöhter Arbeitsbedarf anfallen wird, sollte eine entsprechende Klausel mit in den Arbeitsvertrag aufgenommen werden. Sind die Frühlingsmonate in der Regel stark frequentiert, sollte vereinbart werden, dass z. B. grundsätzlich ein Arbeitszeitkonto besteht, aber im März und April eine standardmäßige Arbeitsleistung von acht Arbeitsstunden täglich an fünf Arbeitstagen in der Woche zu erbringen ist. An eine solche Konkretisierung sind dann beide Vertragsparteien gebunden, auch wenn sich herausstellen sollte, dass sich der Praxisinhaber verkalkuliert hat. In diesem Fall wäre eine einvernehmliche Abänderung der Arbeitszeitverteilung nötig. Kann diese nicht erzielt werden, kann der Arbeitgeber immer noch Überstunden anordnen, wobei dann deren rechtliche Grenzen und Konsequenzen zu beachten wären.

4. KAPOVAZ-Klausel

Für den Praxisinhaber besonders attraktiv stellt sich die so genannte KAPOVAZ-Abrede dar. Die Abkürzung steht für kapazitätsorientierte variable Arbeitszeit und ist eine Kombination aus Arbeit auf Abruf und Arbeitszeitkonten. Durch diese Verbindung wird ein Maximum an Flexibilität gewährleistet. Die Klausel wurde bisher vornehmlich im Einzelhandel eingesetzt, um saisonale Schwankungen z. B. in der Weihnachtszeit bewältigen zu können. Bei der Grundkonstruktion wird Arbeit auf Abruf mit einer Erhöhungsoption vereinbart. In Zeitabschnitten mit geringem Arbeitsaufkommen kann aber die Mindestbeschäftigungszeit unterschritten werden, indem überschüssige Arbeitsstunden dem Arbeitszeitkonto gutgeschrieben werden. Dieses Guthaben kann dann in sehr arbeitsintensiven Zeitabschnitten, falls das Ausschöpfen der

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 11/2010

maximalen Grenze der Erhöhungsoption nicht ausreicht, abgearbeitet werden – ohne (kostenintensive) Überstunden anordnen zu müssen.

Bei der Ausgestaltung einer solchen Klausel ist aber Vorsicht geboten. Vor allem ist auf ein ausgewogenes Gleichgewicht zwischen den Interessen beider Vertragsparteien zu achten. Schließlich versagte die Rechtsprechung bis vor wenigen Jahren noch die Möglichkeit zur Einführung von Arbeit auf Abruf mit dem Argument, dass hiermit das wirtschaftliche Risiko hauptsächlich auf den Arbeitnehmer abgewälzt und so gegen das (arbeits-)vertragliche Gegenleistungsprinzip verstoßen würde. Kommt es zu einer gerichtlichen Überprüfung der jeweiligen KAPOVAZ-Klausel, wird insbesondere untersucht, ob die Interessen des Arbeitgebers und des Arbeitnehmers in einem ausgewogenen Verhältnis zueinander stehen. Es ist daher vor allem das Interesse des Mitarbeiters an einer verlässlichen und beständigen wöchentlichen Mindestarbeitszeit und damit an einem geregelten Einkommen zu berücksichtigen.

II. Flexibilisierung des Arbeitsentgelts

Moderne »Entgeltsysteme« bestehen aus mehreren variablen Bestandteilen, die sich an die jeweiligen Situationen des Unternehmens bzw. der Praxis anpassen können.

Als inspirierendes Beispiel sei ein kurzer Einblick in das Vergütungssystem des Unternehmens SAP gegeben. Das Arbeitsentgelt der SAP-Mitarbeiter besteht grundsätzlich aus vier Komponenten. Zum einen ein monatliches Grundgehalt, so dass die Grundversorgung der Mitarbeiter jedenfalls gesichert ist. Darüber hinaus gibt es mehrere variable Anteile. Das Grundgehalt wird durch eine Prämie ergänzt, die sich nach der individuellen Zielerreichung des jeweiligen Mitarbeiters bemisst. Zusätzlich wird das Gehalt am Ende des Jahres durch eine Erfolgsbeteiligung als Sonderzahlung ergänzt. Abgerundet wird das Entgeltsystem mit einem separaten Prämienbudget für außergewöhnliche Leistungen.

Das Beispiel lässt den enormen Unterschied zu einer »traditionellen« Fixgehaltregelung offensichtlich werden. Zum einen enthält es Volumenflexibilität bzgl. der Entgelthöhe und Strukturflexibilität bzgl. der Zusammensetzung des Entgelts aus verschiedenen Komponenten. Der Praxisinhaber sollte sich im Vorfeld durch eine umfassende Analyse seiner Mitarbeiter- und Entgeltstruktur überlegen, ob die Dynamik, die durch eine Flexibilisierung des Arbeitsentgelts ausgelöst wird, das Weiterkommen seiner Praxis unterstützt, oder ob sie sich als »Bumerang« erweist. Denn der anspornende Charakter von Prämien und anderen Anreizen kann nur dann in Produktivität und Effektivität münden, wenn die Mitarbeiter auch tatsächlich die Möglichkeit haben, eine Veränderung selbst herbeizuführen. Ansonsten besteht die Gefahr, dass Mitarbeiter hinsichtlich der in Aussicht gestellten Boni resignieren und in einen enttäuschten Trott verfallen. Ein Patentrezept kann es nicht geben, schließlich sollen die unterschiedlichen Flexibilisierungsinstrumente dazu gereichen, die Arbeitsverhältnisse in einem Betrieb bzw. einer Zahnarztpraxis optimal an deren Zielsetzung anzupassen. Daher muss an erster Stelle stets die Frage nach den eigenen praxisbezogenen Flexibilisierungszielen stehen, ob es auf der einen Seite tatsächlich (nur) die Kostenentlastung des Praxisinhabers vor allem in Krisenzeiten und andererseits (nur) der Anreizaspekt für die Mitarbeiter ist.

1. Fixum

Das Arbeitsrecht verbietet Regelungen zur flexiblen Vergütung von Arbeitsleistung nicht. Es verlangt noch nicht einmal einen erfolgsunabhängigen Mindestbestandteil, ein so genanntes Fixum. Allerdings wird der Arbeitgeber durch die Rechtsprechung in seine Schranken verwiesen. Zum einen ist hier die Sittenwidrigkeit des § 138 BGB zu nennen, die einen Bestandteil der Untergrenze von Vergütungsvereinbarungen ausmacht. Nach einer Entscheidung des Bundesarbeitsgerichtes (BAG vom 10.10.1990, Az: 5 AZR 404/89) ist es sittenwidrig, wenn der Arbeitnehmer mit dem Betriebs- oder Wirtschaftsrisiko des Arbeitgebers belastet wird. In einem Urteil des Landesarbeitsgerichtes Berlin vom 17.02.1997 (9 Sa 124/96) wurde aus ähnlichen Gründen der Vorausverzicht auf Gehaltsteile bei Ausbleiben von Drittmitteln als sittenwidrig beanstandet. Die einzelnen Bestandteile des Lohns müssen so gestaffelt sein, dass der Arbeitnehmer eine effektive Chance hat, im Durchschnitt einen für seine Leistung angemessenen Lohn zu erhalten. So hat das Arbeitsgericht Bremen geurteilt, dass es

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 11/2010

dem Gebot der Fairness entspräche, ein Fixum mindestens in der Höhe des Sozialhilfesatzes zu gewähren (ArbG Bremen vom 30.08.2000, 5 Ca 5152/00 und 5198/00).

Die Möglichkeiten, selbst- und eigenständig zu arbeiten, sind in einer Zahnarztpraxis beschränkt. Schließlich dürfen die meisten Mitarbeiter nur nach Anweisung und meist nur unter Aufsicht eines Zahnarztes agieren. Insofern wird es mit der Einräumung von Chancen, die der Arbeitnehmer nach seiner freien Entscheidung ergreifen kann, aber nicht muss, schwierig. Es kann daher dem Zahnarzt nur geraten werden ein deutliches Fixum und leistungs- bzw. erfolgsabhängige Lohnbestandteile nur zum Zwecke der Motivationsförderung mit seinen Mitarbeitern zu vereinbaren. Bei angestellten Zahnärzten oder an der unmittelbaren Patientenversorgung nicht teilnehmenden Angestellten, d. h. bei Mitarbeitern, die auch eigenständig über den Umfang ihrer Tätigkeit entscheiden können, kann es sich hingegen als sehr motivierend darstellen, ein geringeres Fixum und dafür einen höheren variablen Gehaltsanteil zu vereinbaren.

2. Erfolgsabhängige Lohnkomponente

Im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses ist der Arbeitnehmer eigentlich nur zur Erbringung von Diensten, nicht von Erfolgen verpflichtet. Allerdings ist in modernen Vergütungssystemen regelmäßig eine erfolgsabhängige Lohnkomponente enthalten. Man spricht insofern von Zielvereinbarungen und Zielprämien im Rahmen des so genannten »Success Sharing«, bekannter als Provisionen und Bonuszahlungen.

Dieser Erfolg muss im Arbeitsvertrag hinreichend genau umschrieben sein. Die genaue Ausgestaltung kann dann im Rahmen von regelmäßigen Zielvereinbarungsgesprächen erfolgen. Es sind hierbei die bereits oben dargelegten Grenzen hinsichtlich eines Fixums zu beachten. Dem Arbeitnehmer darf keine Verdienstmöglichkeit in Aussicht gestellt werden, ohne realistische Aussicht auf Erfolg. Der Mitarbeiter muss die Möglichkeit erhalten, das gesetzte Ziel zu erreichen. Als Beispiele lassen sich z. B. das regelmäßige Absolvieren von Fortbildungen, der Gewinn neuer Patienten für die PZR etc. anführen.

Wird eine erfolgsabhängige Lohnkomponente in der Art vereinbart, dass z. B. der angestellte Zahnarzt einen bestimmten Prozentsatz des von ihm im Monat erwirtschafteten Umsatzes erhält, muss der Praxisinhaber auch dafür Sorge tragen, dass eine faire Aufgabenverteilung innerhalb der Praxis erfolgt. So haben in der Vergangenheit Arbeitgeber versucht, den individuellen Umsatz ihrer Mitarbeiter möglichst gering zu halten, indem sie anfallende Aufgaben nach den bereits erreichten Umsätzen verteilten. Für den Fall eines begründeten Verdachts hinsichtlich solcher benachteiligenden Verteilungsmechanismen hat das Bundesarbeitsgericht dem Arbeitnehmer einen Auskunftsanspruch über die Auftragsverteilung zugesprochen (BAG vom 21.11.2000, Az: 9 AZR 665/99).

3. Umsatz- bzw. Gewinnbeteiligung

Wurden die Praxisziele durch die Gesamtleistung der Mitarbeiterschaft erreicht, erhält jeder Einzelne als Teil der Praxis eine so genannte Tantieme. Er soll damit motiviert werden, einen Beitrag zum wirtschaftlichen Erfolg der Praxis zu leisten. Sinnvoller ist für den Praxisinhaber aber in vielen Fällen eine Gewinnbeteiligung, damit nicht nur die Quantität, sondern die Wirtschaftlichkeit insgesamt Ziel der Anstrengungen des Mitarbeiters wird.

Vor Kurzem legte das Bundessozialgericht (BSG vom 03.06.2009, Az: B 12 KR 18/08 R) fest, dass Umsatzbeteiligungen bei Angestellten als einmalig gezahltes Arbeitsentgelt gelten. Dem Urteil lag folgender Fall zugrunde: Ein Zahnarzt beschäftige einen Zahntechniker, der zusätzlich zu einem Festgehalt eine Umsatzbeteiligung erhielt. Die Umsatzbeteiligung wurde in mehreren Abschlagszahlungen und einer Endzahlung gewährt. In der Gehaltsabrechnung gab der Praxisinhaber die Zahlungen als laufenden Arbeitslohn an. Dies wurde bei einer Betriebsprüfung von der Deutschen Rentenversicherung (DRV) moniert. Umsatzbeteiligungen seien einmalig gezahltes Arbeitsentgelt. Dieser Meinung schloss sich das Bundessozialgericht mit der Folge an, dass die Zahlungen rechnerisch jeweils auf die Monate bis zum Zeitpunkt der Zahlung verteilt wurden und dementsprechend Sozialversicherungsbeiträge nachzuzahlen waren.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 11/2010

4. Besondere Gratifikationen

Auszahlungen aus einem Prämienbudget sollten nicht vertraglich festgelegt sein, sondern als unabhängiger Teil eines Anreizsystems genutzt werden. So ist unter einer Gratifikation auch die freiwillige Zuwendung des Arbeitgebers zu verstehen, mit der eben nicht die reguläre Entlohnung von Arbeitsleistung bezweckt wird. Diese besonderen Zuwendungen sind zur Anerkennung außergewöhnlicher Leistungen gedacht, die naturgemäß nicht im Vorhinein festgelegt werden können. Daher sind sie auch nicht als Gehaltsbestandteil zu werten. Zahlungen aus diesem Budget sind sowohl während des Jahres als auch am Ende eines Jahres möglich. So könnte z. B. ein Bonus für jede einzelne kostensparende Idee ausgelobt werden und eine weitere am Ende des Jahres für die beste der von den Mitarbeitern eingebrachten Ideen während des letzten Jahres. Verbreitet sind Gratifikationen für Betriebstreue, die ab einer bestimmten Dauer an Praxiszugehörigkeit gewährt werden.

An dieser Stelle sei auf zwei zu bedenkende rechtliche Aspekte hingewiesen. Zum einen die Gefahr, dass durch die regelmäßige Wiederholung einer Gratifikationsgewährung eine betriebliche Übung geschaffen wird, aus der dann ein dauerhafter Anspruch der Mitarbeiter erwächst. Zum anderen muss vor allem bei der Gewährung von Gratifikationen der Gleichbehandlungsgrundsatz beachtet werden.

5. Weitere zu beachtende Aspekte bei flexiblen Entgeltsystemen

a. Arbeitsrechtlicher Gleichbehandlungsgrundsatz

Der arbeitsrechtliche Gleichbehandlungsgrundsatz besteht auch für solche Vergütungsbestandteile, wie sie oben beschrieben wurden. Daraus lässt sich allerdings nicht die Verpflichtung ableiten, dass auch mit allen Mitarbeitern die identische Vergütungsform vereinbart werden müsste. Verständlich ist, dass eine flexible Vergütungsvereinbarung mit einem angestellten Zahnarzt anders ausgestaltet werden kann als mit einer Sprechstundenhilfe.

b. Widerrufsvorbehalt

Es besteht die Möglichkeit für Bestandteile des Arbeitsentgelts, insbesondere Zulagen oder Provisionen, einen Widerrufsvorbehalt für den Praxisinhaber in die Entgeltklausel mit aufzunehmen. Hinsichtlich der Wirksamkeit einer solchen Widerrufsklausel kommt es darauf an, ob die Entgeltreduzierung bei Wahrnehmung des Widerrufsrechts durch den Praxisinhaber das Gleichgewicht zwischen Leistung und Gegenleistung grundlegend stört. Den Widerruf einer Provision in Höhe von 15 % der Gesamtvergütung hat das Bundesarbeitsgericht (BAG vom 21.04.1993, Az: 7 AZR 297/92) nicht als störend beurteilt.

c. Flexible Entgeltbestandteile während Arbeitsunfähigkeit, Urlaub u. Ä.

Natürlich hat auch der Mitarbeiter, der als Gehaltsteil Provisionen erhält, einen Anspruch auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall bzw. auf bezahlten Urlaub. Oft besteht bei Praxisinhabern die Vorstellung, dass in diesen Fällen nur das vereinbarte Fixum zu zahlen wäre, da der vereinbarte Erfolg durch den Mitarbeiter aufgrund seiner Abwesenheit nicht erbracht werden kann. Dem ist nicht so. § 4 Entgeltfortzahlungsgesetz (EFZG) bestimmt, dass das im Krankheitsfall zu zahlende Gehalt nach dem so genannten Lohnausfallprinzip zu berechnen ist. Es ist also darauf abzustellen, welches Gehalt – inklusive Provisionen – dem Mitarbeiter zustehen würde, wäre er nicht krank geworden. In § 4 Abs. 1a Satz 2 EFZG findet sich eine Sonderregel für erfolgsabhängige Vergütungen. Hiernach ist »erzielbarer Durchschnittsverdienst« bei regelmäßiger Arbeitszeit Berechnungsgrundlage, d. h., dem Mitarbeiter ist der von ihm erzielte Provisionsdurchschnitt zu zahlen. Zur Ermittlung des regelmäßigen Durchschnitts an Provisionen ist eine sachgerechte Schätzung unter Berücksichtigung vergangener Zeiträume vorzunehmen, d. h., der Durchschnitt der in den letzten – in der Regel drei – Monaten gezahlten Provisionen ist während der Krankheit neben dem Fixum weiter zu zahlen. Treten jahreszeitliche Schwankungen auf, muss der Berechnungszeitraum für den zu ermittelnden Durchschnitt ausgeweitet werden, damit die Schätzung nach dem Lohnausfallprinzip akkurat ausfällt. Gibt es also jahreszeitliche Schwankungen, muss auf die durchschnittliche Provisionshöhe der letzten zwölf Monate abgestellt werden.

Ähnliches gilt für den Zeitraum des Beschäftigungsverbotes nach dem Mutterschutzgesetz (MuSchG). Gemäß § 11 MuSchG hat die Mitarbeiterin einen Anspruch auf Zahlung des durchschnittlichen Gehalts

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 11/2010

der letzten 13 Wochen bzw. drei Monate vor Beginn der Schwangerschaft, falls sie teilweise oder völlig mit der Arbeit aussetzen muss.

d. Kürzung von Sondervergütungen im Krankheitsfall
Wird ein Mitarbeiter krank, hat er Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts in Höhe des ihm regelmäßig zustehenden Umfangs, so genanntes Lohnausfallprinzip, §§ 3, 4 Entgeltfortzahlungsgesetz (EFZG). Wird eine erfolgsabhängige Lohnkomponente vereinbart, wird im Krankheitsfall grundsätzlich der durchschnittliche Verdienst des Arbeitnehmers der letzten Monate berechnet und entsprechend weiter gezahlt. Allerdings ist in § 4a EFZG ausdrücklich geregelt, dass hiervon vertraglich abgewichen werden darf. Zahlt der Praxisinhaber eine Sondervergütung zum laufenden Arbeitsentgelt, z. B. eine Provision für das Erreichen vorher bestimmter Ziele, kann durch eine zusätzliche Klausel im Arbeitsvertrag vereinbart werden, dass diese Sondervergütung bei der Ermittlung des laufenden Arbeitseinkommens für die Zeiträume unberücksichtigt bleibt, in denen der Mitarbeiter arbeitsunfähig ist.

III. Einführung von Flexibilisierungsmaßnahmen

Im Rahmen der Vertragsverhandlungen können die Parteien ihre Vorstellungen von der Ausgestaltung des Arbeitsverhältnisses in den Arbeitsvertrag einfließen lassen. Hier kann der Praxisinhaber sein Zeitmanagement- und Entgeltkonzept einbringen.

Bestehende Arbeitsverhältnisse sind nur schwierig abzuändern. Eine Möglichkeit ist der Änderungsvertrag, mit dem Arbeitsbedingungen angepasst werden können. Willigt der Mitarbeiter ein, indem er den Änderungsvertrag unterzeichnet, wird das Arbeitsverhältnis unter den neuen Bedingungen fortgeführt.

Sofern der Mitarbeiter kein neues Vergütungssystem vereinbaren möchte, kann der Arbeitgeber als letzte Möglichkeit eine Änderungskündigung aussprechen. Diese setzt sich aus zwei Komponenten zusammen: einer Kündigung und einem Angebot zum Abschluss eines neuen Arbeitsverhältnisses zu den geänderten Bedingungen.

RA Michael Lennartz

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 11/2010

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 11/2010

7.4.1.4. Praktikum

Da für die Schüler in den Endklassen der weiterführenden Schulen die Berufswahl ein Schritt mit Folgen für das gesamte Berufsleben ist, muss man sich ausgiebig informieren. Deshalb kann ein Praktikum entscheidende Einblicke in die Berufe geben und die Berufswahl beeinflussen. Die oder der Praktikant kann prüfen, ob der Beruf den eigenen Interessen und Begabungen entspricht. Die Praxis sollte sich vorher aber mit den rechtlichen Rahmenbedingungen eines Praktikums auseinandersetzen.

Nach § 5 **Jugendarbeitsschutzgesetz** dürfen Kinder unter 15 Jahren grundsätzlich nicht beschäftigt werden.

Für Schul-Pflichtpraktika in der Hauptschule (Betriebspraktikum) und für vollzeitschulpflichtige Jugendliche über 15 Jahre während der Ferien für höchstens 4 Wochen im Kalenderjahr (z. B. Schnupperlehre) gibt es Ausnahmen.

Jugendliche (15- bis 17-Jährige) dürfen nach Maßgabe des **Jugendarbeitsschutzgesetzes** beschäftigt werden.

Im Übrigen dürfen Kinder unter 15 Jahren und noch vollzeitschulpflichtige Jugendliche über 15 Jahre nicht im Rahmen eines Praktikums außerhalb der Ferien und länger als 4 Wochen im Kalenderjahr in der Praxis beschäftigt werden. Möglich ist lediglich ein informeller Betriebsaufenthalt, d. h. ein »über die Schulter schauen«, ohne Zuweisung von Tätigkeiten. Folgende Einschränkungen gelten dabei:

Kinder im Schul-Pflichtpraktikum, vollzeitschulpflichtige Jugendliche über 15 Jahre in der »Schnupperlehre« während der Ferienzeit sowie nicht mehr vollzeitschulpflichtige Jugendliche im Praktikum dürfen nur nach Maßgabe des **Jugendarbeitsschutzgesetzes**, welches zahlreiche Vorschriften zum Schutze der Minderjährigen beinhaltet, beschäftigt werden.

Diese Kinder und Jugendlichen dürfen entsprechend § 22 Abs. 1 **Jugendarbeitsschutzgesetz** nicht mit Arbeiten beschäftigt werden, bei denen sie schädlichen Einwirkungen von biologischen Arbeitsstoffen ausgesetzt sind. Der Umgang mit Blut, Urin, Speichel und anderen Körperausscheidungen ist daher im Praktikum ebenso verboten wie eine Tätigkeit mit stechenden und schneidenden kontaminierten Gegenständen. Hierbei müssen Alter, Kenntnisstand sowie körperliche Leistungsfähigkeit beachtet werden. Vereinfacht ausgedrückt, dürfen Praktikanten nur mit Tätigkeiten betraut werden, die sie ohne Eigen- und Fremdgefährdung durchführen können. Zulässig sind diese Tätigkeiten nur im Rahmen einer Ausbildung, sofern sie ausbildungsnotwendig sind.

Als Arbeitsbereich kommt daher im Praktikum eine Tätigkeit am Patienten nicht in Frage. Gegen eine rein beobachtende Tätigkeit außerhalb eines Gefahrenbereiches bestehen jedoch keine Bedenken. Weitere gefahrlose Einsatzgebiete wären z. B. die Bereiche Rezeption und Verwaltung.

Achtung! Gegebenenfalls können die Vorschriften zum Mindestlohn greifen. Halten Sie Rücksprache mit Ihrem Personalverantwortlichen oder Ihrem Steuerberater.

Da Praktikanten im Berufsleben und insbesondere auch im Hinblick auf eine Tätigkeit im Gesundheitswesen unerfahren sind, muss gleich zu Beginn des Praktikums eine umfangreiche Belehrung erfolgen (§ 29 JArbSchG)!

Gegenstand der Belehrung sind Unfallverhütungsvorschriften sowie potenzielle Unfall- und Gesundheitsgefahren, die sich aus der Tätigkeit ergeben können.

Selbstverständlich müssen Praktikanten auch über notwendige Hygienemaßnahmen und sonstige Schutzmaßnahmen informiert werden. Bei der Belehrung ist zu beachten, dass sie in einer für Praktikanten verständlichen Art und Weise zu erfolgen hat. Darüber hinaus muss auch die Möglichkeit gegeben werden, Fragen zu stellen. Es empfiehlt sich, die Belehrung zu dokumentieren.

Häufig werden im Rahmen eines Schulpraktikums die Arbeitszeiten durch die Schule vorgegeben. Falls es keine Vorgaben gibt, dürfen Jugendliche (also Personen, die mindestens 15 Jahre, aber noch keine 18 Jahre alt sind) nicht mehr als 8 Stunden täglich und nicht mehr als 40 Stunden wöchentlich beschäftigt werden

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 04/2018

(§ 8 Abs. 1 JArbSchG). Bei einer Arbeitszeit von mehr als 4,5 bis 6 Stunden pro Tag stehen Minderjährigen 30 Minuten Pause zu. Arbeiten Jugendliche mehr als 6 Stunden, stehen ihnen 60 Minuten Pause zu. Spätestens nach 4,5 Stunden muss die erste Pause erfolgen (§ 11 JArbSchG).

Eine Beschäftigung vor 6 Uhr und nach 20 Uhr ist ebenso unzulässig wie eine Tätigkeit an Sonnabenden und Sonntagen (§§ 14 Abs. 1, 15, 16 Abs. 1 und 17 Abs. 1 JArbschG). Diese Regelungen gelten auch für minderjährige Auszubildende, wobei diese jedoch ausnahmsweise auch am Wochenendnotdienst teilnehmen können (§§ 16 Abs. 2 Nr. 10, 17 Abs. 2 Nr. 7 JArbSchG), wenn sie nicht vor 6 Uhr und nach 20 Uhr tätig sind. Volljährige Praktikanten dürfen grundsätzlich bis zu 8 Stunden täglich beschäftigt werden (§ 3 ArbZG).

Ein Einsatz von minderjährigen Praktikanten am Patienten bzw. in einem infektionsgefährdeten Bereich ist nicht zulässig. Es gibt damit kein zwingendes Erfordernis einer spezifischen Schutzimpfung, zum Beispiel gegen Hepatitis. Bei volljährigen Praktikanten kann der Einsatz in der Assistenz nur dann erfolgen, wenn vorab zum Beispiel gegen Hepatitis B immunisiert wurde.

Wichtig ist auch die Frage einer Versicherung des Praktikanten. Teilnehmer eines Schulpraktikums sind über die Schülerunfallversicherung versichert (§ 2 Abs. 1 Nr. 8 b) SGB VII). Somit besteht eine Absicherung im Falle von Arbeits- und Wegeunfällen sowie bei Berufskrankheiten. Wenn es kein Schul- oder Studienpraktikum ist, so besteht grundsätzlich Versicherungsschutz über die zuständige Berufsgenossenschaft, aber nur, wenn die Praxis den Praktikanten dort auch gemeldet hat. Daher sollte die Berufsgenossenschaft vor Beginn des Praktikums informiert werden.

Seitens des Schulträgers ist in der Regel für die Zeit des verpflichtenden Betriebspraktikums (und nur dafür!) eine von den Erziehungsberechtigten zu zahlende Schülerhaftpflichtversicherung abzuschließen. Bitte vor Beginn des Praktikums abklären!

Soweit es sich dagegen nicht um ein solches Schul-Pflichtpraktikum handelt, ist der Abschluss einer Haftpflichtversicherung dringend anzuraten. Dabei kann eine Versicherung über die Praxis im Rahmen der Berufshaftpflichtversicherung des Zahnarztes infrage kommen.

Während des Praktikums können Praktikanten auch Informationen erlangen, die der ärztlichen Schweigepflicht (§ 203 StGB) unterliegen. Aus diesem Grund ist es zwingend notwendig, die Praktikanten im Vorfeld des Praktikums über ihre Schweigepflicht zu informieren und auch eine schriftliche Verschwiegenheitserklärung unterzeichnen zu lassen.

Bei minderjährigen Praktikanten bedarf dies auch durch die gesetzlichen Vertreter (Eltern) erfolgen. Wenn die Praktikanten bei den Behandlungen von Patienten (rein beobachtend) anwesend sein sollen oder Einsicht in Patientenunterlagen haben, muss vorher die Zustimmung des Patienten eingeholt werden. Es empfiehlt sich zur eigenen Absicherung eine kurze Notiz in der Karteikarte, dass der Patient einverstanden ist.

Dr. Christian Öttl

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 04/2018

7.4.2. Mitarbeiterbelehrungen

Mitarbeiterbelehrung über den Umgang mit Gefahrstoffen

Durch die jeweilige Unterschrift wird bestätigt, dass die bzw. der Unterzeichnende gemäß § 20 GefStoffV anhand der Betriebsanweisungen über den Umgang mit den verwendeten Gefahrstoffen belehrt wurde.

Im Einzelnen wurde auf die nachstehenden Punkte und deren Einhaltung besonders hingewiesen:

1. Die Betriebsanweisungen für den Umgang mit Gefahrstoffen finden Sie in der Praxis:

   _____

2. Auf das in der Praxis und im Labor vorhandene Gefahrstoffverzeichnis wird verwiesen.

3. Beim Umgang mit Gefahrstoffen sind die erforderlichen Schutzmaßnahmen und Verhaltensregeln einzuhalten.

4. Die beim Umgang mit Gefahrstoffen entstehenden gefährlichen Abfälle sind sachgerecht zu entsorgen.

5. Beim Umgang mit Gefahrstoffen sind die erforderlichen Schutzmaßnahmen zu treffen, insbesondere ist eine geeignete Schutzkleidung/Schutzausrüstung zu tragen.

6. Gebärfähige Arbeitnehmerinnen sind über die für werdende Mütter möglichen Gefahren und Beschäftigungsbeschränkungen zu unterrichten.

7. Für den Verbrauch durch Personal im Betrieb bestimmte Lebensmittel und Tabakerzeugnisse dürfen nur so aufbewahrt werden, dass sie mit Gefahrstoffen nicht in Berührung kommen.

Name	Datum	Unterschrift

_____
Praxisinhaberin/Praxisinhaber

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Mitarbeiterbelehrung über den Umgang mit Quecksilber und Amalgam

Durch die jeweilige Unterschrift wird bestätigt, dass die bzw. der Unterzeichnende gemäß § 20 GefStoffV und anhand der Betriebsanweisung über den Umgang mit Quecksilber und Amalgam belehrt wurde.

Im Einzelnen wurde auf die nachstehenden Punkte und deren Einhaltung besonders hingewiesen:

1. Die Betriebsanweisung für den Umgang mit Gefahrstoffen.
2. Auf das in der Praxis vorhandene Gefahrstoffverzeichnis.
3. Beim Umgang mit Gefahrstoffen sind die erforderlichen Schutzmaßnahmen und Verhaltensregeln einzuhalten.
4. Die beim Umgang mit Gefahrstoffen entstehenden gefährlichen Abfälle sind sachgerecht zu entsorgen.
5. Beim Umgang mit Gefahrstoffen sind die erforderlichen Schutzmaßnahmen zu treffen, insbesondere ist eine geeignete Schutzkleidung zu tragen.
6. Gebärfähige Arbeitnehmerinnen sind über die für werdende Mütter möglichen Gefahren und Beschäftigungsbeschränkungen zu unterrichten.
7. Für den Verbrauch durch Personal im Betrieb bestimmte Lebensmittel und Tabakerzeugnisse dürfen nur so aufbewahrt werden, dass sie mit Gefahrstoffen nicht in Berührung kommen.

Name	Datum	Unterschrift

_____
Praxisinhaberin/Praxisinhaber

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Mitarbeiterbelehrung »Schweigepflicht«

Praxis: _____
_____
_____
_____

Belehrung über die Verschwiegenheitsverpflichtung

Frau/Herr _____ wohnhaft in _____ wurde heute von mir, _____ (Zahnärztin/Zahnarzt) eingehend mündlich darüber belehrt, dass sie bzw. er zur absoluten Verschwiegenheit über alle Tatsachen und Begebenheiten, die ihr bzw. ihm in der Eigenschaft als Mitarbeiterin/Mitarbeiter meiner Praxis anvertraut oder bekannt werden bzw. bekannt geworden sind, verpflichtet ist.

Hierzu gehören auch sämtliche wirtschaftlichen, finanziellen, privaten oder sonstigen Umstände, die ihr bzw. ihm über Patienten mitgeteilt oder bekannt werden.

Sie bzw. er wurde des Weiteren darüber belehrt, dass auch nahen Angehörigen der Patienten nicht unbefugt Auskunft erteilt werden darf.

Die Pflicht zur Verschwiegenheit bezieht sich auch auf schriftliche Mitteilungen der Patienten, Dokumentationen und Aufzeichnungen über Patienten, Röntgenaufnahmen und sonstige Untersuchungsbefunde.

Die Mitarbeiterin/der Mitarbeiter wurde ebenfalls darüber belehrt, dass die Verpflichtung zur Verschwiegenheit auch nach Beendigung des Ausbildungsverhältnisses bei Nichtübernahme bzw. nach Beendigung des Anstellungsverhältnisses weiterbesteht.

Im Rahmen der Belehrung wurde auf § 203 Strafgesetzbuch (»Verletzung von Privatgeheimnissen«) verwiesen.

Der Mitarbeiterin/dem Mitarbeiter wurde eine Kopie der Belehrung ausgehändigt.

_____

Datum Unterschrift

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Mitarbeiterbelehrung über den Inhalt der Unfallverhütungsvorschriften

Durch die jeweilige Unterschrift wird bestätigt, dass die bzw. der Unterzeichnende über den Inhalt der Unfallverhütungsvorschriften (siehe auch Checkliste »Aushangpflichtige Gesetze und Verordnungen«) belehrt wurde.

Im Einzelnen wurde auf die nachstehenden Punkte und deren Einhaltung besonders hingewiesen:

1. Alle in der Praxis Beschäftigten haben alle der Arbeitssicherheit dienenden Maßnahmen zu unterstützen und sind verpflichtet, Weisungen der Praxisinhaberin oder des Praxisinhabers zum Zwecke der Unfallverhütung zu befolgen, es sei denn, es handelt sich um Weisungen, die offensichtlich unbegründet sind.

2. Die zur Verfügung gestellte persönliche Schutzausrüstung und Schutzkleidung ist zu benutzen.

3. Einrichtungen dürfen nur zu dem von der Praxisinhaberin oder dem Praxisinhaber bestimmten oder üblichen Zweck verwendet werden.

4. Die in den einzelnen Unfallverhütungsvorschriften (BGV) enthaltenen Maßnahmen sind zu beachten und einzuhalten.

Name	Datum	Unterschrift

_____
Praxisinhaberin/Praxisinhaber

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Mitarbeiterbelehrung über die kostenlose Immunisierungsmöglichkeit Hepatitis B

Durch die jeweilige Unterschrift wird bestätigt, dass die bzw. der Unterzeichnende über die Möglichkeit einer kostenlosen Immunisierung gegen HBV belehrt wurde.

Im Einzelnen wurde auf die nachstehenden Punkte besonders hingewiesen:

1. Nach der § 4 BGV C8 – Gesundheitsdienst – und § 15 (4) Biostoffverordnung ist die Immunisierung für die Beschäftigten kostenlos.

2. Die gebotenen Maßnahmen zur Immunisierung sind im Einvernehmen mit dem Arzt, der die arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen gem. BGV A4 durchführt, festzulegen.

3. Die im Arbeitsbereich auftretenden übertragbaren Krankheiten sind unverzüglich der Praxisinhaberin oder dem Praxisinhaber zur Mitteilung an den die arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchung durchführenden Arzt bekannt zu geben.

Name	Datum	angenommen	abgelehnt	Unterschrift

_____

Praxisinhaberin/Praxisinhaber

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Mitarbeiterbelehrung nach BGV C8 »Hygiene« und § 12 (2) Biostoffverordnung

Durch die jeweilige Unterschrift wird bestätigt, dass die bzw. der Unterzeichnende anhand der Unfallverhütungsvorschrift BGV C8 »Gesundheitsdienst«, der Betriebsanweisung im Umgang mit biologischen Arbeitsstoffen (Seite C 4-21) gemäß § 12 (2) Biostoffverordnung und des Hygieneplans über:

1. Infektionsgefahren,
2. Gefährdungen am Arbeitsplatz,
3. Schutzkleidung,
4. Händehygiene,
5. Umgang mit Desinfektionsmitteln und Gefahrstoffen,
6. Maßnahmen zur Desinfektion,
7. Reinigung und Sterilisation von Instrumenten,
8. Desinfektion und Reinigung von Geräten und Arbeitsbereichen,
9. Entsorgung von Praxisabfällen sowie
10. Verhalten bei Arbeitsunfällen und in Notfallsituationen

unterrichtet wurde.

Name	Datum	Unterschrift

_____
Praxisinhaberin/Praxisinhaber

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Mitarbeiterbelehrung nach BGV B2 »Laserstrahlung«

Durch die jeweilige Unterschrift wird bestätigt, dass die bzw. der Unterzeichnende über den Inhalt der BGV B2 »Laserstrahlung« belehrt wurde.

Im Einzelnen wurde auf die nachstehenden Punkte und deren Einhaltung besonders hingewiesen:

1. Beschäftigte, die Lasereinrichtungen der Klassen 2 bis 4 anwenden oder die sich in Laserbereichen von Lasereinrichtungen der Klassen 3 B oder 4 aufhalten, sind über das zu beachtende Verhalten zu unterweisen.

2. Die für den sicheren Betrieb der Lasereinrichtungen erforderlichen Schutzeinrichtungen und die persönlichen Schutzausrüstungen (wie Augenschutzgeräte, Schutzkleidung, Schutzhandschuhe) werden von der Praxisbetreiberin oder dem Praxisbetreiber zur Verfügung gestellt und sind zu benutzen.

3. In Laserbereichen, in denen Lasereinrichtungen der Klassen 3 B oder 4 betrieben werden, dürfen Jugendliche nicht beschäftigt werden. Dies gilt nicht für Jugendliche über 16 Jahre, soweit
   a) dies zur Erreichung ihres Ausbildungszieles erforderlich ist und
   b) ihr Schutz durch Aufsicht eines Fachkundigen gewährleistet ist.

Name	Datum	Unterschrift

_____
Praxisinhaberin/Praxisinhaber

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Belehrung über Gefahren gem. § 29 JArbSchG

Durch die jeweilige Unterschrift wird bestätigt, dass die bzw. der Jugendliche nach § 29 JArbSchG belehrt wurde.

§ 29 JArbSchG hat folgenden Wortlaut:

(1) Der Arbeitgeber hat die Jugendlichen vor Beginn der Beschäftigung über die Unfall- und Gesundheitsgefahren, denen sie bei der Beschäftigung ausgesetzt sind sowie über die Einrichtungen und Maßnahmen zur Abwendung dieser Gefahren zu unterweisen. Er hat die Jugendlichen vor der erstmaligen Beschäftigung an Maschinen oder gefährlichen Arbeitsstellen oder mit Arbeiten, bei denen sie mit gesundheitsgefährdenden Stoffen in Berührung kommen, über die besonderen Gefahren dieser Arbeiten sowie über das bei ihrer Verrichtung erforderliche Verhalten zu unterweisen.

(2) Die Unterweisungen sind in angemessenen Zeitabständen, mindestens aber halbjährlich, zu wiederholen.

Ferner wird mit der Unterschrift bestätigt, dass gemäß § 47 JArbSchG darauf hingewiesen wurde, an welcher Stelle im Betrieb das Jugendarbeitsschutzgesetz ausliegt.

Name der bzw. des Jugendlichen	Datum	Unterschrift

_____
Praxisinhaberin/Praxisinhaber

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Jährliche Mitarbeiterbelehrung gemäß § 36 RöV

5 Jahre Aufbewahrungsfrist nach § 36 RöV

Durch die jeweilige Unterschrift wird bestätigt, dass die bzw. der Unterzeichnende über die Arbeitsmethoden, mögliche Gefahren, anzuwendende Schutzmaßnahmen und über den Inhalt der Röntgenverordnung belehrt wurde.

Im Einzelnen wurde auf die nachstehenden Punkte und deren Einhaltung besonders hingewiesen:

1. Die Röntgenverordnung liegt im Röntgen-/Behandlungsraum zur Einsichtnahme aus.
2. Alle beim Betrieb dieser Röntgeneinrichtung beschäftigten Personen müssen anhand der Gebrauchsanweisung in die sachgerechte Handhabung durch jemanden eingewiesen werden, der über die erforderliche Fachkunde verfügt.
3. Die durch die Röntgenuntersuchung bedingte Strahlenexposition ist so weit einzuschränken, wie dies mit den Erfordernissen der medizinischen Wissenschaft zu vereinbaren ist. Hierzu zählt insbesondere der Einsatz hochempfindlicher Filme, soweit es die klinische Fragestellung zulässt.
4. Nach erfolgter Abnahmeprüfung ist wöchentlich eine Konstanzprüfung der Filmverarbeitung und monatlich eine Konstanzprüfung weiterer Röntgengeräte vorzunehmen.
5. Hilfskräfte dürfen unter ständiger Aufsicht und Verantwortung eines nach § 24 Abs. 1 fachkundigen Arztes oder Zahnarztes Röntgenstrahlen anwenden, wenn sie über die notwendige Fachkunde verfügen.
6. Vor der Anwendung von Röntgenstrahlen muss aufgezeichnet werden (§ 23 Abs. 3, § 28 Abs. 1):
   a) Besteht eine Schwangerschaft?
   b) Sind Röntgenaufnahmen in dem Bereich angefertigt worden, der jetzt untersucht werden soll?

   Dabei ist nach dem Röntgennachweisheft zu fragen bzw. sind Röntgenpässe bereitzuhalten und anzubieten.
7. Über die Anwendung von Röntgenstrahlen müssen Aufzeichnungen angefertigt werden, aus denen der Zeitpunkt, die Art der Anwendung, untersuchte Körperregion sowie Strahlenbelastung zu ermitteln ist (§ 28 Abs. 1).

Name der bzw. des Jugendlichen	Datum	Unterschrift

Strahlenschutzbeauftragter: _____

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

7.4.2.1. Praxishygiene – was ist rechtlich zu beachten?

Es gibt kaum rechtlich verbindliche Regelungen zu diesem Thema, dass aber wegen seiner möglichen Konsequenzen bei der täglichen Praxisarbeit von herausragender Wichtigkeit ist. Zur Vermeidung von Unsicherheiten bei den Beschäftigten sollte der Zahnarzt zu diesem Thema klare Regelungen treffen.

Rechtlich ist der Praxisinhaber verpflichtet Maßnahmen zur Desinfektion und Reinigung festzulegen und zu überwachen, gemäß § 9 Berufsgenossenschaftliche Vorschrift für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit BGV C 8 Gesundheitsdienst. Um der Überwachungspflicht zu genügen, sind Belehrungen der Beschäftigten über den Hygieneplan notwendig, welche schriftliche zu dokumentieren sind.

Ferner hat er nach der Biostoffverordnung und den Richtlinien des Robert-Koch-Instituts zu Anforderungen an die Hygiene in der Zahnmedizin einen entsprechenden schriftlichen Hygieneplan aufzustellen.

Handhygiene

Aufgrund zahlreicher Studien hat das Robert-Koch-Institut wiederholt die Rolle der Hände bei der Übertragung von Krankheitserregern hervorgehoben. Grundsätzlich sind daher bei Infektionsgefährdung und insbesondere bei der Patientenbehandlung Schutzhandschuhe zu tragen. Es ist darauf zu achten, dass diese nur während der unmittelbaren Behandlung getragen werden. Anderenfalls könnten bei der Behandlung aufgenommene Keime in der Praxis verteilt werden (z. B. beim Ergreifen der Türklinke, Öffnen einer Schublade, o. ä.) oder anders herum in der Praxis aufgenommene Keime auf den Patienten übertragen werden. Muss die Patientenbehandlung unterbrochen werden, hat vor der Fortführung eine erneute Hand- bzw. Handschuhdesinfektion zu erfolgen.

Fingernägel
Die Grundregel hinsichtlich Fingernägel bei der Handhygiene lautet: Fingernägel müssen sauber, kurz und rund geschnitten sein. Bei zu langen Fingernägeln besteht nicht nur Verletzungsgefahr für den Patienten, sondern auch die Gefahr der Rissbildung in Handschuhen, was einen Keimaustausch zwischen Praxismitarbeiter und Patienten ermöglicht.

Als Maßstab muss gelten, dass beim Betrachten der Finger von der Handinnenseite aus, die Fingernägel die Fingerkuppe nicht überragen dürfen.

Künstliche Fingernägel
Künstlich verlängerte Fingernägel erhöhen ebenfalls die Gefahr der Perforation von Handschuhen. Hierdurch ist ein ausreichender Schutz der Patienten nicht mehr gegeben. Aber auch zum Schutz des Praxispersonals sollte das Tragen von künstlichen Fingernägeln unterbunden werden. Im Falle von Rissen in Handschuhen ist eine ausreichende Schutzfunktion gegenüber Kontaminationen der Hände mit potenziell infektiösem Material nicht mehr gegeben.

Ferner können sich laut des Robert-Koch-Instituts, das zahlreiche internationale Studien zum Thema Handhygiene ausgewertet hat, vor allem an den Rändern und in kleinen Kammern unter den künstlichen Fingernägeln Mikroorganismen ansiedeln und damit eine ständige Infektionsquelle bilden. Insgesamt gehen mehrere weltweite Organisationen davon aus, dass die Wahrscheinlichkeit einer Kontamination der Fingerkuppen mit Keimen bei künstlichen Fingernägeln grundsätzlich noch höher ist, als bei natürlichen langen Fingernägeln.

Nagellack
Nagellack sollte grundsätzlich nicht verwendet werden. Es liegen hierzu zwar keine deutlich gesicherten Daten – wie bei künstlichen Fingernägeln – vor, doch wurde eine entsprechende Empfehlung ausgesprochen, die auf der Feststellung basiert, dass Verschmutzungen und Risse insbesondere bei farbigem Nagellack nicht sichtbar sind und sich dadurch Mikroorganismen unbemerkt ansiedeln können. Die Wirksamkeit von Handdesinfektionsmitteln wird hierdurch deutlich verringert. Falls er von Seiten des Arbeitgebers nicht untersagt wird, ist Nagellack spätestens nach vier Tagen zu entfernen, da sich ab diesem Zeitpunkt vermehrt Risse bilden können, in denen sich Keime ansammeln. Jedenfalls ist abblätternder Nagellack inakzeptabel und muss umgehend vollständig entfernt werden.

Eine gesonderte Rolle kommt dem medizinischen Nagellack für krankhaft veränderte Fingernägel zu.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 02/2009

Solche Fingernägel sind häufig spröde und rissig und daher ohnehin in erhöhtem Maße mit Krankheitserregern besiedelt. Allerdings muss auch hier auf eine regelmäßige Erneuerung geachtet werden.

Haare

Lange, offene Haare sind in der Praxis tabu (insbesondere Verletzungsgefahr). Die Haare müssen so frisiert werden, dass sie während der Patientenbehandlung weder ins Gesicht der Mitarbeiter noch ins Gesicht des Patienten fallen. Darüber würde bei offen getragenen Haaren die Gefahr bestehen, dass sie unbewusst mit der Hand oder dem Handschuh zurück gestrichen werden und so eine Kontamination zur Folge haben, welche ein erneutes Desinfizieren notwendig machen würde.

Piercings

Vor allem Piercings im Gesichtsbereich (z. B. in Nase, Lippen oder Augenbrauen) sind hygienisch nicht unbedenklich. Sie kommen unmittelbar mit zu tragender Schutzausrüstung (z. B. Labor-/Schutzbrille, Mund-Nasen-Schutzmaske, etc.) in Kontakt und können so deren Schutzfunktion vermindern.

Schmuckstücke, Uhren und Eheringe

An Händen und Unterarmen dürfen keine Schmuckstücke, Uhren, Eheringe und dergleichen getragen werden, wenn Tätigkeiten, die eine hygienische Handdesinfektion erfordern (z. B. Patientenbehandlung, im Praxislabor oder im Aufbereitungsbereich), ausgeführt werden. Richtlinien der WHO (World Health Organization) und des Robert-Koch-Instituts verbieten aufgrund von Studien, die eine Begünstigung der Erregerübertragung durch Schmuck und dergleichen belegt haben, das Tragen dieser Gegenstände.

Derartige Gegenstände können die Wirksamkeit der Handdesinfektion vermindern, da die verwendeten Mittel gar nicht die bedeckten Bereiche erreichen oder ein vorschriftsmäßiges Abtrocknen der Desinfektionsmittel verhindert wird. Diese Regel sollte nicht nur zum Schutze der Patienten, sondern auch der Mitarbeiter befolgt werden, denn Reste von Desinfektionsmittel können sich Allergie begünstigend auswirken.

Schutzkleidung

Berufs- und Schutzkleidung der Praxismitarbeiter ist ständiger Kontamination ausgesetzt und sollte daher regelmäßig gewechselt werden. Der Praxisinhaber hat darauf zu achten, dass sie nur innerhalb der Praxis getragen wird, damit sie ihre Funktion behält, d. h. ein Keimaustausch weitestgehend verhindert wird. Während der Behandlung muss sie stets die darunter getragene Privatkleidung vollständig bedecken.

Durchsetzung der Hygieneempfehlungen

Mangels rechtlicher Verbindlichkeit der Empfehlungen der einzelnen Institutionen muss dem Zahnarzt als Arbeitgeber empfohlen werden, zum Schutz seiner Patienten aber auch seines Personals diese Empfehlungen mittels seines Direktionsrechts durchzusetzen. Dieses erlaubt ihm, eine Leistungspflicht des Arbeitnehmers einseitig zu bestimmen. Voraussetzung ist, dass es sich um eine konkrete Arbeitsanweisung handelt, die entweder einzelnen oder allen Praxismitarbeitern gegenüber erklärt wird. Bei der Ausübung sind grundsätzlich die Interessen der betroffenen Arbeitnehmer zu berücksichtigen und eine entsprechende Abwägung zwischen Einführung der Leistungsbestimmung und deren Unterlassen vorzunehmen. Da aber bezüglich der oben aufgelisteten Problemfälle auch stets der Schutz der einzelnen Mitarbeiter ein Argument für die jeweiligen Empfehlungen ist, können nur Argumente von erheblichem Gewicht gegen die Einführung von Hygienevorschriften mittels Ausübung des Direktionsrechts sprechen.

Wurden die empfohlenen Hygienebestimmungen als Direktionsrecht wirksam ausgeübt, müssen die Angestellten den Weisungen Folge leisten, da sie anderenfalls eine Arbeitsverweigerung begehen und hierfür unter anderem abgemahnt, im Wiederholungsfall sogar gekündigt werden können.

RA Michael Lennartz

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 02/2009

7.4.3. Grundzüge des Urlaubsrechts

Rund um das Thema »Urlaub« gibt es in der Praxis immer wieder Problemfelder und Fragen: Wie lang ist der gesetzliche Mindesturlaub? Wann muss Urlaub in Geld abgegolten werden? Wann verfällt Urlaub? etc. Nachfolgend wird ein kurzer Überblick über die Grundzüge des Urlaubsrechts gegeben.

Allgemeines

Unter Urlaub versteht man im Arbeitsrecht die Freistellung des Arbeitnehmers von der Arbeit unter Fortzahlung des Arbeitsentgelts zu Erholungszwecken. Abzugrenzen ist dabei der so genannte Erholungsurlaub von anderen Freistellungen (z. B. Freizeit zur Stellensuche, Erziehungsurlaub etc.). Die Urlaubsansprüche des Arbeitnehmers ergeben sich im Wesentlichen aus dem individuell abgeschlossenen Arbeitsvertrag sowie dem Bundesurlaubsgesetz; relevante Regelungen können sich darüber hinaus aus einem Tarifvertrag ergeben, sofern dieser in den Arbeitsvertrag einbezogen wurde. Nach dem Bundesurlaubsgesetz beträgt der jährliche Mindesturlaub 24 Werktage (als Werktage gelten alle Kalendertage, die nicht Sonn- oder gesetzliche Feiertage sind).

Anspruch auf Erholungsurlaub haben alle Arbeitnehmer, also auch z. B. Teilzeitkräfte.

Der Urlaubsanspruch entsteht erstmals nach Ablauf einer Wartezeit von sechs Monaten, womit der Arbeitnehmer in der sechsmonatigen Probezeit keinen Urlaubsanspruch hat.

Der Urlaub nach dem Bundesurlaubsgesetz ist zusammenhängend zu gewähren, es sei denn, dass dringende betriebliche oder in der Person des Arbeitnehmers liegende Gründe eine Teilung des Urlaubs erforderlich machen. Kann der Urlaub nicht zusammenhängend gewährt werden und hat der Arbeitnehmer Anspruch auf Urlaub von mehr als 12 Werktagen, so muss einer der Urlaubsteile mindestens 12 aufeinanderfolgende Werktage umfassen.

Die zeitliche Festlegung des Urlaubs obliegt dem Arbeitgeber im Rahmen des ihm zustehenden Direktionsrechtes. Er ist jedoch gehalten, die Urlaubswünsche des Arbeitnehmers zu berücksichtigen. Eine Ablehnung von Urlaubswünschen des Arbeitnehmers kann erfolgen, wenn erhebliche betriebliche Belange dies rechtfertigen, wenn Urlaubswünsche anderer Mitarbeiter unter sozialen Gesichtspunkten (z. B. schulpflichtige Kinder) den Vorrang verdienen oder ein Betriebsurlaub vereinbart wurde.

Während des Urlaubs ist dem Arbeitnehmer jede dem Urlaubszweck widersprechende Erwerbstätigkeit untersagt. Erlaubt sind demnach Tätigkeiten zu z. B. karitativen oder gemeinnützigen Zwecken, im Rahmen der Nachbarschaftshilfe oder im Rahmen einer vom Arbeitgeber genehmigten Nebentätigkeit.

Einzelbereiche des Urlaubsrechts

Im Folgenden sollen einige immer wieder auftretende Schwerpunktthemen rund um den Urlaub aufgezeigt werden:

Urlaubserteilung

Wie einleitend ausgeführt hat der Arbeitgeber grundsätzlich ein Direktionsrecht in Bezug auf die Festlegung des Urlaubes, wobei er allerdings die Urlaubswünsche des Arbeitnehmers zu berücksichtigen hat. Über die Urlaubswünsche des Arbeitnehmers darf der Arbeitgeber sich im Wesentlichen in folgenden Fällen hinwegsetzen:

- Dem Urlaubswunsch eines Arbeitnehmers müssen dringende betriebliche Erfordernisse entgegenstehen. Erforderlich ist dabei in jedem Fall, dass der vom Arbeitnehmer gewünschte Urlaub zu einer besonderen Belastung des Betriebes bzw. des Betriebsablaufes führt. Die Interessen des Arbeitgebers sind dabei mit denen des Arbeitnehmers abzuwägen.
- Der Urlaubswunsch des Arbeitnehmers kollidiert mit dem unter sozialen Gesichtspunkten vorrangigen Urlaubswunsch eines anderen Arbeitnehmers. Voraussetzung ist dabei zunächst, dass dringende betriebliche Erfordernisse der Erfüllung aller den gleichen Zeitraum betreffenden Urlaubswünsche entgegenstehen. In diesem Fall muss der Arbeitgeber entscheiden, welchem Urlaubswunsch er den Vorrang einräumt, wobei er allein auf soziale Gesichtspunkte abstellen darf (z. B. Schulpflicht der Kinder, Urlaubszeitpunkt der Ehegatten, Lebensalter, Dauer der Betriebszugehörigkeit etc.).

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 01/2013

Urlaubsliste
In einigen Betrieben besteht auch die Übung, zu Beginn des Jahres eine Urlaubsliste zu erstellen, in der die Arbeitnehmer ihren Urlaubswunsch eintragen können. Die Erstellung einer Urlaubsliste bedeutet nicht, dass dem Arbeitnehmer der Urlaub auch vom Arbeitgeber tatsächlich bewilligt wird. Eine solche Liste dient in erster Linie dazu, die Urlaubswünsche der einzelnen Arbeitnehmer zu sammeln und dem Arbeitgeber die Festlegung des Urlaubes zu ermöglichen. Problematisch ist allerdings, wenn der Arbeitgeber nach Umlauf einer Urlaubsliste den dort eingetragenen Urlaubswünschen nicht in einer angemessenen Frist widerspricht. Im Einzelfall kann der Arbeitnehmer dann davon ausgehen, dass ihm für diesen Zeitraum auch tatsächlich Urlaub bewilligt ist.

Betriebsurlaub
Wenn alle oder die meisten Arbeitnehmer eines Betriebes zur gleichen Zeit im Urlaub sind, spricht man von Betriebsferien bzw. Betriebsurlaub. Im Rahmen seines Direktionsrechtes kann der Arbeitgeber Betriebsferien einseitig festlegen. Der Arbeitgeber hat aber bei der Festlegung der Betriebsferien nach billigem Ermessen zu verfahren, d. h. er hat eine Interessenabwägung vorzunehmen (betriebliche Belange, Urlaubswünsche der betroffenen Mitarbeiter etc.). Über die Urlaubswünsche der einzelnen Arbeitnehmer darf er sich – wie oben ausgeführt – nur in besonderen Fällen hinwegsetzen.

Erkrankung während des Urlaubs
Erkrankt der Arbeitnehmer während des Urlaubs, so werden die durch ärztliches Attest nachgewiesenen Tage der Arbeitsunfähigkeit nicht auf den Urlaub angerechnet. Allerdings gilt dies nur insoweit, als durch die Arbeitsunfähigkeit der Erholungszweck des Urlaubs tatsächlich beeinträchtigt wird. Ist dies nicht der Fall, so zählen diese Tage trotz Arbeitsunfähigkeit als Urlaubstage. Die in den Urlaub fallenden Krankheitstage verlängern den Urlaub nicht automatisch. Dieser endet vielmehr wie ursprünglich vereinbart, sofern nicht etwas anderes zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer vereinbart wird. Die einseitige Verlängerung des Urlaubs um die Krankheitstage kann den Arbeitgeber zu einer fristgemäßen oder im Einzelfall sogar zu einer fristlosen Kündigung berechtigen.

Urlaubsanspruch von Jugendlichen
Jugendliche erhalten nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz einen höheren jährlichen Mindesturlaub, der sich wie folgt staffelt:
– mindestens 30 Werktage, wenn der Jugendliche zu Beginn des Kalenderjahres noch nicht 16 Jahre alt ist;
– mindestens 27 Werktage, wenn der Jugendliche zu Beginn des Kalenderjahres noch nicht 17 Jahre alt ist;
– mindestens 25 Werktage, wenn der Jugendliche zu Beginn des Kalenderjahres noch nicht 18 Jahre alt ist.

Verfall des Urlaubsanspruchs
Der Urlaub ist grundsätzlich auf das laufende Kalenderjahr befristet. Er muss im laufenden Kalenderjahr vom Arbeitgeber gewährt und vom Arbeitnehmer genommen werden. Der Urlaubsanspruch verfällt mit dem Ende des betreffenden Urlaubsjahres, sofern der Arbeitnehmer keinen Urlaub nimmt. Der Urlaub kann auf das folgende Jahr übertragen werden, soweit dies dringende betriebliche oder in der Person des Arbeitnehmers liegende Gründe rechtfertigen. Allerdings muss der Urlaub in diesem Fall innerhalb der ersten drei Monate des Folgejahre genommen werden, um nicht zu verfallen. Etwas anderes gilt, wenn einzelvertraglich eine andere Regelung getroffen wurde.

Abgeltung von Urlaub
Während eines Arbeitsverhältnisses ist die Abgeltung des Urlaubs unwirksam. Selbst wenn mit Einverständnis eines Arbeitnehmers anstelle des Urlaubs eine höhere Vergütung gezahlt oder der Urlaub abgegolten würde, so könnte der Arbeitnehmer den Urlaub nach der Rechtsprechung erneut geltend machen. Eine Ausnahme von diesem grundsätzlichen Abgeltungsverbot gibt es nach dem Bundesurlaubsgesetz, wenn der Urlaub wegen Beendigung des Arbeitsverhältnisses ganz oder teilweise nicht mehr gewährt werden kann.

Teilurlaub
Nach der Regelung des Bundesurlaubsgesetzes hat ein Arbeitnehmer einen Anspruch auf 1/12 des Jahresurlaubs für jeden vollen Monat des Bestehens des Arbeitsverhältnisses, wenn er
– im Eintrittsjahr die sechsmonatige Wartezeit nicht erfüllen konnte

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 01/2013

– vor erfüllter Wartezeit aus dem Arbeitsverhältnis ausscheidet
– nach erfüllter Wartezeit in der ersten Hälfte eines Kalenderjahres aus dem Arbeitsverhältnis ausscheidet.

Urlaub bei Wechsel des Arbeitsverhältnisses
Nach dem Bundesurlaubsgesetz besteht kein Anspruch auf Urlaub, soweit dem Arbeitnehmer für das laufende Kalenderjahr bereits von einem früheren Arbeitgeber Urlaub gewährt worden ist. Der Arbeitnehmer muss dabei seinem neuen Arbeitgeber eine Urlaubsbescheinigung seines vorhergehenden Arbeitgebers vorlegen.

Zusatzurlaub für Schwerbehinderte
Nach dem Schwerbehindertengesetz haben anerkannte Schwerbehinderte einen Anspruch auf Zusatzurlaub von fünf Arbeitstagen. Als Arbeitstage zählen dabei alle Tage, an denen im Betrieb regelmäßig gearbeitet wird.

Altersabhängige Staffelung des Urlaubs
Aufgrund eines Urteils des Bundesarbeitsgerichtes vom 20.03.2012 (9 AZR 529/10) sollte der Praxisinhaber hinsichtlich der Vereinbarung einer unterschiedlichen nach Alter gestaffelten Urlaubsdauer des Arbeitnehmers vorsichtig sein. In dem konkreten Fall sah eine Vorschrift des Tarifvertrages für den Öffentlichen Dienst eine Staffelung der Urlaubsdauer je nach Alter des Beschäftigten vor. Bei einer 5-Tage-Woche belief sich der Urlaubsanspruch eines Arbeitnehmers bis zum vollendeten 30. Lebensjahr auf 26 Arbeitstage, bis zum vollendeten 40. Lebensjahr auf 29 Arbeitstage und nach dem vollendeten 40. Lebensjahr auf 30 Arbeitstage. Eine Beschäftigte im Öffentlichen Dienst reklamierte diese Regelung und machte geltend, dass ihr auch vor Vollendung ihres 40. Lebensjahres hinaus ein weiterer Urlaubstag zugestehen würde. Die altersabhängige Staffelung der Urlaubsdauer verstoße gegen das Diskriminierungsverbot wegen Alters (§ 7 Abs. 1 und Abs. 2 AGG i. V. m. § 1 AGG). Die Erfurter Richter gaben der Klage statt. Die Differenzierung der Urlaubsdauer nach dem Lebensalter benachteilige Beschäftigte, die das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet hätten, unmittelbar, worin ein Verstoß gegen das Verbot der Benachteiligung wegen des Alters läge. Die tarifliche Urlaubsstaffelung verfolge nicht das legitime Ziel, einem gesteigerten Erholungsbedürfnis älterer Menschen Rechnung zu tragen. Ein gesteigertes Erholungsbedürfnis von Beschäftigten bereits ab dem 30. bis 40. Lebensjahr ließe sich auch kaum begründen. Die Diskriminierung wegen Alters könne nur beseitigt werden, in dem die Dauer des Urlaubs »nach oben« angepasst werde, sodass der Urlaubsanspruch der Arbeitnehmerin in jedem Kalenderjahr 30 Arbeitstage beträgt. Dieser Fall befasst sich zwar »nur« mit tarifvertraglichen Regelungen im Öffentlichen Dienst, weshalb aktuell noch eine höchstrichterliche Entscheidung zur Urlaubsstaffelung bei Individualarbeitsverträgen aussteht. Bei der neuen Vereinbarung von Arbeitsverträgen sollte man aber diese Entscheidung im Blick haben und sich vor Augen führen, dass die Vereinbarung einer unterschiedlichen Urlaubsdauer je nach Alter des Mitarbeiters nicht risikolos ist. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn die Differenzierung sich nicht mit einem erhöhten Erholungsbedürfnisses des Mitarbeiters aufgrund seines Alters begründen lässt.

Beispiele aus der Rechtsprechung

Nachfolgend einige exemplarische Urteile aus der Rechtsprechung:

- *Urlaubswunsch*. Arbeitgeber sind verpflichtet, die Urlaubswünsche ihrer Arbeitnehmer zu erfüllen – es sei denn, betriebliche Gründe stünden dem entgegen. Andererseits dürfen Arbeitnehmer nicht eigenmächtig in Urlaub fahren (Bundesarbeitsgericht AZ 2 AZR 282/95).

- *Nebentätigkeit*. Arbeitnehmer, die während ihres Erholungsurlaubs bei einem Konkurrenten arbeiten, können im Einzelfall außerordentlich gekündigt werden (Arbeitsgericht Frankfurt/Main AZ Ca 5781/94).

- *Urlaubsabgeltung*. Arbeitnehmer, die von Januar bis Dezember arbeitsunfähig krank sind, verlieren ihren Urlaubsanspruch für das betreffende Jahr und können auch keine Barabgeltung von ihrem Arbeitgeber verlangen (Bundesarbeitsgericht AZ 9 AZR 871/94).

- *Urlaubsliste*. Sofern ein Arbeitgeber zu Beginn des Jahres die Urlaubswünsche der Beschäftigten in

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 01/2013

eine Urlaubsliste eintragen lässt, die dann noch einmal »feinabgestimmt« wird, so gilt der schließlich notierte Urlaubstermin als genehmigt. Nimmt der Arbeitgeber später Terminänderungen vor, so muss er etwaige Stornokosten übernehmen (Hessisches Landesarbeitsgericht AZ 11 Sa 966/95).

- *Urlaubsübertragung*. Arbeitnehmer müssen ihren Urlaub bis zum Jahresende genommen haben. Auf das erste Quartal des Folgejahres muss er vom Arbeitgeber nur übertragen werden, wenn der Urlaub aus persönlichen oder betrieblichen Gründen nicht rechtzeitig genommen werden konnte (Bundesarbeitsgericht AZ 9 AZR 139/96).

- *Urlaubswiderruf*. Ein Arbeitgeber darf einen bereits genehmigten Urlaub nur im Notfall widerrufen. Der Grund muss so zwingend sein, daß ein anderer Ausweg nicht möglich ist. Streicht der Arbeitgeber den Urlaub ohne akute Notlage, darf der Arbeitnehmer den Urlaub trotzdem antreten (Bundesarbeitsgericht AZ AZR 367/91).

- *Ausscheiden und Urlaub*. Sofern ein Arbeitnehmer in der zweiten Jahreshälfte aus einem Betrieb ausscheidet, so hat er Anspruch auf den vollen, bisher noch nicht angetretenen Urlaub. Dies gilt auch dann, wenn im Arbeitsvertrag vereinbart wurde, dass bei einer Kündigung eine anteilige Urlaubskürzung akzeptiert wird (Landesarbeitsgericht Rheinland-Pfalz AZ 8 Sa 399/93).

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 01/2013

7.4.4. 13. Gehalt und Weihnachtsgratifikationen

Fragen rund um das Thema »Weihnachtszuwendungen« stellen sich immer wieder in der betrieblichen Praxis. Sei es bei Abschluss von Arbeitsverträgen, sei es während eines Arbeitsverhältnisses. Hier ist oftmals Unsicherheit über die rechtlichen Rahmenbedingungen zu verzeichnen. Insbesondere bei fehlenden und unklaren Regelungen kann sich dies negativ auf das Betriebsklima auswirken.

Der Beitrag soll etwas Licht in die recht komplexe Thematik bringen und die wesentlichen rechtlichen Rahmenbedingungen aufzeigen.

Weihnachtsgratifikation und 13. Gehalt

Wichtig ist, dass man sich vor Augen führt, dass es nicht nur eine Art von Weihnachtszuwendungen gibt, sondern vielmehr zwischen einer so genannten Weihnachtsgratifikation und einem 13. Gehalt unterschieden wird, die unterschiedliche Rechtswirkungen haben.

Weihnachtsgratifikation

Bei einer Weihnachtsgratifikation handelt es sich um eine Sonderleistung zu einem bestimmten Anlass (Weihnachten). Sie stellt eine Anerkennung für die in der Vergangenheit geleisteten Dienste (erwiesene Betriebstreue) und einen Anreiz für eine zukünftige Tätigkeit (künftige Betriebstreue) dar.

Ein gesetzlicher Anspruch des Arbeitnehmers auf Zahlung einer Gratifikation besteht nicht. Sofern ein Arbeitgeber eine (Weihnachts-)Gratifikation zahlen möchte, wird diese in einem individuellen Einzelarbeitsvertrag festgelegt; darüber hinaus kann sich eine Verpflichtung, eine Gratifikation zu zahlen, auch aus einem Tarifvertrag ergeben, sofern dieser für das Arbeitsverhältnis verbindlich ist. Ohne eine ausdrückliche einzelvertragliche oder tarifvertragliche Regelung kann aber auch faktisch ein Anspruch des Arbeitnehmers auf Zahlung einer Weihnachtsgratifikation entstehen. Dies ist nach der Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichts der Fall, wenn der Angestellte mindestens drei Jahre hintereinander die Gratifikation zwar freiwillig, aber vorbehaltlos erhalten hat. Die Entstehung des Anspruchs wird damit begründet, dass die Leistung als üblich anzusehen ist und nach dem so genannten Grundsatz von »Treu und Glauben« erwartet werden kann.

Weihnachtsgratifikation unter Vorbehalt

Der Arbeitgeber kann die Entstehung eines Rechtsanspruchs auf Leistung einer Gratifikation durch einen ausdrücklichen Vorbehalt verhindern. Die Zahlung einer Gratifikation »unter Vorbehalt« führt dazu, dass der Praxisinhaber zukünftig frei in seiner Entscheidung ist, ob er die Zahlung weiter leistet oder nicht. Eine Formulierung könnte etwa wie folgt lauten:

> »Die Weihnachtsgratifikation ist eine freiwillige einmalige Zahlung, die den Arbeitgeber zu einer wiederkehrenden Leistung nicht verpflichtet.«

Eine andere Formulierung könnte zum Beispiel lauten:

> »Die diesjährige Weihnachtsgratifikation ist eine freiwillige, jederzeit widerrufliche Leistung, aus der ein Rechtsanspruch für die kommenden Jahre nicht hergeleitet werden kann.«

Gleichbehandlungsgrundsatz

Bei der Vereinbarung einer Gratifikation muss der so genannte arbeitsrechtliche Gleichbehandlungsgrundsatz beachtet werden, wonach einzelne Arbeitnehmer nicht willkürlich ohne sachlichen Differenzierungsgrund vom Bezug der Gratifikation ausgeschlossen werden dürfen, wenn der Arbeitgeber die Gratifikation allen Arbeitnehmern oder einer nach objektiven Kriterien abgegrenzten Arbeitnehmergruppe gewährt. Verstößt der Arbeitgeber gegen diese Grundsätze, steht dem von der Gratifikationszusage ausgenommenen Arbeitnehmer ein arbeitsvertraglicher Anspruch auf Gratifikationszahlung zu. Nach der Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichtes (BAG NZA 1994, 786) ist es allerdings vereinbar, wenn ein Arbeitgeber bei der Zahlung von Jahressondervergütungen zwischen verschiedenen Arbeitnehmergruppen nur geringfügig und auf der Basis vorher festgelegter Kriterien, z. B. Anteil der jeweiligen Abteilung am Betriebsergebnis, Stellung des Arbeitnehmers differenziert.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 11/2007

Herabsetzung der Gratifikation
Die Höhe einer zu zahlenden Gratifikation ist regelmäßig in einer Vereinbarung festzulegen. Die generelle Herabsetzung einer einzelvertraglich festgelegten Gratifikation gegenüber allen Arbeitnehmern ist nur durch einen Aufhebungsvertrag oder eine Änderungskündigung möglich, was nicht unkompliziert ist. Sofern der Arbeitgeber bei der Gewährung der Gratifikation den o. a. Freiwilligkeitsvorbehalt vertraglich vorgesehen hat, so ist er berechtigt, die Gratifikation nach freiem Ermessen zu widerrufen.

Rückzahlungsklausel
Grundsätzlich ist es möglich, eine Gratifikationszahlung mit einer so genannten Rückzahlungsklausel zu verbinden. Hiernach muss der Arbeitnehmer die erhaltene Gratifikation an den Arbeitgeber zurückzahlen, wenn er vor Erreichen eines bestimmten nach Auszahlung der Gratifikation liegenden Tages aus dem Unternehmen ausscheidet. Das Bundesarbeitsgericht erklärt allerdings nicht alle Rückzahlungsklauseln für zulässig, sondern verlangt vielmehr bestimmte Voraussetzungen, die vorliegen müssen. Nach der Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichtes greift eine Rückzahlungsverpflichtung grundsätzlich nur ein, wenn die Auflösung des Arbeitsverhältnisses auf einer Kündigung durch den Arbeitnehmer beruht oder in anderer Weise von ihm veranlasst wird, zum Beispiel wenn der Arbeitnehmer Anlass für eine verhaltensbedingte Kündigung gibt. Ein Rückzahlungsanspruch des Arbeitgebers besteht nicht, wenn die Voraussetzungen für die Rückzahlungen nicht näher konkretisiert wurden.

Wirksamkeit der Klauseln
Im Bereich der Weihnachtsgratifikation hat das Bundesarbeitsgericht für die Gültigkeit von Rückzahlungsklauseln genaue Kriterien entwickelt. Hiernach sind Rückzahlungsvorbehalte bei Gratifikationen bis zu einem Betrag von € 100,– unzulässig. Darüber hinaus sind auch Rückzahlungsklauseln unwirksam, die sich über den 30.6. des Folgejahres erstrecken; der Arbeitnehmer kann deshalb bei Ausscheiden nach dem 30.6. aus dem Arbeitsverhältnis seine Gratifikation behalten.

Bei Gratifikationen über € 100,– aber weniger als einem Monatsgehalt, sind Bindungen des Arbeitnehmers bis zum 31.3. des Folgejahres möglich. Scheidet der Arbeitnehmer nach diesem Zeitpunkt aus dem Arbeitsverhältnis aus, so muss er keine Rückzahlung leisten. Bei Gratifikationen in Höhe eines Monatsgehaltes und mehr ist es dem Arbeitnehmer zuzumuten, erst zum nächstmöglichen Termin nach dem 31.3. auszuscheiden (in der Regel 30.6.), um die Gratifikation zu behalten.

Generell muss eine Rückzahlungsklausel schriftlich vereinbart werden; eine Formulierung in einem Arbeitsvertrag könnte zum Beispiel wie folgt lauten:

»Die erhaltene Weihnachtsgratifikation ist in voller Höhe zurückzuzahlen, wenn der Arbeitnehmer aufgrund eigener Kündigung oder durch Arbeitsvertragsbruch, treuwidrigem Verhalten, Störung des Betriebsfriedens bis einschließlich 31.3. des folgenden Kalenderjahres aus dem Beschäftigungsverhältnis ausscheidet. Dies gilt auch dann, wenn das Beschäftigungsverhältnis im gegenseitigen Einvernehmen oder durch Kündigung des Arbeitgebers aus einem von dem Angestellten zu vertretenden wichtigen Grund beendet wird.«

Anteilige Gratifikationszahlung
Scheidet ein Arbeitnehmer vor Erreichen des Tages, an dem die Weihnachtsgratifikation ausgezahlt werden soll, aus dem Arbeitsverhältnis aus, so stellt sich oftmals die Frage, ob er die Gratifikation vollständig, anteilig oder überhaupt nicht bekommt.

Diese Frage bereitet in der rechtlichen Praxis oftmals Schwierigkeiten. Grundsätzlich ist zwischen Gratifikationen zu unterscheiden, die allein in der Vergangenheit geleistete Betriebstreue entlohnen und solchen, die vergangene und zukünftige Betriebstreue abgelten sollen.

Soll die Gratifikation durch die Arbeitsleistung entsprechend erdient werden, ist sie bei vorzeitigem Ausscheiden des Arbeitnehmers vor Erreichen eines Stichtages zeitanteilig zu gewähren.

Sofern die Gratifikation primär die Betriebstreue honorieren soll, kann eine Stichtagsregelung zur Folge haben, dass der Arbeitnehmer keine Gratifikation erhält, wenn er vor diesem Stichtag aus dem Arbeitsverhältnis ausscheidet. Um Unklarheiten zu vermeiden, sollte aber eine eindeutige Regelung über den Fortfall des Gratifikationsanspruchs bei Ausscheiden aus dem Arbeitsverhältnis vor Erreichen des Stichtages getroffen werden.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 11/2007

Sofern die Gratifikation sowohl die Betriebstreue als auch die Arbeitsleistung in der Vergangenheit vergüten soll, kommt je nach vertraglicher Regelung eine Kürzung oder ein Wegfall des Gratifikationsanspruches in Betracht.

Wesentliche Auswirkungen hat eine Gratifikation während des Erziehungsurlaubes eines Arbeitnehmers. Grundsätzlich besteht auch während des Erziehungsurlaubes ein Anspruch auf Gratifikationsgewährung. Grund ist, dass nur der eigentliche Vergütungsanspruch des Arbeitnehmers während des Erziehungsurlaubes ruht, wovon Sonderzuwendungen ausgenommen sind.

13. Gehalt

Deutlich zu trennen von einer Weihnachtsgratifikation ist die Gewährung eines so genannten 13. Monatsgehaltes. Bei einem so genannten 13. Gehalt handelt es sich um eine Sonderleistung, die eine zusätzliche Vergütung für die im Jahr geleistete Arbeit darstellt. Durch die Gewährung eines 13. Monatsgehaltes geht der Arbeitgeber eine klare arbeitsrechtliche Verpflichtung ein, auf die der Arbeitnehmer einen Rechtsanspruch hat. Für eine Rücknahme eines 13. Gehaltes bedarf es deshalb einer einvernehmlichen Abrede zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer (Änderungsvereinbarung) oder einer Änderungskündigung mit den damit verbundenen Schwierigkeiten. Scheidet ein Arbeitnehmer vor dem Zeitpunkt der Auszahlung des 13. Monatsgehaltes aus, so hat er zumindest einen Anspruch auf eine anteilige Auszahlung.

Das 13. Gehalt stellt, wie oben ausgeführt, einen Vergütungsbestandteil dar. Während eines Erziehungsurlaubes des Arbeitnehmers ruht dessen Arbeitspflicht und die Vergütungspflicht des Arbeitgebers. Dies hat zur Folge, dass das 13. Gehalt um Monate des Erziehungsurlaubes gekürzt werden kann.

Insgesamt empfiehlt es sich, bei der Formulierung von Arbeitsverträgen, eindeutige Formulierungen in Bezug auf die Weihnachtszuwendungen zu treffen und unklare Formulierungen zu vermeiden (z. B. »als Gratifikation wird ein 13. Gehalt gezahlt«). Bei einer vertraglichen Abrede sollte insbesondere darauf geachtet werden, dass klar formuliert wird, dass eine Weihnachtsgratifikation oder ein 13. Gehalt beabsichtigt ist.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 11/2007

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 11/2007

7.4.4.1. Entlohnung/Umsatzbeteiligung

Angestellte in der Zahnarztpraxis – was muss ich bei Umsatzbeteiligungen rechtlich beachten?

Für den Praxisinhaber und seinen Mitarbeiter können Umsatzbeteiligungen als sogenannter Provisionslohn ein interessantes Vergütungsmodell sein. Zur Motivation des Praxislabormitarbeiters, der Zahnmedizinischen Prophylaxeassistentin oder des angestellten Zahnarztes finden sie zunehmend Verbreitung.

Vor der Vereinbarung von Umsatzbeteiligungen sollte der Praxisinhaber sich aber mit den rechtlichen Grundlagen von Umsatzbeteiligungen vertraut machen, da es hier durchaus unangenehme »Stolperfallen« gibt. Überprüft werden sollte unbedingt, ob und bei welcher Gestaltung sich die Umsatzbeteiligung für den Praxisinhaber rechnet, damit diese nicht zum Verlustgeschäft wird.

Rechtliche Grundlagen und Gestaltungsmöglichkeiten
Bei Neuabschluss eines Arbeitsvertrages empfiehlt es sich die Regelung einer Umsatzbeteiligung direkt in den Vertragstext aufzunehmen. Besteht bereits ein Arbeitsvertrag, so ist es selbstverständlich möglich, eine ergänzende Abrede zu treffen.

Fixum oder reine Umsatzbeteiligung?
Bisweilen finden sich in Arbeitsverträgen Regelungen, wonach kein Grundgehalt gezahlt wird, sondern eine reine Umsatzbeteiligung. Beliebt ist beispielsweise eine Abrede, wonach ein angestellter Zahnarzt kein Grundgehalt, aber eine umsatzbezogene Beteiligung an dem von ihm persönlich erzielten zahnärztlichen Honorarumsatz erhält. Die Vereinbarung einer Umsatzbeteiligung ohne Gehaltsfixum ist nicht unkritisch. Im Rahmen eines Anstellungsverhältnisses ist der Mitarbeiter weisungsgebunden, wobei es der Arbeitgeber in der Regel in der Hand hat, festzulegen, welche Arbeiten ein Arbeitnehmer verrichtet (z. B. finanziell attraktive oder nicht attraktive Aufgaben). Bei angestellten Zahnärzten ist hierbei aber das Recht des Patienten auf freie Arztwahl zu beachten. Bei einer Entlohnung auf reiner Umsatzbasis kann sich für den Arbeitnehmer deshalb das Risiko ergeben, nur sehr geringfügig entlohnt zu werden, was unbillig wäre. Bereits im Jahr 1984 hat das Bundesarbeitsgericht (BAG) ein Gewinn- und Verlustbeteiligungsmodell für unwirksam erklärt, weil es den Arbeitnehmer in unzulässiger Weise mit dem Betriebs- und Wirtschaftsrisiko belastet hat (Urteil vom 21. 03. 1984 – 5 AZR 462/82). Auch das Landesarbeitsgericht (LAG) Hamm entschied bereits 1979 (Urteil vom 03.10.1979 – 1 Sa 946/79), dass eine Provisionslohnvereinbarung ohne Grundgehalt immer dann unzulässig ist, wenn der Arbeitnehmer keine hinreichenden Verdienstchancen hat und er somit das wirtschaftliche Risiko der Arbeit trägt. In seinem Urteil vom 23. 05. 2011 (5 AZR 527/99) hat das BAG in einem Einzelfall entschieden, dass sich ein Fixum (Grundgehalt) am branchenüblichen Tariflohn zu orientieren hat, wobei ein Fixum von 2/3 des Tarifgehaltes als angemessen angesehen wurde.

In der Konsequenz fährt der Praxisinhaber nicht verkehrt, wenn er mit seinem Mitarbeiter ein angemessenes Grundgehalt vereinbart und die Umsatzbeteiligung »on top« zahlt. Eine reine Umsatzbeteiligung birgt die Gefahr, dass sie im Einzelfall als sittenwidrig eingestuft wird.

Umsatzbeteiligung und Lohnfortzahlung
Bisweilen besteht auch der Irrglaube, dass bei Erkrankung des Mitarbeiters, Schwangerschaft und Urlaub nur das Grundgehalt fortzuzahlen ist. Dieser Irrtum kann für den Praxisinhaber durchaus teuer werden.

Umsatzbeteiligungen haben nach der Rechtsprechung des BAG Entgeltcharakter. So hat das BAG z. B. mit Urteil vom 08. 09. 1998 (9 AZR 223/97) entschieden, dass eine zusätzlich zum Gehalt gewährte prozentuale Beteiligung an dem vom Angestellten erzielten Umsatz keine widerrufbare Sonderleistung ist, sondern Teil des Entgelts für die vertraglich geschuldete Arbeitsleistung.

Aufschlussreich ist in diesem Zusammenhang die Entscheidung des LAG Mainz vom 05. 09. 2007 (8 Sa 165/07), die sich mit der Lohnfortzahlungspflicht bezüglich einer mit einem Zahntechniker vereinbarten Umsatzbeteiligung auseinandergesetzt hat.

Das LAG Mainz stellt heraus, dass nicht nur das Fixum (Grundgehalt) bei Urlaub und Erkrankung fortzuzah-

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2016

len ist, sondern der vorher erzielte durchschnittliche Umsatz einzupreisen ist. Entgegen der Auffassung des Arbeitgebers umfasse der Urlaubsentgeltanspruch des Zahntechnikers nach § 11 Abs. 1 BUrlG auch die Fortzahlung der durchschnittlich verdienten Umsatzbeteiligung, bei der es sich um Arbeitsverdienst handele. Für die Berechnung des Anspruchs des Klägers auf Entgeltfortzahlung nach § 2 des Entgeltfortzahlungsgesetzes könne nicht auf einen Vergleichszeitraum von lediglich drei Monaten abgestellt werden. Vielmehr sei es im Hinblick auf die Schwankungsbreite der Umsatzbeteiligung des Zahntechnikers geboten, einen Zeitraum von einem Jahr heranzuziehen.

Unabhängig davon, muss bei einer umsatzbezogenen Vergütung beachtet werden, dass Arbeitgeberbeiträge gezahlt werden. Das Bundessozialgericht hat mit Urteil vom 03. 06. 2009 (B 12 KR 18/08 R) entschieden, dass Umsatzbeteiligungen bei Angestellten als einmalig gezahltes Arbeitsentgelt gelten (In dem Fall hatte ein Zahnarzt einen Zahntechniker beschäftigt, der zusätzlich zu einem Festgehalt eine Umsatzbeteiligung erhielt).

Exakte Vereinbarung der Umsatzbeteiligung

Bei der Formulierung einer Vertragsklausel für eine Umsatzbeteiligung muss der individuelle Fall betrachtet werden, da Ungenauigkeiten zu Streitigkeiten führen können und bisweilen kostspielig werden. Bei der Vereinbarung einer Umsatzbeteiligung mit einem angestellten Zahnarzt sollte u. a. darauf abgestellt werden, dass das persönlich erzielte zahnärztliche Honorar Bemessungsgrundlage ist. Wichtig ist auch zu fixieren, dass das Honorar der Praxis auch tatsächlich zufließt und spätere Honorarkürzungen (z. B. sachlich-rechnerische Berichtigung) im Rahmen des rechtlich Zulässigen in Abzug gebracht werden können. Insoweit kann man z. B. eine Regelung über monatliche Abschlagszahlungen treffen, um Nachberechnungsmöglichkeiten zu eröffnen. Wichtig ist es auch, dass im Arbeitsvertrag herausgestellt wird, dass ein angestellter Zahnarzt das Wirtschaftlichkeitsgebot strikt zu beachten hat, wobei auch auf die Gefahr eines möglichen Regresses hingewiesen werden kann. Bei delegierbaren Leistungen (z. B. PZR) sollte klar abgestimmt werden, wem die von einem angestellten Zahnarzt veranlassten Leistungen zugeordnet werden.

Bei der Vereinbarung einer Umsatzbeteiligung kommt es auf die exakte Formulierung an. In der o. a. Entscheidung des LAG Mainz wurde einem Arbeitgeber z. B. eine zu ungenaue Klausel zum Verhängnis. Die Mainzer Richter entschieden in dem Fall, dass bei der Berechnung des Zahntechnikerumsatzes auch die Kosten zu berücksichtigen sind, die auf das vom Zahntechniker im Labor des Arbeitgebers verwendete bzw. bearbeitete Material entfallen. Der Arbeitsvertrag habe diesbezüglich keine ausdrückliche Regelung enthalten. Die Auslegung der Vereinbarung führe zu dem Ergebnis, dass nicht nur die den Patienten bzw. den Krankenkassen in Rechnung gestellten Arbeitskosten, sondern vielmehr auch die Materialkosten für die Berechnung heranzuziehen sind. Mit der Verwendung des Begriffes »Umsatz« hätten die Parteien erkennbar auf die Berechnungsgröße abgestellt, die zugleich die Grundlage für den Besteuerungstatbestand der Umsatzsteuer darstelle.

RA Michael Lennartz
lennmed.de Rechtsanwälte,
Bonn, Berlin, Baden-Baden

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2016

7.4.4.2. Angestelltenvertragsgestaltung – Tipps aus der Praxis für die Praxis

Tipps aus der Praxis für die Praxis bei der Gestaltung von Arbeitsverträgen mit angestellten Zahnärztinnen und Zahnärzten

Die Zahl der angestellten Zahnärztinnen und Zahnärzte in Deutschland nimmt stetig zu. Fast jeder Praxisinhaber kommt im Laufe seines Berufslebens in die Situation sich mit einer oder einem Angestellten, den Rahmenbedingungen und Vertragsgestaltungsmöglichkeiten einer Anstellung auseinandersetzen zu müssen. Man sollte sich im Vorfeld einige Gedanken machen, was dem Angestellten oder dem Praxisinhaber oder beiden nutzen kann.

Eine reguläre Arbeitszeit von 40 Stunden ist bei Vollzeitanstellungen auch heute noch durchaus üblich. Wie bei dem Praxisinhaber ist auch diese Zeit nicht vollständig für Patientenbehandlung eingesetzt, sondern statistisch 35 Stunden davon. Es ist empfehlenswert 2–4 Stunden wöchentlich für Fallbesprechungen zu reservieren. Dies stärkt die Bindung des Angestellten an die Praxis. Es bietet sich damit die Möglichkeit des Angestellten, bei der Auswahl einer selbstständigen, eigenverantwortlichen und unabhängigen Therapie im Sinne der Freiberuflichkeit frei planen zu können. Und das mit Unterstützung und im kollegialen Miteinander mit dem Praxisinhaber.

Hieraus folgt automatisch, dass man seinem Angestellten nicht nur die unattraktiven Behandlungen zukommen lassen sollte, sondern auch die interessanteren und lukrativen. Auch das Aufbauen eines eigenen Patientenstammes ist eine ernstzunehmende Strategie, falls ein Übergang an den Angestellten für die Zukunft geplant ist. Wenn man so die Attraktivität der Freiberuflichkeit vermitteln kann und die Entscheidung in die Niederlassung zu gehen positiv beeinflussen kann, hat die gesamte Kollegenschaft gewonnen. Bei der Gehaltsgestaltung sollte man darauf achten, dass man kollegial und auch für die Praxis sinnvoll agiert. Mit einem gesunden Mix aus Fixgehalt und Umsatzbeteiligung wird man dem am besten gerecht. Das bietet so für den Angestellten wie auch dem Praxisinhaber eine Win/Win-Situation. Bei einem niedrigeren Fixgehalt steht der Angestellte mehr unter Druck einen hohen Umsatz zu erreichen, was zu Lasten der Qualität gehen kann. Wenn das Fixgehalt zu hoch ist, fehlt der Anreiz, sich selber unter einen gewissen, gesunden Druck zu setzen, höheren Umsatz zu erreichen. Bei einem hohen Fixgehalt sind zusätzlich die Fixkosten für den Praxisinhaber zu hoch, um den Arbeitsplatz wirtschaftlich zur Verfügung stellen zu können.

Um eine bessere Bindung an die Praxis zu gewährleisten, sollte man keine befristeten Arbeitsverträge schließen. Sieht ein Angestellter eine Zukunft in der Praxis, will er nicht nach einer vorher festgelegten Zeit gehen müssen.

Ein Beispiel eines Entlohnungsmodells möchten wir hier gerne aufzeigen, damit Sie sich vorstellen können, worüber hier geschrieben wird.

Vergütung:
Der Angestellte erhält für die vertraglich vereinbarte regelmäßige Arbeitszeit von 40 Stunden ein monatliches **Brutto-Fixgehalt von 3.000,– €**. Zusätzlich erhält der Angestellte eine variable, leistungsabhängige Vergütung nach folgender Maßgabe:

- Der Angestellte erhält Anteile an den persönlich erwirtschafteten und tatsächlich gezahlten Honorareinnahmen aus vertragszahnärztlicher und privatzahnärztlicher Tätigkeit pro Jahr. Bei unterjähriger Beendigung des Anstellungsverhältnisses erfolgt eine anteilige Berechnung. An den Honorareinnahmen, welche z. B. **oberhalb** der Grenze von **144.000,– €** pro Jahr liegen, erhält der Angestellte eine Beteiligung z. B. in Höhe von **25 %**.
- Klarstellend muss hervorgehoben werden, dass bei der Ermittlung der persönlichen zahnärztlichen Honorareinnahmen Material- und Fremdlaborkosten außer Betracht bleiben. Maßgeblich für die Ermittlung sind die internen Leistungsstatistiken gemäß Ziffer 5, gegebenenfalls reduziert um nicht einbringbare Patientenanteile, Honorarausfälle und gegebenenfalls Kürzungen gemäß Ziffer 4.
- Die sich aus den Budgetbestimmungen ergebenden Differenzen zwischen Honorarumsatz laut Statistik und tatsächlichen Honorareinnahmen des betreffenden Jahres werden dem Behandler zugerechnet

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2016

bzw. zwischen den Parteien aufgeteilt, soweit sie sich nicht einem Behandler direkt zuordnen lassen. Gleiches gilt für Forderungen aus Regressen, insbesondere aus Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Honorarberichtigungen.

- Um eine für die Abrechnung ausreichende Transparenz der Honorarumsätze und Einnahmen der angestellten Zahnärztin/des angestellten Zahnarztes zu gewährleisten, werden die Leistungen, die durch die/den Angestellte/n in der Praxis erbracht werden, mittels Praxisstatistik erfasst. Jede in der Praxis von der angestellten Zahnärztin/dem angestellten Zahnarzt erbrachte zahnärztliche Leistung wird mit einem entsprechenden Kürzel versehen bzw. ihrer Behandlernummer zugeordnet.

Der Angestellte kontrolliert täglich seine Leistungsprotokolle auf Vollständigkeit und teilt erforderliche Änderungen umgehend der Praxisverwaltung mit. Es empfiehlt sich aber als Praxisinhaber selbst oder durch eine Abrechnungsmitarbeiterin die Leistungsprotokolle zu überprüfen oder überprüfen zu lassen.

So oder so ähnlich könnte ein individueller Vergütungsrahmen in einem Anstellungsvertrag aussehen.

Die Höhe der Vergütung sollten Sie natürlich vorher anhand Ihrer BWA eventuell zusammen mit Ihrem Steuerberater festlegen. Ein zufriedener Angestellter hilft nicht, wenn man wirtschaftlich dadurch mit dem Rücken zur Wand steht. Sowohl die Belange der Praxis als auch des Angestellten sollten sich in einem guten Mix wiederfinden und die angesprochene Win/Win-Situation ermöglichen.

Hub van Rijt

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2016

7.4.5. Anzeigepflichten des Arbeitnehmers bei Krankheit

Aufgrund des am 28. Mai 1994 in Kraft getretenen Entgeltfortzahlungsgesetzes haben sich für alle Arbeitnehmer die Anzeige- und Nachweispflichten gegenüber dem Arbeitgeber bei Krankheit in bestimmten Bereichen geändert.

Arbeitnehmer haben bei einer länger als 3 Tage dauernden Erkrankung ihrem Arbeitgeber eine ärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vorzulegen.

Der Arbeitgeber kann die Vorlage der ärztlichen Bescheinigung auch schon vom 1. Tag der Erkrankung an verlangen. Wenn die Erkrankung länger als in der Bescheinigung angegeben dauert, so ist der Arbeitnehmer verpflichtet, eine neue ärztliche Bescheinigung vorzulegen.

Darüber hinaus enthält die mit dem Entgeltfortzahlungsgesetz verbundene Neufassung des Sozialgesetzbuches V Regelungen zur Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit, um Missbräuche einzudämmen.

Bisher war die Rechtslage so, dass die Krankenkassen nur bei »begründeten Zweifeln« an der Arbeitsunfähigkeit eines Arbeitnehmers eine gutachterliche Stellungnahme des medizinischen Dienstes einholen mussten, was nur in seltenen Fällen erfolgte.

Aufgrund der gesetzlichen Neuregelung sind die Krankenkassen nunmehr verpflichtet, bei Zweifeln ein Gutachten erstellen zu lassen. Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit werden im Gesetz insbesondere dann als gegeben unterstellt, wenn Arbeitnehmer auffällig häufig oder auffällig häufig nur für kurze Zeit arbeitsunfähig sind. Zu berücksichtigende Zweifel liegen darüber hinaus vor, wenn der Beginn der Arbeitsunfähigkeit häufig auf einen Arbeitstag am Beginn oder am Ende einer Woche fällt. In diesen Fällen muss der medizinische Dienst die Arbeitsunfähigkeit unverzüglich nach Vorlage des ärztlichen Attests überprüfen. Der Arbeitgeber kann verlangen, dass die Krankenkasse eine gutachterliche Stellungnahme des medizinischen Dienstes zur Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit einholt.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 11/2007

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 11/2007

7.4.6. Mutterschutz in der Zahnarztpraxis

Seit dem 01.01.2018 ist der neue Mutterschutz in Kraft. Der Deutsche Bundestag hatte die Reform am 30.03.2017 beschlossen. Wirklich geändert hatte sich nur wenig, im Kern waren die bis dato gültigen Verfahrensweisen, insbesondere zur Gefährdungsbeurteilung, weiter zu beachten.

Die Hauptänderungen betrafen die Struktur des Gesetzes. Es wurde die zuvor gesonderte »Verordnung zum Schutze der Mutter am Arbeitsplatz« (MuSchArbV) in das MuSchG integriert. Der zentrale Begriff ist jetzt die sog. (für Mutter und Kind auszuschließende) unverantwortbare Gefährdung.

Generelle Beschäftigungsverbote
… sind weiterhin im Gesetz geregelt. So ist grundsätzlich mit Ausnahmegenehmigungsvorbehalt bei Einwilligung der Schwangeren verboten
– Arbeit von mehr als 40 Stunden (Minderjährige) bzw. 45 Stunden (Volljährige) pro Woche,
– Arbeit zwischen 20 Uhr und 22 Uhr,
– Nachtarbeit zwischen 22 Uhr und 6 Uhr morgens,
– Arbeit an Sonn- und Feiertagen,
– Arbeit im Umgang mit Gefahrstoffen,
– Beschäftigung mit Tragung von Lasten über 5 kg, mit unfallgefährdeten Tätigkeiten, in ungesunden Körperhaltungen (dauernd gebückt, gestreckt etc.)

Dazu kommen die Schutzfristen um die Geburt herum, in denen absolutes Beschäftigungsverbot besteht. Dieses gilt grundsätzlich
– 6 Wochen vor der Geburt
– 8 Wochen nach der Geburt

Sind die sechs Wochen vor der Geburt wegen einer frühzeitigen Niederkunft nicht einzuhalten, wird die ausgefallene Zeit der Phase nach der Geburt zugeschlagen. Im Ergebnis sind um die Geburt herum in jedem Fall 14 Wochen bezahlte Freistellung zu gewähren.

Die Freistellung nach der Geburt wird auf zwölf Wochen verlängert bei
– Früh- und Mehrlingsgeburten und
– neu seit 01.01.2018 auch bei Behinderung des Neugeborenen (auf Antrag und bei Nachweis der Behinderung)

Unverantwortbare Gefährdung
Diese ist – im Zweifel durch Beschäftigungsverbote – zu vermeiden. Abgesehen von wenigen Regelbeispielen ist der Begriff unverändert nicht praxistauglich definiert. Die Bundesregierung hatte bei Verabschiedung der Reform verbindliche Hinweise für die Praxis zugesagt. Aber der Leitfaden der Bundesregierung zum Mutterschutz ist eher durchzogen von Allgemeinplätzen und weitgefassten Definitionen, die im Praxisalltag kaum weiterhelfen (https://www.bmfsfj.de/blob/94398/b235a06e6fa9ece3d1a6effbc5a510ee/mutterschutzgesetz-data.pdf, S. 26 ff.).

Das konkrete Vorgehen bei der Schwangerschaft einer Mitarbeiterin bleibt unverändert. Der Arbeitgeber hat nach Mitteilung der Schwangerschaft

– die Arbeitsbedingungen zu beurteilen,
– ggf. erforderliche Schutzmaßnahmen zu ergreifen, nämlich in dieser Rangfolge
  • Umgestaltung der Arbeitsbedingungen,
  • Umsetzung der Mitarbeiterin auf einen anderen Arbeitsplatz,
  • Aussprache eines Beschäftigungsverbots
– von der Schwangerschaft, der Beurteilung und den ergriffenen Maßnahmen die zuständige Arbeitsschutzbehörde zu unterrichten.

Angestellte Zahnärztinnen wie auch ZFA werden in aller Regel schon wegen des Umgangs mit Gefahrstoffen nicht »am Stuhl« tätig sein dürfen. Die Umsetzung auf einen anderen Arbeitsplatz wird für Zahnärztinnen in kleineren Einheiten oft kaum möglich sein, für ZFA ist in größeren Praxen eine »Umgestaltung der Arbeitsbedingungen« bzw. eine Umsetzung (z.B. Verwaltung/Abrechnung) denkbar.

Stillzeit, insbesondere Beschäftigungsverbote während der Stillzeit
Unverändert besteht ein Anspruch auf zeitweise Freistellung zum Stillen während der Arbeitszeit, wenn die Mutter nach der Schutzfrist an ihren Arbeitsplatz zurückkehrt (§ 7 Abs. 2 MuSchG). Der Anspruch ist jetzt aber auf die ersten zwölf Lebensmonate des Kindes begrenzt.

Mögliche Beschäftigungsverbote für stillende Frauen sind zwar jetzt explizit geregelt, im Wesentlichen gelten hier dieselben Kriterien wie während der Schwangerschaft (z.B. bei Kontakt mit reproduktionsto-

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2020

xischen Stoffen). Während dieser Zeit wird der weitergezahlte Lohn auch im U2-Umlageverfahren erstattet.

Unklar ist aber nach wie vor – und seit 01.01.2018 auch nach wie vor nicht gerichtlich entschieden –, was im Falle eines Beschäftigungsverbotes wegen Stillzeit *nach* Ablauf der ersten zwölf Monate gelten soll. § 7 Abs. 2 S. 1 MuSchG regelt diese Begrenzung explizit nur für die Stillpausen bei ansonsten wieder aufgenommener Arbeit, nicht bei vollständiger Abwesenheit zum Stillen wegen eines Beschäftigungsverbotes.

Die Krankenkassen im U2-Umlageverfahren gehen davon aus, dass bei Beschäftigungsverboten wegen Stillzeit über den 12. Lebensmonat hinaus eine Erstattung des weiter zu zahlenden Lohns nicht mehr erfolgen muss. Allerdings meinen die Kassen, dies damit begründen zu können, dass eine »vollständige« Freistellung von der Arbeit nicht anders behandelt werden könne als eine nur »teilweise« Freistellung mittels Stillpausen.

Dieses Argument geht aber eigentlich an der Sache vorbei. Denn wenn wegen Stillens auch nach dem 12. Monat ein Beschäftigungsverbot besteht, steht nicht eine (gesetzlich erzwungene) vollständige Freistellung in Rede. Die Mutter *darf* vielmehr nicht beschäftigt werden.

Die Frage ist also, was für den Arbeitgeber daraus folgt. Denn beschäftigen darf er eine Mutter auch ab dem 13. Monat nicht, wenn eine entsprechende Gefährdung für die stillende Mutter fortbesteht und die Mutter weiterhin nachweislich stillt.

Ob sich der Arbeitgeber – falls die Angestellte sich weigert, Urlaub oder Elternzeit zu nehmen – auf den einfachen Grundsatz »kein Lohn ohne Arbeit« berufen und eine Weiterbezahlung bis zur Rückkehr in die Praxis verweigern kann, ist unklar. Dafür spricht, dass der Gesetzgeber bei der Begründung zum MuSchG-Reformgesetz generell davon sprach, dass ein Arbeitgeber ab dem 13. Monat der Stillzeit »nicht mehr belastet« werden dürfe. Auch diese Ausführungen standen aber im Zusammenhang mit der Freistellung während der Arbeitszeit für Stillpausen, nicht für Beschäftigungsverbote *(BT-Drs. 18/8963, S. 63)*.

Es gibt ergo nur drei Wege, um der unklaren Rechtslage in der Praxis zu begegnen:
– mit der Mutter kann die Beanspruchung von Elternzeit ab dem 13. Monat bis zum Ende der Stillzeit abgestimmt werden (falls die Dauer des Stillens unabsehbar ist, muss ggf. einvernehmlich die genommene Elternzeit verkürzt oder verlängert werden)
– mit der Mutter muss die Realisierung ggf. offenstehender Urlaubsansprüche besprochen werden (das hält naturgemäß in aller Regel nur für wenige Wochen vor)
– die Mutter muss einvernehmlich für die weitere Dauer der Stillzeit unbezahlt freigestellt werden

Verweigert sich die stillende Mutter allen diesen einvernehmlichen Regelungen, bleiben nur zwei streitige Wege:
– entweder man verweigert der Mitarbeiterin für die weitere Dauer der Stillzeit die Bezahlung unter Berufung auf die oben zitierten Motive des Gesetzgebers a maiore ad minus

ODER
– man bezahlt die Mitarbeiterin und nimmt die zuständige Krankenversicherung auf Erstattung via U2 in Anspruch (die Erfolgsaussichten sind allerdings gering, weil die Gerichte bereits vor der Reform des MuSchG entschieden hatten, dass jedenfalls Stillpausen nur in den ersten zwölf Monaten zu gewähren sind)

Will man auch diese Wege nicht gehen, aber dennoch keinen Lohn entrichten, bleibt nur die Kündigung der Mitarbeiterin, der absolute Kündigungsschutz läuft spätestens 18 Wochen nach der Geburt aus (s. sogleich).

Eine definitive Handreichung ist erst möglich, wenn sich ein dafür zuständiges Gericht mit der seit 01.01.2018 geltenden Fassung des MuSchG auseinandergesetzt hat.

Kündigungsschutz

Während der Schwangerschaft bleibt die Kündigung grundsätzlich generell verboten, nach der Geburt ist die Kündigung vier Monate, höchstens für die Dauer der gesetzlichen Schutzfrist (max. 18 Wochen), verboten. Die 4-Monats-Frist nach der Geburt gilt jetzt auch bei Fehlgeburten nach der 12. Woche. Ausnahme ist wie bisher die Genehmigung der obersten Lan-

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2020

desbehörde für Arbeitsschutz in besonderen Fällen. Das Kündigungsverbot gilt während einer sich eventuell anschließenden Elternzeit weiter (§ 18 BEEG).

Bürokratie und Sanktionen

Die Beurteilung von Arbeitsbedingungen und der ergriffenen Schutzmaßnahmen muss dokumentiert werden. Die Geldbußen bei Verstoß gegen die Vorschriften des Gesetzes wurden letztes Jahr im Zuge der Reform auf max. 30.000,– € verdoppelt.

RA Michael Lennartz
RA Anno Haak, LL.M. Medizinrecht
lennmed.de Rechtsanwälte
Bonn Berlin Baden-Baden

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2020

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2020

7.4.7. Vorsicht bei mehrmaligen Abmahnungen ohne weitere arbeitsrechtliche Konsequenzen!

Das Bundesarbeitsgericht (BAG) hat am 05.11.2001 über die Wirksamkeit einer ordentlichen verhaltensbedingten Kündigung eines seit 23 Jahren beschäftigten Arbeitnehmers entschieden. Dieser war wegen mehrfacher morgendlicher Verspätungen bereits sieben Mal abgemahnt worden. Das letzte Abmahnschreiben hatte folgenden Inhalt:

»Ihr Nichteinhalten der ordentlichen Arbeitszeit/Unpünktlichkeit

Sehr geehrter Herr M.,

Sie kamen an den folgenden Tagen zu spät zur Arbeit, und zwar am 17.12.1998 um 05.26 Uhr, 18.12.1998 um 5.39 Uhr, 12.01.1999 um 06.13 Uhr, 22.01.1999 um 07.09 Uhr, 23.01.1999 um 05.31 Uhr.

Indem Sie sich nicht an den für Sie geltenden Arbeitsbeginn halten – nämlich um 05.00 Uhr – verstoßen Sie in erheblichem Umfang gegen Ihre Pflichten als Arbeitnehmer. Dies missbilligen wir ganz entschieden.

Wir dürfen Sie darauf hinweisen, dass wir Sie bzgl. dieser Pflichtverstöße schon mehrmals rügen und auch abmahnen mussten.

Eine Wiederholung einer derartigen oder ähnlichen Pflichtverletzung wird für Sie ernsthafte Konsequenzen – nämlich die Kündigung Ihres Arbeitsverhältnisses – haben. Wir müssen Sie dringendst darauf hinweisen, dass Sie endlich einen pünktlichen Arbeitsbeginn einhalten. Zu einem Dauerzustand wollen wir diese Pflichtverletzung nicht werden lassen.

Dies ist unsere letzte Abmahnung, wir hoffen in Zukunft auf Ihr pflichtgemäßes Verhalten.«

Einen Tag nach Zugang dieser Abmahnung sowie 18 Tage später nahm der Arbeitnehmer erneut die Arbeit verspätet auf. Zwei Tage nach dem letzten Vorfall kündigte der Arbeitgeber fristgemäß.

Das BAG hat dem Arbeitgeber Recht gegeben und die Kündigung bestätigt, gleichzeitig aber nochmals ausdrücklich zur **Warnfunktion einer Abmahnung** Stellung genommen:

»Die Warnfunktion einer Abmahnung kann erheblich dadurch abgeschwächt werden, dass der Arbeitgeber bei ständig neuen Pflichtverletzungen des Arbeitnehmers stets nur mit einer Kündigung droht, ohne jemals arbeitsrechtliche Konsequenzen folgen zu lassen. Eine Abmahnung kann nur dann ihre Funktion erfüllen, den Arbeitnehmer zu warnen, dass ihm bei der nächsten gleichartigen Pflichtverletzung die Kündigung droht, wenn der Arbeitnehmer diese Drohung ernst nehmen muss. Dies kann je nach den Umständen nicht mehr der Fall sein, wenn jahrelang die Kündigung stets nur angedroht, nicht jedoch ausgesprochen wird.«

Für die zahnärztliche Praxis gilt deshalb:
Bereits die erste Abmahnung wegen Fehlverhaltens muss wegen der Bewertung des Verhaltens und der einzuhaltenden Form peinlich korrekt formuliert werden.

Gab es bereits mehrere Abmahnungen, muss die letzte Abmahnung vor Ausspruch der Kündigung besonders eindringlich gestaltet werden. Am besten ist

1. ein eindringliches Abmahnungsgespräch mit dem Hinweis auf die letzte Chance vor Kündigung (möglichst unter Zeugen),

2. die eindeutige schriftliche Abmahnung mit der Bezeichnung als **»letztmalige Abmahnung«** mit dem Hinweis auf alle bisherigen Verstöße und Abmahnungen und der Warnung, dass ein weiterer Verstoß **definitiv** die Kündigung nach sich ziehen wird.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 11/2007

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 11/2007

7.4.8. Kündigung

7.4.8.1. Kündigungsfristen im Arbeitsrecht

Die Grundkündigungsfrist für Arbeitgeber und Arbeitnehmer beträgt vier Wochen zum 15. oder zum Ende eines Kalendermonats, § 622 Abs. 1 BGB.

Durch eine besondere Regelung im Arbeitsvertrag können aber zwischen dem Arbeitgeber und dem Arbeitnehmer längere Fristen als die Vierwochenfrist vereinbart werden.

Bei einer längeren Betriebszugehörigkeit des Arbeitnehmers erhöht sich die Kündigungsfrist für den Arbeitgeber. Wichtig ist, dass die Regelung des § 622 Abs. 2 Satz 2 BGB (»Bei der Berechnung der Beschäftigungsdauer werden Zeiten, die vor der Vollendung des 25. Lebensjahrs des Arbeitnehmers liegen«) aufgrund einer Entscheidung des Europäischen Gerichtshofs (Rechtssache C-555/07) nicht mehr angewendet werden darf. Nach zweijähriger Betriebszugehörigkeit ist die Kündigungsfrist ein Monat zum Monatsende, nach fünf Jahren Zugehörigkeit zwei Monate bis zum Monatsende bis hin zu einer Kündigungsfrist von sieben Monaten zum Monatsende bei mindestens 20-jähriger Betriebszugehörigkeit.

Im Nachfolgenden wird ein Überblick über die gesetzlichen Kündigungsfristen gegeben.

Beschäftigungszeit	Kündigungsfrist	zum	für
innerhalb vereinbarter Probezeit bis zu 6 Monate	2 Wochen		Arbeitgeber und Arbeitnehmer
bis zu 2 Jahren (Grundkündigungsfrist)	4 Wochen*	15. eines Monats oder Monatsende	Arbeitgeber und Arbeitnehmer
2 Jahre	1 Monat	Monatsende	Arbeitgeber
5 Jahre	2 Monate	Monatsende	Arbeitgeber
8 Jahre	3 Monate	Monatsende	Arbeitgeber
10 Jahre	4 Monate	Monatsende	Arbeitgeber
12 Jahre	5 Monate	Monatsende	Arbeitgeber
15 Jahre	6 Monate	Monatsende	Arbeitgeber
20 Jahre	7 Monate	Monatsende	Arbeitgeber

* Die Kündigungsfrist von vier Wochen zum 15. eines Monats oder Monatsende kann in zwei Fällen einzelvertraglich durch eine besondere Vereinbarung abgekürzt werden:

– Bei Einstellung einer Aushilfe für eine Beschäftigungsdauer von bis zu drei Monaten.

– In Betrieben bis zu 20 Arbeitnehmern kann mit einer Frist von vier Wochen gekündigt werden, wobei die Kündigung nicht zum 15. eines Monats oder Monatsende erfolgen muss.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 01/2013

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 01/2013

7.4.8.2. Kündigungsschutz

Mit Wirkung zum 01.01.2004 sind im Rahmen des Gesetzes zu Reformen am Arbeitsmarkt vom 24.12.2003 wichtige auch die Zahnarztpraxis betreffende Regelungen in Kraft getreten, die insbesondere den Kündigungsschutz für Arbeitnehmer betreffen.

Bislang galten die Regelungen des Kündigungsschutzgesetzes, die die Kündigung eines Arbeitnehmers deutlich erschweren, nicht in Kleinbetrieben, in denen in der Regel fünf oder weniger Arbeitnehmer ausschließlich der Auszubildenden beschäftigt werden. Nach der gesetzlichen Neuregelung gibt es für Betriebe, in denen in der Regel zehn oder weniger Arbeitnehmer ausschließlich der Auszubildenden beschäftigt werden, nunmehr Erleichterungen im Bereich des Kündigungsschutzes. Sofern ab dem 01.01.2004 ein neuer Mitarbeiter eingestellt ist, so unterliegt dieser in Betrieben mit zehn oder weniger Arbeitnehmern nicht mehr dem Kündigungsschutz des Kündigungsschutzgesetzes. Allerdings haben Mitarbeiter, die bereits vor der gesetzlichen Neuregelung Kündigungsschutz hatten (zum Beispiel in einem Betrieb mit acht Mitarbeitern), weiterhin aus Gründen des Vertrauensschutzes Kündigungsschutz.

Nach dem Kündigungsschutzgesetz sind wie folgt anzurechnen:

- Mitarbeiter mit einer regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit von nicht mehr als 20 Stunden mit dem Faktor 0,5.
- Mitarbeiter mit einer regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit von nicht mehr als 30 Stunden mit dem Faktor 0,75.
- Mitarbeiter mit einer regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit von mehr als 30 Stunden mit dem Faktor 1,0.
- Auszubildende sind nicht anzurechnen.

Bei Anwendbarkeit des Kündigungsschutzgesetzes ist die Kündigung durch den Arbeitgeber im Ergebnis nur dann möglich, wenn sie aus in der Person des Arbeitnehmers liegenden Gründen (zum Beispiel Arbeitsverweigerung, dauerhaft mangelhafte Arbeitsleistung) oder betrieblichen Gründen (zum Beispiel starker Umsatzeinbruch, der zur Gefährdung des Betriebes führt) erfolgt. Darüber hinaus muss der Arbeitgeber bei einer betriebsbedingten Kündigung die richtige so genannte Sozialauswahl treffen. Nach der ab 01.01.2004 gültigen Rechtslage sind ausschließlich folgende soziale Gesichtspunkte zu berücksichtigen:

- Die Dauer der Betriebszugehörigkeit;
- das Lebensalter;
- die Unterhaltspflichten und
- die Schwerbehinderung eines Arbeitnehmers.

Der Arbeitgeber hat nach der gesetzlichen Neuregelung darüber hinaus die Möglichkeit, bei einer betriebsbedingten Kündigung den Arbeitnehmer darauf hinzuweisen, dass er eine Abfindung beanspruchen kann, wenn er auf die Kündigungsschutzklage verzichtet. Allerdings hat der gekündigte Arbeitnehmer die Möglichkeit, eine Kündigungsschutzklage auch dann zu erheben, wenn der Arbeitgeber ein Abfindungsangebot unterbreitet hat. Ab dem 01.01.2004 gilt eine Klagefrist von drei Wochen ab Zugang der Kündigung für alle Kündigungsschutzklagen. Bislang galt die Drei-Wochen-Frist nur für Klagen, mit denen die Unwirksamkeit einer Kündigung auf der Grundlage des Kündigungsschutzgesetzes geltend gemacht wurde.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 01/2013

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 01/2013

7.4.8.3. Kündigunserklärung und Freistellung

Bei einer Kündigung ist insbesondere zu beachten, dass diese bestimmt sein muss und einem Hinweis darauf erhält, dass der Gekündigte sich arbeitssuchend zu melden hat. Eine fristgemäße Kündigung könnte z. B. wie folgt lauten, wobei aber vor Ausspruch einer Kündigung eine rechtliche Prüfung stattfinden sollte, um den individuellen Gegebenheiten Rechnung zu tragen:

Kündigung

Adresse Arbeitnehmer .....,

Anrede,

hiermit kündige ich das mit Ihnen bestehende Arbeitsverhältnis ordentlich mit einer Frist von X Wochen zum XX.XX.XXXX (Tag/Monat/Jahr).

Wir weisen Sie auf Ihre Pflicht zur frühzeitigen Arbeitssuche nach § 37b SGB III hin. Sie sind verpflichtet, sich innerhalb von drei Tagen nach Erhalt dieser Kündigung bei der Agentur für Arbeit persönlich arbeitssuchend zu melden. Weiterhin sind Sie verpflichtet, aktiv nach einer Beschäftigung zu suchen.

Mit freundlichen Grüßen

_____

Zahnarzt XXXX

Die Kündigung ist auch während einer Erkrankung oder einem Urlaub des Arbeitnehmers möglich. Instruktiv ist hier u.a. eine Entscheidung des Landesarbeitsgerichtes Rheinland-Pfalz vom 30. 08. 2007 (2 Sa 373/07). Hiernach ist die Kündigung eines Arbeitsverhältnisses in einem Kleinbetrieb, in welchem das Kündigungsschutzgesetz keine Anwendung findet, für den Arbeitgeber während oder auch wegen einer Erkrankung des Arbeitnehmers erleichtert möglich. Im konkreten Fall kündigte der Arbeitgeber den Arbeitnehmer, nachdem ihm dieser mitgeteilt hatte, er werde sich in einigen Wochen einer Operation unterziehen müssen und für mindestens 5 Wochen arbeitsunfähig krank sein. Der Arbeitgeber stellte einen neuen Mitarbeiter ein. Das Arbeitsgericht wies die Klage des Arbeitnehmers mit der Begründung zurück, dass auf den Betrieb des Arbeitgebers das Kündigungsschutzgesetz keine Anwendung finde und die Kündigung auch nicht sittenwidrig i. S. des § 242 BGB sei. So hat dies auch das Landesarbeitsgericht gesehen und verweist in seiner Begründung insbesondere auf § 8 Entgeltfortzahlungsgesetz. Danach besteht der Anspruch auf Entgeltfortzahlung unabhängig davon, ob der Arbeitgeber das Arbeitsverhältnis anlässlich der Arbeitsunfähigkeit kündigt. Gleiches gilt, wenn die Kündigung anlässlich einer bevorstehenden Arbeitsunfähigkeit ausgesprochen wird. Gerade in Kleinbetrieben müssten im Hinblick auf die Gewährleistung der Funktionsfähigkeit des Betriebs notwendige Entlassungen leichter möglich sein. Die Kündigung eines

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Arbeitnehmers, der für längere Zeit ausfällt, sei insbesondere dann auch nicht sittenwidrig, wenn – wie hier – eine Ersatzkraft eingestellt wird.

Bei der Zustellung der Kündigung gibt es verschiedene Möglichkeiten (z. B. Empfangsbestätigung auf Doppel der persönlichen überreichten Kündigung, postalische Zustellung, per Boten). Gerade, wenn die Kündigung auf den »letzten Drücker« erfolgen soll, sollte man eine sichere Zustellungsmöglichkeit wählen. Empfehlenswert ist hier die Zustellung per Boten, der den Zugang auch als Zeuge in einem Prozess bestätigen kann. Der Bote muß von dem Inhalt des Schreibens Kenntnis haben, bevor er es dem zu Kündigenden persönlich übermittelt (z. B. Einwurf in Briefkasten, persönlich Übergabe). Wichtig ist, dass der Bote ein kurzes Protokoll über die Zustellung fertigt (»Am …, um … Uhr habe ich bei Frau …, Adresse …, einen Brief in den Briefkasten eingeworfen, von dessen Inhalt [Kündigungserklärung an Frau …] ich Kenntnis erhalten habe. …, den … Unterschrift«) Eine Kündigungserklärung kann auch mit einer Freistellung des Mitarbeiters kombiniert werden. Empfehlenswert ist, dass bereits im Arbeitsvertrag ein Freistellungsrecht (u. a. unter Anrechnung von noch ausstehendem Urlaub) fixiert ist, da ein Arbeitnehmer grundsätzlich nicht jede Freistellung akzeptieren muss. Möglich ist auch die Vereinbarung einer Freistellung, die vorbehaltlich einer individuellen Prüfung, wie folgt lauten könnte:

Freistellung

Frau ....., Adresse .....,

1. Das Arbeitsverhältnis von Frau … wurde mit Wirkung zum xx.xx.xxxx (Tag/Monat/Jahr) gekündigt. Frau … wird bis zur Beendigung des Arbeitsverhältnisses am xx.xx.xxxx (Tag/Monat/Jahr) – unter Anrechnung ihrer Urlaubsansprüche von XX Tagen und der von ihr geleisteten XX Überstunden – unter Fortzahlung der Vergütung von ihrer Arbeitspflicht freigestellt. Frau … erklärt ihr Einverständnis mit der Freistellung.

2. Frau … wird ein Zeugnis und auf Wunsch ein Zwischenzeugnis erteilt, dass sich auf die Leistungen und die Führung im Dienst erstreckt (qualifiziertes Zeugnis).

3. Frau … wird die Lohnsteuerkarte von dem Steuerberater des Arbeitgebers mit der Gehaltsendabrechnung übermittelt. Darüber hinaus bestätigt Frau … mit ihrer Unterschrift unter diese Vereinbarung, dass sie keine weitergehenden Ansprüche aus und in Verbindung mit dem Arbeitsverhältnis und seiner Beendigung gegen den Arbeitgeber hat.

_____

Unterschrift

RA Michael Lennartz

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Checkliste Qualifiziertes Zeugnis

Personalangaben

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

beschäftigt als _____

Betriebszugehörigkeit _____

Familienstand _____

1. Sind alle Tätigkeiten zutreffend gewichtet und erfasst? ❑ ja ❑ nein
2. Ist die innerbetriebliche Entwicklung des Mitarbeiters transparent? ❑ ja ❑ nein
3. Sind Befugnisse, Beförderungen, insbesondere Positionen dargestellt? ❑ ja ❑ nein
4. Kommen hinreichend zum Ausdruck: Quantität und Qualität der Arbeitsergebnisse, Fleiß, Sorgfalt, Gewissenhaftigkeit und Belastbarkeit? ❑ ja ❑ nein
5. Ist Verhalten gegenüber Vorgesetzten, Kollegen und Patienten zutreffend dargestellt? ❑ ja ❑ nein
6. Korrespondieren die Einzelbewertungen von Führung und Leistung mit der zusammenfassenden Beurteilung? ❑ ja ❑ nein
7. Sind sämtliche Angaben im Zeugnis zulässig? Wenn nicht: Welche Angaben sind unzulässig? ❑ ja ❑ nein

   .....
8. Können oder müssen sogar bestimmte Angaben über den Mitarbeiter wohlwollend weggelassen werden? Wenn ja: Welche? ❑ ja ❑ nein

   .....
9. Ist das Zeugnis vollständig? Wenn nicht: Welche Angaben fehlen? ❑ ja ❑ nein

   .....
10. Sind die Formulierungen verständlich und klar und orientieren sie sich an der üblichen Zeugnissprache? ❑ ja ❑ nein
11. Wird das Zeugnis der Gesamterscheinung des Arbeitnehmers gerecht? ❑ ja ❑ nein

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

7.4.10. Arbeitsrechtliche Informationen bei Praxisverkauf

Neuregelungen zum Betriebsübergang ab 01.04.2002: Ob Gründung einer Gemeinschaftspraxis oder Praxisverkauf – neue arbeitsrechtliche Informationspflichten sind zu beachten!

Bei einem Praxisverkauf geht das Personal der bisherigen Praxis auf den neuen Inhaber von Gesetzes wegen über. Es bedurfte schon bislang weder einer Kündigung bestehender noch der Abfassung neuer Arbeitsverträge. Eine Kündigung aus Anlass des Betriebsübergangs ist gemäß § 613a Abs. 4 S. 1 BGB sogar unwirksam.

Seit dem 01.04.2002 sind jedoch die Informationspflichten der Zahnärzte, die eine bestehende Einzelpraxis oder Gemeinschaftspraxis abgeben wollen, stark erweitert worden. Was viele nicht wissen, dies gilt auch bei Einbringung einer Einzelpraxis in eine Gemeinschaftspraxis (Neugründung), da auch hier ein Betriebsübergang von dem bisherigen Einzelpraxisinhaber auf die Gemeinschaftspraxis stattfindet. Der neu eingeführte § 613a Abs. 5 und 6 BGB legt für den Praxisübergang fest:

Der bisherige **oder** der neue Arbeitgeber haben bei einem Betriebsübergang die betroffenen Arbeitnehmer über

1. den (geplanten) Zeitpunkt des Betriebsübergangs *(genaues Datum)*
2. den Grund des Betriebsübergangs *(z.B. Praxisverkauf)*
3. die damit verbundenen rechtlichen, wirtschaftlichen und sozialen Folgen des Übergangs für die Arbeitnehmer
4. die hinsichtlich der Arbeitnehmer in Aussicht genommenen Maßnahmen *(z.B. betriebsbedingte Maßnahmen)*

schriftlich zu unterrichten. Die Neuregelung räumt den Arbeitnehmern nunmehr die Möglichkeit ein, dem Übergang des Arbeitsverhältnisses vom bisherigen auf den neuen Praxisinhaber **noch innerhalb eines Monats nach Zugang der ordnungsgemäßen, inhaltlich richtigen und vollständigen Unterrichtung schriftlich** gegenüber dem bisherigen oder dem neuen Praxisinhaber zu widersprechen.

Das Problem dieser Neuregelung liegt für den bisherigen Praxisinhaber in Folgendem:

Werden die Arbeitnehmer nicht oder nicht ordnungsgemäß unterrichtet, beginnt die Frist zur Widerspruchseinlegung für die Arbeitnehmer nicht zu laufen. Diese können noch Jahre später mit der Folge widersprechen, dass das Arbeitsverhältnis von Anfang an nicht auf den neuen Inhaber (z.B. die Gemeinschaftspraxis) übergegangen ist. Dies bedeutet, dass der bisherige Praxisinhaber u.a. für die bis zum Widerspruch aufgelaufenen Arbeitsentgelte weiter haften müsste. Höchstrichterlich geklärt ist diese Frage bislang noch nicht. Das Risiko ist beträchtlich.

Will man diese Folgen vermeiden, muss man die Informationspflicht sehr ernst nehmen. Insbesondere in Fällen, in denen die Pflicht zur Information auf den neuen Praxisinhaber übertragen werden soll. Eine entsprechende vertragliche Vereinbarung muss vollständig sein und abschließend klar festhalten, wen welche Pflichten treffen sollen. Nur so können evtl. finanzielle Folgen ggf. im Wege des Schadensersatzes für den Praxisübergeber abgemildert werden.

Im Falle einer Insolvenz des Übernehmers, die sicher eine der Hauptgründe für einen späteren Widerspruch darstellen kann, würde jedoch auch dies meist wenig helfen.

Anmerkung:
Für die zahnärztliche Praxis gilt deshalb:

Von der Übertragung der Informationspflicht ist abzuraten.

Der bisherige Praxisinhaber sollte auf jeden Fall eine eigene Erklärung an seine Mitarbeiter richten, der Königsweg besteht in einer gemeinsamen Information.

Ein vollständiger Praxisübergabevertrag oder Gemeinschaftspraxisvertrag wird diese Modalitäten klar festhalten und für beide Seiten genau vorschreiben, was wann durch wen zu tun ist. Dabei ist auf eine frühzeitige und vollständige Unterrichtung unter Hinweis

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

auf das Widerspruchsrecht zu achten. Die Unterrichtung muss gegenüber allen Arbeitnehmern, auch denen, die im Urlaub sind oder sich im Mutterschutz befinden, ggf. auch bei ruhendem Arbeitsverhältnis abgegeben werden. Der Zugang muss nachweisbar sein. Nur so kann vermieden werden, dass in der u. U. »stressbehafteten« Zeit der Gründung einer Gemeinschaftspraxis oder der Praxisaufgabe gravierende Fehler mit irreparablen Spätfolgen gemacht werden.

Anbei finden Sie eine ein Beispiel für eine Information gem. § 613 a BGB (Verkauf Einzelpraxis, Info des Praxisabgebers):

Information nach § 613 a BGB

Hinweis:
Beispiel für eine Information des Praxisabgebers, wobei individuelle Prüfung/Abstimmung erforderlich ist!

Anrede ,
wie ich Ihnen bereits persönlich mitgeteilt habe, hat Herr Zahnarzt XXXXX die Zahnarztpraxis mit Wirkung zum XX.XX.XXXX von mir übernommen.

Für jeden Betriebsübergang ordnet § 613a Abs. 5 BGB an, dass alle Mitarbeiter durch ein formelles Informationsschreiben über alle wesentlichen Aspekte unterrichtet werden (Die zugrunde liegende Regelung des § 613a BGB ist angefügt), wobei ich dieser gesetzlichen Informationspflicht hiermit nachkomme:
Nach dem Kauf der Praxis geht ihr bestehender Arbeitsvertrag (natürlich zu identischen Konditionen) auf Herrn XXXXX als neuen Arbeitgeber über, womit sich für Sie nichts ändert. Ihre arbeitsvertraglichen Rechte und Pflichten gelten unverändert weiter. Kündigungen des Arbeitgebers wegen des Betriebsübergangs sind unzulässig.

Sie haben nach § 613 Abs. 6 BGB das Recht, dem Übergang Ihres Arbeitsverhältnisses auf den neuen Arbeitgeber innerhalb von einem Monat nach Zugang dieses Schreibens schriftlich zu widersprechen. Falls Sie das Widerspruchsrecht ausüben, geht Ihr Arbeitsverhältnis nicht auf den neuen Arbeitgeber über, sondern Sie hätten weiterhin einen Arbeitsvertrag mit mir als Ihrem bisherigen Arbeitgeber. Die Folge wäre allerdings, dass ich gezwungen wäre, Ihnen betriebsbedingt zu kündigen, da meine Praxis ab XX.XX.XXXX rechtlich nicht mehr existiert, ich Ihnen also auch keinen Arbeitsplatz mehr zur Verfügung stellen kann.

Für weitere Fragen stehe ich gerne zur Verfügung. Bitte bestätigen Sie den Erhalt dieses Schreibens auf dem beigefügtem Doppel.

Abschlussformel

Mit besten Grüßen
XXXXXXX

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Anlage: Text § 613 a BGB

§ 613a Rechte und Pflichten bei Betriebsübergang

(1) Geht ein Betrieb oder Betriebsteil durch Rechtsgeschäft auf einen anderen Inhaber über, so tritt dieser in die Rechte und Pflichten aus den im Zeitpunkt des Übergangs bestehenden Arbeitsverhältnissen ein. Sind diese Rechte und Pflichten durch Rechtsnormen eines Tarifvertrags oder durch eine Betriebsvereinbarung geregelt, so werden sie Inhalt des Arbeitsverhältnisses zwischen dem neuen Inhaber und dem Arbeitnehmer und dürfen nicht vor Ablauf eines Jahres nach dem Zeitpunkt des Übergangs zum Nachteil des Arbeitnehmers geändert werden. Satz 2 gilt nicht, wenn die Rechte und Pflichten bei dem neuen Inhaber durch Rechtsnormen eines anderen Tarifvertrags oder durch eine andere Betriebsvereinbarung geregelt werden. Vor Ablauf der Frist nach Satz 2 können die Rechte und Pflichten geändert werden, wenn der Tarifvertrag oder die Betriebsvereinbarung nicht mehr gilt oder bei fehlender beiderseitiger Tarifgebundenheit im Geltungsbereich eines anderen Tarifvertrags, dessen Anwendung zwischen dem neuen Inhaber und dem Arbeitnehmer vereinbart wird.

(2) Der bisherige Arbeitgeber haftet neben dem neuen Inhaber für Verpflichtungen nach Absatz 1, soweit sie vor dem Zeitpunkt des Übergangs entstanden sind und vor Ablauf von einem Jahr nach diesem Zeitpunkt fällig werden, als Gesamtschuldner. Werden solche Verpflichtungen nach dem Zeitpunkt des Übergangs fällig, so haftet der bisherige Arbeitgeber für sie jedoch nur in dem Umfang, der dem im Zeitpunkt des Übergangs abgelaufenen Teil ihres Bemessungszeitraums entspricht.

(3) Absatz 2 gilt nicht, wenn eine juristische Person oder eine Personenhandelsgesellschaft durch Umwandlung erlischt.

(4) Die Kündigung des Arbeitsverhältnisses eines Arbeitnehmers durch den bisherigen Arbeitgeber oder durch den neuen Inhaber wegen des Übergangs eines Betriebs oder eines Betriebsteils ist unwirksam. Das Recht zur Kündigung des Arbeitsverhältnisses aus anderen Gründen bleibt unberührt.

(5) Der bisherige Arbeitgeber oder der neue Inhaber hat die von einem Übergang betroffenen Arbeitnehmer vor dem Übergang in Textform zu unterrichten über:
1. den Zeitpunkt oder den geplanten Zeitpunkt des Übergangs,
2. den Grund für den Übergang,
3. die rechtlichen, wirtschaftlichen und sozialen Folgen des Übergangs für die Arbeitnehmer und
4. die hinsichtlich der Arbeitnehmer in Aussicht genommenen Maßnahmen.

(6) Der Arbeitnehmer kann dem Übergang des Arbeitsverhältnisses innerhalb eines Monats nach Zugang der Unterrichtung nach Absatz 5 schriftlich widersprechen. Der Widerspruch kann gegenüber dem bisherigen Arbeitgeber oder dem neuen Inhaber erklärt werden.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

7.4.11. Musterverträge

7.4.11.1. Einleitung

Unter dieser Rubrik werden Ihnen Musterverträge zur Verfügung gestellt, die Ihnen als Grundlage für vertragliche Regelungen im zahnärztlichen Bereich dienen sollen.

Sie erhalten aktualisierte »Basis-Musterverträge« für die Beschäftigung von Mitarbeitern in Zahnarztpraxen, Vorbereitungsassistenten und angestellten Zahnärzten. Diese Musterverträge können Ihnen als Grundlage für individuelle vertragliche Regelungen im arbeitsrechtlichen Bereich dienen.

Darüber hinaus wurden Textbausteine entwickelt, die einen Überblick über zusätzliche typischerweise in Frage kommende Arbeitsvertragsklauseln geben (z. B. Weihnachtsgratifikation, Befristung der Probezeit, Anzeigepflicht bei Krankheit).

Allerdings kann ein Mustervertrag nicht alle denkbaren Konstellationen abdecken, womit oftmals eine individuelle Vertragsregelung erforderlich ist. Im Zweifel ist dabei die Hinzuziehung eines Rechtsanwaltes empfehlenswert.

Wir weisen auf Folgendes hin: Die Musterverträge dienen der Orientierung und sind unbedingt auf den Einzelfall und die getroffenen individuellen vertraglichen Absprachen anzupassen. Da Verträge fortwährend Anpassungen bspw. wegen inzwischen geänderter höchstrichterlicher Rechtsprechung oder Gesetzesänderung unterliegen können, ist es unabdinglich, dass Sie als Verwender den Mustervertrag sorgfältig und eigenverantwortlich prüfen. Wir übernehmen keine Haftung dafür, dass der jeweilige Mustervertrag für den konkreten Anwendungsbereich geeignet ist. In Zweifelsfällen sollten Sie fachkundigen Rat einholen und einen Arbeitsvertrag individuell erstellen lassen.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

7.4.11.2. Arbeitsvertrag für Mitarbeiter

Wir weisen auf Folgendes hin: Die Musterverträge dienen der Orientierung und sind unbedingt auf den Einzelfall und die getroffenen individuellen vertraglichen Absprachen anzupassen. Da Verträge fortwährend Anpassungen bspw. wegen inzwischen geänderter höchstrichterlicher Rechtsprechung oder Gesetzesänderung unterliegen können, ist es unabdinglich, dass Sie als Verwender den Mustervertrag sorgfältig und eigenverantwortlich prüfen. Wir übernehmen keine Haftung dafür, dass der jeweilige Mustervertrag für den konkreten Anwendungsbereich geeignet ist. In Zweifelsfällen sollten Sie fachkundigen Rat einholen und einen Arbeitsvertrag individuell erstellen lassen.

Arbeitsvertrag*

Zwischen

_____

(Name Praxis und Inh. sowie vollständige Adresse des Arbeitgebers, ggf. vertreten durch)

– im Folgenden: **Arbeitgeber** –

und

_____

(Vor- und Nachname sowie vollständige Adresse der Arbeitnehmerin)

– im Folgenden: **Arbeitnehmerin** –

– gemeinsam im Folgenden: **die Parteien** –

wird Folgendes vereinbart:

MUSTER

§ 1

Beginn und Dauer

(1) Die Arbeitnehmerin wird ab dem xxx *(Eintrittsdatum)* bei dem Arbeitgeber als zahnmedizinische Fachangestellte (ZFA) *(ggf. auch ZMF, ZMV, je nach bestehenden Qualifikationen)* beschäftigt.

(2) Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.

Alternativ: Der Vertrag ist gem. § 14 Abs. 2 TzBfG befristet bis xxx *(Austrittsdatum)*. Der Vertrag endet mit dem Austrittsdatum, ohne dass es einer Kündigung bedarf, eine stillschweigende Verlängerung des Arbeitsvertrags ist ausgeschlossen, eine Verlängerung des Vertrags in Schriftform vor dem Ablauf der Befristung bleibt unberührt.

Alternativ: Die Arbeitnehmerin wird, begründet durch xxx (Sachgrund einer Befristung) gem. § 14 Abs. 1 TzBfG, befristet bis xxx (Austrittsdatum)/für die Zeit bis xxx, höchstens jedoch bis xxx (Austrittsdatum) eingestellt. Der Vertrag endet mit Erreichen des Zwecks, ohne dass es einer Kündigung bedarf. Eine stillschweigende Verlängerung des Arbeitsvertrags ist ausgeschlossen, eine Verlängerung des Vertrags in Schriftform vor dem Ablauf der Befristung bleibt unberührt.

* Alle Formulierungen beziehen sich uneingeschränkt auf alle Geschlechter (m/w/d), auch wenn aus Gründen der besseren Lesbarkeit nur die Bezeichnung für ein Geschlecht verwendet wird.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

§ 2

Probezeit

Die ersten xxx Monate *(maximal sechs)* ab dem Eintrittsdatum nach Absatz 1 gelten als Probezeit. Während der Probezeit kann das Arbeitsverhältnis von beiden Parteien mit einer Frist von zwei Wochen jederzeit gekündigt werden.

§ 3

Tätigkeit/Arbeitsort

(1) Die Arbeitnehmerin wird als ausgebildete zahnmedizinische Fachangestellte (ZFA) (ggf. weitere Titel entsprechend den Fortbildungen) beschäftigt. Sie hat auf Weisung des Arbeitgebers sämtliche durch die »Verordnung über die Berufsausbildung zum Zahnmedizinischen Fachangestellten/zur Zahnmedizinischen Fachangestellten vom 4. Juli 2001« normierten und erlernten Tätigkeiten (ggf. zudem Inhalte absolvierter Fortbildungen) gewissenhaft auszuführen.

(2) Die Arbeitnehmerin verpflichtet sich, darüber hinaus auf Weisung des Arbeitgebers andere im Einzelfall erforderliche und zumutbare Arbeiten durchzuführen, die ihren Kenntnissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten entsprechen (z. B. Rezeption und Abrechnung der Praxis, kleinere Dienste im praxiseigenen Labor). Das Recht des Arbeitgebers, solche Tätigkeiten anzuordnen, wird auch durch einen dauerhaften ausschließlichen Einsatz als ZFA nicht berührt.

(3) Das Weisungsrecht wird grundsätzlich durch den Arbeitgeber ausgeübt. Die Delegation des Weisungsrechts an bei dem Arbeitgeber angestellte Zahnärzte im Einzelfall bleibt unberührt. Das Weisungsrecht in organisatorischer Hinsicht an andere Angestellte des Arbeitgebers im Einzelfall bleibt unberührt. Die Delegation des Weisungsrechts auf andere als angestellte Zahnärzte ist im Einzelfall auf Verlangen der Arbeitnehmerin nachzuweisen.

(4) Arbeitsort ist die Praxis des Arbeitgebers. Sollte der Arbeitgeber künftig weitere Standorte begründen (z. B. Zweigpraxis, überörtliche BAG etc.), gelten auch die weiteren Standorte als Arbeitsort. Die Arbeitnehmerin kann an diesen weiteren Standorten eingesetzt werden, sofern ihr das zumutbar ist. Im Falle von Hausbesuchen, etwa im Rahmen des Notdienstes oder der Versorgung immobiler Patienten in Pflegeheimen, gelten auch die Örtlichkeiten, an denen die Patienten sich befinden, als Arbeitsort, wenn der Arbeitgeber dortige Tätigkeit anordnet.

§ 4

Nebentätigkeit

(1) Jede entgeltliche oder unentgeltliche Nebentätigkeit der Arbeitnehmerin ist nur mit vorheriger, schriftlicher Zustimmung des Arbeitgebers zulässig, wenn und soweit die Interessen des Arbeitgebers durch die Nebentätigkeit berührt werden.

MUSTER

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

(2) Die Zustimmung hat die Arbeitnehmerin schriftlich bei dem Arbeitgeber zu beantragen. Erfolgt die Zustimmung nicht binnen vier Wochen nach dem Zugang des Antrages, gilt sie als endgültig verweigert. Entscheidend für die Einhaltung der Frist nach Satz 2 ist der Zugang der schriftlichen Zustimmung bei der Arbeitnehmerin.

(3) Die Aufnahme einer Nebentätigkeit ohne Zustimmung des Arbeitgebers sowie die Verweigerung der Einstellung einer ungenehmigten Nebentätigkeit trotz entsprechenden Verlangens des Arbeitgebers gilt als Grund zur außerordentlichen, fristlosen Kündigung aus wichtigem Grund.

§ 5

Vergütung

(1) Die Arbeitnehmerin erhält eine Bruttovergütung von monatlich xxx € (in Worten: xxx Euro). Das monatliche Gehalt ist bargeldlos am letzten Werktag eines jeden Monats auf ein von der Arbeitnehmerin zu benennendes Konto zu zahlen.

(2) ggf.: Über den vorstehenden Vergütungsanspruch hinaus hat die Arbeitnehmerin Anspruch auf folgende bargeldlose Sonderzahlungen:

……

(z. B. Urlaubsgeld, Weihnachtsgeld etc.), jeweils bargeldlos auf das angegebene Konto zu zahlen und fällig zum xxx.

(3) Für den Fall, dass die Arbeitnehmerin künftig privat krankenversichert ist, zahlt der Arbeitgeber zu den Krankenversicherungsprämien einen Zuschuss in Höhe der Hälfte des tatsächlichen Beitrages, jedoch nicht mehr als die Hälfte des Betrages, der als Beitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung zu zahlen wäre.

(4) Für den Fall, dass die Arbeitnehmerin von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung für Angestellte künftig befreit werden sollte, übernimmt der Arbeitgeber die Hälfte des Pflichtbeitrages für die ersatzweise bestehende Versorgungsanstalt, jedoch höchstens die Hälfte des Betrages, der als Beitrag zur gesetzlichen Rentenversicherung zu zahlen wäre.

(5) Im Übrigen führt der Arbeitgeber die Beiträge zur Sozialversicherung entsprechend den geltenden gesetzlichen und untergesetzlichen Vorschriften in der jeweils geltenden Fassung ab.

(6) Sonstige Leistungen des Arbeitgebers, die über die Vergütung nach vorstehenden Absätzen hinausgehen, erfolgen freiwillig. Auch eine wiederholte vorbehaltlose Gewährung begründet keinen Rechtsanspruch der Arbeitnehmerin für die Zukunft (d. h. die Zeit nach der erstmaligen Gewährung).

MUSTER

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

§ 6

Arbeitszeiten

(1) Die regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit beträgt ohne Einbeziehung der Pausen xx Stunden an in der Regel xx Arbeitstagen. Die Arbeit ist grundsätzlich an xx Tagen zwischen Montag und Freitag jeder Woche abzuleisten. Bei der Anordnung anderer Arbeitstage als Montag bis Freitag hat der Arbeitgeber auf die Belange der Arbeitnehmerin Rücksicht zu nehmen. Beginn, Ende und Aufteilung der Arbeitszeit richten sich im Übrigen unter Berücksichtigung der Sprechstunden und ggf. des Notdienstes nach den Erfordernissen der Praxis des Arbeitgebers.

Sofern spezifisch vereinbart:

Die regelmäßige Arbeitszeit inkl. Ruhepausen und Ruhezeiten wird wie folgt festgelegt (Nichtzutreffendes streichen):

Mo:	von	Uhr	bis	Uhr	und	von	Uhr	bis	Uhr
Di:	von	Uhr	bis	Uhr	und	von	Uhr	bis	Uhr
Mi:	von	Uhr	bis	Uhr	und	von	Uhr	bis	Uhr
Do:	von	Uhr	bis	Uhr	und	von	Uhr	bis	Uhr
Fr:	von	Uhr	bis	Uhr	und	von	Uhr	bis	Uhr
Sa:	von	Uhr	bis	Uhr	und	von	Uhr	bis	Uhr

Eine Änderung der regelmäßig festgelegten Arbeitszeiten ist zwischen den Parteien abzustimmen.

(2) Bei einer täglichen Arbeitszeit von mehr als sechs Stunden wird der Arbeitnehmerin eine Ruhepause von 30 Minuten gewährt. Beginn und Ende der täglichen Ruhepausen richten sich nach den betrieblichen Erfordernissen sowie der betrieblichen Übung *(ggf.: der jeweils geltenden Betriebsvereinbarung)*. Sollte die tägliche Arbeitszeit ausnahmsweise mehr als neun Stunden betragen, wird eine Ruhepause von 45 Minuten gewährt. Nach Beendigung der täglichen Arbeitszeit muss die Arbeitnehmerin eine ununterbrochene Ruhepause von mindestens elf Stunden haben.

(3) Auf Anordnung ist die Arbeitnehmerin verpflichtet, Überstunden zu leisten. Überstunden sind die Arbeitszeit, die über die regelmäßige Wochenarbeitszeit nach Absatz 1 hinaus geleistet wird. Überstunden sind durch Gewährung bezahlter Freizeit auszugleichen. Ist ein Ausgleich in Freizeit aus dringenden betrieblichen Gründen nicht möglich, werden die Überstunden anteilig entsprechend dem monatlichen Gehalt bezahlt. Die gesetzlichen Vorschriften über die Höchstdauer der zulässigen Arbeitszeit werden eingehalten. Wird die zulässige Höchstdauer der wöchentlichen Arbeitszeit – etwa durch die Ableistung von Notdienst – im Einzelfall überschritten, werden die über die Höchstgrenze hinausgehenden Stunden durch Freizeit ausgeglichen. In jedem Fall sind Überstunden nur durch Freizeitausgleich oder Bezahlung abzugelten, wenn sie zuvor durch den Arbeitgeber ausdrücklich angeordnet wurden oder die Arbeitnehmerin die Ableistung aus betrieblichen Gründen für erforderlich halten durfte und eine Befragung des Arbeitgebers vor Ableistung nicht möglich war. Im Zweifel und bei entsprechender Möglichkeit ist der Arbeitgeber nach der Anordnung zu befragen.

MUSTER

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

(4) Der Arbeitnehmerin ist bekannt, dass der Arbeitgeber und/oder bei dem Arbeitgeber beschäftigte oder künftig mit dem Arbeitgeber in Berufsausübungsgemeinschaft tätige Zahnärzte verpflichtet ist bzw. sind, am zahnärztlichen Notdienst teilzunehmen. Die Arbeitnehmerin verpflichtet sich, im Rahmen dieses Notdienstes auf Weisung des Arbeitgebers je nach Erforderlichkeit auch an Sonntagen, Feiertagen und außerhalb der üblichen Praxiszeiten tätig zu werden. Sofern dabei Überstunden anfallen, sind diese entsprechend Absatz 2 auszugleichen.

§ 7

Urlaub

(1) Die Arbeitnehmerin hat Anspruch auf bezahlten Erholungsurlaub von xx Arbeitstagen im Kalenderjahr. Die Parteien sind sich einig, dass dies einem Jahresurlaub von xx Arbeitswochen entspricht. Sofern künftig die wöchentliche Arbeitszeit regelmäßig auf mehr oder weniger als xx Arbeitstage wöchentlich verteilt wird, erhöht oder ermäßigt sich der Urlaubsanspruch entsprechend. Für anteilige Urlaubsansprüche gilt § 5 Bundesurlaubsgesetz.

(2) Die Urlaubszeit wird unter Berücksichtigung der Belange der Praxis des Arbeitgebers in beiderseitigem Einvernehmen festgelegt. Genommene Urlaubstage werden zunächst auf den gesetzlichen Mindesturlaub (vier Wochen jährlich), dann auf den über den gesetzlichen Mindesturlaub hinausgehenden Urlaub angerechnet.

(3) Der Urlaub des jeweiligen Jahres ist grundsätzlich im Einvernehmen festzulegen, im Zweifel obliegt die Festlegung dem Arbeitgeber.

(4) Der Arbeitgeber behält sich vor, Betriebsferien unter Anrechnung des Erholungsurlaubsanspruchs der Arbeitnehmerin anzuordnen. Auf die Belange der Arbeitnehmerin wird bei der Anordnung Rücksicht genommen. Mindestens zwei Wochen des Jahresurlaubsanspruchs behält die Arbeitnehmerin stets zur freien Verfügung.

(5) Der über den gesetzlichen Mindesturlaub (20 Werktage jährlich) hinausgehende Urlaub verfällt endgültig zum 31.12. eines jeden Jahres.

(6) Der gesetzliche Mindesturlaub (20 Werktage jährlich) verfällt zum 31.12. eines Jahres, wenn er nicht aus den in § 7 Abs. 3 BUrlG (oder einer künftigen Nachfolgevorschrift) normierten Gründen bis zum 31.03. des Folgejahres übertragen wird. Er verfällt am 31.03. des Folgejahres endgültig, es sei denn, er konnte wegen Erkrankung der Arbeitnehmerin nicht genommen werden, dann verfällt er am 31.03. des auf das Folgejahr folgenden Jahres. Der Arbeitgeber wird die Arbeitnehmerin auf einen möglichen Verfall des Urlaubs so rechtzeitig hinweisen, dass die Arbeitnehmerin den jeweils offenstehenden Resturlaub in Anspruch nehmen kann.

(7) Im Übrigen gelten die Bestimmungen des Bundesurlaubsgesetzes.

MUSTER

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

§ 8

Krankheit und sonstige Hinderung an der Arbeitsleistung

(1) Die Arbeitnehmerin hat jede Arbeitsverhinderung und ihre voraussichtliche Dauer unverzüglich (§ 121 BGB), spätestens jedoch vor Arbeitsbeginn, mitzuteilen (ggf. Modus, z. B. telefonisch, WhatsApp etc.).

(2) Im Falle der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit ist die Arbeitnehmerin, soweit sie gesetzlich krankenversichert ist, verpflichtet, spätestens am ersten Arbeitstag ihres Bestehens das Bestehen einer Arbeitsunfähigkeit sowie deren voraussichtliche Dauer ärztlich via elektronischer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung feststellen zu lassen. Im Übrigen gelten die Bestimmungen des Entgeltfortzahlungsgesetzes (EFZG) in Verbindung mit den diesbezüglichen sozialgesetzlichen Bestimmungen in der jeweils geltenden Fassung. Im Falle einer Erkrankung im Ausland gelten die Bestimmungen des Entgeltfortzahlungsgesetzes (EFZG) mit den dazu verpflichtend getroffenen Sonderregelungen.

(3) Die Fortzahlung der Bezüge während krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit erfolgt entsprechend den Regelungen des EFZG in der jeweils geltenden Fassung, d. h. bei nachgewiesener krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit derzeit längstens für sechs Wochen, keinesfalls jedoch über das Ende des Arbeitsvertrags hinaus.

(4) Erleidet die Arbeitnehmerin einen von einem Dritten verursachten Schaden, der zur Arbeitsunfähigkeit führt, so werden die entsprechenden Schadensersatzansprüche bis zur Höhe der Lohnfortzahlung an den Arbeitgeber abgetreten. Die Arbeitnehmerin ist verpflichtet, dem Arbeitgeber die zur Geltendmachung der abgetretenen Ansprüche erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

(5) § 616 BGB gilt mit folgender Maßgabe: Für die eigene Hochzeit oder die Eintragung einer gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerschaft, für die Hochzeit bzw. Eintragung einer Lebenspartnerschaft naher Angehöriger sowie für die Teilnahme an Begräbnissen naher Angehöriger erhält die Arbeitnehmerin einen Tag frei, ebenso für den Fall der Niederkunft der Ehefrau oder Lebenspartnerin sowie für einen Umzug. Andere Fälle einer persönlichen Arbeitsverhinderung, insbesondere bei einer Erkrankung des Kindes (§ 45 SGB V), führen in Abweichung von § 616 BGB nicht zur Aufrechterhaltung des Vergütungsanspruchs.

Alternativ: § 616 BGB wird abbedungen.

§ 9

Beendigung des Arbeitsverhältnisses

(1) Der Rücktritt vom Arbeitsvertrag oder seine Kündigung vor Aufnahme der Tätigkeit ist ausgeschlossen.

(2) Nach Ablauf der Probezeit finden die gesetzlichen Kündigungsfristen (§ 622 BGB) Anwendung. Das Arbeitsverhältnis kann mit einer Frist von vier Wochen zum 15. oder zum Ende eines Kalendermonats gekündigt werden, sofern sich nicht aus anderen Vorschriften eine längere Frist ergibt. Ggf. künftig eintretende Verlängerungen der gesetzlichen Kündigungsfrist (§ 622 Abs. 2 BGB) gelten für beide Parteien (Verlängerung Frist und/oder Beschränkung Kündigungstermine beiderseits möglich, Regelung darf nicht für Arbeitnehmer ungünstiger als für Arbeitgeber sein).

MUSTER

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

(3) Die Kündigungsfristen für Arbeitgeber verlängern sich bei längerem Bestehen des Arbeitsverhältnisses wie folgt:

- nach zwei Jahren auf einen Monat zum Monatsende,
- nach fünf Jahren auf zwei Monate zum Monatsende,
- nach acht Jahren auf drei Monate zum Monatsende,
- nach zehn Jahren auf vier Monate zum Monatsende,
- nach zwölf Jahren auf fünf Monate zum Monatsende,
- nach 15 Jahren auf sechs Monate zum Monatsende,
- nach 20 Jahren auf sieben Monate zum Monatsende.

(4) Das Recht zur außerordentlichen Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt und richtet sich nach den gesetzlichen Vorschriften (§ 626 BGB). Eine außerordentliche Kündigung kann nur innerhalb von zwei Wochen ab Kenntniserlangung des wichtigen Grundes erfolgen.

(5) Eine außerordentliche Kündigung wie auch jede ordentliche Kündigung gelten hilfsweise stets als ordentliche Kündigung zum nächstmöglichen Termin, wenn sich nicht aus der Kündigungserklärung selbst ausdrücklich etwas anderes ergibt.

(6) Eine Kündigung bedarf zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform. Für die Einhaltung der Fristen ist der Zugang der schriftlichen Kündigungserklärung bei dem anderen Teil maßgeblich.

(7) Der Arbeitgeber ist berechtigt, die Arbeitnehmerin während der Kündigungsfrist unwiderruflich unter Anrechnung eines ggf. bestehenden Resturlaubsanspruchs von der Arbeit freizustellen.

(8) Das Arbeitsverhältnis endet ohne Kündigung spätestens mit Ablauf des Monats, in dem die Arbeitnehmerin nach den Vorschriften über die gesetzliche Rentenversicherung in der jeweils gültigen Fassung das für sie maßgebliche gesetzliche Renteneintrittsalter vollendet hat.

(9) Bei einer Kündigung durch den Arbeitgeber beträgt die Frist zur Erhebung einer Kündigungsschutzklage drei Wochen nach Zugang der schriftlichen Kündigung, vgl. § 4 S. 1 Kündigungsschutzgesetz (§ 4 KSchG). Nach Ablauf der Klagefrist ist die Kündigung als rechtswirksam anzusehen (vgl. § 7 KSchG). Dies gilt auch bei einem nicht ordnungsgemäßen Nachweis der Frist zur Erhebung einer Kündigungsschutzklage.

MUSTER

§ 10

Verschwiegenheitspflicht

(1) Der Arbeitnehmerin ist bekannt, dass sowohl sämtliche bei dem Arbeitgeber tätigen Zahnärzte als auch die Arbeitnehmerin selbst der zahnärztlichen Schweigepflicht unterliegen. Der Arbeitnehmerin ist weiter bekannt, dass der Verstoß gegen die zahnärztliche Schweigepflicht strafbewehrt ist (§ 203 StGB). Die Arbeitnehmerin verpflichtet sich in Kenntnis dessen, über die Identität der Patienten in der Praxis des Arbeitgebers, die Tatsache der Behandlung selbst und sämtliche ihr im Zusammenhang mit der Behandlung von Patienten bekanntwerdende Tatsachen Dritten gegenüber Stillschweigen zu bewahren.

(2) Die Arbeitnehmerin verpflichtet sich darüber hinaus, über alle ihr bekanntwerdenden Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse des Arbeitgebers Dritten gegenüber Stillschweigen zu bewahren. Zu den Betriebsgeheimnissen in diesem Sinne gehört auch der vorliegende Arbeitsvertrag.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

(3) Die Kopie von Dokumenten oder Speicherung von Daten auf mobilen oder anderen Trägern, die die in den Absätzen 1 und 2 genannten Tatsachen betreffen, ist der Arbeitnehmerin nur nach vorheriger, schriftlicher Genehmigung des Arbeitgebers gestattet. Sofern die Genehmigung erteilt wurde, gelten hinsichtlich der auf den Kopien und/oder Datenträgern enthaltenen Daten die Absätze 1 und 2 entsprechend. Sämtliche Kopien und/oder Datenträger sind spätestens bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses an den Arbeitgeber auszuhändigen. Auf Verlangen des Arbeitgebers hat die Arbeitnehmerin bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses schriftlich zu bestätigen, dass sich Informationen nach den Absätzen 1 und 2 nicht mehr in ihrem Besitz befinden, sie vielmehr alle papiern oder elektronisch gespeicherten Informationen herausgegeben hat.

(4) Dritte im Sinne der Absätze 1 und 2 sind auch sämtliche Verwandte und der Ehe- und/oder Lebenspartner der Arbeitnehmerin.

(5) Die Verschwiegenheitspflicht nach den vorstehenden Absätzen gilt über das Ende des Arbeitsvertrags hinaus.

§ 11

E-Mail-Account/Internetzugang

(1) Über die E-Mail-Accounts der Praxis des Arbeitgebers, zu denen die Arbeitnehmerin Zugang erhält, ist jegliche private Kommunikation untersagt. Etwaig eingehende private E-Mails sind nach dem Eingang unverzüglich (§ 121 BGB) zu löschen. Die Arbeitnehmerin hat den Absender unverzüglich (§ 121 BGB) auf die fehlende Nutzbarkeit des E-Mail-Accounts zu privaten Zwecken hinzuweisen.

(2) Die Nutzung des Internetzugangs der Praxis des Arbeitgebers zu privaten Zwecken ist, vorbehaltlich der Genehmigung des Arbeitgebers im Einzelfall, untersagt. Das gilt entsprechend für die private Nutzung des Mobiltelefons während der Arbeitszeit.

(3) Die Arbeitnehmerin erklärt sich damit einverstanden, dass die E-Mail-Accounts der Praxis und der Arbeitsplatz der Arbeitnehmerin durch den Arbeitgeber auf die Einhaltung der Pflichten aus den Absätzen 1 und 2 überprüft werden können.

§ 12

Medizinische Eignung/Verhütung von Berufskrankheiten

(1) Die Arbeitnehmerin ist verpflichtet, sich auf Weisung des Arbeitgebers sämtlichen erforderlichen ärztlichen und/oder zahnärztlichen Untersuchungen zu unterziehen, die zum Nachweis der gesundheitlichen Eignung zur Tätigkeit einer ZFA und Tätigkeiten aufgrund ggf. künftig absolvierter, darauf basierender Fortbildungen aufgrund gesetzlicher oder untergesetzlicher Vorschriften erforderlich sind oder werden. Die Weigerung gilt als Grund zur außerordentlichen, fristlosen Kündigung aus wichtigem Grund. Dasselbe gilt für den Fall, dass die Arbeitnehmerin aus gesundheitlichen Gründen zur Tätigkeit nach Satz 1 ungeeignet ist oder wird. Die Arbeitnehmerin ist zudem verpflichtet, ihren Masernschutz sowie alle weiteren gesetzlich vorgeschriebenen Impfungen dem Arbeitgeber vor Antritt der Beschäftigung in geeigneter Form nachzuweisen.

MUSTER

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

(2) Die Arbeitnehmerin entbindet bereits jetzt insoweit alle sie zum in Absatz 1 Satz 1 normierten Zweck untersuchenden Ärzte und/oder Zahnärzte und deren ärztliches bzw. zahnärztliches Hilfspersonal für die Dauer des Bestands dieses Arbeitsvertrags dem Arbeitgeber gegenüber von der ärztlichen bzw. zahnärztlichen Schweigepflicht.

(3) Die Arbeitnehmerin ist verpflichtet, ihr bekanntwerdende Tatsachen, die ihre medizinische Eignung zur Tätigkeit als ZFA aufheben oder in Frage stellen, dem Arbeitgeber unverzüglich (§ 121 BGB) anzuzeigen. Die Arbeitnehmerin stellt den Arbeitgeber von Schadensersatzansprüchen Dritter, die aus einem vorsätzlichen Verstoß gegen die Verpflichtung aus Satz 1 resultieren, frei.

(4) Der Arbeitnehmerin sind die Vorschriften der Berufsgenossenschaft zur Verhütung von Berufskrankheiten und Arbeitsunfällen bekannt. Die Arbeitnehmerin verpflichtet sich, diese Vorschriften in der jeweils geltenden Fassung gewissenhaft einzuhalten.

§ 13

Compliance

Der Arbeitnehmerin ist die Annahme von Geschenken, Vergünstigungen, Belohnungen und sonstigen Vorteilen von Lieferanten, Patienten oder sonstigen Geschäftspartnern des Arbeitgebers in offener oder versteckter Form für sich, den Arbeitgeber oder andere Dritte ohne vorherige Zustimmung durch den Arbeitgeber nicht gestattet.

§ 14

Datenschutz und Praxismarketing

(1) Die Arbeitnehmerin stimmt der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung ihrer personenbezogenen Daten zum Zwecke der Durchführung des Arbeitsvertrags zu (§ 26 BDSG). Der Arbeitgeber verpflichtet sich zur Einhaltung sämtlicher Datenschutzvorschriften des Bundes und der Länder sowie der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO).

(2) Die Arbeitnehmerin verpflichtet sich mit Unterzeichnung dieses Vertrages zum sorgfältigen Umgang mit personenbezogenen Daten, die sie im Rahmen ihrer Aufgabenerfüllung anvertraut bekommt.

(3)_Die Arbeitnehmerin erklärt sich damit einverstanden, dass ihr Name und/oder Bilder von ihr zur Vorstellung der in der Praxis behandelnden Ansprechpartner und zur Optimierung der Außendarstellung der Praxis (Praxismarketingmaßnahmen) für die Dauer des Arbeitsverhältnisses verwendet werden dürfen. Dies gilt für den Bereich Printmedien als auch für Internetmarketing.

MUSTER

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

§ 15

Fortbildung

Ein Anspruch auf vom Arbeitgeber bereitgestellte Fortbildungen besteht nicht. Fortbildungen auf eigenen Wunsch der Arbeitnehmerin sind grundsätzlich außerhalb der Arbeitszeiten durchzuführen. Die Kosten für Fortbildungsveranstaltungen werden grundsätzlich von der Arbeitnehmerin getragen. Zeiten der Fortbildung (inkl. An- und Abreise zu Fortbildungsveranstaltungen) in diesem Sinne sind keine Arbeitszeit. Die vollständige oder teilweise Übernahme der Fortbildungskosten und/oder Durchführung während der Arbeitszeiten und entsprechende bezahlte oder unbezahlte Freistellung durch den Arbeitgeber erfolgt nur, soweit die Parteien hierzu vor Beginn der Veranstaltung und für den Einzelfall eine entsprechende gesonderte Fortbildungsvereinbarung in Schriftform geschlossen haben.

§ 16

Zeugnis

(1) Die Arbeitnehmerin erhält nach Kündigung des Arbeitsverhältnisses auf Wunsch ein vorläufiges Zeugnis, das bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses gegen ein endgültiges Zeugnis umgetauscht wird.

(2) Die Arbeitnehmerin ist berechtigt, während des Arbeitsverhältnisses ein Zwischenzeugnis zu verlangen.

(3) Das Zeugnis muss Auskunft über Art und Dauer der Tätigkeit geben. Auf Wunsch der Arbeitnehmerin muss das Zeugnis Angaben über Leistung und Führung im Dienst enthalten (qualifiziertes Zeugnis).

§ 17

Verfall

(1) Alle beiderseitigen Ansprüche aus und in Verbindung mit dem Arbeitsverhältnis – mit Ausnahme von Schadensersatzansprüchen und Ansprüchen auf den gesetzlichen Mindestlohn – verfallen, wenn sie nicht innerhalb von drei Monaten seit ihrem Entstehen in Textform gegenüber der anderen Partei geltend gemacht werden. Lehnt die andere Partei einen geltend gemachten Anspruch ab oder erklärt sie sich nicht innerhalb von zwei Wochen nach der Geltendmachung, so verfällt dieser, wenn er nicht innerhalb von drei Monaten nach der Ablehnung oder dem Ablauf der Zwei-Wochen-Frist gerichtlich geltend gemacht wird. Diese Fristen gelten auch nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses.

(2) Für gegenseitige Schadensersatzansprüche sowie die Ansprüche aus dem Mindestlohngesetz (MiLoG) verbleibt es bei der Geltung der gesetzlichen Regelungen.

MUSTER

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

§ 18

Schlussbestimmungen

(1) ggf.: Auf das Arbeitsverhältnis finden nachfolgend aufgelistete Tarifverträge sowie Betriebs- und Dienstvereinbarungen Anwendung:

.....

(2) Der Vertrag verkörpert sämtliche Abreden mit Bezug auf das Arbeitsverhältnis zwischen den Parteien. Mündliche Nebenabreden sind nicht getroffen. Künftige Nebenabreden und Änderungen des Vertrages bedürfen zu ihrer Rechtswirksamkeit der Schriftform. Das gilt auch für die Abbedingung oder Erleichterung des Erfordernisses der Schriftform selbst. Das Schriftformerfordernis gilt nicht für individuelle Vertragsabreden i. S. v. § 305b BGB.

(3) Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrags ganz oder teilweise unwirksam sein oder werden, so wird die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen hiervon nicht berührt. Bei Unwirksamkeit einer Bestimmung oder bei Vorliegen einer Lücke tritt an die Stelle der unwirksamen oder fehlenden Bestimmung eine von dem Arbeitgeber nach billigem Ermessen formulierte, rechtswirksame Bestimmung, deren Billigkeit von der Arbeitnehmerin zur Überprüfung durch das nach den gesetzlichen Vorschriften zuständige Gericht gestellt werden kann (§ 315 BGB analog).

_____	_____
(Ort, Datum)	(Ort, Datum)
_____	_____
(Unterschrift Arbeitgeber)	(Unterschrift Arbeitnehmerin)

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

7.4.11.3. Befristeter Arbeitsvertrag über die Vorbereitungszeit

Wir weisen auf Folgendes hin: Die Musterverträge dienen der Orientierung und sind unbedingt auf den Einzelfall und die getroffenen individuellen vertraglichen Absprachen anzupassen. Da Verträge fortwährend Anpassungen bspw. wegen inzwischen geänderter höchstrichterlicher Rechtsprechung oder Gesetzesänderung unterliegen können, ist es unabdinglich, dass Sie als Verwender den Mustervertrag sorgfältig und eigenverantwortlich prüfen. Wir übernehmen keine Haftung dafür, dass der jeweilige Mustervertrag für den konkreten Anwendungsbereich geeignet ist. In Zweifelsfällen sollten Sie fachkundigen Rat einholen und einen Arbeitsvertrag individuell erstellen lassen.

Befristeter Arbeitsvertrag über die Vorbereitungszeit*

zwischen

_____

(Name Praxis und Inh. sowie vollständige Adresse des Arbeitgebers, ggf. vertreten durch)

– im Folgenden: **Arbeitgeber** –

und

_____

(Vor- und Nachname sowie vollständige Adresse des Arbeitnehmers)

– im Folgenden: **Mitarbeiter** –

– gemeinsam im Folgenden: **die Parteien** –

MUSTER

§ 1

Gegenstand, Beginn und Dauer des Anstellungsverhältnisses; Probezeit

(1) Der Mitarbeiter wird ab dem xxx (Eintrittsdatum), frühestens ab dem Zeitpunkt, zu dem die Genehmigung der Tätigkeit des Mitarbeiters durch die zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung xxx (im Folgenden: KZV) gem. §§ 3, 32 Abs. 2 Satz 1 Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte (Zahnärzte-ZV) wirksam wird, für die Dauer von 24 Monaten befristet nach § 14 Abs. 2 Teilzeit- und Befristungsgesetz bei dem Arbeitgeber als Vorbereitungsassistent beschäftigt.

(2) Die ersten X Monate *(maximal sechs)* ab dem Eintrittsdatum nach Absatz 1 gelten als Probezeit.

§ 2

Tätigkeit und Arbeitsort

(1) Der Mitarbeiter wird als Vorbereitungsassistent zur Erfüllung der übertragenen zahnärztlichen Aufgaben eingestellt.

* Alle Formulierungen beziehen sich uneingeschränkt auf alle Geschlechter (m/w/d), auch wenn aus Gründen der besseren Lesbarkeit nur die Bezeichnung für ein Geschlecht verwendet wird.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

(2) Die Beschäftigung erfolgt unter der Voraussetzung gesundheitlicher Eignung für die vorgesehene Aufgabe. Der Arbeitnehmer erklärt sich bereit, sich von einem ermächtigten Arzt arbeitsmedizinisch nach den Grundsätzen G 42 (Tätigkeiten mit Infektionsgefährdung) und G 24 (Hauterkrankungen) vor Arbeitsantritt untersuchen zu lassen und auch die regelmäßigen Nachuntersuchungen durchführen zu lassen.

(3) Der Arbeitsort ist die Praxis des Arbeitgebers an der im Rubrum genannten Adresse. Sollte der Arbeitgeber weitere Standorte begründen (z. B. Zweigpraxen, überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft, [weitere] MVZ), gelten auch diese Standorte als Arbeitsort. Die Festlegung des Arbeitsortes im Einzelfall obliegt in diesem Fall dem Arbeitgeber. Die vertragszahnärztlichen Beschränkungen für den Tätigkeitsort sind ggf. in jedem Fall von beiden Parteien zu beachten.

§ 3

Arbeitszeit

(1) Die regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit beträgt ohne Einbeziehung der Ruhepausen xx Stunden an in der Regel xx Arbeitstagen *(nach den Assistentenrichtlinien der meisten KZVen mindestens 30 Stunden, um als »vollzeitig« und damit unverlängerte Vorbereitungszeit anerkannt zu werden)*.

(2) Die Arbeit ist grundsätzlich an xx Tagen zwischen Montag und Freitag/Samstag jeder Woche abzuleisten. Bei der Anordnung anderer Arbeitstage als Montag bis Freitag hat der Arbeitgeber auf die Belange des Mitarbeiters Rücksicht zu nehmen. Beginn, Ende und Aufteilung der Arbeitszeit richten sich im Übrigen unter Berücksichtigung der Sprechstunden und ggf. des Notdienstes nach den Erfordernissen der Praxis des Arbeitgebers.

(3) Bei einer täglichen Arbeitszeit von mehr als sechs Stunden wird dem Mitarbeiter eine Ruhepause von 30 Minuten gewährt. Beginn und Ende der täglichen Ruhepausen richten sich nach den betrieblichen Erfordernissen sowie der betrieblichen Übung (ggf.: der jeweils geltenden Betriebsvereinbarung). Sollte die tägliche Arbeitszeit ausnahmsweise mehr als neun Stunden betragen, wird eine Ruhepause von 45 Minuten gewährt. Nach Beendigung der täglichen Arbeitszeit muss der Mitarbeiter eine ununterbrochene Ruhepause von mindestens elf Stunden haben.

(4) Auf Anordnung ist der Mitarbeiter verpflichtet, Überstunden zu leisten. Überstunden sind die Arbeitszeit, die über die regelmäßige Wochenarbeitszeit nach Absatz 1 hinaus geleistet wird. Mit der vereinbarten Vergütung sind bis zu xx Überstunden monatlich abgegolten.

(5) Etwaig darüber hinaus geleistete Überstunden sind durch Gewährung bezahlter Freizeit auszugleichen. Ist ein Ausgleich in Freizeit aus dringenden betrieblichen Gründen nicht möglich, werden die Überstunden anteilig entsprechend dem monatlichen Gehalt bezahlt. Bei der Berechnung des Stundengehaltes ist eine etwaig im Bemessungszeitraum erwirtschaftete Umsatzbeteiligung zu berücksichtigen.

(6) Der Mitarbeiter wird am Notfalldienst insofern teilnehmen, als dies die Vorschriften der KZV und/oder der (Landes-)Zahnärztekammer erlauben und/oder erfordern. Die Ableistung des Notfalldienstes erfolgt ggf. jeweils nach Weisung durch den Arbeitgeber. Für bei dem Notfalldienst entstehende Überstunden gilt Absatz 5 entsprechend.

MUSTER

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

(7) Die gesetzlichen Vorschriften über die Höchstdauer der zulässigen Arbeitszeit werden eingehalten. Wird die zulässige Höchstdauer der wöchentlichen Arbeitszeit – etwa durch die Ableistung von Notdienst – im Einzelfall überschritten, werden die über die Höchstgrenze hinausgehenden Stunden durch Freizeit ausgeglichen. In jedem Fall sind Überstunden nur durch Freizeitausgleich oder Bezahlung abzugelten, wenn sie zuvor durch den Arbeitgeber ausdrücklich angeordnet wurden oder der Mitarbeiter die Ableistung aus betrieblichen Gründen für erforderlich halten durfte und eine Befragung des Arbeitgebers nicht möglich war. Im Zweifel und bei entsprechender Möglichkeit ist der Arbeitgeber nach der Anordnung zu befragen.

§ 4

Genehmigung durch die KZV/Bedingungen

(1) Den Parteien ist bekannt, dass die Beschäftigung des Mitarbeiters als Versorgungsassistent gem. §§ 3, 32 Abs. 2 Satz 1 Zahnärzte-ZV der Genehmigung durch die zuständige KZV bedarf. Den Parteien ist bekannt, dass die KZV über Änderungen des Arbeitsvertrags grundsätzlich zu informieren ist und eine einmal erteilte Genehmigung aufgrund solcher Änderungen nachträglich widerrufen bzw. zurückgenommen werden kann.

(2) Dieser Vertrag steht unter der aufschiebenden Bedingung, dass die Tätigkeit des Mitarbeiters als Versorgungsassistent durch die zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung genehmigt wird. Der Mitarbeiter verpflichtet sich, dem Arbeitgeber alle hierfür erforderlichen Unterlagen, Maßnahmen und Erklärungen zur Verfügung zu stellen und abzugeben. Liegt die Anstellungsgenehmigung nicht spätestens bis zum xxx vor, sind beide Parteien zur außerordentlichen, fristlosen Kündigung aus wichtigem Grund berechtigt.

§ 5

Pflichten des Mitarbeiters

(1) Der Mitarbeiter verpflichtet sich, die ihm übertragenen zahnärztlichen Aufgaben gewissenhaft zu erfüllen und den Weisungen des Arbeitgebers Folge zu leisten. Die zahnärztliche Tätigkeit übt der Mitarbeiter entsprechend dem Leitbild des § 3 Abs. 3 Zahnärzte-ZV und des § 9 Abs. 2 BMV-Z unselbstständig aus.

(2) Der Mitarbeiter verpflichtet sich, die übertragenen Aufgaben unter Beachtung und Einhaltung der für die Ausübung des zahnärztlichen Berufs geltenden gesetzlichen berufs- und vertragszahnärztlichen Bestimmungen und der Berufsordnung der Landeszahnärztekammer xxx auszuüben und sich mit sämtlichen Rechten und Pflichten, insbesondere solche das Wirtschaftlichkeitsgebot betreffenden Vorschriften, vertraut zu machen und seine Kenntnisse stets auf dem aktuellen Stand zu halten.

MUSTER

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

§ 6

Pflichten des Arbeitgebers

(1) Der Arbeitgeber hat den Mitarbeiter auf die Pflichten im Rahmen der zahnärztlichen Tätigkeit hinzuweisen und auf die Einhaltung der berufs- und vertragszahnarztrechtlichen Bestimmungen zu achten, insbesondere hat er die Arbeitsbedingungen entsprechend den Besonderheiten des Leitbildes der unselbstständigen Berufsausübung nach § 3 Abs. 3 Zahnärzte-ZV und § 9 Abs. 2 BMV-Z zu gestalten.

(2) Der Arbeitgeber hat dem Mitarbeiter die erforderlichen Fertigkeiten und Kenntnisse zu vermitteln, die nach den gesetzlichen und untergesetzlichen Vorschriften in der jeweils geltenden Fassung Inhalte der Vorbereitungszeit sind.

§ 7

Fortbildung

(1) Der Mitarbeiter hat die gesetzlichen Fortbildungsverpflichtungen (Berufsordnung der [Landes-] Zahnärztekammer; § 95d SGB V), soweit er ihnen unterliegt, zu erfüllen und die darüber ausgestellten Nachweise sind sorgfältig aufzubewahren und auf Verlangen des Arbeitgebers vorzulegen/unverzüglich an den Arbeitgeber zu übergeben.

(2) Ein Anspruch auf vom Arbeitgeber bereitgestellte Fortbildungen besteht nicht. An zahnärztlichen Fortbildungen und Seminaren nimmt der Mitarbeiter in der Regel außerhalb der Arbeitszeiten und auf eigene Kosten teil. Im Einzelfall ist eine etwaige Kostenbeteiligung durch den Arbeitgeber bzw. eine Freistellung während der Arbeitszeit möglich, soweit die Parteien hierzu vor Beginn der spezifischen Fortbildungsveranstaltung eine entsprechende gesonderte Fortbildungsvereinbarung in Schriftform geschlossen haben.

Alternativ: Zahnärztliche Fortbildungen finden auf Kosten des Arbeitgebers während/außerhalb der Arbeitszeit statt. Die Einzelheiten diesbezüglich bleiben einer gesonderten vertraglichen Vereinbarung vorbehalten.

MUSTER

§ 8

Nebentätigkeiten

(1) Jede berufliche Nebentätigkeit des Mitarbeiters, gleichgültig, ob sie entgeltlich oder unentgeltlich ausgeübt wird, bedarf der vorherigen Zustimmung des Arbeitgebers in Schriftform, soweit die Interessen des Arbeitgebers durch die Nebentätigkeit berührt werden.

(2) Über einen Antrag des Mitarbeiters soll binnen vier Wochen nach Zugang des Antrags entschieden werden. Erteilt der Arbeitgeber die Genehmigung nicht binnen dieser Frist, gilt die Zustimmung als endgültig verweigert.

(3) Eine Zustimmung erfolgt unter der Voraussetzung, dass die Nebentätigkeit weder die Wahrnehmung der dienstlichen Aufgaben zeitlich behindert noch sonstige berechtigte Interessen des Arbeitgebers beeinträchtigt.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

(4) Wissenschaftliche Betätigung im Rahmen oder außerhalb einer etwaigen Promotion ist dem Mitarbeiter mit Zustimmung des Arbeitgebers gestattet, soweit es seine vertraglichen Aufgaben zulassen. Wissenschaftliche Veröffentlichungen bedürfen der vorherigen schriftlichen Zustimmung des Arbeitgebers, soweit diese sich auf Erfahrungen und Verhältnisse in der Praxis des Arbeitgebers beziehen. Die Zustimmung ist in Schriftform zu beantragen. Wird sie nicht binnen vier Wochen nach Zugang des Antrags in Schriftform erteilt, gilt sie als endgültig verweigert.

§ 9

Vergütung

(1) Für seine Tätigkeit erhält der Mitarbeiter ein monatliches Bruttogehalt in Höhe von xx € (in Worten: xx €). Das Gehalt ist am letzten Werktag eines jeden Monats auf ein von dem Mitarbeiter anzugebendes Konto unbar zu zahlen.

(2) Für den Fall, dass der Mitarbeiter privat krankenversichert ist, zahlt der Arbeitgeber zu den Krankenversicherungsprämien einen Zuschuss in Höhe der Hälfte des Beitrages, jedoch nicht mehr als die Hälfte des Betrages, der als Beitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung zu zahlen wäre.

(3) Ist der Mitarbeiter von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung für Angestellte befreit, übernimmt der Arbeitgeber die Hälfte des Pflichtbeitrages für die berufsständische Versorgungsanstalt, jedoch höchstens die Hälfte des Betrages, der als Beitrag zur gesetzlichen Rentenversicherung zu zahlen wäre.

(4) Über die in vorstehenden Absätzen hinausgehende Leistungen werden durch den Arbeitgeber ohne Anerkenntnis einer Rechtspflicht und ohne Übernahme einer Verpflichtung für die Zukunft, d. h. die Zeit nach der erstmaligen Gewährung, freiwillig gewährt. Ein Rechtsanspruch entsteht auch im Falle wiederholter Zahlungen nicht.

§ 10

Arbeitsunfähigkeit

(1) Der Mitarbeiter hat jede Arbeitsverhinderung und ihre voraussichtliche Dauer unverzüglich (§ 121 BGB), spätestens jedoch vor Arbeitsbeginn, mitzuteilen (ggf. Modus, z. B. telefonisch, WhatsApp etc.).

(2) Im Falle der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit ist der Arbeitnehmer, soweit er gesetzlich krankenversichert ist, verpflichtet, spätestens am ersten Arbeitstag ihres Bestehens, das Bestehen einer Arbeitsunfähigkeit sowie deren voraussichtliche Dauer ärztlich feststellen und sich eine ärztliche Bescheinigung aushändigen zu lassen. Soweit der Arbeitnehmer privat krankenversichert ist, ist er verpflichtet, eine ärztliche Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit und deren voraussichtliche Dauer vorzulegen. Die Bescheinigung muss spätestens am dritten Tag nach der Ausstellung bei dem Arbeitgeber vorliegen. Im Übrigen gelten die Bestimmungen des Entgeltfortzahlungsgesetzes (EFZG) in Verbindung mit den diesbezüglichen sozialgesetzlichen Bestimmungen in der jeweils geltenden Fassung. Im Falle einer Erkrankung im Ausland gelten die Bestimmungen des Entgeltfortzahlungsgesetzes (EFZG) mit den dazu verpflichtend getroffenen Sonderregelungen.

MUSTER

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

(3) Die Entgeltfortzahlung während krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit erfolgt entsprechend den Regelungen des EFZG in der jeweils geltenden Fassung, d. h. bei nachgewiesener krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit derzeit längstens für sechs Wochen, keinesfalls jedoch über das Ende des Arbeitsvertrags hinaus.

(4) Erleidet der Mitarbeiter einen von einem Dritten verursachten Schaden, der zur Arbeitsunfähigkeit führt, so werden die entsprechenden Schadensersatzansprüche bis zur Höhe der Lohnfortzahlung an den Arbeitgeber abgetreten. Der Mitarbeiter ist verpflichtet, dem Arbeitgeber die zur Geltendmachung der abgetretenen Ansprüche erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

(5) § 616 BGB gilt mit folgender Maßgabe: Für die eigene Hochzeit oder die Eintragung einer gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerschaft, für die Hochzeit bzw. Eintragung einer Lebenspartnerschaft naher Angehöriger sowie für die Teilnahme an Begräbnissen naher Angehöriger erhält der Mitarbeiter einen Tag frei, ebenso für den Fall der Niederkunft der Ehefrau oder Lebenspartnerin sowie für einen Umzug. Andere Fälle einer persönlichen Arbeitsverhinderung, insbesondere bei einer Erkrankung des Kindes (§ 45 SGB V), führen in Abweichung von § 616 BGB nicht zur Aufrechterhaltung des Vergütungsanspruchs.

Alternativ: § 616 BGB wird abbedungen.

§ 11

Urlaub

(1) Der Mitarbeiter erhält kalenderjährlich bezahlten Erholungsurlaub von insgesamt xx Arbeitstagen bei einer xx-Tage-Woche. Das entspricht xx Arbeitswochen. Der Erholungsurlaub beinhaltet den Urlaub nach dem Bundesurlaubsgesetz und einen zusätzlichen vertraglichen Urlaub von xx Arbeitstagen pro Kalenderjahr („vertraglicher Urlaub“). Sollte die wöchentliche Arbeitszeit künftig regelmäßig auf mehr oder weniger Arbeitstage verteilt werden, erhöht bzw. reduziert sich der Urlaubsanspruch entsprechend. Für anteilige Urlaubsansprüche gilt § 5 Bundesurlaubsgesetz.

(2) Der Urlaub ist während des laufenden Kalenderjahres zu nehmen.

(3) Der gesetzliche Mindesturlaub verfällt zum 31.12. eines Jahres, wenn er nicht aus den in § 7 Abs. 3 BUrlG (oder einer künftigen Nachfolgevorschrift) normierten Gründen bis zum 31.03. des Folgejahres übertragen wird. Er verfällt am 31.03. des Folgejahres endgültig, es sei denn, er konnte wegen Erkrankung des Arbeitnehmers nicht genommen werden, dann verfällt er am 31.03. des auf das Folgejahr folgenden Jahres.

(4) Der Arbeitgeber ist berechtigt, Betriebsferien unter Anrechnung des individuellen Urlaubsanspruchs anzuordnen. Ein Anteil von xx Arbeitswochen pro Jahr verbleibt zur freien Verfügung des Mitarbeiters.

(5) Der gesetzliche Urlaubsanspruch wird jeweils zuerst in Anspruch genommen und gewährt.

(6) Über die Rechtsfolge des (drohenden) Verfalls von Urlaubsansprüchen wird der Arbeitgeber den Mitarbeiter so rechtzeitig informieren, dass der Arbeitnehmer in der Lage ist, durch Beantragung und Antritt des Urlaubs den Verfall zu verhindern.

MUSTER

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

(7) Kann der gesetzliche Urlaub wegen Beendigung des Arbeitsverhältnisses ganz oder teilweise nicht mehr gewährt werden, so ist er nach Maßgabe der jeweils gültigen gesetzlichen Regelung abzugelten. Eine Abgeltung des zusätzlichen vertraglichen Urlaubsanspruchs ist ausgeschlossen.

(8) Im Übrigen gelten die gesetzlichen Bestimmungen des Bundesurlaubsgesetzes.

§ 12

Beendigung

(1) Während der Probezeit kann das Arbeitsverhältnis beiderseits jederzeit mit einer Frist von zwei Wochen gekündigt werden.

(2) Nach Ablauf der Probezeit finden die gesetzlichen Kündigungsfristen (§ 622 BGB) Anwendung. Das Arbeitsverhältnis kann mit einer Frist von vier Wochen zum 15. oder zum Ende eines Kalendermonats gekündigt werden, sofern sich nicht aus anderen Vorschriften eine längere Frist ergibt. Ggf. künftig eintretende Verlängerungen der gesetzlichen Kündigungsfrist (§ 622 Abs. 2 BGB) gelten für beide Parteien (Verlängerung Frist und/oder Beschränkung Kündigungstermine beiderseits möglich, Regelung darf nicht für Arbeitnehmer ungünstiger als für Arbeitgeber sein).

(3) Das Recht zur außerordentlichen Kündigung aus wichtigem Grund bleibt für die gesamte Vertragslaufzeit unberührt (§ 626 BGB). Eine außerordentliche Kündigung kann nur innerhalb von zwei Wochen ab Kenntniserlangung des wichtigen Grundes erfolgen.

(4) Jede Kündigung bedarf zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform. Für die Einhaltung etwaig laufender Fristen ist der Zugang bei der anderen Partei maßgeblich. Jede Kündigung, ob außerordentlich oder ordentlich, gilt hilfsweise als ordentliche Kündigung zum nächstmöglichen Termin, wenn nicht aus der Kündigungserklärung selbst sich etwas anderes ergibt.

(5) Der Arbeitgeber ist berechtigt, den Mitarbeiter während der Kündigungsfrist unwiderruflich unter Anrechnung eines ggf. bestehenden Resturlaubsanspruchs von der Arbeit freizustellen.

(6) Das Arbeitsverhältnis endet ohne Kündigung auch mit dem Wegfall der Bedingungen gemäß § 4 Abs. 2, frühestens aber vier Wochen nach schriftlicher Anzeige des Wegfalls durch den Arbeitgeber. Das Recht zur verhaltens- oder personenbedingten Kündigung durch den Arbeitgeber bleibt unberührt.

(7) Bei einer Kündigung durch den Arbeitgeber beträgt die Frist zur Erhebung einer Kündigungsschutzklage drei Wochen nach Zugang der schriftlichen Kündigung, vgl. § 4 S. 1 Kündigungsschutzgesetz (§ 4 KSchG). Nach Ablauf der Klagefrist ist die Kündigung als rechtswirksam anzusehen (vgl. § 7 KSchG). Dies gilt auch bei einem nicht ordnungsgemäßen Nachweis der Frist zur Erhebung einer Kündigungsschutzklage.

MUSTER

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

§ 13

Ausschlussfrist für Ansprüche aus dem Arbeitsverhältnis

(1) Alle beiderseitigen Ansprüche aus dem Arbeitsverhältnis – mit Ausnahme von Schadensersatzansprüchen und Ansprüchen auf den gesetzlichen Mindestlohn – verfallen, wenn sie nicht innerhalb von drei Monaten seit ihrem Entstehen in Textform gegenüber der anderen Partei geltend gemacht werden. Lehnt die andere Partei einen geltend gemachten Anspruch ab oder erklärt sie sich nicht innerhalb von zwei Wochen nach der Geltendmachung, so verfällt dieser, wenn er nicht innerhalb von drei Monaten nach der Ablehnung oder dem Ablauf der Zwei-Wochen-Frist gerichtlich geltend gemacht wird. Die Ausschlussfrist gilt auch nach Ende des Arbeitsvertrags.

(2) Für gegenseitige Schadensersatzansprüche, insbesondere solche aus unerlaubter Handlung, und Ansprüche auf den gesetzlichen Mindestlohn verbleibt es bei der Geltung der gesetzlichen Regelungen.

§ 14

Zahnärztliche Schweigepflicht/Geheimhaltung

(1) Der Mitarbeiter verpflichtet sich, über sämtliche Umstände, die ihm in Ausübung und/oder aus Anlass seiner Tätigkeit in der Praxis des Arbeitgebers anvertraut und bekannt werden, auch gegenüber nächsten Angehörigen und nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses, Stillschweigen zu bewahren. Dem Mitarbeiter ist die Strafbarkeit eines Verstoßes gegen die (zahn-)ärztliche Schweigepflicht gem. § 203 StGB bekannt. Diese Verpflichtung gilt auch für alle Geschäftsgeheimnisse.

(2) Dem Mitarbeiter ist es untersagt, schriftliche oder auf EDV-Datenträgern gespeicherte Praxisunterlagen oder Abschriften ohne schriftliche Genehmigung des Arbeitgebers aus der Praxis zu entfernen. Im Falle einer erteilten Genehmigung hat er selbstständig für die Einhaltung der Vorschriften zum Datenschutz, insbesondere des BDSG und der DSGVO, zu sorgen. Er haftet dem Arbeitgeber für alle sich aufgrund von grob fahrlässigen oder vorsätzlichen Verstößen gegen datenschutzrechtliche Vorschriften ergebenden Ansprüche. Die von der arbeitsgerichtlichen Rechtsprechung gezogenen Grenzen der Arbeitnehmerhaftung auch im Falle grober Fahrlässigkeit bleiben unberührt.

(3) Der Mitarbeiter hat dem Arbeitgeber mit Beendigung des Arbeitsverhältnisses sämtliche aufgrund der Tätigkeit für die Praxis des Arbeitgebers entstandenen Unterlagen, Broschüren, Informationsblätter, Einkaufslisten, Geschäftspapiere, Schreiben, Aufzeichnungen, Hard- und Software, CDs, Disketten, Daten und sonstige EDV-Datenträger sowie sämtliche Vervielfältigungen der Unterlagen in Form von Kopien, Abschriften usw. herauszugeben.
(4) Der Mitarbeiter verpflichtet sich, bei seinem Ausscheiden auf Verlangen des Arbeitgebers eine schriftliche Erklärung darüber abzugeben, dass er keine weiteren Praxisunterlagen im Sinne vorstehender Absätze oder Vervielfältigungen davon im Besitz hat.

MUSTER

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

§ 15

Diensterfindungen/Nutzungsrechte

Für Diensterfindungen und/oder urheberrechtliche Nutzungsrechte aller Art, die aufgrund der Tätigkeit des Mitarbeiters entstehen, gelten die gesetzlichen Vorschriften.

§ 16

Haftung

(1) Der Mitarbeiter hat eine Berufshaftpflichtversicherung in üblichem Umfang zur Absicherung gegen Schadensersatz- und Regressansprüche aus seiner beruflichen Tätigkeit zu unterhalten. Unabhängig davon ist er in die Berufshaftpflichtversicherung des Arbeitgebers einbezogen.

(2) Auf Verlangen des Arbeitgebers hat der Mitarbeiter die entsprechenden Versicherungsunterlagen dem Arbeitgeber zur Einsichtnahme vorzulegen.

(3) Im Falle vorsätzlicher oder grob fahrlässiger Verstöße gegen berufs- und/oder vertragszahnärztliche Vorschriften, insbesondere gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot für Behandlungs- und Verordnungsweisen, haftet der Mitarbeiter dem Arbeitgeber für alle sich daraus ergebenden Honorarkürzungen und/oder Regresse. Die von der arbeitsgerichtlichen Rechtsprechung gezogenen Grenzen der Arbeitnehmerhaftung auch im Falle grober Fahrlässigkeit bleiben unberührt.

§ 17

Datenschutz

(1) Der Mitarbeiter stimmt der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung seiner personenbezogenen Daten zum Zwecke der Durchführung des Arbeitsvertrags zu (§ 26 BDSG). Der Arbeitgeber verpflichtet sich zur Einhaltung sämtlicher Datenschutzvorschriften des Bundes und der Länder sowie der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO).

(2) Der Mitarbeiter erklärt sich damit einverstanden, dass sein Name und/oder Bilder von ihm zur Vorstellung der in der Praxis behandelnden Ansprechpartner und zur Optimierung der Außendarstellung der Praxis (Praxismarketingmaßnahmen) für die Dauer des Arbeitsverhältnisses verwendet werden dürfen. Dies gilt für den Bereich Printmedien als auch für Internetmarketing.

§ 18

E-Mail-Account/Internetzugang

(1) Über die E-Mail-Accounts des Arbeitgebers, zu denen der Mitarbeiter Zugang erhält, ist jegliche private Kommunikation untersagt. Etwaig eingehende private E-Mails sind nach dem Eingang unverzüglich (§ 121 BGB) zu löschen. Der Mitarbeiter hat den Absender unverzüglich (§ 121 BGB) auf die fehlende Nutzbarkeit des E-Mail-Accounts zu privaten Zwecken hinzuweisen.

MUSTER

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

(2) Die Nutzung des Internetzugangs des Arbeitgebers zu privaten Zwecken ist, vorbehaltlich der Genehmigung des Arbeitgebers im Einzelfall, untersagt.

(3) Der Mitarbeiter erklärt sich damit einverstanden, dass die E-Mail-Accounts der Praxis und der Arbeitsplatz des Mitarbeiters durch den Arbeitgeber auf die Einhaltung der Pflichten aus Absätzen 1 und 2 überprüft werden können.

§ 19

Zeugnis

(1) Der Mitarbeiter erhält nach Kündigung des Arbeitsverhältnisses auf Wunsch ein vorläufiges Zeugnis, das bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses gegen ein endgültiges Zeugnis umgetauscht wird.

(2) Der Mitarbeiter ist berechtigt, während des Arbeitsverhältnisses ein Zwischenzeugnis zu verlangen.

(3) Das Zeugnis muss Auskunft geben über Art und Dauer der Tätigkeit. Auf Wunsch des Mitarbeiters muss das Zeugnis Angaben über Leistung und Führung im Dienst enthalten (qualifiziertes Zeugnis).

§ 20

Schlussbestimmungen

(1) Dieser Vertrag verkörpert sämtliche Abreden der Parteien mit Blick auf das Arbeitsverhältnis, mündliche Nebenabreden sind nicht getroffen. Künftige Nebenabreden, Ergänzungen und Änderungen des Vertrages bedürfen zu ihrer Rechtswirksamkeit der Schriftform. Das gilt auch für die Erleichterung oder Abbedingung des Erfordernisses der Schriftform selbst. Das Schriftformerfordernis gilt nicht für individuelle Vertragsabreden i. S. v. § 305b BGB.

(2) Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrags ganz oder teilweise unwirksam sein oder werden, so wird die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen hiervon nicht berührt. Bei Unwirksamkeit einer Bestimmung oder bei Vorliegen einer Lücke tritt an die Stelle der unwirksamen oder fehlenden Bestimmung eine von dem Arbeitgeber nach billigem Ermessen formulierte, rechtswirksame Bestimmung, deren Billigkeit zur Überprüfung durch das nach den gesetzlichen Vorschriften zuständige Gericht gestellt werden kann (§ 315 BGB analog).
.

(Ort, Datum)	(Ort, Datum)
(Unterschrift Arbeitgeber)	(Unterschrift Mitarbeiter)

MUSTER

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

7.4.11.4. Arbeitsvertrag für angestellte Zahnärzte

Wir weisen auf Folgendes hin: Die Musterverträge dienen der Orientierung und sind unbedingt auf den Einzelfall und die getroffenen individuellen vertraglichen Absprachen anzupassen. Da Verträge fortwährend Anpassungen bspw. wegen inzwischen geänderter höchstrichterlicher Rechtsprechung oder Gesetzesänderung unterliegen können, ist es unabdinglich, dass Sie als Verwender den Mustervertrag sorgfältig und eigenverantwortlich prüfen. Wir übernehmen keine Haftung dafür, dass der jeweilige Mustervertrag für den konkreten Anwendungsbereich geeignet ist. In Zweifelsfällen sollten Sie fachkundigen Rat einholen und einen Arbeitsvertrag individuell erstellen lassen.

Arbeitsvertrag*

zwischen

_____

(Name Praxis und Inh. sowie vollständige Adresse des Arbeitgebers, ggf. vertreten durch)

– im Folgenden: **Arbeitgeber** –

und

_____

(Vor- und Nachname sowie vollständige Adresse des Arbeitnehmers)

– im Folgenden: **Arbeitnehmer** –

– gemeinsam im Folgenden: **die Parteien** –

MUSTER

§ 1

Beginn und Dauer

(1) Der Arbeitnehmer wird ab dem xx (Eintrittsdatum), frühestens ab dem Tag, an dem die Genehmigung der Beschäftigung durch den zuständigen Zulassungsausschuss bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung xxx (KZV) wirksam wird, bei dem Arbeitgeber beschäftigt.

(2) Der Vertrag ist gem. § 14 Abs. 2 TzBfG befristet bis xx (Austrittsdatum). Der Vertrag endet mit dem Austrittsdatum, ohne dass es einer Kündigung bedarf, eine stillschweigende Verlängerung des Arbeitsvertrags ist ausgeschlossen. Eine Verlängerung des Vertrags in Schriftform vor dem Ablauf der Befristung bleibt unberührt.

* Alle Formulierungen beziehen sich uneingeschränkt auf alle Geschlechter (m/w/d), auch wenn aus Gründen der besseren Lesbarkeit nur die Bezeichnung für ein Geschlecht verwendet wird.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

Alternativ: (2) Der Arbeitnehmer wird, begründet durch …… (Sachgrund einer Befristung) gem. § 14 Abs. 1 Nr. …. TzBfG, befristet bis …… (Austrittsdatum)/für die Zeit bis ……, höchstens jedoch bis ……. (Austrittsdatum) eingestellt. Der Vertrag endet mit Erreichen des Zwecks, ohne dass es einer Kündigung bedarf. Eine stillschweigende Verlängerung des Arbeitsvertrags ist ausgeschlossen, eine Verlängerung des Vertrags in Schriftform vor dem Ablauf der Befristung bleibt unberührt.

Alternativ: (2) Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.

§ 2

Probezeit (soweit vereinbart)

Die ersten x Monate (maximal sechs) ab dem Eintrittsdatum nach Absatz 1 gelten als Probezeit. Während der Probezeit kann das Arbeitsverhältnis von beiden Parteien mit einer Frist von zwei Wochen jederzeit gekündigt werden.

§ 3

Tätigkeit und Arbeitsort

(1) Der Arbeitnehmer wird als angestellter Zahnarzt zur Erfüllung zahnärztlicher Aufgaben wie von der zahnärztlichen Approbation vorgesehen eingestellt.

(2) Die Einstellung erfolgt unter der Voraussetzung gesundheitlicher Eignung für die vorgesehene Aufgabe. Der Arbeitnehmer erklärt sich bereit, sich von einem ermächtigten Arzt arbeitsmedizinisch nach den Grundsätzen G 42 (Tätigkeiten mit Infektionsgefährdung) und G 24 (Hauterkrankungen) vor Arbeitsantritt untersuchen zu lassen und auch die regelmäßigen Nachuntersuchungen durchführen zu lassen.

(3) Der Arbeitsort ist die Praxis des Arbeitgebers an der im Rubrum genannten Adresse. Sollte der Arbeitgeber weitere Standorte begründen (z. B. Zweigpraxen, überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft, [weitere] MVZ), gelten auch diese Standorte als Arbeitsort. Die Festlegung des Arbeitsortes im Einzelfall obliegt in diesem Fall dem Arbeitgeber. Die vertragszahnärztlichen Beschränkungen für den Tätigkeitsort sind ggf. in jedem Fall von beiden Parteien zu beachten.

§ 4

Genehmigung durch die KZV/Bedingungen

(1) Den Parteien ist bekannt, dass die Einstellung des Arbeitnehmers als angestellter Zahnarzt gem. § 32 b Zahnärzte-Zulassungsverordnung (Zahnärzte-ZV) der Genehmigung durch den Zulassungsausschuss bei der KZV bedarf. Den Parteien ist bekannt, dass die KZV über Änderungen des Arbeitsvertrags grundsätzlich zu informieren ist und eine einmal erteilte Genehmigung aufgrund solcher Änderungen nachträglich widerrufen bzw. zurückgenommen werden kann.

MUSTER

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

(2) Dieser Vertrag steht unter der aufschiebenden Bedingung, dass die Tätigkeit des Arbeitnehmers als angestellter Zahnarzt durch die KZV genehmigt wird. Der Arbeitnehmer verpflichtet sich, dem Arbeitgeber alle hierfür erforderlichen Unterlagen, Maßnahmen und Erklärungen zur Verfügung zu stellen und abzugeben. Liegt die Anstellungsgenehmigung nicht spätestens bis zum xx (letzter Tag des Monats, in dem die übernächste Sitzung des Zulassungsausschusses stattfindet) vor, sind beide Parteien zur außerordentlichen, fristlosen Kündigung aus wichtigem Grund berechtigt.

(3) Der Vertrag steht auch nach erteilter Anstellungsgenehmigung durch die KZV unter den alternativ auflösenden Bedingungen, dass

a) dem Arbeitnehmer die zahnärztliche Approbation entzogen und/oder diese ruhend gestellt wird

oder

b) die Anstellungsgenehmigung widerrufen oder zurückgenommen wird.

§ 5

Weisungsgebundenheit/Pflichten des Arbeitnehmers

(1) In organisatorischer Hinsicht unterliegt der Arbeitnehmer dem Weisungsrecht des Arbeitgebers oder seines Vertreters. Der Arbeitgeber kann das Weisungsrecht in organisatorischer Hinsicht im Einzelfall auf Dritte, auch Nichtzahnärzte, delegieren. Die Delegation ist auf Verlangen des Arbeitnehmers nachzuweisen.

(2) Das Weisungsrecht umfasst in keinem Fall die unmittelbare zahnärztliche Tätigkeit des Arbeitnehmers. Der Arbeitnehmer führt die zahnärztliche Tätigkeit entsprechend dem Leitbild des freien Berufs eigenverantwortlich durch.

(3) Der Arbeitnehmer verpflichtet sich, die übertragenen Aufgaben sorgfältig unter Beachtung und Einhaltung der für die Ausübung des zahnärztlichen Berufs geltenden gesetzlichen berufs- und vertragszahnärztlichen Bestimmungen und der Berufsordnung der Landeszahnärztekammer xxx auszuüben.

(4) Der Arbeitnehmer verpflichtet sich, sich mit sämtlichen Rechten und Pflichten, insbesondere solche das Wirtschaftlichkeitsgebot und die vertragszahnärztliche Abrechnung betreffenden Vorschriften, vertraut zu machen und seine Kenntnisse stets auf dem aktuellen Stand zu halten.

(5) Der Arbeitnehmer erklärt, dass keine persönlichen Hinderungsgründe im Sinne von § 2 ZHG (Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde), insbesondere gesundheitliche Beeinträchtigungen wie bspw. Alkohol- oder Drogensucht, für die Anstellung bei dem Arbeitgeber bestanden oder bestehen, durch die die Eignung für die vorgesehene Tätigkeit auf Dauer oder in wiederkehrenden Abständen eingeschränkt ist.

MUSTER

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

§ 6

Gesetzliche Fortbildung

(1) Der Arbeitnehmer ist nach Maßgabe der jeweils geltenden gesetzlichen und berufs- und vertragszahnarztrechtlichen Bestimmungen zur fachlichen Fortbildung verpflichtet. Die erhaltenen Nachweise sind sorgfältig aufzubewahren und auf Verlangen des Arbeitgebers vorzulegen/unverzüglich an den Arbeitgeber zu übergeben.

(2) Ein Anspruch auf vom Arbeitgeber bereitgestellte Fortbildungen besteht nicht. An zahnärztlichen Fortbildungen und Seminaren nimmt der Arbeitnehmer in der Regel außerhalb der Arbeitszeiten und auf eigene Kosten teil. Im Einzelfall ist eine etwaige Kostenbeteiligung durch den Arbeitgeber bzw. eine Freistellung während der Arbeitszeit möglich, soweit die Parteien hierzu vor Beginn der spezifischen Fortbildungsveranstaltung eine entsprechende gesonderte Fortbildungsvereinbarung in Schriftform geschlossen haben.

Alternativ: (2) Zahnärztliche Fortbildungen finden auf Kosten des Arbeitgebers während/außerhalb der Arbeitszeit statt. Die Einzelheiten diesbezüglich bleiben einer gesonderten vertraglichen Vereinbarung vorbehalten.

§ 7

Nebentätigkeiten

(1) Jede berufliche Nebentätigkeit des Arbeitnehmers, gleichgültig, ob sie entgeltlich oder unentgeltlich ausgeübt wird, bedarf der vorherigen Zustimmung des Arbeitgebers in Schriftform, soweit die Interessen des Arbeitgebers durch die Nebentätigkeit berührt werden.

(2) Über einen Antrag des Arbeitnehmers soll binnen vier Wochen nach Zugang des Antrags entschieden werden. Erteilt der Arbeitgeber die Genehmigung nicht binnen dieser Frist, gilt die Zustimmung als endgültig verweigert.

(3) Eine Zustimmung erfolgt unter der Voraussetzung, dass die Nebentätigkeit weder die Wahrnehmung der dienstlichen Aufgaben zeitlich behindert noch sonstige berechtigte Interessen des Arbeitgebers beeinträchtigt.

§ 8

Zahnärztliche Schweigepflicht/Geheimhaltung

(1) Der Arbeitnehmer verpflichtet sich, über sämtliche Umstände, die ihm in Ausübung und/oder aus Anlass seiner Tätigkeit in der Praxis des Arbeitgebers anvertraut und bekannt werden, auch gegenüber nächsten Angehörigen und nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses, Stillschweigen zu bewahren. Dem Arbeitnehmer ist die Strafbarkeit eines Verstoßes gegen die zahnärztliche Schweigepflicht gem. § 203 StGB bekannt. Diese Verpflichtung gilt auch für alle Geschäftsgeheimnisse.

MUSTER

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

(2) Dem Arbeitnehmer ist es untersagt, schriftliche oder auf EDV-Datenträgern gespeicherte Praxisunterlagen oder Abschriften ohne schriftliche Genehmigung des Arbeitgebers aus der Praxis zu entfernen. Im Falle einer erteilten Genehmigung hat er selbstständig für die Einhaltung der Vorschriften zum Datenschutz, insbesondere des BDSG und der DSGVO, zu sorgen. Er haftet dem Arbeitgeber für alle sich aufgrund von grob fahrlässigen oder vorsätzlichen Verstößen gegen datenschutzrechtliche Vorschriften ergebenden Ansprüche. Die von der arbeitsgerichtlichen Rechtsprechung gezogenen Grenzen der Arbeitnehmerhaftung auch im Falle grober Fahrlässigkeit bleiben unberührt.

(3) Der Arbeitnehmer hat dem Arbeitgeber mit Beendigung des Arbeitsverhältnisses sämtliche aufgrund der Tätigkeit für die Praxis des Arbeitgebers entstandenen Unterlagen, Broschüren, Informationsblätter, Einkaufslisten, Geschäftspapiere, Schreiben, Aufzeichnungen, Hard- und Software, CDs, Disketten, Daten und sonstige EDV-Datenträger sowie sämtliche Vervielfältigungen der Unterlagen in Form von Kopien, Abschriften usw. herauszugeben.

(4) Der Arbeitnehmer verpflichtet sich, bei seinem Ausscheiden auf Verlangen des Arbeitgebers eine schriftliche Erklärung darüber abzugeben, dass er keine weiteren Praxisunterlagen im Sinne vorstehender Absätze oder Vervielfältigungen davon im Besitz hat.

§ 9

Arbeitszeit

(1) Die regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit beträgt ohne Einbeziehung der Ruhepausen xx Stunden an in der Regel xx Arbeitstagen. Die Arbeit ist grundsätzlich an xx Tagen zwischen Montag und Freitag jeder Woche abzuleisten. Bei der Anordnung anderer Arbeitstage als Montag bis Freitag hat der Arbeitgeber auf die Belange des Arbeitnehmers Rücksicht zu nehmen. Beginn, Ende und Aufteilung der Arbeitszeit richten sich im Übrigen unter Berücksichtigung der Sprechstunden und ggf. des Notdienstes nach den Erfordernissen der Praxis des Arbeitgebers.

Sofern spezifisch vereinbart:

Die regelmäßige Arbeitszeit inkl. Ruhepausen und Ruhezeiten wird wie folgt festgelegt (Nichtzutreffendes streichen):

Mo:	*von*	*Uhr*	*bis*	*Uhr*	*und*	*von*	*Uhr*	*bis*	*Uhr*
Di:	*von*	*Uhr*	*bis*	*Uhr*	*und*	*von*	*Uhr*	*bis*	*Uhr*
Mi:	*von*	*Uhr*	*bis*	*Uhr*	*und*	*von*	*Uhr*	*bis*	*Uhr*
Do:	*von*	*Uhr*	*bis*	*Uhr*	*und*	*von*	*Uhr*	*bis*	*Uhr*
Fr:	*von*	*Uhr*	*bis*	*Uhr*	*und*	*von*	*Uhr*	*bis*	*Uhr*
Sa:	*von*	*Uhr*	*bis*	*Uhr*	*und*	*von*	*Uhr*	*bis*	*Uhr*

Eine Änderung der regelmäßig festgelegten Arbeitszeiten ist zwischen den Parteien abzustimmen.

(2) Bei einer täglichen Arbeitszeit von mehr als sechs Stunden wird dem Arbeitnehmer eine Ruhepause von 30 Minuten gewährt. Beginn und Ende der täglichen Ruhepausen richten sich nach den betrieblichen Erfordernissen sowie der betrieblichen Übung (ggf.: der jeweils geltenden Betriebsvereinbarung). Sollte die tägliche Arbeitszeit ausnahmsweise mehr als neun Stunden betragen, wird eine Ruhepause von 45 Minuten gewährt. Nach Beendigung der täglichen Arbeitszeit muss der Arbeitnehmer eine ununterbrochene Ruhepause von mindestens elf Stunden haben.

MUSTER

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

(3) Auf Anordnung ist der Arbeitnehmer verpflichtet, Überstunden zu leisten. Überstunden sind die Arbeitszeit, die über die regelmäßige Wochenarbeitszeit nach Absatz 1 hinaus geleistet wird. Mit der vereinbarten Vergütung sind bis zu xx Überstunden monatlich abgegolten. Etwaig darüber hinaus geleistete Überstunden sind durch Gewährung bezahlter Freizeit auszugleichen. Ist ein Ausgleich in Freizeit aus dringenden betrieblichen Gründen nicht möglich, werden die Überstunden anteilig entsprechend dem monatlichen Gehalt bezahlt. Bei der Berechnung des Stundengehaltes ist eine etwaig im Bemessungszeitraum erwirtschaftete Umsatzbeteiligung zu berücksichtigen.

(4) Die gesetzlichen Vorschriften über die Höchstdauer der zulässigen Arbeitszeit werden eingehalten. Wird die zulässige Höchstdauer der wöchentlichen Arbeitszeit – etwa durch die Ableistung von Notdienst – im Einzelfall überschritten, werden die über die Höchstgrenze hinausgehenden Stunden durch Freizeit ausgeglichen. In jedem Fall sind Überstunden nur durch Freizeitausgleich oder Bezahlung abzugelten, wenn sie zuvor durch den Arbeitgeber ausdrücklich angeordnet wurden oder der Arbeitnehmer die Ableistung aus betrieblichen Gründen für erforderlich halten durfte und eine Befragung des Arbeitgebers nicht möglich war. Im Zweifel und bei entsprechender Möglichkeit ist der Arbeitgeber nach der Anordnung zu befragen.

(5) Der Arbeitnehmer ist grundsätzlich zur Teilnahme am Notdienst verpflichtet. Die Ableistung des Notdienstes erfolgt jeweils nach Absprache zwischen dem Arbeitgeber und dem Arbeitnehmer, grundsätzlich im Wechsel zwischen allen in der Praxis tätigen Zahnärzten, es sei denn, dass zwingende Vorschriften der KZV und/oder der (Landes-)Zahnärztekammer zum Notdienst etwas anderes vorschreiben.

MUSTER

§ 10

Vergütung

(1) Als Vergütung für seine Tätigkeit erhält der Arbeitnehmer ein monatliches (Grund-)Bruttogehalt (bei Umsatzbeteiligung siehe gesonderten Baustein) in Höhe von XXX € (in Worten: XXX Euro). Das Gehalt ist am letzten Werktag eines jeden Monats auf ein von dem Arbeitnehmer anzugebendes Konto unbar zu zahlen.

(2) **Soweit vereinbart:** Über den vorstehenden Vergütungsanspruch hinaus hat der Arbeitnehmer Anspruch auf folgende bargeldlose Sonderzahlungen:

…… *(z. B. Urlaubsgeld, Weihnachtsgeld etc.),*
jeweils bargeldlos auf das angegebene Konto zu zahlen und fällig zum xx.

(3) Für den Fall, dass der Arbeitnehmer privat krankenversichert ist, zahlt der Arbeitgeber zu den Krankenversicherungsprämien einen Zuschuss in Höhe der Hälfte des tatsächlichen Beitrages, jedoch nicht mehr als die Hälfte des Betrages, der als Beitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung zu zahlen wäre.

(4) Für den Fall, dass der Arbeitnehmer von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung für Angestellte befreit ist, übernimmt der Arbeitgeber die Hälfte des Pflichtbeitrages für die berufsständische Versorgungsanstalt, jedoch höchstens die Hälfte des Betrages, der als Beitrag zur gesetzlichen Rentenversicherung zu zahlen wäre.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

(5) Über die in den vorstehenden Absätzen geregelten hinausgehende Leistungen werden durch den Arbeitgeber ohne Anerkenntnis einer Rechtspflicht und ohne Übernahme einer Verpflichtung für die Zukunft freiwillig gewährt. Ein Rechtsanspruch entsteht auch im Falle wiederholter Zahlungen nicht.

§ 11

Arbeitsunfähigkeit/Abtretung von Ansprüchen

(1) Der Arbeitnehmer hat jede Arbeitsverhinderung und ihre voraussichtliche Dauer unverzüglich (§ 121 BGB), spätestens jedoch vor Arbeitsbeginn, mitzuteilen *(ggf. Modus, z. B. telefonisch, WhatsApp etc.)*.

(2) Im Falle der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit ist der Arbeitnehmer, soweit er gesetzlich krankenversichert ist, verpflichtet, spätestens am ersten Arbeitstag ihres Bestehens, das Bestehen einer Arbeitsunfähigkeit sowie deren voraussichtliche Dauer ärztlich feststellen und sich eine ärztliche Bescheinigung aushändigen zu lassen. Soweit der Arbeitnehmer privat krankenversichert ist, ist er verpflichtet, eine ärztliche Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit und deren voraussichtliche Dauer vorzulegen. Die Bescheinigung muss spätestens am dritten Tag nach der Ausstellung bei dem Arbeitgeber vorliegen. Im Übrigen gelten die Bestimmungen des Entgeltfortzahlungsgesetzes (EFZG) in Verbindung mit den diesbezüglichen sozialgesetzlichen Bestimmungen in der jeweils geltenden Fassung. Im Falle einer Erkrankung im Ausland gelten die Bestimmungen des Entgeltfortzahlungsgesetzes (EFZG) mit den dazu verpflichtend getroffenen Sonderregelungen.

(3) Die Entgeltfortzahlung während krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit erfolgt entsprechend den Regelungen des EFZG in der jeweils geltenden Fassung, d. h. bei nachgewiesener krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit derzeit längstens für sechs Wochen, keinesfalls jedoch über das Ende des Arbeitsvertrags hinaus.

(4) Erleidet der Arbeitnehmer einen von einem Dritten verursachten Schaden, der zur Arbeitsunfähigkeit führt, so werden die entsprechenden Schadensersatzansprüche bis zur Höhe der Lohnfortzahlung an den Arbeitgeber abgetreten. Der Arbeitnehmer ist verpflichtet, dem Arbeitgeber die zur Geltendmachung der abgetretenen Ansprüche erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

(5) § 616 BGB gilt mit folgender Maßgabe: Für die eigene Hochzeit oder die Eintragung einer gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerschaft, für die Hochzeit bzw. Eintragung einer Lebenspartnerschaft naher Angehöriger sowie für die Teilnahme an Begräbnissen naher Angehöriger erhält der Arbeitnehmer einen Tag frei, ebenso für den Fall der Niederkunft der Ehefrau oder Lebenspartnerin sowie für einen Umzug. Andere Fälle einer persönlichen Arbeitsverhinderung, insbesondere bei einer Erkrankung des Kindes (§ 45 SGB V), führen in Abweichung von § 616 BGB nicht zur Aufrechterhaltung des Vergütungsanspruchs.

Alternativ: § 616 BGB wird abbedungen.

MUSTER

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

§ 12

Urlaub

(1) Der Arbeitnehmer erhält kalenderjährlich bezahlten Erholungsurlaub von insgesamt xx Arbeitstagen bei einer xx-Tage-Woche. Das entspricht xx Arbeitswochen. Der Erholungsurlaub beinhaltet den Urlaub nach dem Bundesurlaubsgesetz und einen zusätzlichen vertraglichen Urlaub von xx Arbeitstagen pro Kalenderjahr (»vertraglicher Urlaub«). Sollte die wöchentliche Arbeitszeit künftig regelmäßig auf mehr oder weniger Arbeitstage verteilt werden, erhöht bzw. reduziert sich der Urlaubsanspruch entsprechend. Für anteilige Urlaubsansprüche gilt § 5 Bundesurlaubsgesetz.

(2) Der gesetzliche Mindesturlaub verfällt zum 31.12. eines Jahres, wenn er nicht aus den in § 7 Abs. 3 BUrlG (oder einer künftigen Nachfolgevorschrift) normierten Gründen bis zum 31.03. des Folgejahres übertragen wird. Er verfällt am 31.03. des Folgejahres endgültig, es sei denn, er konnte wegen Erkrankung des Arbeitnehmers nicht genommen werden, dann verfällt er am 31.03. des auf das Folgejahr folgenden Jahres. Der Arbeitgeber wird den Arbeitnehmer auf einen möglichen Verfall des Urlaubs so rechtzeitig hinweisen, dass der Arbeitnehmer den jeweils offenstehenden Resturlaub in Anspruch nehmen kann.

(3) Der Arbeitgeber ist berechtigt, Betriebsferien unter Anrechnung des individuellen Urlaubsanspruchs anzuordnen. Ein Anteil von zwei Arbeitswochen pro Jahr verbleibt zur freien Verfügung dem Arbeitnehmer.

(4) Der gesetzliche Urlaubsanspruch wird jeweils zuerst in Anspruch genommen und gewährt.

(5) Kann der gesetzliche Urlaub wegen Beendigung des Arbeitsverhältnisses ganz oder teilweise nicht mehr gewährt werden, so ist er nach Maßgabe der jeweils gültigen gesetzlichen Regelung abzugelten. Eine Abgeltung des zusätzlichen vertraglichen Urlaubsanspruchs ist ausgeschlossen.

(6) Im Übrigen gelten die gesetzlichen Bestimmungen des Bundesurlaubsgesetzes.

MUSTER

§ 13

E-Mail-Account/Internetzugang

(1) Über die E-Mail-Accounts der Praxis des Arbeitgebers, zu denen der Arbeitnehmer Zugang erhält, ist jegliche private Kommunikation untersagt. Etwaig eingehende private E-Mails sind nach dem Eingang unverzüglich (§ 121 BGB) zu löschen. Der Arbeitnehmer hat den Absender unverzüglich (§ 121 BGB) auf die fehlende Nutzbarkeit des E-Mail-Accounts zu privaten Zwecken hinzuweisen.

(2) Die Nutzung des Internetzugangs der Praxis des Arbeitgebers zu privaten Zwecken ist, vorbehaltlich der Genehmigung des Arbeitgebers im Einzelfall, untersagt.

(3) Der Arbeitnehmer erklärt sich damit einverstanden, dass die E-Mail-Accounts der Praxis und der Arbeitsplatz des Arbeitnehmers durch den Arbeitgeber auf die Einhaltung der Pflichten aus den Absätzen 1 und 2 überprüft werden können.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

§ 14

Beendigung des Arbeitsverhältnisses

(1) Der Rücktritt vom Arbeitsvertrag oder seine Kündigung vor Aufnahme der Tätigkeit sind ausgeschlossen. Wird die Kündigung dennoch erklärt, ist eine Vertragsstrafe in Höhe eines halben Bruttomonatsgrundgehaltes zu zahlen. Die Geltendmachung weiterer Schadensersatzansprüche bleibt unberührt.

(2) Nach Ablauf der Probezeit finden die gesetzlichen Kündigungsfristen (§ 622 BGB) Anwendung. Das Arbeitsverhältnis kann mit einer Frist von vier Wochen zum 15. oder zum Ende eines Kalendermonats gekündigt werden, sofern sich nicht aus anderen Vorschriften eine längere Frist ergibt. Ggf. künftig eintretende Verlängerungen der gesetzlichen Kündigungsfrist (§ 622 Abs. 2 BGB) gelten für beide Parteien (Verlängerung Frist und/oder Beschränkung Kündigungstermine beiderseits möglich, Regelung darf nicht für Arbeitnehmer ungünstiger als für Arbeitgeber sein).

(3) Die Kündigungsfristen für Arbeitgeber verlängern sich bei längerem Bestehen des Arbeitsverhältnisses wie folgt:

- nach zwei Jahren auf einen Monat zum Monatsende,
- nach fünf Jahren auf zwei Monate zum Monatsende,
- nach acht Jahren auf drei Monate zum Monatsende,
- nach zehn Jahren auf vier Monate zum Monatsende,
- nach zwölf Jahren auf fünf Monate zum Monatsende,
- nach 15 Jahren auf sechs Monate zum Monatsende,
- nach 20 Jahren auf sieben Monate zum Monatsende.

(4) Das Recht zur außerordentlichen Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt und richtet sich nach den gesetzlichen Vorschriften (§ 626 BGB). Eine außerordentliche Kündigung kann nur innerhalb von zwei Wochen ab Kenntniserlangung des wichtigen Grundes erfolgen.

(5) Eine außerordentliche Kündigung wie auch jede ordentliche Kündigung gelten hilfsweise stets als ordentliche Kündigung zum nächstmöglichen Termin, wenn sich nicht aus der Kündigungserklärung selbst ausdrücklich etwas anderes ergibt.

(6) Eine Kündigung bedarf zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform. Für die Einhaltung der Fristen ist der Zugang der schriftlichen Kündigungserklärung bei dem anderen Teil maßgeblich.

(7) Der Arbeitgeber ist berechtigt, den Arbeitnehmer während der Kündigungsfrist unwiderruflich unter Anrechnung eines ggf. bestehenden Resturlaubsanspruchs von der Arbeit freizustellen.

(8) Das Arbeitsverhältnis endet ohne Kündigung spätestens mit Ablauf des Monats, in dem der Arbeitnehmer nach den Vorschriften über die gesetzliche Rentenversicherung in der jeweils gültigen Fassung das für ihn maßgebliche gesetzliche Renteneintrittsalter vollendet hat.

(9) Das Arbeitsverhältnis endet ohne Kündigung auch mit dem Wegfall der Bedingungen gemäß § 2 Abs. 3, frühestens aber vier Wochen nach schriftlicher Anzeige des Wegfalls durch den Arbeitgeber. Das Recht zur verhaltens- oder personenbedingten Kündigung durch den Arbeitgeber bleibt unberührt.

MUSTER

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

(10) Bei einer Kündigung durch den Arbeitgeber beträgt die Frist zur Erhebung einer Kündigungsschutzklage drei Wochen nach Zugang der schriftlichen Kündigung, vgl. § 4 S. 1 Kündigungsschutzgesetz (§ 4 KSchG). Nach Ablauf der Klagefrist ist die Kündigung als rechtswirksam anzusehen (vgl. § 7 KSchG). Dies gilt auch bei einem nicht ordnungsgemäßen Nachweis der Frist zur Erhebung einer Kündigungsschutzklage.

§ 15

Ausschlussfrist für Ansprüche aus dem Arbeitsverhältnis

(1) Alle beiderseitigen Ansprüche aus dem Arbeitsverhältnis – mit Ausnahme von Schadensersatzansprüchen und Ansprüchen auf den gesetzlichen Mindestlohn – verfallen, wenn sie nicht innerhalb von drei Monaten seit ihrem Entstehen in Textform gegenüber der anderen Partei geltend gemacht werden. Lehnt die andere Partei einen geltend gemachten Anspruch ab oder erklärt sie sich nicht innerhalb von zwei Wochen nach der Geltendmachung, so verfällt dieser, wenn er nicht innerhalb von drei Monaten nach der Ablehnung oder dem Ablauf der Zwei-Wochen-Frist gerichtlich geltend gemacht wird.

(2) Für gegenseitige Schadensersatzansprüche, insbesondere solche aus unerlaubter Handlung, und Ansprüche nach dem Mindestlohngesetz verbleibt es bei der Geltung der gesetzlichen Regelungen.

§ 16

Zeugnis

(1) Der Arbeitnehmer erhält nach etwaiger Kündigung des Arbeitsverhältnisses auf Wunsch ein vorläufiges Zeugnis, das bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses durch Ablauf der Kündigungsfrist gegen ein endgültiges Zeugnis umgetauscht wird.

(2) Der Arbeitnehmer ist berechtigt, während des Arbeitsverhältnisses ein Zwischenzeugnis zu verlangen.

(3) Das Zeugnis muss in jedem Fall Auskunft geben über Art und Dauer der Tätigkeit. Auf Wunsch des Arbeitnehmers muss das Zeugnis Angaben über Leistung und Führung im Dienst enthalten (qualifiziertes Zeugnis).

§ 17

Datenschutz

(1) Der Arbeitnehmer stimmt der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung seiner personenbezogenen Daten zum Zwecke der Durchführung des Arbeitsvertrags zu (§ 26 BDSG). Der Arbeitgeber verpflichtet sich zur Einhaltung sämtlicher Datenschutzvorschriften des Bundes und der Länder sowie der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO).

(2) Der Arbeitnehmer erklärt sich damit einverstanden, dass sein Name und/oder Bilder von ihm zur Vorstellung der in der Praxis behandelnden Ansprechpartner und zur Optimierung der Außendarstellung der Praxis (Praxismarketingmaßnahmen) für die Dauer des Arbeitsverhältnisses verwendet werden dürfen. Dies gilt für den Bereich Printmedien als auch für Internetmarketing.

MUSTER

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

§ 18

Haftung

(1) Der Arbeitnehmer hat eine Berufshaftpflichtversicherung in üblichem Umfang zur Absicherung gegen Schadensersatz- und Regressansprüche aus seiner beruflichen Tätigkeit auf seine Kosten zu unterhalten. Darüber hinaus wird er in die Berufshaftpflichtversicherung des Arbeitgebers einbezogen.

(2) Auf Verlangen des Arbeitgebers hat der Arbeitnehmer die entsprechenden Versicherungsunterlagen dem Arbeitgeber zur Einsichtnahme vorzulegen.

(3) Im Falle vorsätzlicher oder grob fahrlässiger Verstöße gegen berufs- und/oder vertragszahnärztliche Vorschriften, insbesondere gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot für Behandlungs- und Verordnungsweisen, haftet der Arbeitnehmer dem Arbeitgeber für alle sich daraus ergebenden Honorarkürzungen und/oder Regresse. Die von der arbeitsgerichtlichen Rechtsprechung gezogenen Grenzen der Arbeitnehmerhaftung auch im Falle grober Fahrlässigkeit bleiben unberührt.

§ 19

Schriftform

Der Vertrag verkörpert sämtliche Abreden der Parteien mit Blick auf das zwischen ihnen zu schließende Arbeitsverhältnis. Mündliche Nebenabreden bestehen nicht. Nebenabreden und Änderungen des Vertrages bedürfen zu ihrer Rechtswirksamkeit der Schriftform. Das gilt auch für die Erleichterung und/oder die Abbedingung des Erfordernisses der Schriftform selbst. Das Schriftformerfordernis gilt nicht für individuelle Vertragsabreden i. S. v. § 305b BGB.

§ 20

Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrags ganz oder teilweise unwirksam sein oder werden, so wird die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen hiervon nicht berührt. Bei Unwirksamkeit einer Bestimmung oder bei Vorliegen einer Lücke tritt an die Stelle der unwirksamen oder fehlenden Bestimmung eine von dem Arbeitgeber nach billigem Ermessen formulierte, rechtswirksame Bestimmung, deren Billigkeit von dem Arbeitnehmer zur Überprüfung durch das nach den gesetzlichen Vorschriften zuständige Gericht gestellt werden kann (§ 315 BGB analog).

_____	_____
(Ort, Datum)	(Ort, Datum)
_____	_____
(Unterschrift Arbeitgeber)	(Unterschrift Arbeitnehmer)

MUSTER

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

7.4.11.5. Textbausteine und ergänzende Hinweise zu den Musterarbeitsverträgen

Wir weisen auf Folgendes hin: Die Musterverträge dienen der Orientierung und sind unbedingt auf den Einzelfall und die getroffenen individuellen vertraglichen Absprachen anzupassen. Da Verträge fortwährend Anpassungen bspw. wegen inzwischen geänderter höchstrichterlicher Rechtsprechung oder Gesetzesänderung unterliegen können, ist es unabdinglich, dass Sie als Verwender den Mustervertrag sorgfältig und eigenverantwortlich prüfen. Wir übernehmen keine Haftung dafür, dass der jeweilige Mustervertrag für den konkreten Anwendungsbereich geeignet ist. In Zweifelsfällen sollten Sie fachkundigen Rat einholen und einen Arbeitsvertrag individuell erstellen lassen.

A. Alternative Textbausteine

Arbeitsbefreiung aus besonderem Anlass (§ 616 BGB):
In den nachstehenden Fällen wird auf Antrag im nachstehenden Umfang Arbeitsbefreiung unter Fortzahlung des Gehaltes gewährt:

a. bei Umzug am Ort – ein Arbeitstag
b. bei eigener Eheschließung und/oder Eheschließung der Kinder – zwei Arbeitstage
c. bei Todesfällen von Eltern, Ehegatten oder Lebensgefährten, Kindern oder Geschwistern und Großeltern und/oder schwerer ärztlich nachgewiesener Erkrankung der mit dem Arbeitnehmer in häuslicher Gemeinschaft lebenden Familienmitglieder oder Lebenspartner, sofern die Anwesenheit des Arbeitnehmers zur vorläufigen Pflege erforderlich ist – nach pflichtgemäßem Ermessen des Arbeitgebers bis zu drei Arbeitstage

Ergänzend gilt § 616 BGB und die dazu ergangene arbeitsgerichtliche Rechtsprechung.

Gesundheitsprüfung
Der Arbeitnehmer bestätigt mit seiner Unterschrift, dass er an keiner ansteckenden Krankheit leidet und keine körperlichen oder gesundheitlichen Mängel verschwiegen hat, die der Ausübung der vereinbarten Tätigkeit entgegenstehen.

Vergütung angestellter Zahnärzte bei Umsatzbeteiligung:
(2) Zusätzlich zu seinem garantierten monatlichen Bruttogrundgehalt gemäß vorstehendem Absatz wird der Arbeitnehmer an dem von ihm persönlich erbrachten zahnärztlichen Honorarumsatz wie folgt beteiligt, wobei Material- und Laborkosten und an Mitarbeiter delegierte Leistungen (z. B. PZR) beim zahnärztlichen Honorarumsatz nicht berücksichtigt werden:

a) Für vom Arbeitnehmer jährlich (pro Abrechnungsquartal eines jeden Jahres/pro Monat) persönlich erzielten und der Praxis tatsächlich zugeflossenen zahnärztlichen Honorarumsatz zwischen einem Betrag in Höhe von xxx € und xxx € erhält der Arbeitnehmer eine Beteiligung in Höhe von xx % des im Rahmen dieser Umsatzstufe von ihm persönlich erzielten und der Praxis tatsächlich zugeflossenen zahnärztlichen Honorarumsatzes brutto.
b) Für vom Arbeitnehmer jährlich (pro Abrechnungsquartal eines jeden Jahres/pro Monat) persönlich erzielten und der Praxis tatsächlich zugeflossenen zahnärztlichen Honorarumsatz zwischen einem Betrag in Höhe von xxx € und xxx € erhält der Arbeitnehmer eine Beteiligung in Höhe von xx % des im Rahmen dieser Umsatzstufe von ihm persönlich erzielten und der Praxis tatsächlich zugeflossenen zahnärztlichen Honorarumsatzes brutto.
(erweiterbar um beliebig viele Stufen)
c) Klarstellend verabreden die Parteien, dass die Umsatzbeteiligung im vorstehenden Sinne erst ab einem durch den Arbeitnehmer im Bezugszeitraum persönlich erzielten und der Praxis tatsächlich zugeflossenen zahnärztlichen Honorarumsatz in Höhe von xxx € geschuldet ist. Bis zu diesem Betrag ist für den jeweiligen Bezugszeitraum ausschließlich das Grundgehalt geschuldet. Die Umsatzbeteiligung bleibt in den jeweiligen Umsatzstufen bei dem jeweiligen Anteil, unabhängig davon, ob die jeweils nächsthöhere Umsatzstufe erreicht wird.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

(3) Zwischen den Parteien besteht Einvernehmen, dass die Abrechnung der vereinbarten Umsatzbeteiligung an dem von dem Arbeitnehmer persönlich erwirtschafteten und der Praxis tatsächlich zugeflossenen zahnärztlichen Honorarumsatz im auf das Quartalsende folgenden Monat (Folgemonat/Januar des folgenden Jahres) erfolgt.

(4) Die Abrechnung und Auszahlung erfolgt mit dem Gehalt des Abrechnungsmonats. Der Arbeitgeber kann auf die Beteiligung nach seinem Ermessen einen monatlichen oder quartalsweisen Vorschuss zahlen, ein Anspruch auf eine Vorschusszahlung besteht nicht. Ein ggf. entstehender Saldo zwischen erreichter Umsatzbeteiligung, berechnet nach den Vorgaben in vorstehendem Absatz, und Vorschuss zugunsten des Arbeitnehmers wird wie vorstehend abgerechnet und ausgezahlt; ein Saldo zulasten des Arbeitnehmers zwischen Abschlag und erreichter Beteiligung ist von diesem mit der Erteilung der Abrechnung zurückzuzahlen. Der Arbeitnehmer verzichtet insofern bereits mit der Unterzeichnung dieses Vertrags auf die Erhebung der Einrede nach § 818 Abs. 3 BGB. Der Arbeitgeber nimmt den Verzicht mit Unterzeichnung dieses Vertrags an.

(5) Zwischen den Parteien besteht Einvernehmen, dass überhöhte Umsatzbeteiligungen aufgrund nachträglicher Kürzungen wegen Wirtschaftlichkeitsprüfungen und sachlich-rechnerischer Berichtigungen, die sich auf die ausgezahlte Umsatzbeteiligung mindernd auswirken, seitens des Arbeitgebers zurückgefordert werden können. Das gilt entsprechend für eine künftig ggf. wieder eingeführte Degression der vertragszahnärztlichen Vergütung und für Zahlungsausfälle im Bereich privatzahnärztlicher Behandlung. Insoweit erfolgt die Zahlung der Umsatzbeteiligung unter Vorbehalt. Der Arbeitnehmer verzichtet betreffend solche Rückzahlungsansprüche bereits mit Unterzeichnung dieses Vertrags auf die Einrede des § 818 Abs. 3 BGB. Der Arbeitgeber nimmt den Verzicht mit Unterzeichnung dieses Vertrags an.

(6) Der Pflicht des Arbeitgebers, die erwirtschaftete Umsatzbeteiligung als Arbeitsentgelt anteilig auch für die Bezahlung während Urlaubs- und Feiertagen zu berücksichtigen und auszuzahlen, wird dadurch entsprochen, dass für diese Zeiten (xx Tage Urlaub nach § x dieses Vertrages und derzeit xx gesetzliche Feiertage jährlich) ein Anteil von xx % der gesamten im Jahr erwirtschafteten Umsatzbeteiligung mit der Abrechnung gemäß Abs. 3 ausgezahlt wird, auch dieser Betrag versteht sich brutto.

(7) Bei einer nicht ganzjährigen Beschäftigung reduziert sich die in Ansatz zu bringende Umsatzstufe entsprechend im Verhältnis der Beschäftigungsmonate des angestellten Zahnarztes, wobei auch eine teilweise Beschäftigung in einem Monat als voller Monat anzurechnen ist.

Betriebliche Altersvorsorge durch Entgeltumwandlung

Über das Gehalt hinaus erhält der Arbeitnehmer Leistungen zur betrieblichen Altersvorsorge (BAV) entsprechend den Vorgaben des Versicherungsvertrages vom xx.xx.xx, der diesem Vertrag als Anlage xx beigefügt ist. Die Anlage wird Vertragsbestandteil. Andere Leistungen zur BAV als diejenigen, die sich aus der Anlage ergeben, werden nicht vereinbart. Den Parteien ist bekannt, dass der Arbeitgeberanteil durch Entgeltumwandlung geleistet wird, d. h., dass er vom in Abs. 1 genannten Bruttogehalt abgezogen, direkt an den Versicherer gezahlt und nicht der Steuer und Sozialversicherungspflicht unterworfen wird.

Hinweis: Seit dem 1. Januar 2022 besteht nach § 1a Abs. 1a BetrAVG eine Verpflichtung des Arbeitgebers zur Bezuschussung des umgewandelten Entgelts. Im Hinblick auf die sog. Versorgungszusage und daraus folgender möglicher Haftungsrisken bei Übernahme oder Abschluss ist es empfehlenswert, einen Versicherungsfachmann zu konsultieren.

Fahrtgeldregelung

(1) Der Arbeitgeber gewährt dem Arbeitnehmer einen Zuschuss zu seinen Fahrtkosten in Höhe von xxx € brutto pro Monat für die
( ) Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel.
( ) Nutzung eigenes Fahrzeug (z. B. privater PKW).

[bitte auswählen; Höhe entsprechend der steuerlichen Berechnungsbasis: 15 Tage für eine Vollzeitstelle x 0,30 € pro km (einfache Fahrtstrecke vom Wohnort zum Sitz des Arbeitgebers)]

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

(2) Der Arbeitnehmer versichert, seine regelmäßigen Fahrten zwischen Wohnung und Arbeitsstätte mit xxx durchzuführen. Er verpflichtet sich, dem Arbeitgeber jede Änderung, die sich auf die Höhe der Fahrtkosten auswirken kann (bspw. Wohnortwechsel, Fahrpreisminderungen bei öffentlichen Verkehrsmitteln etc.), unverzüglich bekannt zu geben. Wird die Nutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln oder des privaten Fahrzeugs eingestellt und/oder verringert sich die Entfernung zwischen Wohnung und Tätigkeitsstätte, entfällt bzw. verringert sich der Anspruch auf Fahrtkostenerstattung für die Zukunft entschädigungslos.

Vorbeugende Urlaubskürzung Elternzeit
Für den Fall, dass der Arbeitnehmer während der Vertragsdauer in Elternzeit geht, erklärt der Arbeitgeber bereits jetzt die Kürzung betreffend die während der Elternzeit entstandenen Urlaubsansprüche um ein Zwölftel des Jahresurlaubs für jeden vollen Monat der Elternzeit (§ 17 Abs. 1 BEEG).

B. Ergänzende Hinweise

Tätigkeitsbeschreibung Rezeptionist
Der Arbeitnehmer wird als Rezeptionist am Empfang der Praxis des Arbeitgebers beschäftigt. Er hat auf Weisung des Arbeitgebers sämtliche an einer solchen Stelle üblicherweise anfallenden Tätigkeiten gewissenhaft auszuführen, insbesondere xxx

[hier entsprechend der tatsächlich vorgesehenen Aufgaben ergänzen, Bsp.: Anrufe von Patienten, Lieferanten, Geschäftspartnern und sonstigen Dritten anzunehmen; Terminvergabe, auch per Telefon und/oder Internet; Erinnerungs- und Terminmanagement; Begrüßung und Einweisung der Patienten (Wartezimmer und Behandlungszimmer); Rezeptprüfung; Rezeptabrechnung; Buchführung; Dienstpläne erstellen; Korrespondenz und allgemeine Bürotätigkeiten (bspw. Arztberichte tippen, Rechnungen schreiben und Ablage); Bestellung und Besorgung von Therapie- und Praxismaterialien]

(ggf.: Der Arbeitgeber wird bei der Zuweisung von Tätigkeiten berücksichtigen, dass der Arbeitnehmer betreffend die von ihm zu übernehmenden Aufgaben nicht ausgebildet ist.)

Tätigkeitsbeschreibung Reinigungskraft
Aufgabe des Arbeitnehmers ist die regelmäßige Reinigung der Praxisräume des Arbeitgebers inklusive sämtlicher dort vorhandener Gegenstände der Raumausstattung und Raumeinrichtung (Staubwischen, Kehren, Staubsaugen, Wischen, Reinigen der Deckenentlüftung, Reinigen der Toiletten usw.). Hiervon ausgenommen sind diejenigen Gegenstände, die, wie gesetzlich vorgeschrieben, durch dafür geschultes Personal gereinigt oder sterilisiert werden müssen. Diese Gegenstände sind in anliegender Liste genau bezeichnet.

Minijob

Im Bereich der geringfügigen Beschäftigung (sog. Minijob) traten ab 01.10.2022 Änderungen zum Mindestlohn sowie für geringfügige Beschäftigungen und Beschäftigungen im Übergangsbereich in Kraft. Der Mindestlohn wird auf 12,00 €/Stunde erhöht; die Minijob-Grenze steigt von bisher 450,00 € auf 520,00 € im Monat. Diese Geringfügigkeitsgrenze orientiert sich an einer Wochenarbeitszeit von zehn Stunden zu Mindestlohnbedingungen.

Arbeitnehmer, die am 30.09.2022 sog. Midijobs mit einem durchschnittlichen Arbeitsentgelt bis 520,00 € monatlich innehatten, bleiben aufgrund von Bestandsschutzregelungen bis max. 31.12.2023 unter den alten Midijob-Bedingungen versicherungspflichtig in der Kranken-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung. Die Befreiung von der Versicherungspflicht kann beantragt werden.

Soweit die Jahresverdienstgrenze von 6.240,00 € nicht überschritten wird, kann der Mitarbeiter in einzelnen Monaten auch mehr als 520,00 € verdienen. Wichtig ist, dass im Durchschnitt monatlich nicht mehr als 520,00 € verdient werden.

Nachweisgesetz

Zur Umsetzung der EU-Richtlinie über transparente und vorhersehbare Arbeitsbedingungen (2019/1152) trat zum 01.08.2022 unter anderem eine Änderung des Nachweisgesetzes (NachwG) in Kraft. Zusätzlich

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

zu den bisher bereits in § 2 NachweisG genannten Vertragsbedingungen müssen Arbeitsverträge ab dem 01.08.2022 folgende Pflichtangaben enthalten:

(1) der Name und die Anschrift der Vertragsparteien,

(2) der Zeitpunkt des Beginns des Arbeitsverhältnisses,

(3) bei befristeten Arbeitsverhältnissen: das Enddatum oder die vorhersehbare Dauer des Arbeitsverhältnisses,

(4) der Arbeitsort oder, falls der Arbeitnehmer nicht nur an einem bestimmten Arbeitsort tätig sein soll, ein Hinweis darauf, dass der Arbeitnehmer an verschiedenen Orten beschäftigt werden oder seinen Arbeitsort frei wählen kann,

(5) eine kurze Charakterisierung oder Beschreibung der vom Arbeitnehmer zu leistenden Tätigkeit,

(6) sofern vereinbart, die Dauer der Probezeit,

(7) die Zusammensetzung und die Höhe des Arbeitsentgelts einschließlich der Vergütung von Überstunden, der Zuschläge, der Zulagen, Prämien und Sonderzahlungen sowie anderer Bestandteile des Arbeitsentgelts, die jeweils getrennt anzugeben sind, und deren Fälligkeit sowie die Art der Auszahlung,

(8) die vereinbarte Arbeitszeit, vereinbarte Ruhepausen und Ruhezeiten sowie bei vereinbarter Schichtarbeit das Schichtsystem, der Schichtrhythmus und Voraussetzungen für Schichtänderungen,

(9) bei Arbeit auf Abruf nach §12 des Teilzeit- und Befristungsgesetzes:
a) die Vereinbarung, dass der Arbeitnehmer seine Arbeitsleistung entsprechend dem Arbeitsanfall zu erbringen hat,
b) die Zahl der mindestens zu vergütenden Stunden,
c) der Zeitrahmen, bestimmt durch Referenztage und Referenzstunden, der für die Erbringung der Arbeitsleistung festgelegt ist, und
d) die Frist, innerhalb derer der Arbeitgeber die Lage der Arbeitszeit im Voraus mitzuteilen hat.

(10) sofern vereinbart, die Möglichkeit der Anordnung von Überstunden und deren Voraussetzungen,

(11) die Dauer des jährlichen Erholungsurlaubs,

(12) ein etwaiger Anspruch auf vom Arbeitgeber bereitgestellte Fortbildung,

(13) wenn der Arbeitgeber dem Arbeitnehmer eine betriebliche Altersversorgung über einen Versorgungsträger zusagt, der Name und die Anschrift dieses Versorgungsträgers; die Nachweispflicht entfällt, wenn der Versorgungsträger zu dieser Information verpflichtet ist,

(14) das bei der Kündigung des Arbeitsverhältnisses von Arbeitgeber und Arbeitnehmer einzuhaltende Verfahren, mindestens das Schriftformerfordernis und die Fristen für die Kündigung des Arbeitsverhältnisses, sowie die Frist zur Erhebung einer Kündigungsschutzklage; § 7 des Kündigungsschutzgesetzes ist auch bei einem nicht ordnungsgemäßen Nachweis der Frist zur Erhebung einer Kündigungsschutzklage anzuwenden,

(15) ein in allgemeiner Form gehaltener Hinweis auf die auf das Arbeitsverhältnis anwendbaren Tarifverträge, Betriebs- oder Dienstvereinbarungen sowie Regelungen paritätisch besetzter Kommissionen, die auf der Grundlage kirchlichen Rechts Arbeitsbedingungen für den Bereich kirchlicher Arbeitgeber festlegen.

Bei Arbeitsverhältnissen, die ab dem 01.08.2022 begründet werden, muss über bestimmte zentrale Aspekte bereits am ersten Tag der Arbeitsleistung informiert werden. Hierzu gehören
- Name und Anschrift der Parteien,
- Beginn des Arbeitsverhältnisses,
- die Höhe des Arbeitsentgelts sowie die vereinbarte Arbeitszeit.

Ab dem siebten Kalendertag des Arbeitsverhältnisses bis zu einem Monat nach dessen vereinbarten Beginn sind die übrigen nachzuweisenden Informationen nachzuliefern.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

Arbeitszeiterfassung

Nach einer Entscheidung des Bundesarbeitsgerichts (BAG, Beschl. v. 13.09.2022 – 1 ABR 22/21) sind Arbeitgeber nach § 3 Abs. 2 Nr. 1 ArbSchG (Arbeitsschutzgesetz) verpflichtet, ein System einzuführen, mit dem die von Arbeitnehmern geleistete Arbeitszeit erfasst werden kann (Pflicht zur systematischen Erfassung der gesamten Arbeitszeit). Dabei beruft sich das BAG auf das EuGH-Urteil zur Arbeitszeiterfassung (Urt. v. 14.05.2019 – C-55/18) und die europarechtskonforme Auslegung des ArbSchG.

Nach dem Arbeitszeitgesetz mussten bisher lediglich Überstunden und Sonntagsarbeit dokumentiert werden, nicht die gesamte Arbeitszeit.

Das Bundesarbeitsministerium plant nun die Umsetzung dieser Pflicht, konkrete Ansätze sind bisher aber nicht bekannt. Arbeitgeber sollten die Entwicklung diesbezüglich aufmerksam verfolgen, um mögliche Regelungen zu bspw. Art und Weise der Arbeitszeitaufzeichnung etc. entsprechend zeitnah umzusetzen.

Diesbezüglich sollten Arbeitgeber sich auch mit dem Datenschutz befassen, da mit der Arbeitszeiterfassung personenbezogene Daten der Mitarbeiter verarbeitet werden und entsprechend die Datenschutzregeln der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) zu beachten sind.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

7.4.11.6. Dienstvertrag zur Praxisvertretung

Wir weisen auf Folgendes hin: Die Musterverträge dienen der Orientierung und sind unbedingt auf den Einzelfall und die getroffenen individuellen vertraglichen Absprachen anzupassen. Da Verträge fortwährend Anpassungen bspw. wegen inzwischen geänderter höchstrichterlicher Rechtsprechung oder Gesetzesänderung unterliegen können, ist es unabdinglich, dass Sie als Verwender den Mustervertrag sorgfältig und eigenverantwortlich prüfen. Wir übernehmen keine Haftung dafür, dass der jeweilige Mustervertrag für den konkreten Anwendungsbereich geeignet ist. In Zweifelsfällen sollten Sie fachkundigen Rat einholen und einen Arbeitsvertrag individuell erstellen lassen.

Dienstvertrag zur Praxisvertretung*

Zwischen

_____

(Name Praxis und Inh. sowie vollständige Adresse des Arbeitgebers, ggf. vertreten durch)

– im Folgenden: **Praxisinhaber** –

und

_____

(Vor- und Nachname sowie vollständige Adresse des Arbeitnehmers)

– im Folgenden: **Vertreter** –

– gemeinsam im Folgenden: **die Parteien** –

wird folgende Vereinbarung geschlossen:

§ 1

Gegenstand

(1) Der Vertreter wird den Praxisinhaber in der Zeit vom xx bis xx in dessen Praxis vertreten.

Alternativ: Der Vertreter wird für die Zeit vom …… bis …… die Vertretung des Praxisinhabers übernehmen.

(2) Das Vertretungsverhältnis beruht auf einem freien Dienstvertrag, so dass der Vertreter weisungsfrei selbstständig und in eigener Verantwortung die Vertretung durchführt.

MUSTER

* Alle Formulierungen beziehen sich uneingeschränkt auf alle Geschlechter (m/w/d), auch wenn aus Gründen der besseren Lesbarkeit nur die Bezeichnung für ein Geschlecht verwendet wird.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

§ 2

Benachrichtigung der KZV/auflösende Bedingung

(1) Die Parteien haben, soweit erforderlich, die zuständige KZV entsprechend § 32 Abs. 1 S. 4 Zahnärzte-ZV in Schriftform unterrichtet. Die Unterrichtung ist diesem Vertrag als Anlage beigefügt.

(2) Der Vertrag ist dadurch auflösend bedingt, dass die KZV nach der Unterzeichnung dieses Vertrags gegen die Vertretung rechtliche oder andere Einwände erhebt. In diesem Fall wird der Vertrag ohne Kündigung mit der Mitteilung der Einwände sofort beendet.

§ 3

Voraussetzungen nach der Zahnärzte-ZV

(1) Der Vertreter hat dem Praxisinhaber die Berechtigung zur Ausübung des zahnärztlichen Berufes durch die Vorlage der Approbationsurkunde (Berufserlaubnis nach § 13 ZHG genügt [wohl] nicht) nachgewiesen. Der Vertrag ist dadurch auflösend bedingt, dass dem Vertreter während der Vertretungszeit ungeachtet des Grundes die zahnärztliche Approbation entzogen oder diese ruhend gestellt wird. Das gilt entsprechend für den Entzug der Zulassung zur vertragszahnärztlichen Versorgung (falls diese besteht, theoretisch kann auch ein Vorbereitungsassistent vertreten). In diesen Fällen wird der Vertrag ohne Kündigung mit der Mitteilung der Einwände sofort beendet.

(2) Der Vertreter bestätigt, dass keine persönlichen Hinderungsgründe im Sinne von § 2 ZHG (Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde), insbesondere gesundheitliche Beeinträchtigungen wie bspw. Alkohol- oder Drogensucht, bestanden oder bestehen, durch die die Eignung als Vertreter eingeschränkt ist.

(3) Der Praxisinhaber hat sichergestellt, dass die zeitlichen Grenzen des § 32 Abs. 1 S. 2 und 3 Zahnärzte-ZV durch die hier vereinbarte Vertretung nicht überschritten werden. Bei einem Verstoß gilt Abs. 2 entsprechend umgekehrt mit der Maßgabe, dass eine Vergütung nach § 7 unbeschadet der vertragszahnarztrechtlichen Konsequenzen für den Praxisinhaber in jedem Fall geschuldet ist.

§ 4

Pflichten des Vertreters

(1) Der Vertreter verpflichtet sich, die im Rahmen der Vertretungstätigkeit anfallenden zahnärztlichen Behandlungen sorgfältig unter Beachtung und Einhaltung der für die Ausübung des zahnärztlichen Berufs geltenden gesetzlichen berufs- und vertragszahnärztlichen Bestimmungen und der Berufsordnung der Landeszahnärztekammer XXX durchzuführen. In der Wahl seiner Therapie ist er frei von Weisungen des Praxisinhabers. Auf die Verpflichtung zur wirtschaftlichen Behandlung und die Vorschriften über die zweckmäßige, notwendige und wirtschaftliche Behandlungs- und Verordnungsweise wurde er vom Praxisinhaber hingewiesen.

MUSTER

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

(2) Der Vertreter hat den allgemeinen organisatorischen Anweisungen und Einrichtungen des Praxisinhabers Beachtung zu schenken, insbesondere die vorgegebenen Sprechzeiten der Praxis einzuhalten. Für die ordnungsgemäße Führung der Praxis sowie die sorgfältige Dokumentation und Aufzeichnung der von ihm durchgeführten zahnärztlichen Behandlungen ist er selbst verantwortlich. Die von dem Vertreter erstellte Dokumentation steht im Eigentum des Praxisinhabers.

(3) Soweit der Praxisinhaber während der Vertretungszeit zu dem allgemeinen Notfall- und Bereitschaftsdienst eingeteilt worden ist, übernimmt der Vertreter diese Verpflichtung.

(4) Der Vertreter verpflichtet sich, die zahnärztliche Schweigepflicht mit Bezug auf die Patienten des Praxisinhabers zu beachten. § 203 StGB ist dem Vertreter bekannt. Darüber hinaus wird der Vertreter über alle Praxisinterna, die ihm während seiner Vertretungszeit bekannt geworden sind, gegenüber Dritten Stillschweigen bewahren. Die Verschwiegenheitsverpflichtung gilt über das Ende des Vertrags hinaus. Es ist ihm untersagt, schriftliche oder auf EDV-Datenträgern gespeicherte Praxisunterlagen oder Abschriften aus der Praxis zu entfernen.

(5) Der Vertreter ist verpflichtet, eine Berufshaftpflichtversicherung in üblichem Umfang zur Absicherung gegen Schadensersatz- und Regressansprüche aus seiner beruflichen Tätigkeit auf seine Kosten zu unterhalten. In die Berufshaftpflichtversicherung des Praxisinhabers wird er nicht einbezogen.

MUSTER

§ 5

Personal des Praxisinhabers

Während seiner Vertretungszeit ist der Vertreter gegenüber dem Praxispersonal weisungsbefugt. Dem Vertreter ist es indes nicht gestattet, arbeitsrechtlich relevante Maßnahmen, insbesondere Einstellungen, Kündigungen und Abmahnungen, vorzunehmen bzw. auszusprechen.

§ 6

Vergütung/Pflichten des Praxisinhabers

(1) Der Vertreter erhält eine Bruttovergütung in Höhe von xxx € (in Worten: xxx €) pro Arbeitstag/pro Woche/pro Monat.

Alternativ: Der Vertreter erhält eine Vergütung in Höhe von xxx % (in Worten: xxx Prozent) des von ihm erarbeiteten zahnärztlichen Honorars exklusive der Material- und Laborkosten. Die Zahlung ist zwei Wochen nach Rechnungsstellung durch den Vertreter fällig.

(2) Andere Leistungen oder Nebenleistungen zur Vergütung werden nicht vereinbart.

(3) Für Sozialversicherungsabgaben und die ordnungsgemäße Einkommensversteuerung der vertraglichen Vergütung ist der Vertreter selbst verantwortlich.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

(4) Die Parteien gehen von der Umsatzsteuerfreiheit der Vergütung aus. Sollte das anders sein, hat im Innenverhältnis der Parteien unbeschadet der umsatzsteuerrechtlichen Vorgaben der Vertreter/der Praxisinhaber (je nach Vereinbarung) die Umsatzsteuerbelastung zu tragen.

(5) Die Parteien werden alle notwendigen oder nur nützlichen Maßnahmen ergreifen, den Anfall von Gewerbesteuer auf die Einnahmen aus der Vertretungszeit zu vermeiden, das Problem der sog. Übermaßvertretung ist den Parteien bekannt. Sofern Gewerbesteuer anfällt, hat der Inhaber diese abzuführen. Im Innenverhältnis ist unbeschadet der steuerlichen Vorschriften ausschließlich der Praxisinhaber zur Anrechnung auf die Einkommenssteuer nach den Vorschriften des Einkommenssteuergesetzes in der jeweils geltenden Fassung berechtigt.

§ 7

Haftung

Der Vertreter stellt den Praxisinhaber auf erstes Anfordern von jeglichen Ansprüchen, die aus der Verletzung der in dieser Vereinbarung niedergelegten Pflichten gegen den Praxisinhaber entstehen oder geltend gemacht werden, frei. Dies gilt insbesondere für Fälle, in denen

a) der Praxisinhaber von Patienten oder Kostenträgern bezüglich der während der Vertretungszeit durch den Vertreter durchgeführten zahnärztlichen Behandlungen auf Schadensersatz und/oder Schmerzensgeld in Anspruch genommen wird,

b) gegen den Praxisinhaber infolge von Verstößen gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot oder sachlich-rechnerischer Richtigstellungen Regressansprüche geltend gemacht werden.

MUSTER

§ 8

Kündigung

(1) Der Rücktritt vom oder die Kündigung dieses Vertrages vor Aufnahme der Tätigkeit ist ausgeschlossen. Im Falle einer Kündigung behält sich der Praxisinhaber die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen vor.

(2) Der Vertrag kann von beiden Parteien, ohne dass es einer Angabe von Gründen bedarf, mit einer Frist von zwei Wochen zum Ende eines Kalendermonats gekündigt werden.

Alternativ: Der Vertrag kann von beiden Parteien, ohne dass es einer Angabe von Gründen bedarf, wie folgt gekündigt werden:

a) wenn die Vergütung nach Tagen bemessen ist, an jedem Tag für den Ablauf des folgenden Tages;

b) wenn die Vergütung nach Wochen bemessen ist, spätestens am ersten Werktag einer Woche für den Ablauf des folgenden Sonnabends;

c) wenn die Vergütung nach Monaten bemessen ist, spätestens am 15. eines Monats für den Schluss des Kalendermonats;

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

d) wenn die Vergütung nach Vierteljahren oder längeren Zeitabschnitten bemessen ist, unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von sechs Wochen für den Schluss eines Kalendervierteljahrs.

(3) Die Kündigung bedarf zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform.

(4) Das Recht zur fristlosen Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt und richtet sich nach den gesetzlichen Vorschriften.

§ 9

Schriftform

Der Vertrag verkörpert sämtliche Abreden der Parteien. Mündliche Nebenabreden bestehen nicht. Nebenabreden und Änderungen des Vertrages bedürfen zu ihrer Rechtswirksamkeit der Schriftform. Das gilt auch für die Erleichterung und/oder die Abbedingung des Erfordernisses der Schriftform selbst. Das Schriftformerfordernis gilt nicht für individuelle Vertragsabreden i. S. v. § 305b BGB.

§ 10

Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrags ganz oder teilweise unwirksam sein oder werden, so wird die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen hiervon nicht berührt. Bei Unwirksamkeit einer Bestimmung oder bei Vorliegen einer Lücke tritt an die Stelle der unwirksamen oder fehlenden Bestimmung eine von dem Arbeitgeber nach billigem Ermessen formulierte, rechtswirksame Bestimmung, deren Billigkeit von dem Vertreter zur Überprüfung durch das nach den gesetzlichen Vorschriften zuständige Gericht gestellt werden kann (§ 315 BGB analog).

MUSTER

_____	_____
(Ort, Datum)	(Ort, Datum)
_____	_____
(Unterschrift Praxisinhaber)	(Unterschrift Vertreter)

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

7.4.11.7. Arbeitsvertrag über eine geringfügige Beschäftigung

Wir weisen auf Folgendes hin: Die Musterverträge dienen der Orientierung und sind unbedingt auf den Einzelfall und die getroffenen individuellen vertraglichen Absprachen anzupassen. Da Verträge fortwährend Anpassungen bspw. wegen inzwischen geänderter höchstrichterlicher Rechtsprechung oder Gesetzesänderung unterliegen können, ist es unabdinglich, dass Sie als Verwender den Mustervertrag sorgfältig und eigenverantwortlich prüfen. Wir übernehmen keine Haftung dafür, dass der jeweilige Mustervertrag für den konkreten Anwendungsbereich geeignet ist. In Zweifelsfällen sollten Sie fachkundigen Rat einholen und einen Arbeitsvertrag individuell erstellen lassen.

Arbeitsvertrag über eine geringfügige Beschäftigung*

Zwischen

_____

(Name Praxis und Inh. sowie vollständige Adresse des Arbeitgebers, ggf. vertreten durch)

– im Folgenden: **Arbeitgeber** –

und

_____

(Vor- und Nachname sowie vollständige Adresse des Arbeitnehmers)

– im Folgenden: **Arbeitnehmer** –

– gemeinsam im Folgenden: **die Parteien** –

wird folgender Arbeitsvertrag geschlossen:

MUSTER

§ 1

Beginn des Arbeitsverhältnisses, Art der Tätigkeit

(1) Der Arbeitnehmer wird mit Wirkung ab dem XXX als XX eingestellt. Zum Aufgabenbereich des Arbeitnehmers gehören insbesondere folgende Aufgaben:

……

(2) Das Arbeitsverhältnis wird auf unbestimmte Zeit geschlossen. (ggf.: Die ersten x Monate gelten als Probezeit.)

Alternativ: (2) Das Arbeitsverhältnis endet mit Ablauf des xxx, ohne dass es einer Kündigung bedarf. Die Befristung erfolgt aus folgenden Gründen: xxx (Hinweis: Diese Angabe ist nur im Falle einer Zweckbefristung nach § 3 Abs. 1 S. 2 des Teilzeit- und Befristungsgesetzes erforderlich).

(3) Arbeitsort ist grundsätzlich die Praxis des Arbeitgebers an der im Rubrum genannten Adresse.

* Alle Formulierungen beziehen sich uneingeschränkt auf alle Geschlechter (m/w/d), auch wenn aus Gründen der besseren Lesbarkeit nur die Bezeichnung für ein Geschlecht verwendet wird.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

(4) Der Arbeitgeber ist berechtigt, dem Arbeitnehmer nach billigem Ermessen einen anderen Arbeitsort zuzuweisen. Er behält sich zudem vor, den Arbeitnehmer entsprechend seinen Leistungen und Fähigkeiten mit einer anderen im Interesse des Arbeitgebers liegenden, gleichwertigen Tätigkeit zu betrauen, soweit dies unter Berücksichtigung seiner Interessen zumutbar ist.

§ 2

Arbeitszeit

(1) Die regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit beträgt ohne Berücksichtigung der Ruhepausen xx Stunden. Beginn und Ende der täglichen Arbeitszeit werden vom Arbeitgeber nach den betrieblichen Erfordernissen festgelegt.

(2) Bei einer täglichen Arbeitszeit von mehr als sechs Stunden wird dem Arbeitnehmer eine Ruhepause von 30 Minuten gewährt. Beginn und Ende der täglichen Ruhepausen richten sich nach den betrieblichen Erfordernissen sowie der betrieblichen Übung (ggf.: der jeweils geltenden Betriebsvereinbarung). Sollte die tägliche Arbeitszeit ausnahmsweise mehr als neun Stunden betragen, wird eine Ruhepause von 45 Minuten gewährt. Nach Beendigung der täglichen Arbeitszeit muss der Arbeitnehmer eine ununterbrochene Ruhepause von mindestens elf Stunden haben.

(3) Der Arbeitnehmer ist verpflichtet, bei Bedarf auf Anordnung des Arbeitgebers Überstunden innerhalb der gesetzlich zulässigen Grenzen zu leisten.

Alternativ bei Abrufarbeit:
(1) Die monatliche Arbeitszeit beträgt ohne Berücksichtigung der Ruhepausen xxx Stunden. Dabei beträgt die tägliche Arbeitszeit an den Einsatztagen jeweils mindestens drei aufeinanderfolgende Stunden. Der Arbeitnehmer ist verpflichtet, auf Aufforderung des Arbeitgebers bis zu xxx Stunden pro Monat zu arbeiten.

(2) Der Arbeitgeber teilt dem Arbeitnehmer spätestens bis Mittwoch jeder Woche die Arbeitszeitdauer für die Folgewoche und die Zeiteinteilung mit. Für den Fall, dass der Arbeitnehmer bis Mittwoch keine Mitteilung über die Arbeitszeitdauer für die Folgewoche und die Zeiteinteilung erhalten hat, gilt die Arbeitszeitdauer und Zeiteinteilung für die aktuelle Arbeitswoche auch in der Folgewoche.

(3) Bei einer täglichen Arbeitszeit von mehr als sechs Stunden wird dem Arbeitnehmer eine Ruhepause von 30 Minuten gewährt. Beginn und Ende der täglichen Ruhepausen richten sich nach den betrieblichen Erfordernissen sowie der betrieblichen Übung (ggf.: der jeweils geltenden Betriebsvereinbarung). Sollte die tägliche Arbeitszeit ausnahmsweise mehr als neun Stunden betragen, wird eine Ruhepause von 45 Minuten gewährt. Nach Beendigung der täglichen Arbeitszeit muss der Arbeitnehmer eine ununterbrochene Ruhepause von mindestens elf Stunden haben.

MUSTER

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

Alternativ, sofern spezifisch vereinbart:

(1) Die regelmäßige Arbeitszeit inkl. Ruhepausen und Ruhezeiten wird wie folgt festgelegt (Nichtzutreffendes streichen):

Mo:	von	Uhr	bis	Uhr	und	von	Uhr	bis	Uhr
Di:	von	Uhr	bis	Uhr	und	von	Uhr	bis	Uhr
Mi:	von	Uhr	bis	Uhr	und	von	Uhr	bis	Uhr
Do:	von	Uhr	bis	Uhr	und	von	Uhr	bis	Uhr
Fr:	von	Uhr	bis	Uhr	und	von	Uhr	bis	Uhr
Sa:	von	Uhr	bis	Uhr	und	von	Uhr	bis	Uhr

Eine Änderung der regelmäßig festgelegten Arbeitszeiten ist zwischen den Parteien abzustimmen.

(2) Bei einer täglichen Arbeitszeit von mehr als sechs Stunden wird dem Arbeitnehmer eine Ruhepause von 30 Minuten gewährt. Beginn und Ende der täglichen Ruhepausen richten sich nach den betrieblichen Erfordernissen sowie der betrieblichen Übung (ggf.: der jeweils geltenden Betriebsvereinbarung). Sollte die tägliche Arbeitszeit ausnahmsweise mehr als neun Stunden betragen, wird eine Ruhepause von 45 Minuten gewährt. Nach Beendigung der täglichen Arbeitszeit muss der Arbeitnehmer eine ununterbrochene Ruhepause von mindestens elf Stunden haben.

§ 3

Vergütung

(1) Die Parteien sind sich darüber einig, dass es sich bei dem Arbeitsverhältnis um eine geringfügig entlohnte Beschäftigung i. S. d. § 8 SGB IV handelt und die hierzu jeweils geltenden gesetzlichen Grenzen zu beachten sind.

(2) Der Arbeitnehmer erhält eine Vergütung in Höhe von xx € brutto monatlich *(Info: Die Verdienstgrenze ist zum 01.10.2022 von bisher 450 € auf 520 € im Monat gestiegen)*. Die Vergütung ist jeweils am 5. Bankarbeitstag des folgenden Kalendermonats fällig und wird dem Arbeitnehmer unbar auf ein dem Arbeitgeber zu benennendes Girokonto überwiesen.

Alternativ: (2) Der Arbeitnehmer erhält eine Stundenvergütung in Höhe von xx € brutto. Die Vergütung ist jeweils am 5. Bankarbeitstag des folgenden Kalendermonats fällig und wird dem Arbeitnehmer unbar auf ein dem Arbeitgeber zu benennendes Girokonto überwiesen.

(3) Geleistete Überstunden werden dem Zeitguthaben im Arbeitszeitkonto gutgeschrieben.

(4) Die Gewährung von Sonderzuwendungen durch den Arbeitgeber (z. B. Weihnachtsgeld, Urlaubsgeld, 13. Monatsgehalt, Bonus etc.) erfolgt stets freiwillig und mit der Maßgabe, dass auch mit einer wiederholten – vorbehaltslosen – Zahlung kein Rechtsanspruch für die Zukunft begründet werden soll.

MUSTER

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

§ 4

Mitteilungspflicht

Der Arbeitnehmer ist verpflichtet, jede Änderung der steuerlichen bzw. versicherungsrechtlichen Verhältnisse, insbesondere die Aufnahme weiterer Beschäftigungen, dem Arbeitgeber unverzüglich mitzuteilen. Der Arbeitnehmer wird darauf hingewiesen, dass die Aufnahme weiterer Beschäftigungen oder deren Änderung zu einer umfassenden Sozialversicherungspflicht auch dieses Beschäftigungsverhältnisses führen kann. Verstößt der Arbeitnehmer gegen diese Mitteilungspflicht, so ist er verpflichtet, dem Arbeitgeber eventuelle Schäden zu ersetzen.

§ 5

Arbeitsverhinderung, Informationspflicht

(1) Der Arbeitnehmer hat jede Arbeitsverhinderung und ihre voraussichtliche Dauer unverzüglich (§ 121 BGB), spätestens jedoch vor Arbeitsbeginn, mitzuteilen (ggf. Modus, z. B. telefonisch, WhatsApp etc.).

(2) § 616 BGB gilt mit folgender Maßgabe: Für die eigene Hochzeit oder die Eintragung einer gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerschaft, für die Hochzeit bzw. Eintragung einer Lebenspartnerschaft naher Angehöriger sowie für die Teilnahme an Begräbnissen naher Angehöriger erhält der Arbeitnehmer einen Tag frei, ebenso für den Fall der Niederkunft der Ehefrau oder Lebenspartnerin sowie für einen Umzug. Andere Fälle einer persönlichen Arbeitsverhinderung, insbesondere bei einer Erkrankung des Kindes (§ 45 SGB V), führen in Abweichung von § 616 BGB nicht zur Aufrechterhaltung des Vergütungsanspruchs.

Alternativ: § 616 BGB wird abbedungen.

§ 6

Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit, Fortsetzungserkrankung

(1) Im Falle der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit ist der Arbeitnehmer, soweit er gesetzlich krankenversichert ist, verpflichtet, spätestens am ersten Arbeitstag ihres Bestehens, das Bestehen einer Arbeitsunfähigkeit sowie deren voraussichtliche Dauer ärztlich via elektronischer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung feststellen zu lassen. Im Übrigen gelten die Bestimmungen des Entgeltfortzahlungsgesetzes (EFZG) in Verbindung mit den diesbezüglichen sozialgesetzlichen Bestimmungen in der jeweils geltenden Fassung. Im Falle einer Erkrankung im Ausland gelten die Bestimmungen des Entgeltfortzahlungsgesetzes (EFZG) mit den dazu verpflichtend getroffenen Sonderregelungen.

(2) Die Entgeltfortzahlung während krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit erfolgt entsprechend den Regelungen des EFZG in der jeweils geltenden Fassung, d. h. bei nachgewiesener krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit derzeit längstens für sechs Wochen, keinesfalls jedoch über das Ende des Arbeitsvertrags hinaus.

MUSTER

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

(3) Erleidet der Arbeitnehmer einen von einem Dritten verursachten Schaden, der zur Arbeitsunfähigkeit führt, so werden die entsprechenden Schadensersatzansprüche bis zur Höhe der Lohnfortzahlung an den Arbeitgeber abgetreten. Der Arbeitnehmer ist verpflichtet, dem Arbeitgeber die zur Geltendmachung der abgetretenen Ansprüche erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

§ 7

Erholungsurlaub

Der Arbeitnehmer hat Anspruch auf einen gesetzlichen Mindesturlaub von derzeit 20 Arbeitstagen bei einer Beschäftigung an fünf Tagen pro Woche. Für diesen gilt das Bundesurlaubsgesetz.

Alternativ: Der Erholungsurlaub des Arbeitnehmers beträgt insgesamt xx Arbeitstage im Kalenderjahr, bezogen auf eine x-Tage-Woche. Über den gesetzlichen Mindesturlaub hinaus gewährter, freiwilliger Zusatzurlaub verfällt spätestens mit Ablauf des Kalenderjahres. Das gilt auch dann, wenn der Arbeitnehmer den Urlaub aus von ihm nicht zu vertretenden Gründen nicht nehmen kann, z. B. weil er bis zum Ablauf des Urlaubsjahres arbeitsunfähig erkrankt ist.

§ 8

Beendigung des Arbeitsverhältnisses

(1) Der Rücktritt vom Arbeitsvertrag oder seine Kündigung vor Aufnahme der Tätigkeit ist ausgeschlossen.

(2) Während der vereinbarten Probezeit kann das Arbeitsverhältnis beiderseits unter Einhaltung einer Frist von zwei Wochen gekündigt werden.

(3) Nach Ablauf der Probezeit bestimmen sich die Kündigungsfristen nach § 622 BGB. Das Arbeitsverhältnis kann mit einer Frist von vier Wochen zum 15. oder zum Ende eines Kalendermonats gekündigt werden, sofern sich nicht aus anderen Vorschriften eine längere Frist ergibt. Ggf. künftig eintretende Verlängerungen der gesetzlichen Kündigungsfrist (§ 622 Abs. 2 BGB) gelten für beide Parteien (Verlängerung Frist und/oder Beschränkung Kündigungstermine beiderseits möglich, Regelung darf nicht für Arbeitnehmer ungünstiger als für Arbeitgeber sein).

(4) Das Recht zur außerordentlichen Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt und richtet sich nach den gesetzlichen Vorschriften (§ 626 BGB). Eine außerordentliche Kündigung kann nur innerhalb von zwei Wochen ab Kenntniserlangung des wichtigen Grundes erfolgen.

(5) Eine außerordentliche Kündigung wie auch jede ordentliche Kündigung gelten hilfsweise stets als ordentliche Kündigung zum nächstmöglichen Termin, wenn sich nicht aus der Kündigungserklärung selbst ausdrücklich etwas anderes ergibt.

(6) Eine Kündigung bedarf zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform. Für die Einhaltung der Fristen ist der Zugang der schriftlichen Kündigungserklärung bei dem anderen Teil maßgeblich.

(7) Der Arbeitgeber ist berechtigt, den Arbeitnehmer während der Kündigungsfrist unwiderruflich unter Anrechnung eines ggf. bestehenden Resturlaubsanspruchs von der Arbeit freizustellen.

MUSTER

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

(8) Das Arbeitsverhältnis endet ohne Kündigung spätestens mit Ablauf des Monats, in dem der Arbeitnehmer nach den Vorschriften über die gesetzliche Rentenversicherung in der jeweils gültigen Fassung das für sie maßgebliche gesetzliche Renteneintrittsalter vollendet hat.

(9) Bei einer Kündigung durch den Arbeitgeber beträgt die Frist zur Erhebung einer Kündigungsschutzklage drei Wochen nach Zugang der schriftlichen Kündigung, vgl. § 4 S. 1 Kündigungsschutzgesetz (§ 4 KSchG). Nach Ablauf der Klagefrist ist die Kündigung als rechtswirksam anzusehen (vgl. § 7 KSchG). Dies gilt auch bei einem nicht ordnungsgemäßen Nachweis der Frist zur Erhebung einer Kündigungsschutzklage.

§ 9

Verschwiegenheitspflicht/Rückgabe von Unterlagen

(1) Der Arbeitnehmer hat über alle geschäftlichen und betrieblichen Angelegenheiten des Arbeitgebers sowohl gegenüber Außenstehenden als auch gegenüber anderen Arbeitnehmern, die nicht mit dem betreffenden Sachgebiet unmittelbar befasst sind, Stillschweigen zu bewahren, soweit diese nicht allgemein bekannt sind. Die Weitergabe von Unterlagen, gleich, ob auszugsweise oder vollständig, im Original, in Kopie oder auf Datenträgern, ist dem Arbeitnehmer untersagt. Diese Verschwiegenheitsverpflichtung bezieht sich auch auf Angelegenheiten von Kunden, Lieferanten und anderen Geschäftspartnern des Arbeitgebers. Die vorstehenden Verpflichtungen gelten auch nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses unbefristet fort.

(2) Dem Arbeitnehmer ist untersagt, personenbezogene Daten unbefugt zu erheben, zu verarbeiten oder zu nutzen (Datengeheimnis). Das Datengeheimnis besteht auch nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses unbefristet fort.

(3) Unterlagen, die der Arbeitnehmer im Rahmen seiner Tätigkeit erhält oder erarbeitet, sind alleiniges Eigentum des Arbeitgebers. Sie dürfen nur für Zwecke dieses Arbeitsverhältnisses verwendet werden. Dem Arbeitnehmer ist es auch untersagt, Kopien zu fertigen oder Sicherungskopien auf eigenen Datenträgern vorzunehmen.

(4) Nach Aufforderung durch den Arbeitgeber, spätestens jedoch mit Beendigung des Arbeitsverhältnisses, hat der Arbeitnehmer dem Arbeitgeber sämtliche den Arbeitgeber betreffende Unterlagen (z. B. Protokolle, Berichte, sonstige Korrespondenz, Angebote oder Aufträge, Notizen), sämtliche Datenträger und Daten sowie alle dem Arbeitnehmer dienstlich überlassenen Gegenstände unverzüglich zurückzugeben. Ein Zurückbehaltungsrecht besteht nicht. Die Rückgabe hat am Sitz des Arbeitgebers zu erfolgen.

(5) Verstößt der Arbeitnehmer gegen seine Verschwiegenheitspflicht gemäß § 9, hat er für jeden Fall der Zuwiderhandlung eine Vertragsstrafe in Höhe einer Bruttomonatsvergütung gemäß § 3 Abs. 2 zu zahlen. Bei Dauerverstößen wird die Vertragsstrafe für jeden angefangenen Monat fällig, insgesamt ist sie jedoch auf ein Bruttojahresgehalt begrenzt. Die Verwirkung der Vertragsstrafe ist ausgeschlossen, soweit beim Arbeitnehmer kein Verschulden vorliegt.

(6) Die Geltendmachung eines weitergehenden Schadens bleibt dem Arbeitgeber vorbehalten. Ein Verstoß gegen die vertraglich vereinbarte Verschwiegenheitspflicht kann zudem zur außerordentlichen Kündigung des Arbeitsverhältnisses führen.

MUSTER

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

§ 10

Ausschlussfristen

(1) Alle beiderseitigen Ansprüche aus dem Arbeitsverhältnis verfallen, wenn sie nicht innerhalb von drei Monaten nach Fälligkeit gegenüber der anderen Vertragspartei schriftlich geltend gemacht werden.

(2) Lehnt die Gegenpartei den Anspruch ab oder erklärt sie sich nicht innerhalb von drei Wochen nach der Geltendmachung des Anspruches, so verfällt dieser, wenn er nicht innerhalb von drei Monaten nach der Ablehnung oder dem Fristablauf gerichtlich geltend gemacht wird.

(3) Abs. 1 und 2 gelten auch für solche Ansprüche, die mit dem Arbeitsverhältnis in Zusammenhang stehen.

(4) Abs. 1 bis 3 gelten nicht bei einer Haftung wegen Vorsatzes oder arglistiger Täuschung oder für Ansprüche, auf die eine Partei nicht wirksam verzichten kann.

§ 11

Personaldatenstammblatt, Befreiung von der Rentenversicherungspflicht

(1) Das beigefügte Personaldatenstammblatt für geringfügig entlohnte Beschäftigte ist Bestandteil dieses Vertrages.

(2) Der Arbeitnehmer unterliegt im vorliegenden geringfügigen Beschäftigungsverhältnis der gesetzlichen Rentenversicherungspflicht. Er kann sich bei Vorliegen der Voraussetzungen nach § 6 Abs. 1b SGB VI durch gesonderten Antrag (Anlage zum Stammdatenblatt) von der Rentenversicherungspflicht befreien lassen. Er hat ein Merkblatt der Knappschaft Bahn-See über die Folgen der Befreiung von der Rentenversicherungspflicht erhalten. Der Antrag kann bei mehreren geringfügigen Beschäftigungen nur einheitlich gestellt werden und ist für die Dauer der Beschäftigungen bindend.

(3) Soweit in diesem Vertrag und dem beigefügten Personaldatenstammblatt keine anderen Abmachungen getroffen werden, gelten die gesetzlichen Bestimmungen.

§ 12

Öffnungsklausel

Auf das Arbeitsverhältnis finden nachfolgend aufgelistete Tarifverträge sowie Betriebs- und Dienstvereinbarungen Anwendung:

.....

Einzelne Rechte und Pflichten aus dem Arbeitsverhältnis können auch nach Abschluss dieses Arbeitsvertrags durch eine Betriebsvereinbarung geändert werden. Vom Zeitpunkt der Änderung an gelten ausschließlich die jeweiligen Regelungen der Betriebsvereinbarung. Dies gilt auch dann, wenn die Regelungen in der Betriebsvereinbarung für den Arbeitnehmer ungünstiger sind.

MUSTER

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

§ 13

Ärztliche Untersuchung und Arbeitsfähigkeit

Die Einstellung erfolgt unter der Voraussetzung gesundheitlicher Eignung für die vorgesehene Aufgabe. Der Arbeitnehmer erklärt sich bereit, sich von einem ermächtigten Arzt arbeitsmedizinisch nach den Grundsätzen G 42 (Tätigkeit mit Infektionsgefährdung) und G 24 (Hauterkrankungen) vor Arbeitsantritt untersuchen zu lassen und auch die regelmäßigen Nachuntersuchungen durchführen zu lassen.

§ 14

Fortbildungen

Ein Anspruch auf vom Arbeitgeber bereitgestellte Fortbildungen besteht nicht.

§ 15

Betriebliche Altersversorgung

Die betriebliche Altersversorgung wird durchgeführt von

……

Alternativ: Es besteht kein Anspruch auf eine betriebliche Altersversorgung. Auf die gesetzliche Möglichkeit der Entgeltumwandlung wird hingewiesen.

§ 16

E-Mail-Account/Internetzugang

(1) Die Nutzung des betrieblichen Internet- und Telefonanschlusses sowie die Versendung von E-Mails sind ausschließlich zu dienstlichen Zwecken gestattet.

(2) Der Arbeitgeber ist berechtigt, jede Nutzung von E-Mail und Internet unter Beachtung der Bestimmungen des Datenschutzrechts zu speichern.

§ 17

Erstellen und Bereithalten von Dokumenten

(1) Der Arbeitgeber ist gemäß § 17 Abs. 1 Mindestlohngesetz (MiLoG) verpflichtet, Beginn, Ende und Dauer der täglichen Arbeitszeit spätestens bis zum Ablauf des siebten auf den Tag der Arbeitsleistung folgenden Kalendertages aufzuzeichnen und diese Aufzeichnung mindestens zwei Jahre beginnend ab dem für die Aufzeichnung maßgeblichen Zeitpunkt aufzubewahren.

MUSTER

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

(2) Der Arbeitgeber ist verpflichtet, die für den Nachweis der Zahlung des Mindestlohns erforderlichen Dokumente während der Dauer der tatsächlichen Beschäftigung des Arbeitnehmers, insgesamt aber nicht länger als zwei Jahre, bereitzuhalten.

§ 18

Datenschutz

Der Arbeitnehmer stimmt der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung seiner personenbezogenen Daten zum Zwecke der Durchführung des Arbeitsvertrags zu (§ 26 BDSG). Der Arbeitgeber verpflichtet sich zur Einhaltung sämtlicher Datenschutzvorschriften des Bundes und der Länder sowie der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO).

§ 19

Schlussbestimmungen

(1) Ergänzungen und Änderungen dieses Arbeitsvertrages einschließlich der Aufhebung dieses Schriftformerfordernisses bedürfen der Schriftform, es sei denn, sie beruhen auf einer ausdrücklichen oder individuellen Vertragsabrede. Eine betriebliche Übung ist keine solche ausdrückliche bzw. individuelle Vertragsabrede. Auch wiederholte Leistungen oder Vergünstigungen ohne ausdrückliche oder individuelle Vertragsabrede begründen keinen Anspruch für die Zukunft.

(2) Sollte eine Bestimmung dieses Vertrages und/oder seiner Änderungen bzw. Ergänzungen unwirksam sein, so wird dadurch die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen nicht berührt. Die unwirksame Bestimmung wird durch eine wirksame ersetzt, die dem wirtschaftlich Gewollten am nächsten kommt.

MUSTER

_____	_____
(Ort, Datum)	(Ort, Datum)
_____	_____
(Unterschrift Arbeitgeber)	(Unterschrift Arbeitnehmer)

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

7.4.11.8. Fortbildungsklauseln in Arbeitsverträgen

Fortbildungsklauseln
Regelmäßig wird der (zahnärztliche) Arbeitgeber ein Interesse daran haben, dass seine Beschäftigten auf dem »Stand der Zeit« arbeiten und demgemäß fachbezogenen Fort- und Weiterbildungen seiner Mitarbeiter positiv gegenüberstehen.

Sofern der Arbeitgeber die Finanzierung einer entsprechenden – oft kostenintensiven – Weiterbildungsmaßnahme eines Mitarbeiters übernimmt (z. B. die Fortbildung zur Zahnmedizinischen Prophylaxeassistentin [ZMP], Zahnmedizinischen Verwaltungsassistentin [ZMV] oder Zahnmedizinischen Fachassistentin [ZMF]), wird es für ihn von besonderer Bedeutung sein, sicherzustellen, dass ihm dieser Mitarbeiter in der Folge auch erhalten bleibt und die neu erworbenen Kenntnisse in den Dienst der Praxis stellt – und nicht nach erfolgreichem Abschluss der Fortbildung zu einem anderen Arbeitgeber abwandert.

Eine – jedenfalls mittelbare temporäre – »Mitarbeiterbindung« kann der Arbeitgeber durch die Vereinbarung eines **Fortbildungsvertrages mit Rückzahlungsklausel** erreichen, die bei einem vorzeitigen Ausscheiden des Mitarbeiters die zumindest teilweise Rückerstattung der Fortbildungskosten durch den Mitarbeiter gewährleistet.

Solche **Rückzahlungsklauseln** sind grundsätzlich zulässig, erforderlich ist jedoch stets deren explizite Vereinbarung vor (!) Beginn der Ausbildungsmaßnahme.

Rückzahlungsklauseln in vorformulierten Arbeitsverträgen gelten dabei als Allgemeine Geschäftsbedingungen (AGB) und unterliegen damit der Inhaltskontrolle gem. §§ 305ff. BGB.

Die vertraglich vereinbarte Rückzahlung von Fortbildungskosten muss daher unter Abwägung aller Umstände des Einzelfalls **angemessen** sein, d. h., die Rückzahlungsverpflichtung muss einerseits dem billigenswerten Interesse des Arbeitgebers entsprechen, als Ausgleich für seine finanziellen Aufwendungen von seinem die Praxis vorzeitig verlassenden Arbeitnehmer die Kosten der Aus-/Weiterbildung ganz oder zeitanteilig zurückzuverlangen. Andererseits ist dagegen das Interesse des Arbeitnehmers, seinen Arbeitsplatz ohne Belastung mit Kosten (zukünftig) frei wählen zu können, abzuwägen.

Diese Abwägung hat sich in erster Linie daran zu orientieren, ob der Arbeitnehmer mit der arbeitgeberfinanzierten Aus-/Fortbildung einen **geldwerten Vorteil** erlangt hat, die Bildungsmaßnahme also den Marktwert seiner Arbeitskraft erhöht hat (BAG vom 16. 03. 1994 – 5 AZR 339/92).

Davon ist immer dann auszugehen, wenn der Arbeitnehmer durch die Weiterbildung eine Qualifikation erhält, die ihm auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt oder bei seinem bisherigen Arbeitgeber berufliche Möglichkeiten eröffnet, die ihm bislang verschlossen waren (LAG Sachsen-Anhalt vom 06.09.2007 – 10 Sa 142/07).

Gleiches gilt für den Fall, dass der Mitarbeiter bei seinem bisherigen Arbeitgeber die Voraussetzungen einer höheren Vergütung erfüllt.

Demgegenüber entfällt die Möglichkeit einer Kostenbeteiligung des Arbeitnehmers regelmäßig dann, wenn die Bildungsmaßnahme lediglich von innerbetrieblichem Nutzen ist (z. B. bei kurzen betriebsbezogenen Weiterbildungen/Einweisungen/Einarbeitungen) oder nur der Auffrischung vorhandener Kenntnisse oder deren Anpassung an vom Arbeitgeber geschaffene neuere betriebliche Gegebenheiten (z. B. bei Verwendung einer neuen Abrechnungssoftware) dient (BAG vom 05. 12. 2002 – 6 AZR 539/01).

Bei der Abfassung eines Fortbildungsvertrages mit Rückzahlungsklausel ist stets darauf zu achten, dass die Berufswahlfreiheit des Arbeitnehmers gem. Art. 12 Abs. 1 GG nicht durch die Vereinbarung einer über langen **Bindungsdauer** übermäßig beeinträchtigt wird, was die Unwirksamkeit der Fortbildungsklausel zur Folge hätte.

Hinsichtlich der zulässigen Bindungsdauer liegt mittlerweile eine gefestigte Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichts (BAG) vor.

Folgende Bindungsfristen wurden vom BAG als zulässig erachtet (jeweils bezogen auf eine Fortbildung bei Freistellung unter Lohnfortzahlung ohne Urlaubsanrechnung):

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2020

Fortbildungsdauer	zulässige Bindungsdauer nach Abschluss der Bildungsmaßnahme	Gericht/Urteil
bis zu 1 Monat	max. 6 Monate	BAG vom 05.12.2002, 6 AZR 539/01; LAG Hamm vom 16.03.2004,19 Sa 2056/03
bis zu 2 Monate	max. 12 Monate	BAG vom 15.12.1993, 5 AZR 279/93
bis zu 4 Monate	max. 24 Monate	BAG vom 06.09.1995, 5 AZR 241/94
6 Monate bis 1 Jahr	max. 36 Monate	BAG vom 23.02.1983, 5 AZR 531/80
6 Monate bis 1 Jahr	max. 60 Monate	BAG vom 12.12.1979, BB 1980, S. 1704 BAG vom 19.06.1974, 5 AZR 299/73

Zwar nimmt das BAG für den Fall der Vereinbarung unangemessener Bindungsfristen bei nicht der AGB-Kontrolle unterliegenden Individualvereinbarungen eine Korrektur auf das zumutbare Maß vor. Im Rahmen vorformulierter Vertragsbedingungen ist dies jedoch nicht möglich – mit der Folge, dass eine zu weit gehende Rückzahlungsklausel keinerlei Rechtswirkungen entfaltet. Der Arbeitgeber sollte sich daher an den vom BAG aufgestellten Kriterien orientieren!

Für den Fall, dass der Arbeitnehmer vor Ablauf der vereinbarten Bindungsfrist (zur zulässigen Bindungsdauer siehe die Tabelle oben) die Praxis doch verlässt, wird üblicherweise im Rahmen der Rückzahlungsklausel eine **zeitanteilige Rückerstattung** der für die Fortbildung übernommenen Kosten vereinbart.

Dabei hat sich eine monatliche Reduzierung der Rückzahlungsverpflichtung in Relation zur Laufzeit der Vereinbarung etabliert: Bei einer Bindungsdauer von z. B. 36 Monaten (3 Jahre) mindert sich der Rückzahlungsbetrag für jeden vollen Monat der weiteren Praxiszugehörigkeit nach Abschluss der Fortbildung um 1/36 der Gesamtkosten.

Entsprechend ergibt sich:

bei einer Bindungsdauer von	**eine Reduzierung um monatlich**
6 Monaten	1/6
12 Monaten	1/12
24 Monaten	1/24
36 Monaten	1/36
60 Monaten	1/60

Beachtet werden muss, dass sich eine Rückzahlungsverpflichtung immer nur dann ergeben kann, wenn der Mitarbeiter die Beendigung des Arbeitsverhältnisses selbst veranlasst hat. Hierzu gehört neben der Eigenkündigung durch den Arbeitnehmer selbst auch der Fall der wirksamen personen- oder verhaltensbedingten Arbeitgeberkündigung; ebenso die fristlose Kündigung durch den Arbeitgeber. Wünscht der Arbeitnehmer den Abschluss eines Aufhebungsvertrages, tritt die Rückzahlungsverpflichtung ebenfalls ein.

Eine betriebsbedingte Kündigung oder andere rein arbeitgeberseitig veranlasste Beendigungsgründe lösen die Rückzahlungsverpflichtung demgegenüber nicht aus (BAG vom 06.05.1988, BB 1998, S. 2476; LAG Bremen, DB 1994, S. 2630)!

Ausgeschlossen sind Rückzahlungsklauseln bei Berufsausbildungsverhältnissen nach dem Berufsbildungsgesetz (BBiG), so dass sich ihre Verwendung gegenüber Auszubildenden verbietet.

Zu den dem Arbeitgeber zu ersetzenden **Aufwendungen** gehören die für die Zeit der Freistellung gewährten Lohnfortzahlungen, die Ausbildungs-/Unterrichtskosten inkl. Sachmittel und Gebühren, Fahrt- und Unterbringungskosten, Zuschüsse zu freiwilligen Zusatzversicherungen sowie Gratifikationen (nicht jedoch die Arbeitgeberbeiträge zur Sozialversicherung; vgl. BAG NZA 1997, S. 1002).

Zur Vermeidung von Streitigkeiten empfiehlt es sich, die einzelnen Kostenpositionen detailliert in die Vereinbarung aufzunehmen.

Der **Höhe** nach begrenzt werden die Rückzahlungsklauseln dabei durch den Betrag, den der Arbeitgeber selbst aufgewendet hat. Sofern die Kosten der Aus- oder Weiterbildung tatsächlich höher liegen als die in der Rückzahlungsvereinbarung genannte Summe, hat der Arbeitnehmer allerdings höchstens den in der Vereinbarung festgelegten Betrag zu erstatten.

RA Michael Lennartz

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2020

7.4.11.9. Aufhebungsvertrag für Mitarbeiter

AUFHEBUNGSVERTRAG*

Zwischen

_____

(im Folgenden: **Arbeitgeber**)

und

_____

(im Folgenden: **Arbeitnehmerin**)

(im Folgenden gemeinsam: **die Parteien**)

wird Folgendes vereinbart:

§ 1 Aufhebung/Gegenstandslosigkeit der Kündigung

Beginn des Arbeitsverhältnisses, Art der Tätigkeit

(1) Das zwischen den Parteien bestehende Arbeitsverhältnis wird im gegenseitigen Einvernehmen mit Wirkung zum XX.XX.20XX (im Folgenden: **Auflösungstag**) beendet. (*optional, falls diese im Raum steht:* Die Parteien sind sich einig, dass die Kündigung vom XX.XX.20XX mit der Unterzeichnung dieses Vertrags keine Wirkung mehr entfaltet.)

(2) Die Arbeitnehmerin verpflichtet sich ausdrücklich, sämtliche eventuell noch in ihrem Besitz befindlichen Geschäfts- und Arbeitsunterlagen sowie ihr anvertraute Arbeitsmittel und Schlüssel zu den Praxisräumen in geordnetem Zustand spätestens am Auflösungstag vollständig herauszugeben. (*optional, falls der Arbeitnehmer extrem streitbar ist:* über die Vollständigkeit der zurückgegebenen Gegenstände wird ein Protokoll erstellt.)

§ 2 Freistellung

Die Arbeitnehmerin wird für die Zeit von der Unterzeichnung dieses Vertrags bis zum Auflösungstag unwiderruflich von der Pflicht zur Arbeit freigestellt.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

§ 3 Zeugnis

Der Arbeitgeber wird der Arbeitnehmerin auf Verlangen ein im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der Vorgaben der Rechtsprechung der Arbeitsgerichtsbarkeit gehaltenes, wohlwollendes, qualifiziertes Zeugnis, datiert auf den Auflösungstag, ausstellen.

§ 4 Abgeltungsklausel

Mit den Regelungen dieses Vertrags sind sämtliche etwaigen vergangenen, gegenwärtigen und zukünftigen, materiellen und immateriellen wechselseitigen Ansprüche der Parteien gegeneinander und etwaige weitere Gesamtschuldner im Zusammenhang mit dem und aus dem Arbeitsvertrag zwischen den Parteien endgültig erledigt, seien sie bekannt oder unbekannt, seien sie bisher geltend gemacht oder nicht, seien sie erwartet oder unerwartet, seien sie vorhersehbar oder unvorhersehbar, seien sie in die Erwägungen zum Abschluss dieses Vertrags eingeflossen oder nicht. Die Parteien sind sich insbesondere darüber einig, dass der der Arbeitnehmerin zustehende Urlaub in Natur gewährt wurde.

§ 5 Verschwiegenheit

Die Parteien verpflichten sich, über diesen Aufhebungsvertrag und die diesem Aufhebungsvertrag zugrundeliegenden Tatsachen sowie alle damit unmittelbar oder mittelbar zusammenhängenden Tatsachen gegenüber Dritten absolutes Stillschweigen zu bewahren. Ausgenommen hiervon sind Behörden, denen gegenüber die Parteien oder eine der Parteien zur Auskunft gesetzlich verpflichtet sind.

§ 6 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrags ganz oder teilweise unwirksam sein oder werden, so wird die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen hiervon nicht berührt. Bei Unwirksamkeit einer Bestimmung oder bei Vorliegen einer Lücke tritt an die Stelle der unwirksamen oder fehlenden Bestimmung eine von dem Arbeitgeber nach billigem Ermessen formulierte, rechtswirksame Bestimmung, deren Billigkeit zur Überprüfung durch das nach den gesetzlichen Vorschriften zuständige Gericht gestellt werden kann (§ 315 BGB analog).

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

§ 7 Schriftform

Dieser Vertrag gibt sämtliche Vereinbarungen der Parteien über die Auflösung und im Zusammenhang mit der Auflösung des Arbeitsvertrags wieder. Ergänzungen dieser Vereinbarung bedürfen der Schriftform. Das gilt auch für die Erleichterung oder Abbedingung der Schriftform selbst.

_____ , den _____

_____ _____

Arbeitgeber Arbeitnehmerin

** HINWEIS ZUM MUSTER*

Bei dem vorstehenden Textvorschlag handelt es sich um ein unverbindliches MUSTER. Das Muster erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern gibt lediglich unverbindliche Anhaltspunkte für eine mögliche Vertragsgestaltung. Das MUSTER muss deshalb individuell überprüft und den Praxisverhältnissen im Einzelfall angepasst werden. Es ersetzt keinesfalls eine Beratung durch einen Rechtsanwalt oder Steuerberater. Für die Verwendung oder Nutzung des MUSTERs haftet die jeweilige Anwenderin bzw. der jeweilige Anwender.

RA Michael Lennartz
www.lennmed.de

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

7.4.11.10. Digitale Arbeitsverträge – Erleichterungen bei der Schriftform

Die Digitalisierung erleichtert viele Abläufe im Praxisalltag, wie zum Beispiel die Möglichkeit der Online-Terminbuchung oder das Abrufen digitaler Patientenakten. Auch Arbeitsverträge können mittlerweile digital unterzeichnet werden, was Zeit und Aufwand spart. Dabei gibt es einiges zu beachten, zum Beispiel welche Voraussetzungen bei der Übermittlung des Vertrages erfüllt sein müssen und in welchen Fällen der Abschluss oder die Kündigung eines Arbeitsvertrages in elektronischer Form gesetzlich ausgeschlossen ist.

Bürokratieentlastungsgesetz

Mit dem am 01. 01. 2025 in Kraft getretenen sogenannten Bürokratieentlastungsgesetz IV (BEG IV) wurden einige wichtige arbeitsrechtliche Änderungen eingeführt.

Das BEG IV bringt für Arbeitgeber Erleichterungen mit sich. Insbesondere die Einführung der Textform als Alternative zur bisher verbreitet vorgeschriebenen Schriftform stellt eine zentrale Änderung durch das BEG IV dar.

In vielen arbeitsrechtlichen Regelungen war bisher die Schriftform vorgeschrieben. Seit dem 01.01.2025 wird in einigen Bereichen diese Schriftform durch die Textform ersetzt. Damit ist eine eigenhändige Unterschrift teilweise nicht mehr erforderlich. Es genügt, dass dem Dokument entnommen werden kann, wer die Erklärung abgeben möchte.

Bei der Textform muss die Erklärung so lesbar sein, als wenn sie auf Papier abgegeben worden wäre. Sie darf nach dem Absenden nicht sofort wieder »verschwinden«, sondern muss durch die Empfangenden aufbewahrt oder gespeichert werden können. Die oder der Empfangende muss zudem in der Lage sein, die Erklärung unverändert wiederzugeben. Diese Bedingungen erfüllen unter anderem E-Mails.

Arbeitsbedingungen in Textform
Die im sogenannten Nachweisgesetz festgelegten wesentlichen Arbeitsbedingungen können künftig in Textform abgefasst und auf elektronischem Wege an den Arbeitnehmer übermittelt werden. Voraussetzung dafür ist allerdings, dass das Dokument für den Arbeitnehmer zugänglich ist sowie gespeichert und ausgedruckt werden kann. Zudem muss der Arbeitgeber den Arbeitnehmer zur Empfangsbestätigung auffordern. Die Option, Arbeitsbedingungen weiterhin in Schriftform zu verlangen, bleibt jedoch erhalten.

Arbeitsverträge und Änderungsverträge in Textform
Arbeitsverträge sowie Änderungen von Arbeitsbedingungen können nunmehr auch in Textform abgeschlossen oder übermittelt werden. Ein schriftlicher Nachweis ist nicht erforderlich, wenn die vertraglichen Inhalte bereits in Textform vorliegen. Für Arbeitnehmer besteht jedoch weiterhin die Möglichkeit, die Ausstellung eines schriftlichen Nachweises zu verlangen. Das Schriftformerfordernis bleibt im Sinne des § 14 Abs. 4 TzBfG für befristete Arbeitsverhältnisse bestehen.

Praxistipp: Versendet der Arbeitgeber die wesentlichen Arbeitsbedingungen bzw. den Arbeitsvertrag, der diese Angaben enthält, beispielsweise per E-Mail an den Arbeitnehmer, muss der Arbeitgeber die E-Mail mit der Empfangsbestätigungsfunktion ausstatten.

Arbeitszeugnisse in elektronischer Form
Zudem ist es zukünftig möglich, dass Arbeitgeber Arbeitszeugnisse in elektronischer Form ausstellen können, sofern das Zeugnis mit einer qualifizierten elektronischen Signatur versehen wird. Praktisch könnte die klassische schriftliche Ausstellung jedoch weiterhin vorherrschen, da die Anforderungen an elektronische Signaturen zeit- und kostenintensiv sein können.

Anträge auf Elternzeit und Teilzeit in Textform
Arbeitnehmer können Anträge auf Elternzeit oder Teilzeit seit dem 01.01.2025 in Textform stellen. Arbeitgebern ist es ebenfalls möglich, auf solche Anträge ebenfalls in Textform zu reagieren und eine mögliche Ablehnung auf diesem Weg zu begründen.

Aushangpflichten: auch digital statt physisch
Informationen, die bisher physisch im Unternehmen ausgehängt werden mussten, können jetzt elektronisch bereitgestellt werden. Voraussetzung dafür ist, dass alle Beschäftigten ungehinderten Zugang zu den Informationen haben, etwa über ein firmeneigenes Intranet.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2025

Neu ist, dass Arbeitgeber ihren Beschäftigten eine Kopie des Arbeitszeitgesetzes, der geltenden Tarifverträge, Betriebs- oder Dienstvereinbarungen sowie relevanter Rechtsverordnungen bereitstellen müssen. Neu ist, dass dies nicht mehr zwingend durch Aushang erfolgen muss. Diese Regelung gilt auch für das Jugendarbeitsschutzgesetz, wonach Arbeitgeber beispielsweise die Anschrift der Aufsichtsbehörde oder die Arbeitszeiten und Pausen von Jugendlichen elektronisch bereitstellen dürfen.

Weitere Ausnahmen eines digitalen Vertragsschlusses

Bereich des Schwarzarbeitsbekämpfungsgesetzes
In bestimmten Bereichen ist es jedoch weiterhin nicht vorgesehen, Verträge digital abzuschließen. Die neuen Regeln finden keine Anwendung auf Arbeitnehmer, die in einem Wirtschaftsbereich oder Wirtschaftszweig nach § 2a Abs. 1 des Schwarzarbeitsbekämpfungsgesetzes, beispielsweise dem Bau- oder Gaststättengewerbe, tätig sind. Dazu gehören Arztpraxen nicht.

Praktika
Auch wer einen Praktikanten einstellt, hat unverzüglich nach Abschluss des Praktikumsvertrages, spätestens vor Aufnahme der Praktikantentätigkeit, die wesentlichen Vertragsbedingungen schriftlich niederzulegen, die Niederschrift zu unterzeichnen und dem Praktikanten auszuhändigen. Diese muss nur noch dann in Papierform erfolgen, wenn das Praktikum nicht unter den Mindestlohn fällt.

Befristete Arbeitsverträge
Wenn ein Arbeitsvertrag auf befristete Zeit abgeschlossen werden soll, muss die Schriftform gewahrt werden, ein solcher darf also ebenfalls nicht digital übermittelt werden. Nur wenn der Inhalt des Vertrages eine Altersbefristung ist, also wenn der Arbeitnehmer mit Erreichen der Regelaltersgrenze seine Regelaltersrente beziehen kann, ist die digitale Form ausnahmsweise erlaubt.

Kündigung und Aufhebungsvertrag
Auch wenn das Arbeitsverhältnis durch Kündigung oder einen Aufhebungsvertrag beendet wird, bleibt die Schriftform gesetzlich vorgeschrieben.

Qualifizierte elektronische Signatur
Wenn die gesetzlich vorgeschriebene Schriftform trotzdem ersetzt werden soll, muss es sich um eine qualifizierte elektronische Signatur im Sinne des § 126a BGB handeln. Dies ist eine fortgeschrittene elektronische Signatur, die von einer qualifizierten elektronischen Signaturerstellungseinheit erstellt wurde und auf einem qualifizierten Zertifikat für elektronische Signaturen beruht. Eine nachträgliche Änderung des Inhalts oder eine Übertragung der Signatur auf ein anderes Dokument ist technisch ausgeschlossen beziehungsweise sofort erkennbar. Damit erfüllt die qualifizierte elektronische Signatur die höchsten Sicherheitsanforderungen und ist rechtlich einer handschriftlichen Unterschrift gleichgestellt.

RA Michael Lennartz
www.lennmed.de

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2025

7.5. Haftung des Arbeitgebers

Der Arbeitgeber hat die Lohnsteuer und die Sozialversicherungsbeiträge des Arbeitnehmers einzubehalten und, zusammen mit seinen eigenen geschuldeten Sozialversicherungsbeiträgen, an das Finanzamt und die Krankenkassen abzuführen.

Er haftet für die **Lohnsteuer seiner Arbeitnehmer**. Hier besteht ein Rückgriffsrecht auf den Arbeitnehmer.

Er haftet für die **Sozialversicherungsbeiträge seiner Arbeitnehmer**. Das Rückgriffsrecht auf den Arbeitnehmer für dessen Beiträge ist wirtschaftlich fast unbedeutend.

Es gibt **typische Risiken bei der Beschäftigung der Arbeitnehmer**, die Haftungsfallen in der Lohnsteuer und Sozialversicherung begründen. Das Haftungsrisiko kann durch Beachtung einiger **Maßnahmen** vermindert werden.

Haftung für Lohnsteuer der Arbeitnehmer

Die Lohnsteuerhaftung des Arbeitgebers nach § 42 d EStG ist der wohl für die Praxis bedeutsamste Fall einer Haftung nach dem EStG. Hiernach haftet der Arbeitgeber für die Lohnsteuer, die er treuhänderisch für einen Dritten, nämlich den Arbeitnehmer, einzubehalten und abzuführen hat. Verstößt er gegen diese Pflichten, haftet er für die abzuführende Steuer.

Nach § 42 d Abs. 1 EStG betrifft die Haftung die folgenden Fälle:

- Haftung für laufend einzubehaltende und abzuführende Lohnsteuer
- Haftung für die Lohnsteuer, die beim Lohnsteuer-Jahresausgleich zu Unrecht erstattet wird
- Haftung für die Lohnsteuer, die aufgrund fehlerhafter Angaben im Lohnkonto oder in der Lohnsteuerbescheinigung verkürzt wird

Es besteht ein zeitlich unbegrenztes Rückgriffsrecht auf den Arbeitnehmer für die zu wenig einbehaltene Lohnsteuer.

Haftung für nicht abgeführte Sozialversicherungsbeiträge

Der Arbeitgeber ist Beitragsschuldner der Sozialversicherungsbeiträge kraft Gesetzes. Er haftet gegenüber der Sozialversicherung für den im Rahmen einer Beschäftigung zu zahlenden Gesamtsozialversicherungsbeitrag. Diese Haftung gilt selbst dann, wenn ausschließlich vom Arbeitnehmer zu tragende Beiträge gefordert werden. Durch die grundsätzliche Arbeitgeberhaftung erfolgt – auch bei offenen Arbeitnehmerbeitragsanteilen – kein Zugriff der Sozialversicherung auf den Arbeitnehmer.

Kein Rückgriffsrecht beim Arbeitnehmer für dessen Sozialversicherungsbeiträge

Der Arbeitgeber darf nur zeitlich begrenzt auf das Entgelt des Arbeitnehmers in Höhe des von ihm zu tragenden Beitragsanteils am Gesamtsozialversicherungsbeitrag zugreifen. Unterbleibt der Abzug, z. B. aufgrund eines Rechtsirrtums, darf er grundsätzlich **nur bei den drei nächsten Entgeltzahlungen** nachgeholt werden. Hat der Arbeitgeber diesen Zeitpunkt versäumt, muss er auch die auf den Arbeitnehmer entfallenden Beitragsanteile selbst tragen.

Ein Rückgriffsrecht gegenüber dem Arbeitnehmer steht dem Arbeitgeber auch nach bürgerlichem Recht nicht zu. Gleiches gilt, wenn das Beschäftigungsverhältnis beendet ist oder Entgeltzahlungen nicht mehr anfallen.

Ausnahmen vom Verbot des Rückgriffsrechts

Das Abzugsrecht kann ausgedehnt werden, wenn der Abzug ohne Verschulden des Arbeitgebers unterblieben ist. Dies ist beispielsweise dann der Fall, wenn er eine unzutreffende Auskunft vom Versicherungsträger erhalten hat.

Ein Zugriff auf das Entgelt des Arbeitnehmers ist auch dann ohne zeitliche Begrenzung möglich, wenn der Arbeitnehmer den Beitrag allein trägt (z. B. bei freiwilligen Krankenversicherungsbeiträgen), nur Sachbezüge erhält oder seinen Auskunftspflichten gegenüber

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 02/2017

dem Arbeitgeber vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht nachgekommen ist.

Typische Risiken bei der Beschäftigung der Arbeitnehmer,

… die Haftungsfallen in der Lohnsteuer und Sozialversicherung auslösen, sind:

- **Arbeitnehmer verschweigt 2. Minijob**
  Bei Überschreiten der Minijob-Grenze von 450,– € oder bei Bestehen einer sozialversicherungspflichtigen Hauptbeschäftigung besteht für alle Minijobs volle Sozialversicherungspflicht. Wenn der Minijobber bestätigt hat, dass er keinem weiteren Minijob nachgeht, so trifft den Arbeitgeber kein Verschulden an der falschen Beurteilung als Minijob. Er ist somit vor Beitragsforderungen für die Vergangenheit geschützt. Erst ab Kenntnis (in der Regel durch Information der Bundesknappschaft) muss er den Arbeitnehmer als sozialversicherungspflichtig für die Zukunft anmelden.

- **Keine Option zur Rentenversicherungsfreiheit beim Minijob**
  Ab dem 01.01.2013 sind neue Minijobber (und Minijobber, deren Gehalt sich geändert hat) grundsätzlich rentenversicherungspflichtig. Der Arbeitnehmer hat die Möglichkeit, auf die Rentenversicherungspflicht zu verzichten. Der Verzicht muss schriftlich (am besten auf dem Formular der Bundesknappschaft) für den Beginn des Beschäftigungsverhältnisses bei der Bundesknappschaft vorliegen.

- **Mindestlohn wird beim Minijob unterschritten**
  Der ab 01.01.2015 vorgeschriebene Mindestlohn gilt auch für Geringverdiener-Arbeitsverhältnisse. Das Gesetz enthält umfangreiche Dokumentationspflichten insbesondere für Minijobs und kurzfristig beschäftigte Arbeitnehmer (§ 17 MiLoG), eine **Checkliste** steht als Download bereit.

  Die Einhaltung des gesetzlichen Mindestlohns muss vor allem deshalb geprüft werden, weil er bei Unterschreiten einen selbstständigen Beitragsanspruch der Sozialversicherung begründet. Das nicht ausgezahlte Entgelt ist auch sozialversicherungspflichtig. Damit könnte die Sozialversicherungsfreigrenze des Minijobs überschritten werden, mit der Folge, dass das gesamte Entgelt abgabenpflichtig wird.

- **Scheinselbstständigkeit freier Mitarbeiter**
  Bei der sogenannten »Scheinselbstständigkeit« wird ein Arbeitsverhältnis als Tätigkeit selbstständiger Auftragnehmer deklariert, um die Abgaben, Restriktionen und Formalien zu vermeiden, die das Arbeitsrecht, Sozialversicherungsrecht und Steuerrecht mit sich bringen. Relevant ist dies insbesondere **bei freien Mitarbeitern** (z. B. Zahnarzt oder Abrechnungshilfe).

  In der Sozialversicherung gehört ein Erwerbstätiger entweder zu den Selbstständigen oder zu den Arbeitnehmern. Für selbstständig tätige Mitarbeiter besteht keine Sozialversicherungspflicht.

  Die Abgrenzung zum abhängigen Beschäftigungsverhältnis ist schwierig. Ein solches liegt vor, wenn
  – Arbeitsentgelt gezahlt wird,
  – der Arbeitgeber über Art, Ort, Zeit und Weise der Arbeit entscheidet,
  – der Beschäftigte kein Unternehmerrisiko trägt,
  – der Beschäftigte von seinem Arbeitgeber persönlich und meist auch wirtschaftlich abhängig ist,
  – der Arbeitgeber gegenüber dem Arbeitnehmer weisungsbefugt ist.

  Wer dagegen tatsächlich selbstständig ist, trägt das unternehmerische Risiko in vollem Umfang selbst und kann seine Arbeitszeit frei gestalten. Der Erfolg des finanziellen und persönlichen Einsatzes ist dabei ungewiss und hängt nicht von dritter Seite ab. Wichtig für die Beurteilung ist zwar die Ausgestaltung des Vertrages. Es kommt aber letztlich auf die tatsächlichen Verhältnisse im beruflichen Alltag an.

  Die Feststellung einer Scheinselbstständigkeit bedeutet vor allem eine hohe Nachzahlung in der Sozialversicherung. Sie kann nur durch einen unverzüglichen **Antrag auf Statusfeststellung** vermieden werden.

- **Sonderfall Befreiung von der Rentenversicherungspflicht bei angestellten Zahnärzten**
  Sollen die Rentenversicherungsbeiträge von angestellten Zahnärzten in ein berufsständisches Versor-

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 02/2017

gungswerk geleistet werden, so muss eine Befreiung von der Deutschen Rentenversicherung vorliegen.

Seit dem 01.07.2014 muss der Befreiungsantrag bei jedem Arbeitgeberwechsel neu beantragt werden. Geschieht dies nicht, so besteht Beitragspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung. Der Antrag auf Befreiung kann nur vom Arbeitnehmer gestellt werden. Der Arbeitgeber muss darauf hinwirken, da er letztlich die Haftung hat.

Maßnahmen zur Vermeidung der Haftung

Wann Bezüge des Arbeitnehmers lohnsteuer- und sozialversicherungspflichtig sind, ist eine schwierige und oft streitbehaftete Frage. Zudem stellt sich ein Sachverhalt später bei einer Prüfung manchmal ganz anders dar.

- Arbeitgeber sind verpflichtet, die Beschäftigung erstmalig bei ihrem Beginn sozialversicherungsrechtlich zu beurteilen. Wichtig für die Dokumentation ist ein vom Arbeitnehmer unterschriebener **Einstellungsfragebogen** mit allen für das Arbeitsverhältnis relevanten Angaben. Arbeitgeber müssen die Richtigkeit dieser Angaben ihres Arbeitnehmers unterstellen. Stellt sich später bei einer Überprüfung durch die Einzugsstelle oder einen Rentenversicherungsträger heraus, dass die Angaben nicht den tatsächlichen Verhältnissen entsprochen haben, führt dies nicht zwangsläufig auch zu Beitragsnachforderungen.
- Das zuständige Lohnbüro sollte über alle Zuwendungen neben dem Bruttolohn an Arbeitnehmer im weitesten Sinn vorab in Kenntnis gesetzt werden.
- Wenn Zweifel an der Lohnsteuerpflicht einer Zuwendung bestehen, so sollte eine Lohnsteuer-Anrufungsauskunft nach § 42e EStG beim zuständigen Betriebsstättenfinanzamt beantragt werden. Diese ist kostenfrei und hat Bindungswirkung für die Besteuerung. Auch die Krankenkassen geben Auskunft über eine eventuelle Beitragspflicht.
- Lohnsteuer ist ein Teil des Arbeitslohns. Nachgezahlte Lohnsteuer muss vom Arbeitnehmer zurückgefordert werden, sonst liegt wiederum Arbeitslohn vor, der zur Lohnsteuer- und Sozialabgabenpflicht führt. Anders als in der Sozialversicherung gibt es keine zeitliche Begrenzung für die Rückforderung.
- Das Statusfeststellungsverfahren im Bereich der gesetzlichen Sozialversicherung dient dazu, den Status von Personen als abhängig Beschäftigte oder selbstständig Tätige verbindlich festzustellen. Für die Durchführung des Statusfeststellungsverfahrens ist die Clearingstelle der Deutschen Rentenversicherung Bund zuständig. Die Entscheidung der Clearingstelle ist für alle Träger der gesetzlichen Sozialversicherung bindend.

  Das Verfahren ist inzwischen verpflichtend bei der sozialversicherungspflichtigen Neuanstellung von Angehörigen (Ehegatte, Kinder, sonstige nahe Verwandte). Für bestehende Arbeitsverhältnisse sollte das Statusfeststellungsverfahren nachträglich beantragt werden. Hier dient es vor allem dazu, spätere Ansprüche des Beschäftigten an die Krankenkasse oder die Rentenversicherung sicherzustellen.

Stb./WP Gabriela R. Scholz

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 02/2017

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 02/2017

7.6. Arbeitszeiterfassung EuGH-Urteil

EuGH-Urteil zur Arbeitszeiterfassung vom 14.05.2019 und Tipps für die Zahnarztpraxis

Der EuGH hat am 14.05.2019 ein Grundsatzurteil zum Thema Arbeitszeit gesprochen. Es erweitert aller Voraussicht nach künftig die Pflicht des Arbeitgebers zur Arbeitszeiterfassung. Bisweilen war von einer »Wiedereinführung der Stechuhr« die Rede. Richtig ist: Regelungen zur »Vertrauensarbeitszeit« und arbeitnehmerseitigen (ggf. überschlägigen) Erfassung von Überstunden dürften zukünftig unzulässig sein bzw. werden.

Inhalt des Urteils des EuGH
Das Urteil hat aber zunächst einmal nicht die Arbeitgeber, sondern die Mitgliedsstaaten in die Pflicht genommen. Diese, darunter auch Deutschland, müssen das Urteil nun zunächst in nationales Recht umsetzen.

Kern der Entscheidung war eine Vorschrift des spanischen Rechts und ihre Vereinbarkeit mit dem Recht der EU. Die spanische Vorschrift besagt nach Auslegung der spanischen Gerichte verkürzt, dass Arbeitgeber (nur) verpflichtet sind, sämtliche Überstunden, nicht aber die Regelarbeitszeiten, aufzuzeichnen und Arbeitnehmervertretern die Aufzeichnungen zugänglich zu machen. Überstunden in diesem Sinne ist nach spanischem Recht die Arbeitszeit, die über die Höchstarbeitszeit (in Spanien 40 Wochenstunden) hinausgeht.

Ein spanisches Gericht war auf die Klage einer Gewerkschaft hin der Auffassung, dass diese innerspanische Rechtslage dem europäischen Recht zu Höchstarbeitszeiten widersprechen könnte. Die europäische Grundrechtecharta räumt insofern jedem Arbeitnehmer ein Grundrecht auf Höchstgrenzen der wöchentlichen Arbeitszeit und Mindestruhezeiten ein. Eine europäische Richtlinie sieht tägliche Ruhezeiten von mindestens elf Stunden, eine wöchentliche Höchstarbeitszeit von 48 Stunden und eine zusammenhängende Ruhepause von mindestens einmal 24 Stunden pro Woche vor oder verkürzt gesagt: Sechs Arbeitstage à acht Stunden sind die absolute Obergrenze.

Das spanische Gericht legte deshalb dem EuGH die Frage vor, ob zur Umsetzung dieses Rechts nationale Vorschriften erforderlich seien, die eine Erfassung der gesamten Arbeitszeit, nicht nur der Überstunden, vorschreiben.

Der EuGH hat diese Vorlagefrage grundsätzlich bejaht. D.h., die Mitgliedsstaaten sind verpflichtet, Gesetze zu erlassen, die eine Erfassung der *gesamten* Arbeitszeit vorschreiben. Alternativ erwähnte der EuGH ausdrücklich, dass nationale Gesetze nach Möglichkeit durch die Gerichte entsprechend europarechtskonform auszulegen seien.

Die Begründung des EuGH ist denkbar simpel. Die Einhaltung der Höchstarbeitszeiten, die nach europäischem Recht Überstunden bereits einschließen, könne nur dann gewährleistet werden, wenn auch die gesamte Arbeitszeit erfasst wird. Überstunden zu erfassen, setze ja voraus, dass die vor Erreichen der Überstundengrenze geleisteten Zeiten bekannt sind, ergo gemessen wurden.

Bisherige Rechtslage in Deutschland
Dem entspricht die Rechtslage in Deutschland bisher nicht. Denn § 16 Abs. 2 S. 1 des Arbeitszeitgesetzes (ArbZG) schreibt – insofern vergleichbar mit dem spanischen Recht – vor, dass (nur) die über den in § 3 S. 2 ArbZG geregelten Zeitraum (8 Stunden/Tag) hinausgehende Arbeitszeit aufzuzeichnen ist.

Eine Aufzeichnung von acht Stunden oder weniger täglich ist grundsätzlich (von bisher schon bestehenden Ausnahmen abgesehen) nicht erforderlich.

Folgen für innerdeutsches Recht
§ 16 Abs. 2 ArbZG wird absehbar in Zukunft verschärft werden müssen. Zwar wäre auch eine unionsrechtskonforme Auslegung dahin denkbar, dass § 16 Abs. 2 S. 1 ArbZG eine Erfassung der Gesamtarbeitszeit vorschreibt.

Das ginge aber über den eindeutigen Wortlaut der Norm hinaus. Ein eindeutiger Wortlaut ist aber eigentlich die Grenze jeder Auslegung durch Anwender und Gerichte. Insofern ist auch für den deutschen Gesetzgeber Handlungsbedarf entstanden. Bisher hat der deutsche Gesetzgeber eine Anpassung des § 16 ArbZG nicht vorgesehen oder geplant.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2020

Praktische Folgen für die Zahnarztpraxis
Empfehlenswert ist ergo, dass die Arbeitszeit künftig vollständig erfasst wird, d. h. auch entsprechende »Stundenzettel« oder Ähnliches für Tage erstellt und archiviert werden, an denen keine Überstunden geleistet werden.

D. h. aber auch: Wer bereits über ein System zur minutengenauen Erfassung der gesamten Arbeitszeit verfügt (»Stechuhr« oder digitales Äquivalent) und diese Daten entsprechend für den Streitfall speichert und bereithält, für den ändert sich absehbar auch künftig gar nichts.

In bestimmten Bereichen (unbeschadet strengerer Regeln in Tarifverträgen) ist heute schon eine genaue Erfassung der Arbeitszeit vorgeschrieben, etwa bei allen geringfügig Beschäftigten und bei Tätigkeiten in bestimmten (nach Meinung des Gesetzgebers für Schwarzarbeit anfälligen) Branchen, etwa dem Reinigungsgewerbe (§ 17 Mindestlohngesetz, MiLoG).

Wer die Arbeitszeit seiner geringfügig Beschäftigten und/oder seiner Reinigungskräfte nicht vollständig erfasst, sollte das künftig unabhängig vom Urteil sowieso ändern, schon um drohenden Bußgeldern nach § 21 MiLoG zu entgehen.

Im Übrigen bleibt die genaue Umsetzung durch den deutschen Gesetzgeber abzuwarten. Es würde m. E. zur Umsetzung des EuGH-Urteils ausreichen, wenn vorgeschrieben würde, dass Beginn und Ende der Arbeitszeit durch den Arbeitgeber immer und unabhängig davon erfasst werden, ob Überstunden geleistet wurden.

Fazit
Will man den absehbaren gesetzlichen Verschärfungen zuvorkommen, empfiehlt sich eine vollständige Erfassung der Arbeitszeit der Arbeitnehmer. Sofern das bisher schon erfolgt, ändert sich durch das Urteil zunächst nichts. Die genaue künftige Reichweite der Pflicht ist erst absehbar, wenn der deutsche Gesetzgeber dem vom EuGH erteilten Auftrag nachgekommen ist.

RA Michael Lennartz
RA Anno Haak
Lennmed.de

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2020

7.7. Homeoffice in Zahnarztpraxen – Möglichkeiten und (natürliche) Grenzen

Am 27. Januar ist die SARS-CoV-2-Arbeitsschutzverordnung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales in Kraft getreten, mit der alle Arbeitgeber verpflichtet werden, überall dort Homeoffice zu ermöglichen, wo es umsetzbar ist. Die generelle Pflicht, Beschäftigten im Falle von Büroarbeit oder vergleichbaren Tätigkeiten Homeoffice zu ermöglichen, ist zunächst bis zum 15. März 2021 befristet. Zwingende betriebsbedingte Gründe, kein Homeoffice anzubieten, liegen laut VO dann vor, wenn nötige Arbeitsmittel fehlen oder die vorhandene IT-Infrastruktur nicht ausreicht. Eine Pflicht der Arbeitnehmer, im Homeoffice zu arbeiten, wird nicht eingeführt.

Homeoffice für ZFA und angestellte Zahnärzte?
In Zahnarztpraxen kommt bei der »Behandlung am Stuhl« Homeoffice für die praktisch Agierenden naturgemäß nicht in Betracht. Eine Behandlungsassistenz per Videokonferenz ist schlicht undenkbar. Anders kann es im administrativen Bereich sein (z. B. Erstellung HKP, Buchhaltung, Rechnungserstellung). Unabhängig von arbeitsrechtlichen Fragen, ist aber zu beachten, dass Zahnarztpraxen in hohem Maße der Schweigepflicht unterliegen und dem Datenschutz vollständig Rechnung zu tragen ist. Rein praktisch müssen externe Verwaltungstätigkeiten auch durchführbar sein, wobei man z. B. bei einer Patientenkartei in Papier schon vor einer schwer überwindbaren Hürde steht.

Sofern Arbeiten einer Zahnarztpraxis auch praktisch im Homeoffice erledigt werden können, sind einige arbeitsrechtliche und datenschutzrechtliche Grundregelungen unbedingt zu beachten.

Arbeitsrecht
- Ein **Rechtsanspruch auf Homeoffice** existiert in Deutschland nicht. Entscheidung, ob Arbeiten im Homeoffice für Arbeitnehmer möglich ist, liegt – mit Ausnahme der aktuellen Corona-Verordnung – prinzipiell beim Arbeitgeber.
- Auch im Homeoffice gilt das **Arbeitszeitgesetz** (ArbZG). Arbeitnehmer müssen auch bei der Arbeit von zu Hause die Regelungen zu Höchstarbeitszeit, Ruhepausen und Ruhezeiten sowie das Verbot von Sonn- und Feiertagsarbeit einhalten.
- Bei **Telearbeit i. S. v. § 2 Abs. 7 Arbeitsstättenverordnung** bedarf es einer individualvertraglichen Vereinbarung, in der mindestens die wöchentliche Telearbeitszeit sowie die Geltungsdauer der Vereinbarung zu regeln sind.
- Die Regelungen zum Homeoffice sollten bei Altverträgen im Rahmen eines **Nachtrags zum Arbeitsvertrag** geregelt werden (u. a. Vereinbarungen zum zeitlichen Umfang, zur Erreichbarkeit am heimischen Arbeitsplatz, Datenschutz, Verpflichtung zur Nutzung der gestellten Arbeitsmittel und zur Dokumentationspflicht).
- Der **Arbeitsschutz** muss gewährleistet sein. Der Arbeitgeber muss u. a. ermitteln, welche Arbeitsschutzmaßnahmen nötig sind und eine Gefährdungsbeurteilung vornehmen. Dies beinhaltet keine Kontrollpflicht des Homeoffice-Arbeitsplatzes, erfordert aber eine genaue Befragung der Umstände sowie eine angemessene Unterweisung der Mitarbeiter auch hinsichtlich der Vorgaben der Betriebssicherheitsverordnung für Arbeitsmittel.

Datenschutz
- Wegen der Unverletzlichkeit der Wohnung hat der Praxisinhaber **kein generelles Zugangsrecht zu Wohnungen** von Mitarbeitern. Deshalb bedarf es für den Zugang zur Wohnung einer wirksamen Einwilligung.
- In der Wohnung muss ein geeigneter Arbeitsplatz gefunden werden, an dem **personenbezogene Daten sicher aufbewahrt** werden können. Empfehlenswert ist ein eigener abschließbarer Raum (Unterlagen müssen zumindest in einem abschließbaren Behältnis aufbewahrt werden).
- In jedem Fall ist darauf zu achten, dass sich **berufliche und private Daten nicht mischen** und **keine unberechtigte Person** Zugriff auf die dienstlichen Daten hat.
- Sämtliche Geräte müssen über einen **geeigneten sicheren Passwortschutz** oder ein anderes geeignetes Authentifizierungsverfahren sowie verschlüsselte Speicher verfügen.
- **Bildschirme** müssen so stehen, dass Unbefugte keinen Einblick nehmen können (bei Verlassen des Raums Bildschirmsperre).
- An einem dienstlichen Gerät kein Anschluss privater Hardware (z. B. Tastaturen, USB-Sticks oder Fest-

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2021

platten), um das Infektionsrisiko mit Schadsoftware zu verringern.
- **Einheitliches Datensicherungskonzept** (Backup- und Recovery-Verfahren).
- **Telefonate und Videokonferenzen** mit vertraulichem Inhalt sind so zu führen, dass unberechtigte Dritte den Inhalt des Gesprächs nicht wahrnehmen können.
- **Verbindung ausschließlich über eine angemessen abgesicherte Verbindung**, z. B. sogenanntes Virtual Private Network (VPN) über alle Kommunikationswege.
- **E-Mail-Verschlüsselung und sichere Übermittlung von Patientendaten/Röntgenbildern.**
- **Keine private Nutzung** der beruflich zur Verfügung gestellten IT-Ausstattung.
- **Grundsätzlich keine Nutzung privater Endgeräte.** Gesundheitsdaten, vgl. Art. 9 DSGVO, dürfen nicht auf privaten Geräten verarbeitet werden.

RA Michael Lennartz

IT-Sicherheit: Angebote des FVDZ und der Deutschen Zahnärztegenossenschaft (DZG)

Jeder Zahnarztpraxis ist der Patientendatenschutz und die Schweigepflicht ein Anliegen. Dies gilt auch für die IT-Sicherheit im Homeoffice, für die es nach der DSGVO und der IT-Sicherheitsrichtlinie Standards einzuhalten gilt. Keiner möchte zudem Opfer von Cyberangriffen werden, die leider auch im Gesundheitsbereich immer mehr zunehmen. Zusammen mit seinem Kooperationspartner im Versicherungsbereich auxmed hat der FVDZ exklusiv für seine Mitglieder eine Cyberschutzversicherung initiiert, die mit einem IT-Audit der Praxis kombiniert ist (Ansprechpartner Jan Siol, www.auxmed.de, Telefon: 05207/9512-20).

Bei der vom FVDZ initiierten DZG bekommen Sie zudem konkrete Hilfe bei der Umsetzung von Datenschutz und IT-Sicherheit auch im Hinblick auf die neue IT-Sicherheitsrichtlinie der KZBV (u. a. Verschlüsselung von Patientendaten, Datenschutz – und IT-Audit Ihrer Praxis). Für FVDZ-Mitglieder gibt es Sonderkonditionen (www.dzg-eg.de).

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2021

7.8. Corona-Update: Zuschüsse zu Ausbildungsverträgen

Die Bundesregierung hat zur Sicherung laufender Ausbildungsverhältnisse das **Programm »Ausbildung sichern«** initiiert, welches vier Fördermaßnahmen umfasst:

- die Ausbildungsprämie,
- die Ausbildungsprämie plus,
- den Zuschuss zur Ausbildungsvergütung zur Vermeidung von Kurzarbeit und
- die Übernahmeprämie.

Antragsberechtigt sind kleine und mittelständische Unternehmen (KMU), zu denen auch besonders betroffene **Zahnarztpraxen** gehören.

Die Förderrichtlinien, die am 11.12.2020 angepasst wurden, sehen bei Vorliegen der Voraussetzungen einen einmaligen Zuschuss in Höhe von 2.000 € für jeden im Ausbildungsjahr 2020 abgeschlossenen Ausbildungsvertrag vor. Die Auszahlung erfolgt nach dem Ende der erfolgreich abgeschlossenen Probezeit.

Wer bei gleichen Voraussetzungen die Zahl der Ausbildungsplätze sogar erhöht, erhält einmalig 3.000 € statt der 2.000 € nach erfolgreichem Abschluss der Probezeit.

Die wichtigsten Eckpunkte des Förderprogramms:

- Voraussetzung für die Ausbildungsprämie ist ein Umsatzeinbruch von
  - durchschnittlich mindestens 50 % im Zeitraum von April bis Dezember 2020 in zwei zusammenhängenden Monaten oder
  - durchschnittlich mindestens 30 % gegenüber dem Vorjahr in fünf zusammenhängenden Monaten.
- Die Durchführung von Kurzarbeit wird auch im zweiten Halbjahr 2020 berücksichtigt.
- Ausbildungen, die vom 24.06.2020 (= Datum des Kabinettbeschlusses zu den Eckpunkten des Bundesprogramms) bis zum 31.07.2020 begonnen haben, werden in die Ausbildungsprämien miteinbezogen.
- Die Zuschüsse zur Ausbildungsvergütung zur Vermeidung von Kurzarbeit in der Ausbildung werden über die bisherige Laufzeit 12/2020 bis einschließlich Juni 2021 verlängert.
- Die Übernahme von Auszubildenden, deren Ausbildungsstelle wegen pandemiebedingter Insolvenz des ursprünglichen Betriebes verloren gegangen ist, wird künftig unabhängig von den Betriebsgrößen mit einer Übernahmeprämie gefördert. Bisher erfolgte eine Förderung nur, wenn beide Betriebe maximal 249 Mitarbeiter hatten. Derartige Übernahmen werden bis zum 30.06.2021 gefördert.

Die Änderungen der **Förderrichtlinien gelten auch rückwirkend**, d. h., Anträge auf Förderungen können **innerhalb von drei Monaten** auch für bereits bestehende Ausbildungsverhältnisse gestellt werden, für die bisher eine Förderung nicht möglich war, die aber von den geänderten Voraussetzungen nunmehr erfasst sind.

RAin Bita Foroghi
www.lennmed.de

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2021

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2021

7.9. Wertschätzung für Mitarbeiter*innen

*Die Wertschätzung der Mitarbeiter*innen ist von großer Bedeutung für ein erfolgreiches Unternehmen, dieses Unternehmen ist ihre Praxis. Wenn Mitarbeiter*innen sich wertgeschätzt fühlen, sind sie motivierter, engagierter und zufriedener mit ihrer Arbeit. Es gibt verschiedene Möglichkeiten, die Wertschätzung der Mitarbeiter*innen zum Ausdruck zu bringen:*

1. **Anerkennung:** Loben Sie die Leistungen und Erfolge Ihrer Mitarbeiter*innen regelmäßig und öffentlich. Zeigen Sie ihnen, dass Sie ihre Beiträge wahrnehmen und schätzen. Freitags ein kleines »Danke« verleiht den Mitarbeiter*innen Flügel.

2. **Feedback:** Geben Sie konstruktives Feedback, um die Entwicklung und Verbesserung der Mitarbeiter*innen zu fördern. Achten Sie dabei darauf, auch positive Aspekte zu betonen und nicht nur auf Fehler oder Schwächen hinzuweisen.

3. **Weiterbildungsmöglichkeiten:** Bieten Sie Ihren Mitarbeiter*innen die Möglichkeit, sich weiterzubilden und neue Fähigkeiten zu erlernen. Dies zeigt, dass Sie in ihre berufliche Entwicklung investieren und ihre Stärken fördern möchten. Auch diese Maßnahmen kommen Ihrer Praxis zugute.

4. **Work-Life-Balance:** Unterstützen Sie Ihre Mitarbeiter*innen dabei, eine gesunde Work-Life-Balance zu erreichen. Flexible Arbeitszeiten, Homeoffice-Optionen oder die Möglichkeit für Sabbaticals sind einige Möglichkeiten, die Sie in Betracht ziehen können.

5. **Mitarbeiterbefragungen:** Holen Sie regelmäßig das Feedback Ihrer Mitarbeiter*innen ein und setzen Sie Verbesserungsvorschläge um. Zeigen Sie, dass Sie ihre Meinungen und Anliegen ernst nehmen.

6. **Teamaktivitäten:** Organisieren Sie regelmäßig Teamaktivitäten oder Teambuilding-Maßnahmen, um den Zusammenhalt und das Wohlbefinden der Mitarbeiter*innen zu stärken, und so erhalten Sie ein gutes Team, welches sich mit Ihrer Praxis identifiziert.

7. **Vergütung und Benefits:** Bieten Sie eine angemessene Vergütung und zusätzliche Benefits wie betriebliche Altersvorsorge, Gesundheitsprogramme oder Mitarbeitervergünstigungen an.

8. **Offene Kommunikation:** Schaffen Sie eine offene Kommunikationskultur, in der Mitarbeiter*innen ihre Ideen und Anliegen frei äußern können. Zeigen Sie Interesse an ihren Meinungen und nehmen Sie diese ernst. Neue Ideen kommen Ihrer Praxis zugute.

Durch diese Maßnahmen können Sie die Wertschätzung Ihrer Mitarbeiter*innen zum Ausdruck bringen und eine positive Arbeitsatmosphäre schaffen, in der sich Ihre Mitarbeiter*innen geschätzt und motiviert fühlen.

Sylvia Gabel

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

8

8.0. Inhaltsverzeichnis

8.1. Einleitung

8.2. Honorar

8.2.1. Neues Schuld- und Schadensersatzrecht

8.2.2. Die zahnärztliche Honorierung – Basiswissen für die Praxis

8.2.2.1. Anwendbarkeit der GOZ für Kapitalgesellschaften?

8.2.3. Mahnwesen

8.2.4. Zahlungsmodalitäten im Rahmen der Rechnungsstellung

8.2.5. Nichteinhalten eines Behandlungstermins durch den Patienten

8.2.6. Berechenbarkeit der BEB-Liste

8.2.7. Änderungen im Kaufrecht

8.2.8. Zweijährige Gewähr

8.2.9. Praxissitz ist Gerichtsstand

8.3. Berufsausübungsformen

8.3.1. Selbstständiger Zahnarzt in Kooperation

8.3.1.1. Partnerschaftsgesellschaftsgesetz
8.3.1.2. Konkurrenzschutzklauseln
8.3.1.3. Kooperation in der Zahnarztpraxis

8.3.2. Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VändG)

8.3.3. Gesellschaftsvertrag – Check-up aus rechtlicher Sicht

8.3.4. Praxiskooperationen – Betriebswirtschaftliche Betrachtung und Gewinnverteilung

8.3.5. BAG-Verträge

8.4. Praxis-Mietvertrag

8.5. Berufsrechtliche Grundlagen

8.5.1. Aufklärungs- und Dokumentationspflichten

8.5.1.1. Dokumentation ist Grundpflicht
8.5.1.2. Aufbewahrungsfristen von Modellen, Behandlungs- und sonstigen Unterlagen
8.5.1.3. Praxisabgabe

8.5.2. Zahnärztliches Haftungsrecht

8.5.2.1. Patientenrechtegesetz – relevante Punkte für die Zahnarztpraxis
8.5.2.2. Nachhaftung und Aufbewahrung Patientendaten

8.5.3. Ratgeber Wirtschaftlichkeitsprüfung

8.5.3.1. Update Wirtschaftlichkeitsprüfung 2019

8.5.4. Fortbildungspflicht

8.5.5. Die papierlose Zahnarztpraxis – Risiken beachten

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2025

8.5.6. Delegation an zahnärztliche Mitarbeiter – was ist zu beachten?

8.5.7. Behandlung im Alten- und Pflegeheim – Einbeziehung des Betreuers

8.5.8. Rentenleistungen an Versorgungswerksmitglieder – Aktuelle Urteile

8.5.9. Cyber-Security in Zahnarztpraxen

8.5.9.1. Telefax kein sicheres Kommunikationsmittel mehr

8.5.9.2. IT-Sicherheitsrichtlinie der KZBV in Kraft getreten

8.5.10. IT-Sicherheit in der Zahnarztpraxis

8.6. Gewerberecht in der zahnärztlichen Praxis – »Die auslegepflichtigen Praxisvorschriften«

8.7. Liberalisierung des zahnärztlichen Werberechts

8.7.1. Die Praxishomepage – Vorsicht Falle

8.7.2. Werbung in der Zahnarztpraxis – rechtliche Grundlagen

8.7.3. Zulässigkeit von Vorher-Nachher-Bildern

8.7.4. Markenrecht

8.7.5. Achtung: Abmahnfalle bei der Praxis- bzw. Internetwebsite – Abmahnung wegen Bildnutzung

8.8. Praxisabgabe aus rechtlicher und steuerrechtlicher Sicht

8.8.1. Praxisübernahmevertrag

8.8.1.1. Praxisübernahmevertrag – grundlegende Checkliste

8.8.1.2. Die Praxisübergabe

8.8.1.3. Verkauf an investorgetragenes MVZ

8.8.1.4. Praxisübergabe innerhalb der Familie

8.8.1.5. Vertraulichkeitsvereinbarungen bei Praxisverkäufen

8.8.2. Die Abgabe der Praxis aus steuerlicher Sicht

8.8.2.1. Besteuerung des Veräußerungsgewinns

8.8.2.2. Steuerersparnisse durch die Gestaltung der übrigen Einkünfte

8.8.2.3. Die Gestaltung des Kaufpreises

8.8.2.4. Die Gewährung der Steuervergünstigungen – Auf das richtige Verhalten nach Praxisabgabe kommt es an!

8.8.2.5. Die entgeltliche Aufnahme eines Partners

8.8.2.6. Praxisabgabe, Bildung von Kooperationen und Umsatzsteuer

8.8.2.7. Kooperationsmodell freiberufliche Zahnarztpraxis

8.8.2.8. Praxiskooperationen – Checkliste

8.8.2.9. Formen der Berufsausübung

8.8.2.10. Auswirkungen des Gesetzes zur Modernisierung des Personengesellschaftsrechts

8.8.3. Personalübernahme beim Praxisverkauf – Was ist zu beachten?

8.8.4. Rechtliche Gestaltung der Praxisabgabe, alternative Modelle bei »unverkäuflichen Praxen«

8.8.5. Schwierigkeiten bei Praxisverkauf – Alternativen zur Praxisschließung

8.9. Rechtstipps

8.9.1. Unerlaubte Werbung in der Zahnarztpraxis

8.9.2. Unseriöse Anzeigen- und Adressbuchverlage

8.9.3. Arzneimittelverordnung durch den Zahnarzt

8.9.4. Patientengeheimnis und Datenschutz in der Zahnarztpraxis

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2025

8.9.5. Braucht ein Zahnarzt einen Ehevertrag?
8.9.6. Vorbei mit der Schnüffelei/GEZ – Was sich ab 2013 alles ändert
8.9.7. Bewertungsportale – Wie wehre ich mich gegen unzutreffende Bewertungen?
8.9.7.1. Urteil »Bewertungsportal IV« kommt wohl
8.9.8. Verwendung von Bildern auf der Praxiswebsite
8.9.9. Praxislabor, Praxislaborgemeinschaften und Outsourcing-Labor
8.9.10. Vollmachten für den Ernstfall
8.9.11. Vorsorgevollmacht
8.9.12. Checkliste Vorsorgevollmachten für Zahnärzte
8.9.13. Checkliste Ausfall des Praxisinhabers
8.9.13.1. Checkliste Todesfall – vorbeugende Maßnahmen
8.9.14. Digitales Testament
8.9.15. Die Einbindung Dritter in die Prozesse der Praxis
8.9.15.1. Outsourcing in der Zahnarztpraxis – Handlungsbedarf in Sachen Schweigepflicht
8.9.16. Videoüberwachung in der Zahnarztpraxis – zulässig oder nicht?
8.9.17. Checkliste Ehevertrag

8.10. Neuregelung des Versicherungsvertragsrechts – Tipps für den Zahnarzt
8.10.1. Zusatzversicherungen

8.11. Bußgeld DSGVO

8.12. Praxiswissen kompakt

8.13. Die ePA (elektronische Patientenakte) als »ePA für alle«

8.14. Sprachbarrieren in der Praxis

8.15. EuGH bezieht Position zum Fremdbesitz – Auswirkungen auf I-MVZ

8.16. Bürokratieentlastungsgesetz – wichtige Änderungen im Arbeitsrecht

8.17. Barrierefreiheitsstärkungsgesetz (BFSG) – Auswirkungen auf die Zahnarztpraxen

8.18. Anerkennungsverfahren ausländischer Berufsqualifikationen bei Heilberufen

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2025

8. Recht
8.0. Inhaltsverzeichnis

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2025

8.1. Einleitung

Die in freier Praxis niedergelassenen Zahnärztinnen und Zahnärzte sehen sich neben der eigentlichen Patientenbehandlung einer zunehmenden Fülle rechtlicher Fragestellungen gegenüber. Aus diesem Grund wollen wir Ihnen unter diesem Fach Informationen über aktuelle Rechtsfragen und zahnarztrelevante Urteile geben.

MITGLIEDER-RECHTSBERATUNG

Zahnärztinnen und Zahnärzte sehen sich in der täglichen Praxis zunehmend mit rechtlichen Problemen konfrontiert. Aus diesem Grund bietet der Freie Verband seinen Mitgliedern eine durch den Mitgliedsbeitrag abgedeckte Rechtsberatung in praxisbezogenen Rechtsfällen und bei berufsspezifischen Problemen an. Die Beratung erfolgt durch im Heilberufsrecht spezialisierte Rechtsanwälte. Wird vom Mitglied ein Tätigwerden des Rechtsanwaltes gewünscht, das über die Rechtsberatung hinausgeht (Rechtsvertretung, Tätigwerden gegenüber Dritten, Fertigung von umfangreichen Schriftstücken wie Vertragsentwürfen), so steht es ihm selbstverständlich frei, ein entsprechendes honorarpflichtiges Mandatsverhältnis mit dem Rechtsanwalt zu vereinbaren.

Bitte richten Sie Ihre Anfragen unter Angabe Ihrer Mitgliedsnummer immer an folgende Adresse:

FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE e.V.
– Rechtsabteilung –
Mallwitzstraße 16
53177 Bonn
Telefon: 0228/8557-0
Telefax: 0228/34 79 67

Montag bis Donnerstag von 8.00 bis 17.00 Uhr
Freitag von 8.00 bis 12.00 Uhr

Wir werden Ihnen dann Ihren zuständigen Rechtsberater benennen, der sich mit Ihnen in Verbindung setzen wird.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

8. Recht
8.1. Einleitung

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

8.2. Honorar

8.2.1. Neues Schuld- und Schadensersatzrecht

Ein alltägliches Problem jedes Selbstständigen: Die Liste der offenen Posten. Der Gesetzgeber hat auf die Klagen vieler Handwerker, Kaufleute und Freiberufler – mithin auch der Zahnärzte – über die miserable Zahlungsmoral ihrer Kunden und Patienten reagiert. Bereits zum 01.05.2000 ist das **Gesetz zur Beschleunigung fälliger Zahlungen vom 30.03.2000** (Bundesgesetzblatt I 2000, Seite 330) in Kraft getreten. Es enthält neben Änderungen des Werkvertragsrechtes im besonderen Schuldrecht vor allem neue Regelungen zum Schuldnerverzug bei Geldforderungen.

Die Gesetzesänderung gilt für alle Rechnungen, die nach dem 01.05.2000 zugehen, auch wenn diese Forderungen bereits vor dem 01.05.2000 entstanden sind (Artikel 239 Absatz 1 Einführungsgesetz zum Bürgerlichen Gesetzbuch – EGBGB). Nachstehend werden die für die Praxis zu beachtenden Neuregelungen, die jeden treffen können, dargestellt.

Nach alter Rechtslage trat der Verzug des Schuldners – und damit die Möglichkeit für den Gläubiger, Zinsen zu verlangen – nur dann ein, wenn der Gläubiger nach Rechnungsstellung eine Mahnung aussprach. Der Verzug wird als »schuldhafte Nichtleistung trotz Fälligkeit, Mahnung und Möglichkeit« definiert. Ohne Mahnung war ein Verzug nur möglich, wenn für die jeweilige Leistung aufgrund einer Vereinbarung zwischen den Parteien eine Zeit nach dem Kalender bestimmt war und der Schuldner zu dieser bestimmten Zeit nicht leistete. Eine einseitige Bestimmung durch den Gläubiger genügte nicht. Hinweise auf der Rechnung wie »zahlbar ohne Abzug sofort oder binnen 30 Tagen« waren demnach nicht ausreichend, um den Verzug des Schuldners zu begründen.
Die Mahnung selbst muss **eine bestimmte und eindeutige Leistungsaufforderung** enthalten. Es muss klar zum Ausdruck kommen, dass die Zahlung des geschuldeten Betrages verlangt wird. Nicht ausreichend sind folgende Formulierungen:
– »Ihrer Leistung wird gerne entgegengesehen.«
– »Hiermit fordere ich Sie auf, Ihre Leistungsbereitschaft zu erklären.«
– »Wir wären dankbar, wenn wir die Zahlung nunmehr erwarten dürften.«
– »Wir möchten Ihnen mitteilen, dass unsere Forderung nunmehr fällig ist.«

Aufgrund des neuen Gesetzes wurde eine zusätzliche Bestimmung zum Zahlungsverzug des Schuldners eingeführt (§ 284 III des Bürgerlichen Gesetzbuches). Danach kommt der Schuldner einer Geldforderung nunmehr 30 Tage nach Fälligkeit und Zugang einer Rechnung oder einer gleichwertigen Zahlungsaufforderung automatisch in Verzug. Einer zusätzlichen Mahnung bedarf es damit grundsätzlich nicht mehr. Zu beachten ist allerdings, dass es dem Gläubiger obliegt, den Zugang der Rechnung oder einer gleichwertigen Zahlungsaufforderung nachzuweisen. Darüber hinaus bedarf es gegenüber Verbrauchern – dieses dürfte stets der Fall sein – eines ausdrücklichen Hinweises auf den oben genannten automatischen Verzugseintritt auf dem Rechnungsformular. Die Rechnung muss zudem fällig sein. Dies richtet sich nach der GOÄ bzw. GOZ. Die gesetzliche Vorschrift der GOZ lautet wie folgt:

»§ 10 GOZ Fälligkeit und Abrechnung der Vergütung; Rechnung
(1) Die Vergütung wird fällig, wenn dem Zahlungspflichtigen eine dieser Verordnung entsprechende Rechnung erteilt worden ist.
(2) Die Rechnung muss insbesondere enthalten:
a) das Datum der Erbringung der Leistung
b) bei Gebühren die Nummer und die Bezeichnung der einzelnen berechneten Leistung einschließlich einer verständlichen Bezeichnung des behandelten Zahnes sowie den jeweiligen Betrag und den Steigerungssatz
c) bei Gebühren für stationäre privatzahnärztliche Leistungen zusätzlich den Minderungsbetrag nach § 7
d) bei Wegegeld nach § 8 den Betrag und die Berechnung
e) bei Ersatz von Auslagen nach § 9 den Betrag und die Art der einzelnen Auslage sowie Bezeichnung, Gewicht und Tagespreis verwendeter Legierungen
f) bei nach dem Gebührenverzeichnis gesondert berechnungsfähigen Kosten, Art, Menge und Preis verwendeter Materialien
(3) Überschreitet die berechnete Gebühr nach Absatz 2 Nr. 2 das 2,3-fache des Gebührensatzes, ist

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

dies schriftlich zu begründen. Auf Verlangen ist die Begründung näher zu erläutern. Die Bezeichnung der Leistung nach Absatz 2 Nr. 2 kann entfallen, wenn der Rechnung eine Zusammenstellung beigefügt ist, der die Bezeichnung für die abgerechnete Leistungsnummer entnommen werden kann. Bei Auslagen nach Absatz 2 Nr. 5 ist der Beleg oder ein sonstiger Nachweis beizufügen. Wurden zahntechnische Leistungen in Auftrag gegeben, ist eine den Erfordernissen des Absatzes 2 Nr. 5 entsprechende Rechnung des Dentallabors beizufügen; insoweit genügt es, in der Rechnung des Zahnarztes den Gesamtbetrag für diese Leistungen anzugeben. Leistungen, die auf Verlangen erbracht worden sind (§ 1 Abs. 2 Satz 2 und § 2 Abs. 3), sind als solche zu bezeichnen.

(4) Wird eine Leistung nach § 6 Abs. 2 berechnet, ist die entsprechend bewertete Leistung für den Zahlungspflichtigen verständlich zu beschreiben und mit dem Hinweis »entsprechend« sowie der Nummer und der Bezeichnung der als gleichwertig erachteten Leistung zu versehen.

Durch Vereinbarung mit öffentlich-rechtlichen Kostenträgern kann eine von den Vorschriften der Absätze 1 bis 4 abweichende Regelung getroffen werden.«

Beispiel:
Die Privatliquidation eines Zahnarztes wird dem Patienten als Schuldner zugestellt am 05.05. des Jahres. Der Schuldner kommt nach der neuen gesetzlichen Regelung nach 30 Tagen »automatisch« in Verzug, sofern er auf der Rechnung hierauf hingewiesen wurde.

Die Folgen des Verzuges des Patienten sind weitreichend. Wichtig sind insbesondere:

1. Ersatz des Verzögerungsschadens gem. § 286 I BGB (zu ersetzen sind die Kosten von Mahnschreiben, sofern die Mahnung nach Eintritt des Verzuges erfolgt ist und eine zweckentsprechende Maßnahme der Rechtsfolge darstellt; z. B. Rechtsanwaltkosten).
   Umstritten ist die Kostenerstattung bei Inkassobüros. Sehr viele Gerichte lehnen eine solche Kostenerstattung als nicht notwendig ab, zumal nach zumeist mehrmaliger Mahnung und Verzugseintritt unmittelbar der Rechtsweg beschritten werden kann, ohne dass es weiterer Zwischenschritte bedarf.
   Es empfiehlt sich vor diesem Hintergrund vor der Einschaltung eines Rechtsanwalts selbst die Verzugsvoraussetzungen zu schaffen und im Zweifelsfall ggf. nochmals eine Mahnung zu verschicken. Nur wenn die Voraussetzungen des Verzuges vorliegen, sind die anschließend entstehenden Kosten, insbesondere die für einen Rechtsanwalt, von dem Schuldner zu zahlen.
2. Verzugszinsen gemäß § 288 BGB
   »Eine Geldschuld ist während des Verzuges zu verzinsen. Der Verzugszinssatz beträgt fünf Prozentpunkte über dem Basiszinssatz.«

Kann der Gläubiger aus einem anderen Rechtsgrunde höhere Zinsen verlangen, so sind diese fortzuentrichten. Zudem ist die Geltendmachung eines weiteren Schadens nicht ausgeschlossen. Die Geltendmachung von Zinseszinsen ist hingegen nicht möglich.
Die Höhe des Verzugszinses wurde deutlich angehoben. War bisher eine Geldschuld mit 4 % für das Jahr zu verzinsen, steigt dieser Betrag nunmehr auf einen Satz von 5 % plus dem Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank (zu erfragen bei den Banken bzw. auf der Internetseite der Zentralbanken). Der Basiszinssatz verändert sich zum 1. Januar und 1. Juli eines jeden Jahres um die Prozentpunkte, um welche die Bezugsgröße seit der letzten Veränderung des Basiszinssatzes gestiegen oder gefallen ist (§ 247 BGB).

Die neuen Regelungen sollen nach dem Willen des Gesetzgebers die Gläubigerposition stärken und insbesondere den Mittelstand unterstützen.

Nach langer Planungsphase ist vom Deutschen Bundestag auch das so genannte **Schuldrechtsreformgesetz** verabschiedet worden. Es betrifft im Wesentlichen das Bürgerliche Gesetzbuch, mithin große Teile des Zivilrechts. Dieses beschäftigt sich mit dem »Recht im täglichen Leben« (z. B. Kauf-, Dienst- und Mietverträge, aber auch mit dem Werkvertragsrecht, also den Beziehungen zwischen Zahnarzt und Zahntechniker). So wird beispielsweise im Kaufrecht die allgemeine Gewährleistungspflicht von bisher mindestens 6 Monaten auf mindestens 2 Jahre heraufgesetzt. Neue Regelungen finden sich auch zur Verjährung.

Die Honorarforderungen von Zahnärzten verjährten nach der alten (und bis zum 31.12.2001 geltenden) gesetzlichen Regelung nach 2 Jahren. Die Verjäh-

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

rungsfrist begann mit dem Ende des Jahres, in dem eine fällige Forderung bestand (§ 196 Abs. 1 Nr. 14 i. V. m. § 201 BGB alte Fassung und der GOZ).

Diese 2-jährige Verjährungsfrist sah der Gesetzgeber als veraltet an. Mit Wirkung zum 01.01.2002 soll nunmehr die Verjährungsfrist für Honoraransprüche **3 Jahre** betragen.

Der Beginn der Verjährung bestimmt sich nach der Fälligkeit des Anspruchs. Die Fälligkeit der Vergütung richtet sich weiterhin nach § 10 Abs. 1 GOZ, wonach die Vergütung fällig wird, wenn dem Zahlungspflichtigen eine den Vorschriften der GOZ entsprechende Rechnung gestellt wird, d.h., sie muss bei Gebühren die Nummer und die Bezeichnung der einzelnen berechneten Leistung enthalten sowie den jeweiligen Betrag und den Steigerungssatz. Nicht zu vergessen ist die schriftliche Begründung bei Überschreitung der Gebühr über das 2,3-fache des Gebührensatzes.

Die Verjährungsfrist beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist.

Ist der Patient aufgrund einer Vereinbarung mit dem Zahnarzt vorübergehend zur Verweigerung der Leistung berechtigt (z. B. aufgrund einer Stundungsvereinbarung), so ist der Lauf der Verjährungsfrist für die Dauer der Vereinbarung **gehemmt**. Nach Ablauf der Vereinbarung läuft die Verjährungsfrist weiter. Gleiches gilt bei der gerichtlichen Geltendmachung des Anspruchs beispielsweise durch Beantragung eines Mahnbescheids oder Erhebung einer Klage bei Gericht durch den Zahnarzt. Die Hemmung hat zur Folge, dass der Zeitraum, während dessen die Verjährung gehemmt ist, nicht in die Verjährungsfrist eingerechnet wird.

Ein **Neubeginn** der dreijährigen Verjährungsfrist findet statt, wenn der Patient dem Zahnarzt gegenüber den Anspruch z. B. durch eine Abschlagszahlung anerkennt oder eine gerichtliche oder behördliche Vollstreckungshandlung vorgenommen oder beantragt wird. Der Neubeginn der Verjährungsfrist wird in der Praxis in den meisten Fällen durch die Leistung einer Ratenzahlung durch den Patienten erfolgen.

Nach Ablauf der Verjährungsfrist kann die Forderung zwar noch geltend gemacht werden, sie kann jedoch dann nicht mehr durchgesetzt werden, wenn sich der Patient auf die Verjährung beruft.

Beachte: Die Zusendung einer Mahnung hat in diesem Zusammenhang keine Auswirkungen. Die Verjährung wird weder gehemmt noch unterbrochen.

Bezahlt der Patient die ihm gestellte Rechnung innerhalb einer angemessenen Frist (üblich sind 2–3 Wochen) nicht, sollte der Zahnarzt ihm eine Mahnung schicken, die – und dies ist die einzige Wirkung der Mahnung – den Patienten zu einem bestimmten, in dem Schreiben anzugebenden Datum, in Verzug setzt. Dieses Datum kann auch schon vor dem Tag liegen, an dem die gesetzliche 30-Tage-Frist den Eintritt des Verzugs anordnet.

Das neue Schuldrecht gilt für ab dem 01.01.2002 geschlossene Schuldverhältnisse. Die neuen Verjährungsregeln finden auf die am 01.01.2002 bestehenden und noch nicht verjährten Ansprüche Anwendung. Bis zum 01.01.2002 regeln sich Beginn, Hemmung und Unterbrechung der Verjährung nach den bisherigen Vorschriften.

Es bestehen jedoch – wie so häufig im Rechtssystem – folgende Ausnahmen:
- ist die neue Verjährungsfrist **kürzer** als die alte Verjährungsfrist, so wird die kürzere Frist ab dem 01.01.2002 an berechnet. **Ausnahme:** Wenn das Ende der alten (längeren) Verjährungsfrist vor dem Ende der neuen (kürzeren) Verjährungsfrist liegt, gilt die alte Frist;
- ist die Verjährungsfrist nach den neuen Regelungen **länger** als die Verjährungsfrist nach den alten Regelungen, so gilt aus Gründen des Schuldnerschutzes die alte Verjährungsfrist.

Auch im Bereich der Gewährleistung sind Änderungen zu beachten. Jeder, der Dienste leistet oder ein Werk erstellt, muss nach deutschem Recht grundsätzlich für eine gewisse Zeit für die Qualität seiner Arbeit einstehen. Durch das Schuldrechtsreformgesetz wurde eine für den Zahnarzt nachteilige Regelung beseitigt. Da in der Praxis der überwiegende Teil des Zahnersatzes in zahntechnischen Laboratorien erstellt wird, während die Prothesenplanung, die Modellanfertigung, die funktionsanalytische Leistung sowie sämtliche Arbeitsschritte von der Planung bis zur end-

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

gültigen Fertigstellung und Eingliederung durch den Zahnarzt geleistet werden, stellt sich der Vertrag zwischen Zahnarzt und Zahntechniker als Werkvertrag (geschuldet ist der Erfolg) und der Vertrag zwischen Zahnarzt und Patient grundsätzlich als Dienstvertrag (Leistung lege artis wird geschuldet) dar. Im Rahmen dieses Dienstvertrages besteht die Pflicht, beziehungsweise das Recht des Zahnarztes auf Durchführung von erforderlichen Nachbesserungen. Zahnprothesen können oftmals nicht auf Anhieb in einer, den Regeln der Zahnmedizin entsprechenden Tauglichkeit eingesetzt werden, so dass im Rahmen des Üblichen Korrekturen an Zähnen und Zahnersatz gestattet werden. Nur im Ausnahmefall – z. B. bei rein technischen Abläufen – kann auch hier eine Qualifikation als Werkvertrag in Betracht kommen. Der Zahnarzt muss gegenüber dem Patienten aufgrund dieser Einstufung für zahntechnische Arbeiten sehr lange (30-jährige Verjährung) einstehen. Ein Rückgriff gegenüber dem Labor konnte hingegen nur innerhalb von sechs Monaten erfolgen. Nach den bisherigen Regelungen verjährten Ansprüche aus Werkverträgen nämlich nach sechs Monaten. Nunmehr wurde auch in diesem Verhältnis die Verjährungsfrist auf die allgemeine Verjährung (3 Jahre) festgelegt.

Am 01.08.2002 ist das **zweite Gesetz zur Änderung schadensersatzrechtlicher** Vorschriften in Kraft getreten (BGBl I S. 2674). Wer die Hoffnung gehegt hat, dass nun die Berufshaftung des Zahnarztes einer umfassenden gesetzlichen Regelung zugeführt wurde, wird allerdings enttäuscht. Die Chance, eigenständige, die Besonderheiten des zahnärztlichen Haftungsrechts berücksichtigende Vorschriften einzuführen, wurde nicht genutzt.

Dennoch haben sich Änderungen für die zahnärztliche Berufshaftung ergeben.

Das bisherige System hat eine Zweiteilung der zahnärztlichen Haftung vorgesehen. Die Verpflichtung des Zahnarztes zur Zahlung von Schadensersatz aufgrund eines Behandlungsfehlers kann sich zum einen aus dem zwischen dem Zahnarzt und dem Patienten geschlossenen Vertrag und zum anderen aber aus »Delikt« ergeben, d. h. einer Verletzung der die körperliche Integrität schützenden Norm. Sowohl die vertragliche als auch die deliktische Haftung haben letztlich dieselbe Voraussetzung. Bei einem behandlungsfehlerhaften Verhalten des Zahnarztes, welches zu einem Körperschaden geführt hat, liegt eine rechtswidrige Handlung vor. Diese stellt sowohl einen Verstoß gegen den Behandlungsvertrag als auch die gesetzliche Norm dar, die die körperliche Integrität schützt. Die Unterscheidung war hauptsächlich deswegen relevant, da ein Ausgleich des rein immateriellen Schadens – also die Zahlung eines Schmerzensgeldes – nur im Bereich der deliktischen Haftung, nicht aber bei Vertragsverletzung erfolgte.

Beispiel:
Grundsätzlich haftet der eine Partner einer Gemeinschaftspraxis auch für das vertragswidrige Handeln des anderen Partners, da der insoweit maßgebliche Behandlungsvertrag zwischen der Gesellschaft und dem Patienten abgeschlossen wurde.

Eine Mithaftung aus Delikt kommt jedoch nicht in Frage. Bisher musste also der Gemeinschaftspraxispartner, der selbst nicht behandelt hat, bei einer fehlerhaften Behandlung durch den anderen Partner lediglich für den materiellen Schaden, nicht jedoch für den immateriellen Schaden einstehen.

Mit dem Schadensersatzrechtsänderungsgesetz wurde diese Differenzierung aufgehoben. Nun ergibt sich ein Anspruch auf Zahlung von Schmerzensgeld nicht lediglich aus der Deliktnorm, sondern auch aus einem Verstoß gegen den Vertrag. Auf das vorstehende Beispiel angewandt haftet der nicht selbst behandelnde Gemeinschafspraxispartner bei einem Behandlungsfehler durch den anderen Partner nun auch für das Schmerzensgeld.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

8.2.2. Die zahnärztliche Honorierung – Basiswissen für die Praxis

Einleitung
Nachfolgend wird ein kurzer Überblick über die Grundlagen, Gestaltungsmöglichkeiten und Fallstricke im Bereich der zahnärztlichen Honorierung gegeben. Erläutert werden insbesondere:

- Rechtsgrundlagen für private Vereinbarungen (u. a. Behandlungsvertrag zwischen Zahnarzt und Kassenpatient; Möglichkeit der Kostenerstattung)
- Rechtliche Tücken bei Privatvereinbarungen
- Gestaltungsmöglichkeiten bei Honorarforderungen (u. a. Honorarvorschuss, Abtretung von Erstattungsansprüchen, Stundung und Ratenzahlung)
- Mahnwesen
- Sonderfälle (u. a. Nichteinhalten eines Behandlungstermins, Honorarhaftung von Ehegatten, Überschreitung von Heil- und Kostenplänen).

Rechtsgrundlagen für private Vereinbarungen
§ 15 des Zahnheilkundegesetzes ist die gesetzliche Grundlage für die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Dort heißt es:

»Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Entgelte für zahnärztliche Tätigkeit in einer Gebührenordnung zu regeln. In dieser Gebührenordnung sind Mindest- und Höchstsätze für die zahnärztlichen Leistungen festzusetzen. Dabei ist den berechtigten Interessen der Zahnärzte und der zur Zahlung der Entgelte Verpflichteten Rechnung zu tragen.«

Auf Grund dieser gesetzlichen Regelung wurde die GOZ erlassen, die die verbindlichen Regelungen für die Privatabrechnungen des Zahnarztes beinhaltet. Von ihnen kann der Zahnarzt nicht durch eine abweichende Vereinbarung mit dem Patienten abweichen (z. B. Vereinbarung eines Pauschalhonorars anstelle eines Gebührensatzes mit Steigerungsfaktor).

Im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) sind die zivilrechtlichen Regeln für die Rechtsbeziehungen zwischen Zahnarzt und Patient im Übrigen geregelt. Bei dem zahnärztlichen Behandlungsvertrag handelt es sich um einen so genannten Dienstvertrag. Wesentliches Merkmal des Dienstvertrages ist, dass der Zahnarzt sich lediglich um den Erfolg einer Behandlung bemühen muss und diesen nicht zu garantieren hat.

Nach der Regelung des § 10 Abs. 1 GOZ wird die Vergütung des Zahnarztes fällig, wenn der Patient eine der GOZ entsprechende Rechnung für die erbrachte Leistung erhalten hat.

Behandlungsvertrag zwischen Zahnarzt und Privatpatient sowie Zahnarzt und Kassenpatient
Wie ausgeführt, unterliegt der Behandlungsvertrag zwischen Zahnarzt und Privatpatient den Regelungen der GOZ und des BGB. Der Behandlungsvertrag zwischen Zahnarzt und Kassenpatient ist etwas differenzierter zu betrachten. Zum einen wird die Leistung des Zahnarztes im Rahmen der so genannten vertragszahnärztlichen Versorgung erbracht und unterliegt insoweit den Regelungen des Sozialgesetzbuches V (SGB V). In Bezug auf vom Patienten selbst zu tragende Anteile (z. B. Eigenanteile bei einer prothetischen Versorgung) gilt das BGB und bei aufwändigeren Behandlungen, die nach GOZ abgerechnet werden, die GOZ.

Kassenpatient wird zum »Privatpatienten«
Für den Kassenpatienten gibt es mehrere Möglichkeiten, sich vom Zahnarzt auf Basis der GOZ privat behandeln zu lassen.

Möglichkeit der Kostenerstattung
Ab 1.1.2004 haben alle Versicherten die Möglichkeit, Kostenerstattung zu wählen. Bislang stand diese Möglichkeit nur freiwillig versicherten Mitgliedern der gesetzlichen Krankenkassen zu. »Kostenerstattung« bedeutet im Ergebnis, dass der Patient eine GOZ-Rechnung bekommt und diese bezahlt und anschließend von seiner Krankenkasse die ihm zustehende Kassenleistung erstattet bekommt.

Vorteile der Kostenerstattung sind unter anderem:

- der Patient kann als Privatpatient selbst bestimmen, welche Leistungen einer modernen Zahnheilkunde er in Anspruch nehmen möchte, wobei er seinen Kassenanspruch behält.
- Er hat wie ein Privatpatient die volle Kostentransparenz und Kontrolle über die Rechnung seines Zahnarztes

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

- Es wird für ihn wesentlich unbürokratischer, seine Wunschbehandlung zu bekommen. So entfallen die zum Teil sehr bürokratischen Genehmigungs- und Gutachterverfahren bei bestimmten Behandlungen.
- Der Zahnarzt ist frei für die individuelle Behandlung des Patienten und wird in seiner Therapie nicht durch Richtlinien, Anweisungen, Anordnungen und Gutachterverfahren eingeschränkt.

Die für die Kostenerstattung maßgebliche Regelung des § 13 Abs. 2 SGB V sieht vor, dass der Patient die Kostenerstattung mindestens für ein Jahr für den ambulanten Bereich wählen muss. Stationäre Leistungen erhält der Patient wie bisher auf Krankenversichertenkarte. Der Erstattungsbetrag des Patienten wird um einen Abschlag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen reduziert.

Neben dieser Regelung sieht das Gesetz in § 13 Abs. 3 SGB V vor, dass auch dann eine Möglichkeit der Kostenerstattung besteht, wenn Krankenkassen unaufschiebbare Leistungen nicht rechtzeitig erbringen können oder Leistungen zu Unrecht abgelehnt haben. Darüber hinaus gibt es die Möglichkeit der Kostenerstattung für Patienten auch bei der Behandlung durch einen Privatarzt oder Privatzahnarzt. Diese Möglichkeit gibt es allerdings in recht eng gefassten Grenzen (u. a. soziale Gründe des Patienten).

Nach § 13 Abs. 4 SGB V kann ein Patient auch Kostenerstattung wählen, wenn er sich im EU-Ausland ambulant behandeln lässt.

Vereinbarung einer reinen Privatbehandlung nach § 4 Abs. 5 BMV-Z und § 8 Abs. 3 EKV-Z
Sofern der Patient sich vollständig von den Regelungen des Sozialgesetzbuches lösen und rein privat behandelt werden möchte, ist dies möglich. Maßgeblich sind hierfür die Bestimmungen des § 4 Abs. 5 BMV-Z und des § 8 Abs. 3 EKV-Z.

Mehrkostenvereinbarungen nach § 28 Abs. 2 SGB V (Füllungstherapie) und § 30 Abs. 3 (Zahnersatz)
Darüber hinaus gibt es für den Kassenpatienten die Möglichkeit, mit dem Zahnarzt so genannte Mehrkostenvereinbarungen abzuschließen (z. B. bei aufwändigem Zahnersatz jenseits der Kassenversorgung gem. § 30 Abs. 3 SGB V).

Rechtliche Tücken bei Privatvereinbarungen

Bei Privatvereinbarungen ist immer zu beachten, dass die gesetzlichen Formvorschriften und die von der Rechtsprechung aufgestellten Grundsätze beachtet werden. Andernfalls läuft der Zahnarzt Gefahr, wegen Unwirksamkeit einer Vereinbarung bisweilen sehr schmerzhafte Honorareinbußen zu erleiden. Aus diesem Grunde sollte Folgendes bei Vereinbarungen mit dem Patienten beachtet werden:

Honorarvereinbarung im Vorfeld der Behandlung
Unbedingt empfehlenswert ist es, Honorarvereinbarungen im Vorfeld der Behandlung zu treffen. Nach einer Entscheidung des Oberlandesgerichts Karlsruhe vom 15.7.1999 (AZ 12 U 288/98) ist es nicht ausreichend, wenn die Honorarvereinbarung kurz vor Behandlungsbeginn getroffen wird. Dem Patienten müsse ausreichend Zeit eingeräumt werden, um sich über die Tragweite der Vereinbarung Gedanken machen zu können (z. B. Rücksprache mit seiner privaten Krankenversicherung über den Umfang der Erstattung). Im konkreten Fall wurde vom Gericht die Honorarvereinbarung für unwirksam erklärt.

Individuelle Vereinbarung
Von der Rechtsprechung wird auch immer wieder gefordert, dass Honorarvereinbarungen individuell mit dem Patienten getroffen werden, also keine vorgefertigten Texte verwendet werden.

Unterschriften des Patienten und des Zahnarztes
Sehr wichtig ist auch, dass Vereinbarungen sowohl vom Patienten als auch vom Zahnarzt unterschrieben werden. Nach einer Entscheidung des Landgerichts München (Medizinrecht 1985, Seite 128) ist eine Vereinbarung nach § 2 GOZ ansonsten unwirksam. Nicht ausreichend sei dabei ein Stempel oder eine Faksimile-Unterschrift.

Auch bei Mehrkostenvereinbarungen mit Kassenpatienten ist nach einer Entscheidung des Oberlandesgerichts Hamm vom 16.8.1999 (AZ 3 U 235/98) die Unterschrift sowohl des Zahnarztes als auch des Patienten unbedingt erforderlich. Durch ein entsprechendes Versäumnis entgingen einem Zahnarzt in dem konkreten Fall ein Honorarbetrag von 13.800,– DM.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

Formvorschriften bei § 2 GOZ
Besonders sollte man darauf achten, die Formvorschriften bei § 2 GOZ einzuhalten.

Formal ist bei einer Vereinbarung nach § 2 Abs. 1 und Abs. 2 GOZ u. a. zu beachten:

- die Vereinbarung ist nach § 2 Abs. 2 GOZ vor Erbringung der Leistung des Zahnarztes in einem Schriftstück zu treffen.
- Das Schriftstück muss die Feststellung enthalten, dass eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht in vollem Umfange gewährleistet ist.
- Weitere Erklärungen darf die Vereinbarung nicht enthalten. Der Zahnarzt muss den Patienten darüber hinaus einen Abdruck der Vereinbarung aushändigen.

Diese Formvorschriften sind verbindlich. So wäre zum Beispiel ein zusätzlicher Hinweis bei einer Vereinbarung nach § 2 GOZ für die Wirksamkeit der Vereinbarung schädlich (z. B. Hinweis auf eine bestehende hohe Qualität und Präzision der Praxis). Nach einer Entscheidung des Bundesgerichtshofs vom 9.3.2000 (AZ III ZR 356/98) soll auf diese Weise der Patient vor verwirrenden Vertragszusätzen geschützt werden, damit er klar erkennen kann, was er unterschreibt.

Auch bei § 2 Abs. 3 GOZ (Verlangensleistungen) sind Formvorschriften zu beachten. So muss der Heil- und Kostenplan vor Erbringung der Leistung erstellt werden und die einzelnen Leistungen und Vergütungen sowie die Feststellung enthalten, dass es sich um Leistungen auf Verlangen handelt und eine Erstattung möglicherweise nicht gewährleistet ist.

Sondervereinbarungen bei Honorarforderungen
Für den Zahnarzt gibt es verschiedene Möglichkeiten, Sonderabreden mit dem Patienten in Bezug auf das zu zahlende Honorar zu treffen. Denkbar ist beispielsweise eine Stundung und Ratenzahlung des Honorars, wenn der Patient in »Zahlungsschwierigkeiten« ist und in begrenztem Umfang auch ein Honorarvorschuss. Nachfolgend einige Beispiele für mögliche und nicht mögliche Vereinbarungen mit dem Patienten:

Honorarvorschuss
Nach § 10 Abs. 1 GOZ wird das zahnärztliche Honorar erst mit Rechnungsstellung fällig. Für den Zahnarzt ist es aufgrund dieser Regelung nicht möglich, das zahnärztliche Honorar im Vorfeld zu verlangen. Anders sieht die Rechtslage bei anderen Freiberuflern, zum Beispiel Anwälten, aus. Diese können einen Vorschuss auf ihr Honorar verlangen.

Anders beurteilt sich die Situation aber in Bezug auf Auslagen und Aufwendungen des Zahnarztes, die nicht Gegenstand seines Honorars sind. Hier sind insbesondere die Auslagen des Zahnarztes für den Zahntechniker von besonderer Relevanz. Nach einer Entscheidung des Oberlandesgerichts München vom 11.5.1995 (AZ 1 U 5547/94) ist es für den Zahnarzt möglich, bereits zu Beginn der Behandlung eine angemessene Vorschusszahlung für Material- und Laborkosten zu vereinbaren. Unerheblich ist dabei, ob die Zahntechnikerrechnung bezahlt wurde oder nicht. Dem Zahnarzt ist es sogar möglich, die Behandlung davon abhängig zu machen, dass in Bezug auf die Zahntechnikkosten ein Vorschuss geleistet wird. Den Mustertext für eine entsprechende Vereinbarung finden Sie in diesem Kapitel unter 8.3.4.

Abtretung von Erstattungsansprüchen beim Privatpatienten und Kassenpatienten
Nach § 53 SGB I ist es grundsätzlich möglich, dass der Patient einen denkbaren Erstattungsanspruch gegenüber der Krankenkasse an den Zahnarzt abtritt. Allerdings gibt es hier Hürden (insbesondere muss die Krankenkasse der Abtretung zustimmen, sofern sie feststellt, dass sie im wohlverstandenen Interesse des Patienten liegt). Ansprüche des Privatpatienten gegenüber seiner privaten Krankenversicherung können nicht abgetreten werden. Grund sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der privaten Krankenversicherungswirtschaft, die eine solche Abtretung ausschließen und auf die in den Versicherungsverträgen der privaten Krankenversicherungen Bezug genommen wird.

Anweisung durch Patienten
Dem Patienten ist es zwar nicht möglich, seinen Erstattungsanspruch gegenüber der privaten Krankenversicherung an den Zahnarzt abzutreten. Möglich ist es aber, dass der Patient die private Krankenversicherung formlos anweist, den Erstattungsbetrag an den

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

Zahnarzt zu überweisen. Diese Möglichkeit ist sicherlich durchaus von Relevanz, auch wenn es letztlich beim Patienten liegt, ob es tatsächlich zu der Anweisung kommt.

Abtretung der zahnärztlichen Honorarforderungen an Verrechnungsstellen
Hier sollte unbedingt darauf geachtet werden, dass der Patient in eine entsprechende Abtretung einwilligt. Ohne eine derartige Einwilligung ist eine Abtretung nicht wirksam, mit der Folge, dass die Verrechnungsstelle das Honorar nicht geltend machen kann. Es gibt immer wieder Fälle, dass private Verrechnungsstellen bei entsprechenden Formfehlern bei der Abtretung nicht eintreibbare Forderungen an den Zahnarzt zurückgeben, was unter Umständen massive finanzielle Folgen haben kann. Zudem ist zu beachten, dass die Einwilligung des Patienten, dass Daten an eine private Verrechnungsstelle weitergegeben werden, auch unter dem Gesichtspunkt der zahnärztlichen Schweigepflicht unbedingt vorliegen muss.

Stundung und Ratenzahlung
Dem Zahnarzt ist es möglich, mit dem Patienten eine Stundung oder eine Ratenzahlung zu vereinbaren. Bei einer entsprechenden schlechten finanziellen Situation des Patienten kann es im Einzelfall durchaus sinnvoll sein, diese entsprechende Möglichkeit zu nutzen, bevor das Honorar unter Umständen mit ungewissem Erfolg vor Gericht geltend gemacht wird.

Bei Vereinbarungen sollten dabei folgende Punkte aufgenommen werden:
- Forderungsanerkennung des Patienten (u. a. Folge, dass die Verjährungsfrist neu zu laufen beginnt).
- Aufnahme einer Klausel, wonach bei Nichtzahlung einer Rate die Restforderung des Zahnarztes ohne Mahnung fällig wird.

Einen Mustertext für eine entsprechende Vereinbarung finden Sie in diesem Kapitel unter 8.3.4.

Erlass von Forderungen durch den Zahnarzt
Bei dem Erlass von Forderungen durch den Zahnarzt ist eine gewisse Vorsicht angebracht. Wenn der Patient zum Beispiel bei seiner privaten Krankenversicherung eine Zahnarztrechnung einreicht, bekommt er auf diese Rechnung seine tarifgemäße Erstattung. Wenn sich nun der Rechnungsbetrag des Zahnarztes von vornherein oder im Nachhinein reduziert (der Zahnarzt wird zum Beispiel von einem Freund gefragt, ob er ihm etwas von der Forderung intern erlassen könne), so ist ein entsprechendes Verhalten des Patienten und Zahnarztes durchaus von rechtlicher Relevanz. Grund ist, dass die private Krankenversicherung Kenntnis von der reduzierten Rechnung bekommen müsste, wobei der Erstattungsbetrag entsprechend geringer ausfallen würde. Um nicht mit strafrechtlichen Bestimmungen in Konflikt zu kommen, sollte der Zahnarzt deshalb von derartigen Erlass-Ansinnen seiner Patienten unbedingt Abstand nehmen.

Mahnwesen

Fälligkeit des Honorars
Wie ausgeführt, wird nach § 10 Abs. 1 GOZ das zahnärztliche Honorar mit Erbringung der Leistung und Rechnungsstellung fällig. Ohne eine Rechnungsstellung tritt deshalb keine Fälligkeit und damit auch kein Verjährungsbeginn ein. Zu beachten ist allerdings, dass ein Anspruch grundsätzlich verwirken kann, wenn eine Forderung über einen längeren Zeitraum nicht geltend gemacht wird, und der Schuldner nicht mehr damit rechnen konnte, dass er zur Zahlung herangezogen wird. So hat beispielsweise das Landgericht Münster mit Urteil vom 1.7.1999 (AZ 8 S 27/999) entschieden, dass eine zahnärztliche Forderung verwirkt ist, wenn der Zahnarzt eine Rechnung erst nach vier Jahren stellt (u. U. mit der Folge, dass er von seiner privaten Krankenversicherung nach dieser langen Zeit keine Rückerstattung mehr bekommen kann).

Bis 2001 galt für zahnärztliche Forderungen eine zweijährige Verjährungsfrist. Ab 1.1.2002 gilt für zahnärztliche Honorarforderungen jetzt eine dreijährige Verjährungsfrist. Beginn der Verjährung ist jeweils am Ende des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist. Hiernach verjährt zum Beispiel eine von einem Zahnarzt für eine Behandlung im Jahr 2003 gestellte Rechnung am 31.12.2006. Die Verjährungsfrist beginnt somit am 1.1.2004. Ende der Verjährungsfrist ist danach der 31.12.2006.

Hemmung und Neubeginn der Verjährung
Unter bestimmten Voraussetzungen ist es möglich, dass eine Verjährungsfrist neu anläuft (z. B. wenn gerichtliche Vollstreckungsmaßnahmen vorgenommen und beantragt werden). Darüber hinaus ist es mög-

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

lich, dass eine Verjährung gehemmt, das heißt unterbrochen wird (z. B. durch die Beantragung eines Mahnbescheides oder durch Verhandlungen über den Anspruch).

Unabhängig vom eigentlichen Thema des zahnärztlichen Honorars gibt es auch in weiteren Bereichen Neuerungen bei Verjährungsfristen. So verjähren Ansprüche gegenüber Zahntechnikern bei Mängeln der zahntechnischen Arbeit nicht wie bisher bereits nach sechs Monaten, sondern erst nach zwei Jahren. Schadensersatz- und Schmerzensgeldansprüche von Patienten (bei Verletzung ihrer Gesundheit) verjähren einheitlich nach dreißig Jahren (bislang betrug die Verjährungsfrist für entsprechende Schadensersatz- und Schmerzensgeldansprüche drei Jahre).

Mahnwesen
Ab 1.1.2002 gibt es eine neue gesetzliche Regelung, wonach der Verzug des Patienten (ab dem Verzugszinsen gezahlt werden müssen), automatisch nach Ablauf von 30 Tagen nach Rechnungsstellung eintritt. Bei Verbrauchern, also auch bei Patienten, tritt dieser automatische Verzug aber nur dann ein, wenn der Patient in der Rechnung auf diese Rechtsfolge hingewiesen wurde. Praktikabler ist es deshalb, in der Rechnung eine Klausel aufzunehmen, wonach die Rechnung bis zu einem konkret bestimmten Kalendertag bezahlt werden muss. Problematisch ist immer eine Formulierung, zum Beispiel wie »Zahlung nach Erhalt der Rechnung innerhalb von zwei Wochen«, da sich der exakte Kalendertag so nicht bestimmen lässt und kein automatischer Verzug eintritt. Sofern auf der Rechnung keine entsprechende Klausel verwendet wurde, muss der Patient separat mit einer Mahnung in Verzug gesetzt werden.

Als Verzugszinsen kann der Zahnarzt nicht wie es die frühere gesetzliche Regelung vorsah, 4 %, sondern deutlich höhere Zinsen geltend machen. Bei Verbrauchern (Patienten) können Verzugszinsen von 5 % über dem Basissatz der Bundesbank (seit 1.1.2000 1,14 %) geltend gemacht werden. Derzeit also 6,14 %. Bei Geschäften mit Nichtverbrauchern (z. B. Geschäftspartnern des Zahnarztes) können Verzugszinsen in Höhe von 8 % zzgl. Basiszinssatz verlangt werden, also derzeit 9,14 %.

Zu beachten ist, dass einfache Mahnschreiben rechtlich nicht zu einer Hemmung oder Unterbrechung der Verjährung führen, sondern hierfür vielmehr die Einleitung eines gerichtlichen Mahnverfahrens erforderlich ist.

Sonderfälle beim zahnärztlichen Honorar

Nichtvorlage der Krankenversichertenkarte
Bei Nichtvorlage der Krankenversichertenkarte ist der Zahnarzt berechtigt, von dem Patienten ein Privathonorar zu verlangen, das zurückzuzahlen ist, wenn der Patient die Krankenversichertenkarte innerhalb von 10 Tagen nachreicht.

Nichteinhalten eines Behandlungstermins
Zwischenzeitlich gibt es eine Vielzahl von Urteilen von Amts- und Landgerichten, die sich mit der Frage eines Honoraranspruches für Zahnärzte befassen, wenn der Patient einen Behandlungstermin nicht einhält. Wichtig ist, dass der Patient im Vorfeld der Behandlung auf die Folgen einer Terminversäumung hingewiesen wird und dies schriftlich dokumentiert wird. Bei einem entsprechenden vom Patienten unterschriebenen Hinweis stehen die Chancen für den Zahnarzt sehr gut, eine Honorierung zu erhalten. Ein entsprechendes Musterformular ist in diesem Kapitel unter 8.3.5. zu finden. Umfangreiche Urteile zu dem Thema finden sich in der GOZ-Urteilssammlung der Zahnärztekammer Nordrhein (Bestandteil des Praxishandbuchs).

Honorarhaftung von Ehegatten
Ehegatten sind sich nach der gesetzlichen Regelung gegenseitig zum Unterhalt verpflichtet. Bei Geschäften zur Deckung des täglichen Lebensbedarfes haften Ehegatten für die Forderung ihres Partners. Dies gilt auch für zahnärztliche Forderungen, sofern es sich nicht um »Luxusversorgungen« handelt.

Behandlung naher Angehöriger
Die so genannte »Verwandtenklausel« in Verträgen von privaten Krankenversicherern ist für die Betroffenen ein Ärgernis. Diese Klauseln sehen vor, dass Honorarforderungen von nahen Angehörigen (Ehepartner, Eltern, Kinder) nicht erstattungsfähig sind. Der Bundesgerichtshof hat diese Klauseln zwischenzeitlich für rechtens erachtet, wobei es eine Zeit lang

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

auf Grund von Urteilen des Landgerichts Lüneburg in diesem Bereich Hoffnung gab.

Überschreiten von Heil- und Kostenplänen
Sorgfalt ist insbesondere bei der Schätzung von Material- und Laborkosten bei Heil- und Kostenplänen angesagt. Nach der Rechtsprechung dürfen diese Kosten nicht wesentlich überschritten werden, wobei eine Toleranz von etwa 15–20 % für Überschreitungen zugebilligt wird.

Zahlungsunfähigkeit des Patienten vor Behandlungsbeginn
Sofern ein Patient bereits vor Behandlungsbeginn zahlungsunfähig war (Eidesstattliche Versicherung wurde abgegeben), so ergeben sich hier Ansatzpunkte für eine Betrugsanzeige des Zahnarztes. Bei Patienten kann es hilfreich sein, auf die strafrechtlichen Folgen eines solchen Verhaltens hinzuweisen, um die Notwendigkeit der Zahlung deutlich zu machen.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

8.2.2.1. Anwendbarkeit der GOZ für Kapitalgesellschaften?

Es gibt unterschiedliche Gerichtsurteile zu der Frage, ob die Leistungsabrechnung über die GOÄ für eine ärztliche Kapitalgesellschaft (Ärzte GmbH oder MVZ-GmbH) verpflichtend ist, wobei die Thematik auch die GOZ betrifft. Im zahnärztlichen Bereich ist Ausgangspunkt dieser Frage § 15 Zahnheilkundegesetz (ZHG), der die Basis für den Erlass der GOZ durch den Verordnungsgeber bildet.

Nach § 1 Abs.1 GOZ bestimmen sich die Vergütungen für die beruflichen Leistungen der Zahnärzte nach der GOZ, soweit nicht durch Bundesgesetz etwas anderes bestimmt ist. Zudem ist nach § 15 ZHG den berechtigten Interessen der Zahnärzte und der zur Zahlung der Entgelte Verpflichteten Rechnung zu tragen.

GOÄ (und GOZ) auch bei Kapitalgesellschaften

In seinem Urteil vom 19.12.2019 (17 HK O 11322/18) kommt das Landgericht München I zu dem Ergebnis, dass an der Anwendbarkeit der GOÄ der Umstand nichts ändere, dass das Angebot nicht von einem Arzt unmittelbar stamme, sondern von einer juristischen Person. Denn § 1 Abs. 1 GOÄ stelle allein auf die beruflichen Leistungen der Ärzte ab, ohne zwischen Leistungen zu differenzieren, die aufgrund eines Behandlungsvertrages zwischen Arzt und Patient oder von Ärzten im Rahmen eines Angestellten- oder sonstigen Beschäftigungsverhältnisses ohne eigene vertragliche Beziehung zum Patienten erbracht werden. Auch der Bundesgerichtshof gehe davon aus, dass der Wortlaut der Vorschrift des § 1 GOÄ weit gefasst ist und die Vergütung für ärztliche Leistungen insgesamt erfasst.

In seiner Entscheidung betont das LG München, dass nur die dargestellte Auffassung geeignet sei, den in der Ermächtigungsnorm zum Ausdruck kommenden Zweck der Gebührenordnung, einen angemessenen Ausgleich der berechtigten Interessen der Ärzte und der zur Zahlung der Entgelte Verpflichteten herbeizuführen, zur Durchsetzung zu verhelfen. Gründe dafür, dass die Interessen der zur Zahlung der Entgelte Verpflichteten weniger schutzwürdig und die Interessen der an den Entgelten Berechtigten weniger regelungsbedürftig sein sollten, wenn die ärztliche Tätigkeit durch einen Berufsträger erbracht wird, der von einer juristischen Person beschäftigt wird und diese juristische Person Vertragspartner des Patienten wird, seien nicht ersichtlich.

Bereits im Jahr 2016 hatte das Berliner Kammergericht in seinem Urteil vom 04.10.2016 (5 U8/16) entschieden, dass es an der Anwendbarkeit der GOÄ nichts ändere, wenn ein Angebot zur Brustvergrößerung auf einer Internet-Plattform von einer in der Rechtsform einer GmbH betriebenen Privatklinik stamme.

In seinem sehr lesenswerten Urteil vom 16.08.2023 (5 U 32/22) befasst sich auch das OLG Köln eingehend mit der Frage der Anwendbarkeit der GOÄ bei Kapitalgesellschaften. Der Wortlaut des § 1 Abs. 1 GOÄ stelle auf die beruflichen Leistungen der Ärzte ab und differenziere nicht zwischen selbstständigen und etwa angestellten Ärzten. Die Vergütung für solche ärztlichen Tätigkeiten soll nach den Regelungen der GOÄ erfolgen, soweit nicht durch Bundesgesetz etwas anderes bestimmt ist. Der Wortlaut des § 1 Abs. 1 GOÄ ist ersichtlich weit gefasst und scheint die Vergütungen für ärztliche Leistungen insgesamt zu erfassen (BGH, Urteil vom 12.11.2009, III ZR 110/09).

Kapitalgesellschaften können Preise frei vereinbaren

Das OLG Frankfurt kommt in einem Beschluss vom 21.09.2023 (6 W 69/23) zu dem Ergebnis, dass Vertragspartner auf Behandlerseite nicht nur ein Arzt sein kann, sondern vielmehr auch Kapitalgesellschaften oder Personengesellschaften Vertragspartner sein können. Adressat der GOÄ seien ausschließlich Ärzte als Vertragspartner des Patienten aus dem Behandlungsvertrag (§ 1 Abs 1 GOÄ). Hingegen sei die GOÄ nicht verbindlich im Verhältnis des Patienten zu einer Kapitalgesellschaft als Leistungserbringer und Behandelnder. Eine Ärzte-GmbH oder MVZ-GmbH sei also nicht verpflichtet, ihre Leistungen an Selbstzahlern nach GOÄ abzurechnen. Sie könnten also – anders als Ärzte – freie Preise vereinbaren.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2024

In einem Urteil vom 09.11.2023 (6 U 83/23) bestätigt das OLG Frankfurt den Beschluss. Wie der Senat bereits entschieden habe, seien Adressaten der GOÄ ausschließlich Ärzte als Vertragspartner der Patienten aus dem Behandlungsvertrag. Deshalb könnten Gesellschaften – wie eine Ärzte-GmbH – Preise frei vereinbaren, wenn sie den Behandlungsvertrag durch einen angestellten Arzt oder einen Honorararzt erbringen, den nicht der Patient, sondern die Gesellschaft bezahlt.

Angesichts dieser uneinheitlichen Rechtsprechung kann man gespannt sein, welche der Auffassungen sich durchsetzen wird. Es spricht viel dafür, dass die Gebührenordnungen der GOÄ und GOZ auch für Kapitalgesellschaften (z.B. MVZ-GmbH) verbindlich sind. Hierfür spricht auch der Wortlaut des § 1 Abs.1 GOZ, wonach sich die Vergütungen für die beruflichen Leistungen der Zahnärzte nach dieser Verordnung bestimmen, soweit nicht durch Bundesgesetz etwas anderes bestimmt ist. Es wäre nicht mit dem Sinn und Zweck von § 15 Satz 3 des Zahnheilkundegesetzes als Ermächtigungsnorm vereinbar, wonach den berechtigten Interessen der Zahnärzte und der zur Zahlung der Entgelte Verpflichteten Rechnung zu tragen ist. Nicht nachvollziehbar wäre es, wenn dies bei Kapitalgesellschaften nicht gelten sollte.

RA Michael Lennartz
www.lennmed.de

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2024

8.2.3. Mahnwesen

Einleitung

In der Regel wird ein Zahnarzt seinem Patienten mit der Rechnung ein bestimmtes Zahlungsziel vorgeben. Stellt er jedoch fest, dass trotz Erreichen dieses Zahlungszieles ein Zahlungseingang nicht zu verbuchen ist, ist zu fragen, wie er weiter vorgehen kann.

Die Überwachung des außergerichtlichen Inkassos ist in dem zu benötigten Aufwand nicht zu unterschätzen. Von daher ist auf alle Fälle ein EDV-gestütztes Mahnwesen empfehlenswert. Es gibt hier zahlreiche Programme auf dem Markt; vielfach wird das Mahnwesen jedoch auch aus bereits mit den traditionellen Abrechnungsprogrammen angeboten. Ein solches DV-gestütztes Mahnwesen erstellt

- eine Mahnvorschlagsliste
- per Serienbrief Mahnungen
- dokumentiert die Überwachung des Zahlungseinganges.

Mit Überschreiten des fixierten Zahlungstermins gerät der Patient in den so genannten Schuldnerverzug. Mit Eintreten des Verzuges ist der Patient verpflichtet, gemäß § 286 BGB den durch den Eintritt des Verzuges entstandenen Schaden auszugleichen und gemäß § 288 BGB die Verzugszinsen zu bezahlen.

Zu beachten ist, dass sich am 1. Mai 2000 die Rechtslage in Bezug auf den Verzug grundlegend mit dem Gesetz zur Beschleunigung fälliger Zahlungen geändert hat. Bislang war die Situation dergestalt, dass ein Gläubiger einen Schuldner wegen rückständiger Zahlungen zunächst durch eine Mahnung in Verzug setzen musste, um den Verzugsschaden (z. B. Mahn- und Anwaltskosten) und die Verzugszinsen geltend machen zu können. Die gesetzliche Neuregelung sieht vor, dass ab 1. Mai 2000 säumige Zahler automatisch 30 Tage nach Fälligkeit und Zugang einer Rechnung in Verzug geraten; damit ist grundsätzlich eine Mahnung nicht mehr erforderlich, um Verzugsschaden und Verzugszinsen geltend machen zu können. Neu ist auch, dass die bisherigen gesetzlichen Verzugszinsen von 4 % per anno deutlich angehoben wurden. Der Gläubiger kann jetzt Verzugszinsen verlangen, die um 5 % höher sind als der Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank. Zu empfehlen ist, sich bei seiner Hausbank regelmäßig nach der Höhe des Basiszinssatzes zu erkundigen. Aktuelle Informationen zur Höhe des Basiszinssatzes finden Sie auch auf der Internetseite »http://basiszinssatz.info/«. Unabhängig davon kann auch ein höherer Zinssatz im Wege des Verzugsschadens geltend gemacht werden, wenn der Zahnarzt zum Beispiel nachweist, dass er laufend einen Bankkredit in Anspruch nimmt.

Die Regelung, wonach der Verzug automatisch nach Ablauf von 30 Tagen nach Zugang einer Rechnung beginnt, ist dispositiv, kann also zwischen den Vertragsparteien abgeändert werden. Grundsätzlich können daher andere Modalitäten für den Eintritt des Verzuges vereinbart werden. Allerdings dürfen bei Verträgen mit Verbrauchern nur für den Verbraucher günstigere Regelungen vereinbart werden. Daher ist eine Vereinbarung mit einem Verbraucher (Patienten) nicht mehr möglich, wonach ein Zahlungsziel vereinbart wird, das kürzer als 30 Tage ist.

Der Zahnarzt muss in einem Streitfall beweisen, dass der Patient die Rechnung auch bekommen hat. Aus diesem Grunde ist es zu empfehlen, sich den Erhalt einer Rechnung unmittelbar schriftlich bestätigen zu lassen. Sofern eine per Post übersandte Rechnung nicht innerhalb von 30 Tagen beglichen wurde, empfiehlt es sich im Einzelfall, die Rechnung verbunden mit einer Mahnung per Einschreiben erneut zu versenden.

Unabhängig zu der oben angeführten gesetzlichen Neuregelung bleibt es selbstverständlich unbenommen, den Patienten mehrfach zu mahnen.

Bleiben jedoch auch diese Mahnungen ohne Erfolg, so muss der Zahnarzt letztendlich ggf. gerichtliche Hilfe in Anspruch nehmen. Hierzu bieten sich grundsätzlich zwei Wege an:

Das gerichtliche Mahnverfahren

Hier stellt der Zahnarzt mit Hilfe eines Formblattes beim Amtsgericht den Antrag auf Erlass eines Mahnbescheides. Das Formblatt ist erhältlich in allen Schreibwarengeschäften. Örtlich zuständig ist das Amtsgericht, in dessen Bereich der Zahnarzt seine Praxis hat. Zu beachten ist allerdings, dass mittler-

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

weile in einigen Regionen Schwerpunktamtsgerichte erstellt worden sind, die für einen größeren Bereich zuständig sind. Der Rechtspfleger des Amtsgerichtes prüft nicht die Berechtigung des Anspruches; er prüft lediglich, inwieweit das Formblatt vollständig ausgefüllt ist und ob die Hälfte des geforderten Gerichtskostenvorschusses eingezahlt worden ist. Daraufhin erlässt er den Mahnbescheid und stellt diesen dem Patienten zu. Der Patient hat sodann die Möglichkeit, dagegen binnen einer Frist von 14 Tagen Widerspruch einzulegen. Reagiert der Patient nicht, kann der Zahnarzt beim Amtsgericht einen Vollstreckungsbescheid beantragen, der, wenn nicht binnen weiterer zwei Wochen kein Einspruch eingelegt wird, rechtskräftig wird und die Zwangsvollstreckungsunterlage für den Gerichtsvollzieher darstellt. Legt hingegen der Patient Widerspruch ein, so wird das Mahnverfahren in ein streitiges Gerichtsverfahren übergeleitet. Zu diesem Zeitpunkt muss der Zahnarzt die zweite Hälfte der Gerichtskosten einzahlen und wird sodann von dem Richter des Amtsgerichtes aufgefordert, den im Mahnbescheid geltend gemachten Anspruch in Form einer Klage darzulegen und darüber hinaus ggf. Beweise anzutreten.

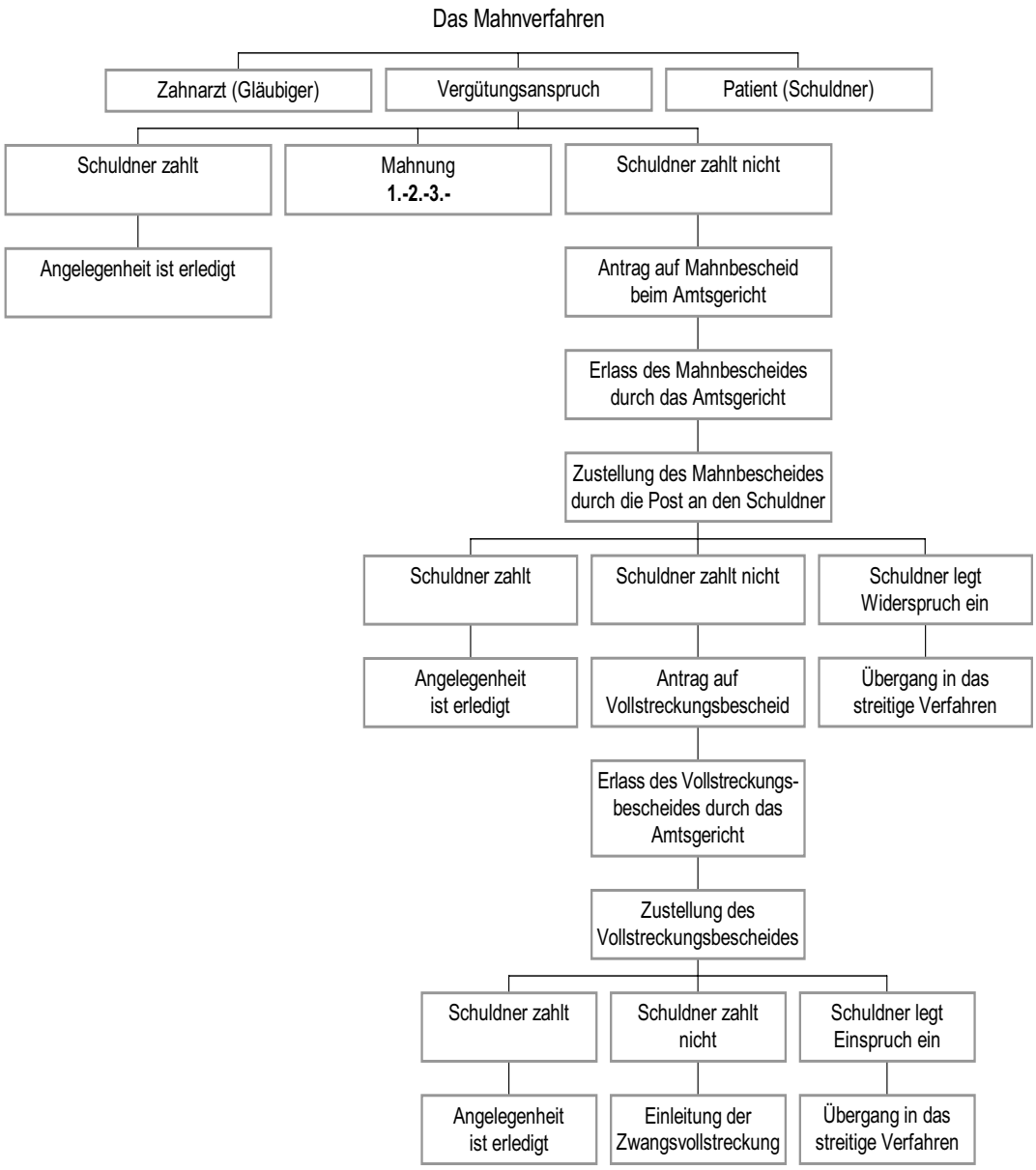
Klageverfahren

Der Zahnarzt kann hingegen auch ohne Mahnbescheidverfahren unmittelbar Klage erheben. Die Zuständigkeit des Gerichtes ergibt sich aus der Höhe des Streitwertes (Rechnungsbetrag) und dem Sitz der Praxis. Liegt der Streitwert bis € 5.000,00 so ist das Amtsgericht zuständig. Der Zahnarzt braucht sich hier nicht durch einen Rechtsanwalt vertreten zu lassen. Mit dem Betrag von € 5.000,01 ist jedoch das übergeordnete Landgericht zuständig, bei dem auch ein Anwaltszwang besteht. Tritt der Zahnarzt ohne Rechtsanwalt auf, so wird er behandelt als sei er gar nicht aufgetreten. Das Klageverfahren endet mit einem Urteil, das wiederum den Vollstreckungstitel darstellt und mit Hilfe dessen der Gerichtsvollzieher die Zwangsvollstreckung betreiben kann.

Wenn der Schuldner kein pfändbares Einkommen und/oder pfändbare Gegenstände besitzt bzw. schon eine Eidesstattliche Versicherung abgegeben hat, können die Forderungen nur in der Langzeitverfolgung beigetrieben werden. Dabei ist zu beachten, dass aus einem Vollstreckungstitel über den Zeitpunkt von 30 Jahren mehrfach die Vollstreckung versucht werden kann. Die Wirkung einer Eidesstattlichen Versicherung wirkt über den Zeitraum von 3 Jahren, so dass innerhalb dieses Zeitraumes eine Zwangsvollstreckung von vornherein erfolglos ist. Es kann aber jederzeit die Abgabe einer neuen Eidesstattlichen Versicherung beim Amtsgericht beantragt werden, wenn man als Gläubiger der Auffassung ist, dass die abgegebene Eidesstattliche Versicherung inhaltlich unrichtig ist bzw. wenn sich die wirtschaftlichen Verhältnisse des Patienten/Schuldners geändert haben.

Das nachfolgende Schaubild erläutert das Mahnverfahren im Einzelnen.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011



© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

8.2.4. Zahlungsmodalitäten im Rahmen der Rechnungsstellung

Leider ist nicht immer gewährleistet, dass der Zahnarzt für seine umfangreichen fachärztlichen Bemühungen das verdiente Honorar erhält. Von daher stellt sich für den Behandler oft die Frage, welche Möglichkeiten er hat, sich sein Honorar zu sichern.

Das Gesetz selbst regelt die Fälligkeit der zahnärztlichen Vergütung in § 614 BGB. Diese Vorschrift bestimmt, dass das Honorar erst nach Erbringen sämtlicher Dienstleistungen beansprucht werden kann und letztlich aber auch erst dann fällig wird, wenn eine ordnungsgemäße Rechnung im Sinne von § 10 GOZ erstellt wird. Jedoch ist § 614 BGB dispositiv, d. h. im Wege einer individualvertraglichen Abrede kann eine von der gesetzlichen Regelung abweichende Vereinbarung getroffen werden. Somit ist es ohne weiteres möglich, auch Vorauszahlungen mit dem Patienten zu vereinbaren.

Dem stehen auch nicht sozialrechtliche Regelungen entgegen. Danach darf der Vertragszahnarzt seine Leistungen nicht von einer Vorleistung des Versicherten abhängig machen. Hiermit wird jedoch kein Verbot einer Vorauszahlung ausgesprochen; es wird lediglich untersagt, die Erbringung der eigenen zahnärztlichen Leistungen von einer Vorauszahlung abhängig zu machen. Erklärt sich der Patient mit einer Vorauszahlung nicht einverstanden, so bleibt es bei der gesetzlichen Regelung des § 614 BGB.

Aus Gründen der Rechtsklarheit wie der Beweissicherung sollten solche Vorauszahlungsvereinbarungen schriftlich getroffen werden, selbst wenn das Gesetz für eine solche Vereinbarung keine Schriftform fordert. Mit Hilfe einer solchen schriftlichen Vereinbarung könnte zumindest vereinbart werden, dass der Patient verpflichtet ist, die seitens des Behandlers zu verauslagenden Material- und Laborkosten unabhängig von den Erstattungsleistungen seines Versicherers vorab zu bezahlen.

Nach Erstellung der Liquidation sind abgestufte, auf den Einzelfall abgestimmte Zahlungsmöglichkeiten für den Patienten denkbar.

Einige Zahnärzte denken auch daran, sich die Erstattungsansprüche des Patienten gegen den privaten Krankenversicherer zur Sicherung des eigenen zahnärztlichen Honorars abtreten zu lassen. Hierbei ist jedoch zu bedenken, dass die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der privaten Krankenversicherer ein Abtretungsverbot beinhalten. Das Gleiche gilt für die Beihilfebestimmungen der Beihilfestellen. Eine Abtretungsvereinbarung entgegen diesem Abtretungsverbot ist letztendlich rechtsunwirksam. Im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung ist zu beachten, dass nach § 53 SGB I eine Abtretung im wohlverstandenen Interesse des Berechtigten liegen muss. Dabei muss es sich nicht lediglich um ein wirtschaftliches, sondern auch um ein rechtliches Interesse handeln.

Oftmals scheitern Zahlungen der Patienten daran, dass sie zwar dem Grunde nach willig sind, den Betrag zu bezahlen, dass sie jedoch aufgrund verschiedenster Umstände sich derzeit außerstande sehen, den geschuldeten Honorarbetrag mit einer Zahlung auszugleichen. In diesen Fällen bleibt dem Behandler oftmals keine andere Möglichkeit, als dem Patienten den Betrag zu stunden. In solchen Fällen sollten Ratenzahlungsvereinbarungen getroffen werden, deren Kernstück aber auch die Verzinsung der gestundeten Beträge sein muss. Wichtig ist immer, dass der Patient in der Ratenzahlungsvereinbarung auch anerkennt, einen bestimmten Betrag aus der konkreten zahnärztlichen Behandlung zu schulden. Dies hat insbesondere den verfahrensrechtlichen Vorteil, dass man im Falle einer streitigen Auseinandersetzung unmittelbar aus der Ratenzahlungsvereinbarung klagen kann und dass materiell rechtliche Einwendungen des Patienten aus der zahnärztlichen Behandlung keine Rolle spielen.

Unabhängig von den vorgenannten eher traditionellen Zahlungs- und Abrechnungsweisen ist heute generell zu beobachten, dass sich unser Zahlungsverkehr grundlegend geändert hat. Anzusprechen ist hier das Lastschriftverfahren bzw. der kartengestützte Zahlungsverkehr. Auch der Zahnarzt in seiner Praxis sollte darüber nachdenken, sich diese modernen Hilfsmittel der Zahlungsweise zu Eigen zu machen.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Im Rahmen des Lastschriftverfahrens wird der Zahnarzt von seinem Patienten rechtlich in die Lage gesetzt, den Betrag unmittelbar bei der Bank des Patienten einzuziehen. Mit der Ermächtigung weist der Patient auch seine Bank an, den vereinbarten Geldbetrag an die Praxis zu überweisen. Für das Lastschriftverfahren werden benötigt:

- eine »Vereinbarung über den Einzug von Forderungen durch Lastschriftverfahren (Einzugsermächtigungsverfahren)« von der Bank
- ein in der Praxis vorrätiges Formblatt, das der Patient mit unterschreibt.

Muster einer Einzugsermächtigung finden Sie auf Seite 7 in diesem Kapitel.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Vereinbarung zur Zahlung eines Auslagenvorschusses

zwischen

Herrn/Frau Dr. med. dent. _____

und

Herrn/Frau _____

wird folgende Zahlungsvereinbarung getroffen:

1. Durchführung einer zahnprothetischen Behandlung entsprechend dem Heil- und Kostenplan vom _____

2. Die Auslagen für zahntechnische Leistungen in Höhe von voraussichtlich € _____ sind vor Behandlungsbeginn fällig

3. Die Parteien sind sich einig, dass die Auslagenerstattung unabhängig von den Erstattungsleistungen der Kostenträger erfolgt.

_____	_____	_____
Ort/Datum	Unterschrift Patient	Unterschrift Zahnarzt

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Ratenzahlungsvereinbarung

zwischen

Herrn/Frau Dr. med. dent. _____

und

Herrn/Frau _____

wird folgende Vereinbarung getroffen:

1. Herr/Frau _____ erkennt an, aus der zahnärztlichen Behandlung vom _____ bis _____ einen Betrag von _____ € zu schulden.

2. Die Parteien kommen überein, dass der geschuldete Forderungsbetrag ratenweise in monatlichen Teilbeträgen zu jeweils _____ € getilgt wird. DieRaten sind jeweils spätestens zum ersten Werktag des Monats auf das Konto
   _____
   zu überweisen oder bar zu bezahlen.

3. Gerät Herr/Frau _____ mit einer Rate in Verzug, so wird der noch offene Restbetrag zur sofortigen Zahlung fällig, wobei für ihn Verzugszinsen in gesetzlicher Höhe (5 % über dem Basiszinssatz) geschuldet werden.

_____	_____	_____
Ort/Datum	Unterschrift Patient	Unterschrift Zahnarzt

Es ist auch möglich, eine Ratenzahlung mit Zinszahlung zu vereinbaren, wobei aber der effektive Zinssatz ausgerechnet werden muss. Die Landeszahnärztekammer Baden-Württemberg hält hier unter www.lzkwb.de Informationen vor (rechtliche Hinweise und Musterformular).

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Fehlende Krankenversichertenkarte

Ich bestätige, dass ich heute am _____ ohne gültige Krankenversicherungskarte bei Zahnarzt

_____

_____

_____

zur Behandlung war.

Die von mir wegen der Nichtvorlage der gültigen Krankenversichertenkarte zu entrichtende Privatvergütung wird zurückgezahlt, wenn ich innerhalb von 10 Tagen die Krankenversichertenkarte nachreiche.

Name: _____

Anschrift: _____

_____ _____

Ort/Datum Unterschrift

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Patienteninformation zum Einzugsverfahren per Lastschrift

Liebe Patientin, lieber Patient,

das Rechnungsmanagement ist mit einem erheblichen Aufwand verbunden. Um mehr Zeit für Sie und Ihre Behandlung zu haben, möchten wir daher den Zahlungsverkehr so einfach wie möglich gestalten. Dazu bedienen wir uns des **Einzugsverfahrens per Lastschrift.**

Fällige Rechnungen werden – Ihr Einverständnis vorausgesetzt – von Ihrem Konto abgebucht, ohne dass Sie sich noch um etwas kümmern müssten. So sparen Sie sich **Zeit, gegebenenfalls Wege und Kosten – Ihr Kopf wird frei für andere Dinge.**

Die Vorteile für Sie:

- **schnell**
  Das umständliche Ausfüllen von Überweisungsformularen entfällt.

- **bequem**
  Sie ersparen sich den Weg zur Bank beziehungsweise Online-Überweisungen.

- **sicher**
  – Sie können Lastschriften bis zu 6 Wochen nach Belastung widerrufen.
  – Die Fehlerquelle „Ausfüllen des Überweisungsformulars“ wird komplett ausgeschaltet.

So einfach ist Ihre Teilnahme am Einzugsverfahren per Lastschrift: Füllen Sie das anliegende Formular aus und geben Sie es am Empfang ab.

Herzlichen Dank!

Ihr Praxisteam

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Einzugsermächtigung

Ich ermächtige hiermit widerruflich,

Frau/Herrn Dr. _____

die fälligen Rechnungsbeträge für die zahnärztliche/kieferorthopädische

Behandlung von _____

von dem nachstehend angegebenen Girokonto einzuziehen.

Kontonummer_____ Bankleitzahl _____

Name und Ort des Kreditinstitutes:

_____

Vor- und Zuname des Kontoinhabers:

_____

_____ _____

Ort/Datum Unterschrift des Kontoinhabers

Lastschriftabbuchung ist im Online-Verfahren möglich und kostengünstig im Vergleich zu anderen Abwicklungsmöglichkeiten. Entsprechende Software wird von den Banken oft kostenlos angeboten.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

8.2.5. Nichteinhalten eines Behandlungstermins durch den Patienten

Besonderen Ärger bereitet es in einer gut durchorganisierten Zahnarztpraxis, wenn ein für einen bestimmten Termin bestellter Patient nicht erscheint. In den meisten Praxen ist es aufgrund des Bestellsystems nicht möglich, in der Zwischenzeit einen anderen Patienten zu behandeln, womit das Praxisteam oftmals mehrere Stunden unproduktiv auf den nächsten Patienten warten muss.

Mit Recht fragt sich in solchen Fällen der Zahnarzt, ob er seinen Patienten nicht wegen des ausgefallenen Honorars in Anspruch nehmen kann.

In den vergangenen Jahren sind zu dieser Frage eine Fülle von positiven Gerichtsurteilen ergangen. Nachfolgend einige Beispiele:

Urteil des Landgerichtes Konstanz vom 27.5.1994 (AZ 1 S 237/93)
Im konkreten Fall nahm eine Patientin zwei Termine in einer kieferorthopädischen Praxis nicht wahr, obwohl der Zahnarzt für die jeweilige Behandlung einen genauen Termin festgelegt hatte und für den entsprechenden Zeitraum keine anderen Patienten einbestellt worden waren.

Das Landgericht Konstanz kommt entgegen der Auffassung des Amtsgerichts Konstanz zu dem Ergebnis, dass in diesem Fall ein Vergütungsanspruch des Zahnarztes aus § 615 BGB gegeben ist, da die Patientin mit der Annahme der Dienste des Zahnarztes in Verzug gekommen war. Unerheblich sei dabei, dass die Patientin kurz vor dem zweiten Termin abgesagt habe, da der Zahnarzt den Termin im Rahmen seiner Praxisorganisation nicht an einen anderen Patienten vergeben konnte.

Urteil des Amtsgerichts Karlsruhe vom 5.3.1992 (AZ 8 C 54/92)
Auch in diesem Fall wurde dem Zahnarzt bei Nichterscheinen des Patienten ein Vergütungsanspruch zugesprochen, da dieser den genau vereinbarten Termin nicht einhielt. Als Verdienstausfall konnte der Zahnarzt die Vergütung verlangen, die er bei tatsächlicher Behandlung in der vorgesehenen Zeit bekommen hätte.

Urteil des Amtsgerichtes München vom 30.6.1993 (AZ 251 C 7173/93)
In diesem Fall wurde dem klagenden Arzt grundsätzlich ein Anspruch bei Nichterscheinen des Patienten eingeräumt, wobei ihm jedoch lediglich ein vom Gericht festgesetzter Verdienstausfall in Höhe von DM 200,– eingeräumt wurde.

Urteil des Landesgerichtes Hannover (AZ 19 S 34/37)
Für eine Patientenbehandlung wurde von einem Zahnarzt eine Behandlungsdauer von vier Stunden eingeplant. Der Zahnarzt wartete vergeblich auf seine Patientin. Ihm wurde ein Schadensersatz in Höhe von DM 700,– im Hinblick auf den Praxisausfall zugebilligt.

Urteil des Amtsgerichtes München (AZ 212 C 19976/98)
In diesem Fall wurde einem Zahnarzt, der konkret nachzuweisende entgangene Gewinn zugebilligt, da sein Patient nicht zur Behandlung erschien.

Urteil des Amtsgerichtes Mannheim vom 28.09.2004 (AZ C 293/04)
In diesem Fall konnte der Zahnarzt Schadensersatz in Höhe von 100 Euro für eine ausgefallene Praxisstunde geltend machen, da der Patient den beim Zahnarzt vereinbarten Termin nicht eingehalten hat. Die Schadensersatzsumme von 100 Euro wurde vom Amtsgericht Mannheim geschätzt. Hilfreich in dem Fall war es für den Zahnarzt, dass er bereits im Jahr 2002 eine Vereinbarung über die Kostenerstattung bei Nichtwahrnehmung von Terminen mit dem Patienten geschlossen hatte.

Urteil des Amtsgerichtes Tettnang vom 22.05.1999 (AZ 7 C 719/98)
Nach dieser Entscheidung muss ein Patient, der mit seinem behandelnden Arzt oder Zahnarzt einen festen Termin vereinbart hat, den Termin rechtzeitig absagen, sofern er ihn nicht wahrnehmen kann oder will. Im konkreten Fall war die Folge eines nicht rechtzeitig abgesagten Operationstermines, dass der Patient zum Ersatz des Schadens verpflichtet war, der dem Arzt auf Grund der nicht durchgeführten Operation entstanden ist. Zum Schadensersatz gehört dabei auch der entgangene Gewinn. Bei Störung des Betriebsablaufs besteht der Schaden darüber hinaus in den entgangenen Roherlösen abzüglich ersparter Be-

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

triebskosten. In dem Fall wurde der Verdienstausfall des Arztes auf 150 DM geschätzt, was 50 % einer vollständig in Rechnung gestellten Behandlung betragen hätte.

Amtsgericht Fulda
vom 16.05.2002 (AZ 34 C 120/02)
Auch in diesem Fall hat das Amtsgericht Fulda einem Zahnarzt einen Schadensersatzanspruch in Höhe der vereinbarten Vergütung unter Anrechnung der ersparten Aufwendungen zugebilligt, da der vereinbarte Termin nicht eingehalten worden war und der Zahnarzt die Behandlungszeit nicht anderweitig nutzen konnte.

Urteil des Amtsgerichts Prenzlau
vom 12.08.2003
Dem Zahnarzt wurde ein Schadensersatz für einen vom Patienten versäumten Behandlungstermin in Höhe von 193 Euro zugebilligt. Nach der Entscheidung des Amtsgerichtes Prenzlau kann der Zahnarzt, wenn der Patient mit der Annahme der Dienste in Verzug kommt, für die infolge des Verzugs nicht geleisteten Dienste die vereinbarte Vergütung verlangen, ohne zur Nachleistung verpflichtet zu sein.

Im ärztlichen und zahnärztlichen Bereich gibt es auch einige negative Urteile, die diese Rechtsfrage anders beurteilen. So vertritt das Amtsgericht Kenzingen (AZ: C 533/93) die Auffassung, dass der Arzt keinen Anspruch bei Ausbleiben des Patienten habe; dieser Anspruch bestehe selbst dann nicht, wenn der Patient zuvor schriftlich auf eine Ersatzpflicht im Falle der Säumnis hingewiesen worden ist. Trotz der oben angeführten positiven Urteile ist es daher immer mit einem gewissen Risiko verbunden, einen Anspruch gegenüber dem Patienten wegen Nichteinhalten des Termins geltend zu machen.

Zusammengefasst lässt sich festhalten, dass ein Anspruch immer dann in Betracht kommt, wenn
– der Zahnarzt eine durchorganisierte Bestellpraxis führt
– ein »Leerlauf« in der Praxis entsteht, der sich nicht umgehen lässt
– und mit dem Patienten eine bestimmte Zeit für die Behandlung vereinbart wurde.

Angesichts der nicht immer unkomplizierten Rechtslage und aus Beweisgründen sollte sich der Zahnarzt gerade bei zeitintensiven Behandlungen und bei bekanntermaßen unzuverlässigen Patienten zusätzlich absichern. Zu diesem Zweck ist es ratsam, mit dem Patienten eine Vereinbarung zu treffen, wonach dieser verpflichtet ist, das Honorar für die im Behandlungstermin vorgesehenen Leistungen zu zahlen, wenn er am Behandlungstermin ohne rechtzeitige Information nicht erscheint. Der Entwurf eines entsprechenden Schreibens ist beigefügt. Wichtig ist, dass eine entsprechende Vereinbarung auf freiwilliger Basis getroffen wird.

Herleitbar ist der Anspruch gegenüber dem Patienten auch, wenn es sich nicht wie in den oben zitierten Urteilen um Privatpatienten, sondern um Kassenpatienten handelt. So hat das Landgericht Dortmund in seinem Urteil vom 12.11.1992 (AZ: 17 S 175/92) grundsätzlich bejaht, dass auch den Kassenpatienten eine Vergütungspflicht jedenfalls für den zahnprothetischen Bereich bei Nichterscheinen zum vereinbarten Behandlungstermin trifft.

Steht bei Terminvereinbarung noch nicht fest, welche Behandlungsmaßnahmen im Einzelnen erfolgen sollen, so empfiehlt es sich bei Ausbleiben des Patienten die Nr. 9 GOÄ (Verweilgebühr) als Pauschalbetrag in Ansatz zu bringen; auch in diesem Fall ist der Patient im Vorfeld nach Möglichkeit schriftlich über die Rechtsfolgen seines Fernbleibens zu informieren.

Zusammenfassend sollten bei Terminvereinbarungen insbesondere folgende Punkte beachtet werden:

- Der Patient sollte eine Erklärung unterschreiben, die eine Zahlungspflicht für den Fall der Terminversäumung enthält.
- Sofern der Patient verpflichtet werden soll, die bei Nichterscheinen angefallenen Gebühren zu zahlen, muss dies entsprechend vereinbart werden. Ersparte Aufwendungen (z. B. Materialkosten, Strom, Wasser etc.) sind in Abzug zu bringen.
- Da der Zahnarzt eine so genannte Schadensminderungspflicht hat, muss er versuchen, bei einer Terminversäumung andere Patienten einzubestellen, was allerdings oftmals schwierig sein dürfte.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Vereinbarung*

Für Ihre Behandlung habe ich am

_____

in der Zeit von _____ bis _____ Uhr

einen festen Termin reserviert. Bitte informieren Sie mich rechtzeitig, wenn Sie ihn nicht einhalten können. Mir entstehen durch die Nichteinhaltung von Terminen erhebliche finanzielle Einbußen. Dies gilt insbesondere dann, wenn keine anderen Patienten in der für Sie vorgesehenen Behandlungszeit behandelt werden können.

Bitte haben Sie daher dafür Verständnis, dass ich Ihnen bei unentschuldigtem Fehlen, das Honorar für die im Behandlungstermin vorgesehenen Leistungen in Rechnung stellen muss.
(Alternativ: Bitte haben Sie dafür Verständnis, dass ich Ihnen bei unentschuldigtem Fehlen pro angefangene halbe Stunde einen Betrag in Höhe von
€ _____ in Rechnung stellen muss.)

_____ _____
Ort/Datum Unterschrift Zahnarzt

Ich bin mit der oben genannten Regelung einverstanden.

_____
Unterschrift Patient

* Bei dem Text handelt es sich um einen Vorschlag, der den individuellen Praxisgegebenheiten angepasst werden kann.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

8.2.6. Berechenbarkeit der BEB-Liste

In den vergangenen Jahren ist es leider immer wieder zu Rechtsstreitigkeiten gekommen, da private Krankenversicherungen zum Teil die Auffassung vertreten, dass auch im Privatbereich für zahntechnische Leistungen die Sätze des Bundeseinheitlichen Leistungsverzeichnisses (BEL/BEL II) gelten und die Berechnung der BEB-Liste nicht möglich sei.

Zur Begründung wird häufig argumentiert, dass die Preise des BEL/BEL II angemessen im Sinne des § 9 GOZ seien, da diese auch im Bereich der Privatbehandlung üblich, angemessen und notwendig wären. Argumentiert wird dabei, dass der Verordnungsgeber der GOZ selbst davon ausgegangen sei, dass auch bei Privatpatienten die in der gesetzlichen Krankenversicherung für gewerbliche Labors und Praxislabors unterschiedlich vereinbarten Höchstpreise für zahntechnische Leistungen nicht überschritten werden dürfen, da dies nicht angemessen wäre.

Dieser Argumentation, die immer wieder vorgebracht wird, kann nicht gefolgt werden:

1. Zunächst ist festzustellen, dass sich im Text der GOZ keinerlei Hinweis findet, wonach nur die Preise des BEL/BEL II als angemessene Kosten in Ansatz gebracht werden können. Da nur der Verordnungstext Verbindlichkeit hat, ist es ohne Belang, wenn es in der nicht verbindlichen Bundestagsdrucksache Nr. 276/87 heißt, dass die in der gesetzlichen Krankenversicherung für gewerbliche Labors und Praxislabors unterschiedlich vereinbarten Höchstpreise für zahntechnische Leistungen nicht überschritten werden dürfen, da dies nicht angemessen wäre.

2. Der Bereich der privaten Zahnheilkunde ist vom Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu unterscheiden. Die Vereinbarung bzw. Festsetzung der BEL/BEL II-Preise unterliegt den Besonderheiten der gesetzlichen Krankenversicherung wie Beitragsstabilität, Finanzierungsfähigkeit, regionale vertragliche Besonderheiten etc. Diese für die Preisbildung im GKV-Bereich maßgeblichen Faktoren sind keinesfalls auf den Privatbereich übertragbar.

   Darüber hinaus ist es auch inhaltlich nicht nachvollziehbar, dass die im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung gültigen Listen im GOZ-Bereich gelten sollen. Zum einen ist im Privatbereich ein wesentlich breiteres Leistungsspektrum möglich, zum anderen gibt es in der GOZ Positionen, die nicht Gegenstand der vertragszahnärztlichen Versorgung sind (z. B. Inlay) und demzufolge nicht in der Zahntechnik-Liste der gesetzlichen Krankenversicherung aufgeführt sind.

3. Der Anspruch des Patienten gegenüber seiner privaten Krankenversicherung auf Erstattung der zahntechnischen Leistungen richtet sich nach dem individuell abgeschlossenen Vertrag. Wenn der Vertrag keine ausdrückliche Beschränkung der Erstattung auf Sätze des BEL/BEL II vorsieht, so besteht grundsätzlich ein Anspruch des Patienten auf Erstattung der BEB-Preise.

4. Leider gibt es aufgrund der zum Teil gegensätzlichen Auffassungen der privaten Krankenversicherer des Öfteren Probleme zwischen Zahnarzt/Patient und Patient/Krankenversicherung. Zu diesem Themenbereich liegen mittlerweile zahlreiche Urteile vor, wobei die obige Rechtsauffassung größtenteils gestützt wird. Vor einer höchstrichterlichen Entscheidung wird es aber voraussichtlich immer wieder zu Rechtsstreitigkeiten in dieser Frage kommen.

   Für eine Berechenbarkeit der BEB-Liste im Privatbereich haben sich unter anderem folgende Gerichte ausgesprochen:

- Urteil des Landgerichts Dortmund vom 5.5.1994 (AZ 2 O 188/92)
- Urteil des Amtsgerichts Dortmund vom 26.6.1991 (AZ 125 C 625/91)
- Urteil des Amtsgerichts Hanau vom 12.11.1993 (AZ 33 C 546/93)
- Urteil des Amtsgerichts Nürnberg vom 14.10.1994 (AZ 31 C 3271/94)
- Urteil des Amtsgerichts Essen vom 9.12.1994 (AZ 20 C 18/94)
- Urteil des Amtsgerichts Frankfurt vom 27.10.1995 (AZ 31 C 1221/93 – 10)
- Urteil des Amtsgerichts Gladbeck vom 5.2.1996 (AZ 11 C 298/95)

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

5. Gegen eine Berechnung der BEB-Liste hat sich u. a. das Landgericht Ravensburg in seinem Urteil vom 20.6.1991 (AZ 3 S 300/90) mit folgender Begründung ausgesprochen:

»Angemessen ist nach § 632 BGB eine übliche Vergütung und eine solche stellt die BEL-Liste dar, die stets dann zugrunde zu legen ist, wenn zwischen Zahnarzt und Zahntechniker keine Vergütungsvereinbarung getroffen worden ist.«

Aufgrund dieses Urteils ist es zu empfehlen, dem Zahntechniker einen ausdrücklichen schriftlichen Laborauftrag zu geben, dass die Erstellung der Zahntechnik nach BEB-Liste erfolgt.

6. Abschließend ist festzuhalten, dass sich die Angemessenheit der zahntechnischen Leistungen an den Umständen des Einzelfalles ausrichten muss. Das Amtsgericht Nürnberg hat in seinem Urteil vom 14.10.1994 ausgeführt, dass es vielfältige Gründe für die Entscheidung des Zahnarztes geben kann, ein bestimmtes Labor mit zahntechnischen Leistungen zu beauftragen, obwohl dessen Abrechnungssätze in Größenordnungen zwischen 6 und 120 Prozent über den BEL-Tarifen liegen. Als Gründe für eine Beauftragung eines solchen Labors wurden dabei u. a. genannt:

- prompter und zuverlässiger Nachbesserungs-Service
- gute Qualität der handwerklichen Leistungen im Vergleich zu anderen Labors
- gute Erfahrung mit Labor über einen längeren Zeitraum.

Nach dem Urteil des Amtsgerichts Nürnberg ist es dem Zahnarzt überlassen, ein bestimmtes Labor zu bestimmten Vergütungssätzen zu beauftragen, solange dadurch das Gleichgewicht im Sinne einer Angemessenheit zwischen Vergütung und Werkleistung gewahrt bleibt.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

8.2.7. Änderungen im Kaufrecht

Das neue Schuldrecht ist zum 01.01.2002 in Kraft getreten. Die Änderungen im Kaufrecht sind teilweise weitreichend, so dass nachfolgend einige wichtige Neuerungen vorgestellt werden.

Vorab gleich eine Information, die Sie sich merken sollten. Es macht rechtlich einen erheblichen Unterschied, ob Sie als Zahnarzt oder als Privatperson eine Anschaffung tätigen.

Kauft eine Privatperson – das Gesetz verwendet den Begriff Verbraucher – von einem Unternehmer eine bewegliche Sache, so gelten ergänzend die Vorschriften des Verbrauchsgüterkaufs, die die Stellung des Verbrauchers verbessern.

Kaufen Sie zum Beispiel einen neuen Pkw, so beträgt die gesetzliche Gewährleistungsfrist nicht mehr 6 Monate (altes Recht) sondern 2 Jahre. Dies gilt auch für alle anderen neuen beweglichen Sachen. Bei einem Verbraucher kann diese Frist durch Allgemeine Geschäftsbedingungen (AGB) nicht verkürzt werden (§ 475 Abs. 2 BGB). Kaufen Sie den Pkw für Ihre Zahnarztpraxis, so sind Sie Unternehmer und eine Verkürzung der Gewährleistungsfrist durch den Verkäufer auf 1 Jahr durch AGB ist zulässig. Ob im unternehmerischen Geschäftsverkehr diese zulässige Verkürzung der Gewährleistungsfrist z. B. beim Kauf eines Pkw ausgenutzt wird, bleibt abzuwarten.

Der Unternehmer hat wie nach altem Recht nach Abnahme der Sache die Beweislast dafür, dass die Sache einen Mangel aufweist, um die Gewährleistungsrechte in Anspruch nehmen zu können. Gravierend ist hier die Beweislastumkehr für den Verbraucher aus § 476 BGB: Zeigt sich ein Mangel innerhalb von sechs Monaten seit Gefahrübergang, so wird gesetzlich vermutet, dass dieser bereits bei Gefahrübergang bestand. Der Verbraucher kann daher die Gewährleistungsrechte geltend machen, soweit dem Verkäufer nicht der Beweis des Gegenteils gelingt.

Wenn Sie nach diesen Ausführungen den Gedanken haben, alle Sachen für die Zahnarztpraxis als Verbraucher zu erwerben, um in den Genuss der besseren Rechtsstellung zu gelangen, so ist dies nicht möglich. Beim Pkw, der privat und für die Zahnarztpraxis genutzt wird, wäre dies zwar wohl machbar, sie würden allerdings die steuerlichen Vorteile verlieren, wenn sie ihn privat anschaffen. Bei typischen Anschaffungen für die Zahnarztpraxis haben Sie immer den Status als Zahnarzt/Unternehmer und nicht als Verbraucher.

Eine geringe Verschlechterung der Rechtsstellung des Käufers gibt es insoweit, als der Verkäufer jetzt das Recht zur Nacherfüllung hat, d. h. der Beseitigung des Mangels oder Lieferung einer mangelfreien Sache. Erst die fehlgeschlagene Nacherfüllung gibt dem Käufer die klassischen Gewährleistungsansprüche der Minderung, des Rücktritts und des Schadensersatzes.

Die Erlangung von Schadensersatz bei Mangelhaftigkeit einer Sache ist deutlich erleichtert worden. Nach altem Recht setzte der Schadensersatzanspruch zwingend das Fehlen einer zugesicherten Eigenschaft oder Arglist seitens des Verkäufers voraus. Nach neuem Recht gibt bereits bloße Fahrlässigkeit des Verkäufers hinsichtlich des Mangels dem Käufer das Recht, Schadensersatz zu verlangen.

§ 434 Abs. 1 S. 3 BGB enthält eine brisante Regelung, weil die gewöhnliche Beschaffenheit der Kaufsache über die Werbung von Verkäufer und Hersteller bestimmt wird. Der Verkäufer muss für eigene und für Werbeaussagen des Herstellers einstehen. Wenn in der Werbung beispielsweise hervorgehoben wird, dass ein Glas-Ionomer Füllungszement ein genau angegebenes Ermüdungsbruchverhalten und 4-Punkt Biegefestigkeit aufweist, gehören diese Eigenschaften zu den beim Kauf geschuldeten Merkmalen, bei deren Fehlen ein Sachmangel vorliegt.

Neu ist auch die Erweiterung der Haftung für fehlerhafte Montageanleitungen (§ 434 Abs. 2 S. 2 BGB). So kann die Sache selbst einwandfrei sein, eine Sachmängelhaftung des Verkäufers besteht jedoch, wenn die Sache aufgrund einer mangelhaften Montageanleitung von dem Käufer fehlerhaft montiert wurde.

Mehr als einen ersten Einblick kann diese knappe und damit notwendig lückenhafte Darstellung des neuen Kaufrechts nicht bieten.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

8.2.8. Zweijährige Gewähr

Rechtslage:

Obwohl die zahnärztliche Behandlung einen Dienstvertrag zwischen Zahnarzt und Patient darstellt und im Dienstvertragsrecht nicht die Herbeiführung eines Erfolges geschuldet wird, sondern die Dienstleistung als solche, also die Anwendung der Regeln der zahnärztlichen Kunst, begründet das Gesetz in § 136b Abs. 2 SGB V (früher § 135 Abs. 4 SGB V) eine zweijährige Gewährleistungspflicht des Zahnarztes. Demnach übernimmt der Zahnarzt für Füllungen und die Versorgung mit Zahnersatz eine zweijährige Gewähr. Identische und Teilwiederholungen von Füllungen sowie die Erneuerung und Wiederherstellung von Zahnersatz einschließlich Zahnkronen sind in diesem Zeitraum vom Zahnarzt kostenfrei vorzunehmen.

Die äußerst umstrittene Gewährleistungspflicht wird somit auch in der neuen Fassung des Gesetzes bekräftigt und sogar auf die Wiederherstellung des Zahnersatzes erweitert. Die Argumente der Zahnärzteschaft sind gänzlich außer Acht gelassen worden.

Mit der Übernahme der Behandlung verpflichtet sich der Zahnarzt zur Sorgfalt nach den Vorschriften des bürgerlichen Vertragsrechts (§ 76 Abs. 4 SGB V). Der Zahnarzt hat demnach sowohl für das eigene Verschulden als auch für das Verschulden seiner Gehilfen einzustehen.

Die zweijährige Gewährleistungspflicht ist eine Verschärfung der zahnärztlichen Haftung, denn die Haftung des § 136b SGB V ist verschuldensunabhängig. Es kommt also nicht darauf an, ob dem Zahnarzt ein Fehler oder eine Schuld vorgeworfen werden kann. Entscheidend ist, dass eine Füllung wiederholt bzw. der Zahnersatz erneuert oder wiederhergestellt werden muss. Lediglich ein Verschulden des Patienten schließt die Gewährleistung aus.

Stellungnahme:

Die zweijährige Gewähr des § 136b Abs. 2 SGB V lässt den Zahnarzt für einen Umstand haften, den er nicht zu vertreten hat. Im Falle eines Verschuldens haftet der Zahnarzt in vollem Umfang. Die zweijährige Gewähr führt zwar zu einer finanziellen Entlastung der Kassen. Hierfür ist jedoch eine Haftung eingeführt worden, die sowohl rechtsdogmatisch als auch berufsethisch höchst problematisch ist.

Es ist gesicherte Rechtsprechung, dass die zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz den dienstvertraglichen Regelungen unterfällt. Im Dienstvertragsrecht ist jedoch die Leistung an sich Vertragsbestandteil, nicht aber der Erfolg. Diesen Erfolg kann der Zahnarzt nicht versprechen, da auch Gründe zu einem Scheitern der Behandlung führen können, die nicht in seinem Einflussbereich liegen. Ein Zahnarzt kann lediglich versprechen, entsprechend der Regeln der zahnärztlichen Kunst zu arbeiten. Hält er dieses Versprechen nicht ein, haftet er nach den Regeln des Dienstvertragsrechts.

Die verschuldensunabhängige Gewähr findet sich im Werksvertragsrecht. Hier verspricht der Hersteller die Herbeiführung eines Erfolges.

Weil der Zahnarzt diesen Erfolg nicht versprechen kann, nicht nur weil er kein Handwerker ist, sondern auch, weil er unter Umständen keinen Einfluss auf das Ergebnis seiner Arbeit bei einem konkreten Patienten hat, wird das Erfolgsversprechen per Gesetz abgegeben. Der Gesetzgeber vermengt die Regeln des Dienstvertrags mit denen des Werkvertrags, obwohl dies zu Ergebnissen führt, die widersprüchlich und rechtlich nicht haltbar sind.

Die verschuldensunabhängige Gewähr stößt auch auf berufsethische Bedenken. Zahnärzte, die für den Eintritt eines Erfolges eine Gewähr übernehmen, verstoßen gegen berufsethische Grundsätze, denn in der Heilkunde kann keine Garantie abgegeben werden.

Es ist zwar eine Ausnahmekatalog erstellt worden, in dem Ausnahmen von der zweijährigen Gewähr bestimmt wurden. Dieser Ausnahmekatalog ist jedoch nicht geeignet, die grundsätzlichen Bedenken gegen die zweijährige Gewähr auszuräumen.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

8.2.9. Praxissitz ist Gerichtsstand

Nach einer Entscheidung des Oberlandesgerichtes Düsseldorf vom 03.06.2004 (AZ 8 U 110/03) ist der Gerichtsstand für zahnärztliche Honorarforderungen der Praxissitz des Zahnarztes. Zur Begründung führt das OLG Düsseldorf aus, dass bei einer gerichtlichen Auseinandersetzung über die Zahlung des Honorars erfahrungsgemäß eine Klärung des medizinischen Sachverhaltes erforderlich sei. Hierzu bedürfe es regelmäßig der Beiziehung und Sichtung von Behandlungsunterlagen, was am Praxissitz des Zahnarztes schneller und sicherer abzuwickeln sei als eventuell an einem weit entfernten Wohnort des Patienten. Auch bestünde beim Versand von Behandlungsunterlagen wie Röntgenaufnahmen und Modellen an möglicherweise weit entfernte Orte stets die Gefahr des Verlustes bzw. – bei Modellen – der Beschädigung. Darüber hinaus würde der Schwerpunkt des Behandlungsvertrages am Sitz des Zahnarztes liegen, weil er seine Leistungen wegen der hierzu benötigten medizinischen Ausstattung regelmäßig nur in seiner Praxis vornehmen könne.

Mit seinem Urteil schafft das OLG Düsseldorf Klarheit in der Frage, wo der Gerichtsstand des Zahnarztes ist. Anders als bei Rechtsanwälten, die nach einer Entscheidung des Bundesgerichtshofs vom 11.11.2003 (AZ X ARZ 91/03) ihre Honorarforderungen an dem Ort des Wohnsitzes ihres Mandanten geltend machen müssen, bleiben dem Zahnarzt nach der OLG-Entscheidung wegen seiner Honorarforderungen umständliche Reisen zu Gerichtsterminen fern seiner Praxis erspart.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

8.3. Berufsausübungsformen

8.3.1. Selbstständiger Zahnarzt in Kooperation

8.3.1.1. Partnerschaftsgesellschaftsgesetz

Durch das Gesetz zur Schaffung von Partnerschaftsgesellschaften hat der Gesetzgeber zum 01.07.1995 auch den Zahnärzten die Möglichkeit geschaffen, sich in einer neuen Sozietätsform, der Partnerschaft, zu verbinden. Mancher Zahnarzt wird dabei überlegen, ob diese neue Gesellschaftsform eine Stärkung der zahnärztlichen Berufsausübung mit sich bringt oder ob nicht bereits die bestehenden Sozietätsmöglichkeiten ausreichend sind. Grundsätzlich ist bereits jetzt festzustellen, dass es nicht unbedingt zwingend ist, bereits bestehende Sozietäten in eine Partnerschaft zu ändern.

Nach dem Gesetzestext übt auch die Partnerschaft kein Handelsgewerbe aus. Damit wird deutlich, dass der Zusammenschluss von Zahnärzten in Form einer Partnerschaft dem Zusammenschluss in Form einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts ähnelt. Jedoch kann eine solche BGB-Gesellschaft kraft Gesetzes nicht Trägerin eigener Rechte sein. Sie hat keinen schutzfähigen Namen ähnlich dem einer Firma, sie kann kein Eigentum begründen und sie kann nicht selbst klagen oder verklagt werden. Alle zum Vermögen der BGB-Gesellschaft gehörenden Gegenstände stehen im Eigentum aller Gesellschafter zur gesamten Hand. Damit ist jeder Gesellschafter an allen Gegenständen der BGB-Gesellschaft zwar voll berechtigt, jedoch nur gemeinsam mit seinen Sozien.

In diesen Punkten führt die Einführung einer Partnerschaftsgesellschaft zu einer Änderung. So kann die Partnerschaft einen eigenen Schutz wegen Namen wie eine Firma führen. Ein solcher könnte beispielsweise lauten: »Dr. Meier und Dr. Lehmann« oder »Dr. Meier & Partner«. Für die Partnerschaft wird ein besonderes Partnerschaftsregister bei dem örtlich zuständigen Amtsgericht geführt, in das der Name der Partnerschaft einzutragen ist. Ungeklärt ist noch in diesem Zusammenhang die Frage, inwieweit die Verwechslung namensgleicher Partnerschaften vermieden werden kann. Zu empfehlen wäre aus wettbewerbs- und berufsrechtlichen Gründen eine schnelle Vorgehensweise, wenn abzusehen ist, dass sich Partnerschaften gleichen Namens gründen werden. Es gilt insoweit das Prioritätsprinzip und damit stellt sich in der Regel für die nachfolgenden Gründungen die Notwendigkeit, den Namen verwechslungsfrei zu wählen. Der Vorteil der Partnerschaft, sich einen Schutz wegen Namen geben zu können, liegt nicht zuletzt auch daran, dass der Name eines angesehenen Gesellschafters auch dann fortgeführt werden kann, wenn dieser verstorben und nicht mehr Mitglied der Gesellschaft ist.

Das Rechtsverhältnis der Partner untereinander unterliegt weitgehend der Vertragsfreiheit. Das Partnerschaftsgesellschaftsgesetz fordert lediglich, dass das einschlägige Berufsrecht Beachtung findet. Auch im Außenverhältnis der Partner verbleibt es dabei, dass beide Partner der Partnerschaft gegenüber dem Patienten als Vertragspartner verantwortlich sind, was die Erbringung der Dienstleistung und die Frage der Haftung anbelangt.

Eine wesentliche Besonderheit bietet jedoch § 8 Abs. 2 des Partnerschaftsgesetzes. Während grundsätzlich nach § 8 Abs. 1 des Gesetzes für Verbindlichkeiten der Partnerschaft gegenüber den Gläubigern neben dem Vermögen der Partnerschaft auch die Partner als Gesamtschuldner haften, wird dieser Grundsatz durch § 8 Abs. 2 durchbrochen. Danach können die Partner ihre Haftung gemäß Abs. 1 für Ansprüche aus Schäden wegen fehlerhafter Berufsausübung auch unter Verwendung vorformulierter Vertragsbedingungen auf den von ihnen beschränken, der innerhalb der Partnerschaft die berufliche Leistung zu erbringen oder verantwortlich zu leiten und zu überwachen hat. Damit kann gegenüber dem Partner auch im Außenverhältnis entgegen den bisherigen Regelungen der BGB-Gesellschaft die Haftung auf den tatsächlich Handelnden beschränkt werden. Bemerkenswert ist auch, dass das Gesetz insoweit ausdrücklich eine vorformulierte Vertragsbedingung zulässt.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

8.3.1.2. Konkurrenzschutzklauseln

Sowohl beim Verkauf einer Zahnarztpraxis als auch bei der Gründung von zahnärztlichen Gemeinschaftspraxen bzw. Partnerschaftsgesellschaften stellt sich oftmals die Frage, wie ein Konkurrenzschutz wirksam vereinbart werden kann. So ist es für den Praxiserwerber als auch für zahnärztliche Kooperationspartner von Bedeutung, diesen Bereich rechtssicher zu gestalten, um späteren Streitigkeiten aus dem Weg zu gehen.

Bei Praxisübernahmen sollte im Praxisübernahmevertrag eine Konkurrenzschutzklausel in Form eines so genannten Rückkehrverbots vereinbart werden. Durch eine solche Klausel wird es dem Veräußerer untersagt, sich innerhalb eines bestimmten Zeitraums nach Abgabe der Praxis am selben Ort oder in seiner Nähe als Zahnarzt niederzulassen oder eine andere zahnärztliche Tätigkeit (z. B. als angestellter Zahnarzt) aufzunehmen. Ohne eine solche Klausel könnte sich der Praxisverkäufer in der Nähe der Praxis zahnärztlich betätigen, womit der Praxiserwerber de facto keine Gegenleistung mehr für den gezahlten immateriellen Praxiswert (»Goodwill«) bekommen würde.

Nach der Rechtsprechung ist es allerdings nicht möglich, den Praxisveräußerer durch eine Konkurrenzschutzklausel bis ultimo zu binden, da Wettbewerbsverbote zwischen Zahnärzten im Hinblick auf die im Grundgesetz verankerte Berufsfreiheit nicht unbegrenzt möglich sind. Ein umfassendes und auf »ewig« angelegtes Wettbewerbsverbot würde den Veräußerer für den Rest seines Lebens die Rückkehr in das berufliche Leben verwehren, was nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs nicht möglich wäre. Aus diesem Grund wird als Obergrenze für die Dauer eines Rückkehrverbotes ein Zeitraum von zwei Jahren angesetzt. Als Faustregel lässt sich festhalten, dass für eine im ländlichen Bereich liegende Zahnarztpraxis ein räumlich weitergehendes Wettbewerbsverbot festgelegt werden kann als für eine Praxis, die in einem großstädtischen Ballungsgebiet liegt. Hier gibt es bedauerlicherweise keine gefestigte Rechtsprechung, so dass es sehr auf die besondere Situation einer Praxis ankommt.

Grundsatz bei Wettbewerbsverboten ist, dass »Weniger oft mehr ist«, da der Praxisveräußerer Gefahr läuft, dass eine zu weitgehende Wettbewerbsklausel in einem Rechtsstreit vom Gericht für nichtig erklärt und damit wertlos wird.

Generell sollte in einem Praxisübernahmevertrag eine Vertragsstrafe für den Fall vereinbart werden, dass das vereinbarte Wettbewerbsverbot nicht eingehalten wird. Eine derartige pauschalierte Vertragsstrafe unterliegt der gerichtlichen Nachkontrolle, weshalb ein Gericht eine Vertragsstrafe, die nach den Umständen des Einzelfalles unangemessen hoch ist, herabsetzen kann. Genau wie bei dem örtlichen Umfang einer Wettbewerbsklausel muss die Vertragsstrafe die besondere Situation der Praxis berücksichtigen. Unabhängig von der Geltendmachung einer Vertragsstrafe ist es alternativ möglich, dass gegen den Zahnarzt, der sich nicht an das Konkurrenzschutzverbot hält, ein Unterlassungsanspruch geltend gemacht wird und erforderlichenfalls per einstweiligem Rechtsschutz geklagt wird. Darüber hinaus ist es möglich, dass neben einer pauschalen Vertragsstrafe weitergehende Schadensersatzansprüche geltend gemacht werden.

Verbreitet sind auch Konkurrenzschutzklauseln in Gemeinschaftspraxis-Verträgen, für die im Wesentlichen die o. a. Grundsätze für die Gestaltung von Rückkehrverboten gelten. Allerdings gibt es einige Besonderheiten, die zu beachten sind. So hat der Bundesgerichtshof mit Urteil vom 29. 09. 2003 (AZ II ZR 29/02) unmissverständlich entschieden, dass Wettbewerbsverbote für Freiberufler in Gemeinschaftspraxis-Verträgen maximal für den Zeitraum von zwei Jahren vereinbart werden können. In seiner Grundsatzentscheidung hat der BGH klargestellt, dass ein aus einer Freiberuflergesellschaft ausgeschiedener Gesellschafter spätestens nach zwei Jahren wieder für seine Patienten/Mandanten arbeiten kann. Zur Begründung wird ausgeführt, dass die Bindung zum Patienten/Mandanten nach zwei Jahren typischerweise so gelöst sind, dass der ausgeschiedene Partner wie jeder andere Wettbewerber auch behandelt werden müsse. Ein darüber hinausgehendes Wettbewerbsverbot sei deshalb nichtig.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 01/2013

Insgesamt muss aber bei der Formulierung von Konkurrenzschutzklauseln exakt auf die Umstände des Einzelfalles eingegangen werden, wobei es sehr ratsam ist, rechtlichen Rat beizuziehen.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 01/2013

8.3.1.3. Kooperation in der Zahnarztpraxis

Die Frage, ob man als Zahnärztin oder Zahnarzt eine Kooperation eingeht, lässt sich nicht pauschal beantworten. Vielmehr gilt es die Vor- und Nachteile der Einzelpraxis und zahnärztlicher Kooperationsmodelle abzuwägen. Vorwegzunehmen ist, dass es bei Zahnärzten in aller Regel keinen »faktischen« Zwang gibt, Kooperationen zu bilden. Anders als bei Fachärzten, die mit der unmittelbaren Privilegierung von Medizinischen Versorgungszentren zu kämpfen haben und die teure Apparatemedizin (zum Beispiel im Bereich Radiologie) alleine nicht vorhalten können, praktizierten ausweislich des KZBV-Jahrbuches 2008 im Jahr 2007 noch 81,1 % der Zahnärzte als »Einzelkämpfer«. Ein Vorteil einer kleineren Einheit ist sicher, dass die wohnortnahe Versorgung, insbesondere in ländlichen Gebieten, gewährleistet werden kann, wobei hier Einzelpraxen einen entsprechenden Beitrag leisten.

Trend zu Kooperationen

Auch wenn die zahnärztliche Einzelpraxis mit Sicherheit kein »Auslaufmodell« ist, steigt auch der Anteil der Kooperationen im zahnärztlichen Bereich stetig. Ausweislich des KZBV-Jahrbuches 2008 ist der Anteil der Gemeinschaftspraxen[1] von 1991 bis 2007 von 3.010 auf 8.688 Kooperationen angestiegen. Nach einer Studie des Institutes der Deutschen Zahnärzte (Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung 2007) haben sich dabei in den alten Bundesländern 38 % und in den neuen Bundesländern 42 % der zahnärztlichen Existenzgründer für eine Gemeinschaftspraxis entschieden.

Grundsatzentscheidung Kooperation

Ob das Thema »Kooperation« überhaupt angegangen wird, hängt von einigen grundsätzlichen Überlegungen ab. Mit einer Kooperation geht man je nach Ausgestaltung enge oder weniger enge Bindungen ein. So ist eine herkömmliche Gemeinschaftspraxis, bei der man im Außenverhältnis umfassend haftet, gemeinsam abrechnet und auch gemeinsam, zum Beispiel bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen, in Regress genommen wird, fast schon »eheähnlich«. Weniger stark ist die Bindung bei Praxisgemeinschaften, bei denen Einzelpraxen im Rahmen einer Organisationsgemeinschaft zusammengefasst werden. Die erste Frage ist, ob man überhaupt geeignet und gewillt ist, eine Kooperation einzugehen, da diese selbstredend auch mit einem weniger an persönlicher Entscheidungsfreiheit verbunden ist. Wenn man nach kritischer Selbstprüfung zu dem Ergebnis kommt, dass man zu dem Typ Zahnarzt gehört, den man als »hoffnungslosen Individualisten« bezeichnet, sollte man sich sehr gut überlegen, ob und in welchem Umfang man eine Kooperation eingeht.

Ist man nach dieser kritischer Prüfung gewillt eine Kooperation einzugehen, so gibt es sehr gute Gründe sich mit diesem Thema, auch was die Perspektive der Praxis angeht, auseinanderzusetzen.

Synergieeffekte nutzen

Im Vergleich zur Einzelpraxis besteht bei größeren Einheiten die Möglichkeit, sinnvolle Synergien zu bilden. Dies umfasst beispielsweise die bessere Auslastung von gemeinsam angeschafftem Praxisinventar und die Ermöglichung patientenfreundlicher Schichtarbeitszeitmodelle (zum Beispiel Abendsprechstunde für Berufstätige) Neben dem Ziel den Kostenapparat im Vergleich zur Einzelpraxis günstiger auszugestalten, – hierzu in dem nächsten Artikel dieser Serie mehr –, ist ein gutes Argument für Kooperationen auch, dass mehr Zeit für die eigentliche zahnärztliche Tätigkeit gewonnen werden kann, indem administrative Tätigkeiten z. B. in einer größeren Einheit auf einen Praxismanager übertragen werden.

Schwieriges Verkaufsumfeld – Nachfolge sichern

Die Zeiten, in denen Zahnarztpraxen unkompliziert verkauft werden konnten und damit ein gutes Stück Altersvorsorge realisiert wurde, sind vorbei. Nach Untersuchungen des Institutes der Deutschen Zahnärzte (Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung 2007) sank beispielsweise das Finanzierungsvolumen für eine Neugründung in den alten Bundesländern 2007 im Vergleich zum Vorjahr um 16 %. Stark rückläufig haben sich dabei die Existenzgründungen entwickelt, wobei sich im Jahr 2007 nur noch 1.491 Zahnärzte für die Selbstständigkeit entschieden haben.

[1] Aufgrund des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes wurde ab 2007 der Begriff »Gemeinschaftspraxis« in »Berufsausübungsgemeinschaft« abgeändert, wobei aber aus Verständlichkeitsgründen an dem Begriff »Gemeinschaftspraxis« festgehalten wird.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Von zusätzlicher Relevanz ist, dass der Frauenanteil in der Zahnmedizin stetig zunimmt. Ende 2007 waren nach Untersuchungen der Bundeszahnärztekammer 26.005 Zahnärztinnen und 39.923 Zahnärzte zahnärztlich tätig. Die Anzahl der Zahnärztinnen wird aber deutlich ansteigen, da zwischenzeitlich überwiegend Frauen Zahnmedizin studieren. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes waren 2007 bereits 2/3 der Studierenden im Bereich Zahnmedizin Frauen. In einem Prognosemodell kommt das Institut der deutschen Zahnärzte dabei zu dem Ergebnis, dass es bereits im Jahr 2019 etwa gleich viele Zahnärztinnen und Zahnärzte geben wird und die Anzahl der Zahnärztinnen dann weiter deutlich steigen wird. Der Anstieg der Zahnärztinnenzahlen wird dazu führen, dass die Nachfrage für Einzelpraxen aller Voraussicht nach noch weiter sinken wird. Um Familie und Beruf in Einklang zu bringen, bieten zahnärztliche Kooperationen zeitlich flexiblere Möglichkeiten. Auch die durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz eingeführte Möglichkeit, Zahnärzte budgetwirksam anzustellen, wird zusätzlich die Nachfrage nach Zahnarztpraxen weiter senken. So stieg der Anteil der angestellten Zahnärzte allein in einem Jahr vom III/07 bis III/08 von 1.559 auf 2.884 (KZBV-Jahrbuch 2008, S. 195).

In dieser Situation ist es allein aus Nachfolgegesichtspunkten überlegenswert, eine Einzelpraxis in eine Kooperation umzuwandeln. Erwägenswert ist, beispielsweise einen Vorbereitungsassistenten kontinuierlich an die Praxis zu binden und ihn später im Rahmen eines Kooperationsvertrages als Mitgesellschafter aufzunehmen. Bei einer Berufsaufgabe besteht dann später die Möglichkeit, seinen Gesellschaftsanteil anderweitig zu verkaufen oder an den Mitgesellschafter zu übertragen. Gerade in ländlichen Gebieten kann dies eine Möglichkeit sein, einen potenziellen Praxisnachfolger aufzubauen.

Kooperationsform – Qual der Wahl

Die Möglichkeiten zahnärztlich zu kooperieren sind heute wesentlich vielfältiger als noch vor Inkrafttreten des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes im Jahr 2007. Neben der klassischen Praxisgemeinschaft und Gemeinschaftspraxis vor Ort, kann heute eine Zweigpraxis errichtet werden, eine überörtliche – auch KZV-übergreifende – Berufsausübungsgemeinschaft eingegangen werden oder neben der Praxis zusätzlich eine so genannte Teilgemeinschaftspraxis errichtet werden. Zusätzlich gibt die Möglichkeit, zahnärztliche Behandlungen in ausgelagerten Praxisräumen durchzuführen. Unabhängig davon, können Zahnärzte auch Gesellschaften gründen, um beispielsweise ein DVT zu betreiben oder eine überörtliche Praxislaborgemeinschaft zu errichten. Bereits seit Mitte der 90er Jahre gibt es die Möglichkeit für Zahnärzte als Angehörige eines Freien Berufes beim Amtsgericht, eine so genannte Partnerschaftsgesellschaft zu gründen, die in ein spezielles Partnerschaftsregister eingetragen wird.

Der Zahnarzt, der eine Kooperation begründen möchte, muss entscheiden, welche dieser Kooperationsmöglichkeiten für seine spezielle Situation in Betracht kommt und zudem wirtschaftlich Sinn macht. Zur ersten Orientierung ist eine Übersicht über aktuelle Kooperationsmöglichkeiten mit ihren Vor- und Nachteilen beigefügt.

Rechtliche Haken beachten

Bei der Gründung einer Kooperation muss sorgfältig vorgegangen werden. Tritt beispielsweise eine junge Zahnärztin in eine bestehende Gemeinschaftspraxis ein, so haftet sie nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes auch für Altschulden der Gesellschaft. Hier ist es dringend anzuraten, sich über die finanzielle Situation der Gemeinschaftspraxis im Vorfeld klar zu werden. Ein weiterer »neuralgischer Punkt« ist, dass ein Zahnarzt, der über lange Jahre hinweg eine Praxis aufgebaut hat, verständlicher Weise eine Art Probezeit mit dem eintretenden Gesellschafter vereinbaren möchte, um ihn – wenn die Chemie nicht passt – erforderlichenfalls auch »hinauskündigen« zu können. Dies ist nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes in engen Grenzen möglich, wobei der Vertrag hierbei unbedingt die aktuelle Rechtslage berücksichtigen muss. Wichtig ist auch, dass Vorsorge für den »Fall der Trennung« getroffen wird und die vertragliche Abrede ein verbindliches Prozedere vorsieht, insbesondere was die Abfindungszahlungen angeht. In Anbetracht der zivil- und vertragszahnarztrechtlichen Komplexität ist es nicht anzuraten, hier auf Musterverträge zu vertrauen, die Besonderheiten nicht abdecken können.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Bei allen Vorteilen – Kooperation muss sich rechnen

Es ist mit Sicherheit sinnvoll, das Thema »Kooperation« aktiv anzugehen, um zu ermitteln, ob sich in der jeweiligen Praxissituation Chancen und Vorteile auftun. Im Blick haben sollte man aber immer die Wirtschaftlichkeit eines solchen Vorhabens. Das Geld für die Beschäftigung eines Assistenten in einer Zweigpraxis muss erst verdient werden. Genauso wie die Miete für eine zusätzlich eingerichtete Praxis im Rahmen einer Berufsausübungsgemeinschaft. Auch muss hinterfragt werden, ob es nicht besser ist, seinen Verbreitungsassistenten später als angestellten Zahnarzt budgetwirksam zu beschäftigen als eine recht aufwendige Kooperation zu gründen. Hier muss mit »spitzer Feder« gerechnet werden und ein derartiges Projekt zusammen mit dem Rechtsberater und Steuerberater auf seine Machbarkeit durchgesprochen werden.

RA Michael Lennartz

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Übersicht Kooperationsformen

Kooperationen in der Zahnarztpraxis

Praxisgemeinschaft/Gemeinschaftspraxis

Bei diesen »klassischen« Kooperationsformen kann sich der Zahnarzt zwischen einer engen Bindung (Gemeinschaftspraxis) oder einer reinen Organisationsgemeinschaft (Praxisgemeinschaft) entscheiden. Bei der Gemeinschaftspraxis erfolgt die Abrechnung auf einem »Stempel«. Es erfolgt eine gemeinsame Karteiführung und Abrechnung, wobei die Gesellschafter im Außenverhältnis eine umfassende Haftung trifft. Nachteil der Gemeinschaftspraxis ist, die sehr enge Bindung der Gesellschafter. Positiv ist u.a., dass die Abrechnung und Karteiführung einheitlich für die Gemeinschaftspraxis erfolgt. Gemeinschaftspraxen werden seit Inkrafttreten des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes offiziell als »Berufsausübungsgemeinschaft« bezeichnet.

Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft

Seit 01.01.2007 haben Zahnärzte die Möglichkeit, eine Gemeinschaftspraxis auch als so genannte »überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft« (ÜBAG) zu führen. Eine »ÜBAG« kann dabei auch innerhalb eines KZV-Bereiches oder auch KZV-übergreifend errichtet werden. Im letzteren Fall muss eine »Heimat-KZV« gewählt werden. Mit der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft besteht die Möglichkeit, eine Gemeinschaftspraxis auch an mehreren Standorten zu betreiben. Sinnvoll kann eine »ÜBAG« zum Beispiel sein, wenn mehrere Kollegen an einem Ort mit verschiedenen Standorten zu einer Einheit mit einem einheitlichen Außenauftritt fusionieren wollen.

Zweigpraxis

Gut überlegt werden sollte die Gründung einer Zweigpraxis. Eine Zweigpraxisgenehmigung ist nur in engen Grenzen möglich. Hiernach muss sich die Versorgung der Versicherten am Ort der geplanten Zweigpraxis verbessern, wobei dies nach einer vertraglichen Abrede zwischen der KZBV und den Krankenkassen dann der Fall ist, wenn in dem betreffenden Planungsbereich eine Unterversorgung vorliegt oder die Zweigpraxis Leistungen erbringt, die unabhängig vom Versorgungsgrad regional bzw. lokal nicht im erforderlichen Umfang angeboten werden können. Zusätzlich darf nach dieser Abrede der Vertragszahnarzt höchstens 1/3 seiner Arbeitszeit am Vertragszahnarztsitz zusätzlich in der Zweigpraxis tätig werden. Vor der Gründung einer Zweigpraxis sollte man sich deshalb gut überlegen, ob ein derartiges zeitliches »Korsett« für einen in Frage kommt und wirtschaftlich ist.

Teilberufsausübungsgemeinschaft

Mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz wurde 2007 auch die so genannte »Teilberufsausübungsgemeinschaft« ermöglicht. Hiernach können sich auch Zahnärzte unter Beibehaltung ihres unabhängigen Vertragsarztsitzes zu einer Teilberufsausübungsgemeinschaft zusammenschließen und auf spezifische Behandlungsaufträge beschränken. Die Teilberufsausübungsgemeinschaft rechnet eigenständig gegenüber der KV bzw. KZV ab, wobei sie der Genehmigung des Zulassungsausschusses bedarf. Wichtig ist, dass jeder Partner der Teilberufsausübungsgemeinschaft, seinen Beitrag in den spezifischen Behandlungsauftrag leistet (zum Beispiel Befundung).

Partnerschaftsgesellschaft

Bereits seit Mitte der 90er Jahre gibt es für Angehörige freier Berufe die Möglichkeit, im Rahmen einer so genannten Partnerschaftsgesellschaft tätig zu werden, die in ein eigenes Partnerschaftsregister bei dem jeweils zuständigen Amtsgericht eingetragen wird. Vorteil der Partnerschaftsgesellschaft ist, dass nur der jeweils behandelnde Zahnarzte für Behandlungsfehler in Anspruch genommen werden kann und nicht jeder Partner. Darüber hinaus kann eine Partnerschaft unter ihrem Namen Rechte erwerben und Verbindlichkeiten eingehen, klagen und verklagt werden. Eine Kooperation kann ohne größeren Aufwand als Partnerschaftsgesellschaft gegründet werden.

Praxislaborgemeinschaft

Sinnvolle Synergien lassen sich auch im Rahmen einer Praxislaborgemeinschaft bilden, da zum Beispiel Raumkosten und teure Gerätschaften gemeinsam getragen werden. Allerdings muss man bei dieser Konstruktion aufpassen, dass das Praxislabor weiterhin ausschließlich Hilfsbetrieb der jeweiligen Praxis ist. Dies beinhaltet auch, dass die Zahnärzte in der Praxislaborgemeinschaft Zahntechniker einsetzen, die für die jeweilige Praxis, im Rahmen eines Arbeitsvertrages, tätig werden (zum Beispiel im Rahmen eines Teilzeitarbeitsvertrages).

Ausgelagerte Praxisräume

Seit 2007 ist gem. § 24 Abs. 5 der Zulassungsverordnung – ZÄ möglich, ausgelagerte Praxisräume zu betreiben, wenn spezielle Untersuchungs- und Behandlungsleistungen an weiteren Orten in räumlicher Nähe zum Vertragszahnarztsitz erbracht werden. Der Ort und der Zeitpunkt der Tätigkeit ist der jeweiligen KZV unverzüglich anzuzeigen. Bevor in ausgelagerte Praxisräume investiert wird (zum Beispiel Anmietung von zusätzlichen Räumen), sollte die Rechtslage sorgfältig überprüft werden. So können in ausgelagerten Behandlungsräumen nur Patienten behandelt werden, die bereits zuvor in der Zahnarztpraxis behandelt wurden.

Gemeinschaftlicher Betrieb von Geräten

Die klassische Möglichkeit Apparate gemeinsam zu nutzen, ist die so genannte »Apparategemeinschaft«. Bei sehr teuren Geräten, wie zum Beispiel einem DVT, ist auch zu überlegen, ob der Betrieb des Gerätes nicht im Rahmen einer GmbH erfolgt, an der sich der Zahnarzt zusammen mit anderen Gesellschaftern beteiligt. Auch eine genossenschaftliche Lösung kommt hier in Betracht. So haben zum Beispiel Zahnärzte ein Praxisnetz für 3D-Röntgen gegründet.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Checkliste Kooperationen

Unterschiede Praxisgemeinschaft/Berufsausübungsgemeinschaft

Praxisgemeinschaft

- reine Organisationsgemeinschaft
- gemeinsame Nutzung von Räumlichkeiten, Einrichtungen, Personal
- keine Genehmigung durch Zulassungsausschuss
- Vertretungsmöglichkeit wie bei Einzelpraxen
- getrennte Karteiführung/Beachtung der Schweigepflicht
- getrennte Abrechnung = eigener Stempel

Vorteile Praxisgemeinschaft

- keine Haftung für Behandlungsfehler der Kooperationspartner
- keine sehr engen gesellschaftsrechtlichen Bindungen
- Synergien

Nachteile Praxisgemeinschaft

- mehr Bürokratie
- getrennte Abrechnungen und Karteiführung
- Sicherstellung Schweigepflicht
- kein einheitlicher Auftritt

Berufsausübungsgemeinschaft

- gemeinsame Berufsausübung
- Behandlungsverträge mit Berufsausübungsgemeinschaft
- Genehmigung durch Zulassungsausschuss
- gemeinsame Karteiführung und Abrechnung

Vorteile Berufsausübungsgemeinschaft

- weniger Bürokratie (gemeinsame Abrechnung und Karteiführung; Sicherstellung Schweigepflicht)
- einheitlicher Auftritt
- unkompliziertere Vertretung
- Synergien

Nachteile Berufsausübungsgemeinschaft

- enge – eheähnliche – gesellschaftsrechtliche Bindungen
- möglicher Streit um Gewinnverteilung
- kompliziertere Trennung
- gemeinsame Haftung (Altschulden, Regresse, Forderungen KZV etc.)

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Vertragsgestaltung – Checkliste

- Festlegung Vertragszweck
- Beteiligungsverhältnisse/Gesellschaftsvermögen
- Praxisführung und Berufsausübung
- Gewinn und Verlust der Gesellschaft
- Datenschutz und Patientenkartei
- Aufschiebende Bedingungen für das Zustandekommen der Kooperation (z. B. gesicherte Finanzierung, KZV-Genehmigung, Einbeziehung Kooperationspartner in Mietvertrag)
- Möglichkeit Aufnahme neuer Partner
- Einbeziehung des Mietvertrages
- Arbeitsvertragliche Regelungen
- Bewertung des Gesellschaftsanteils
- Rechnungsabgrenzung
- Haftung
- Erweiterung der Gesellschaft
- Konkurrenzschutzklausel
- Dauer der Gesellschaft/Kündigungsmöglichkeiten
- Ausscheide- und Abfindungsregelungen

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

8.3.2. Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VändG)

Seit 01.01.2007 ist das sogenannte »Vertragsarztrechtsänderungsgesetz« mit folgenden Kerninhalten in Kraft getreten:

- Künftig können ohne Begrenzung Ärzte auch mit anderen Facharztbezeichnungen sowie mit individueller Arbeitszeitgestaltung angestellt werden, sofern Zulassungsbeschränkungen nicht entgegenstehen.
- Vertragsärzte/Vertragszahnärzte können gleichzeitig auch als angestellte Ärzte/Zahnärzte in einem Krankenhaus arbeiten.
- Vertragsärzte/Vertragszahnärzte dürfen außerhalb ihres Vertragsarztsitzes an weiteren Orten tätig sein, wenn und soweit dies die Versorgung der Versicherten an den weiteren Orten verbessert und die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragsarztsitzes nicht beeinträchtigt wird.
- Die vertragszahnärztlichen Leistungserbringer können örtliche und überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften bilden.
- Zur Flexibilisierung der beruflichen Betätigungsmöglichkeiten sowie zur besseren Bewältigung von Unterversorgungssituationen soll der sich aus der Zulassung ergebende Versorgungsauftrag auf die Hälfte einer hauptberuflichen Tätigkeit beschränkt werden können (Teilzulassung).

All diese im Vertragsarztrechtsgesetz aufgeführten neuen Möglichkeiten sind bei der praktischen Umsetzung mit »Vorsicht zu genießen«. Die recht weit gefassten gesetzlichen Regelungen wurden am 01.07.2007 durch Neuregelungen zum Bundesmantelvertrag Zahnärzte bzw. zum Ersatzkassenvertrag Zahnärzte deutlich von der KZBV und den Krankenkassen im Rahmen einer »Präzisierung« eingeschränkt. Konkret wurde u.a. geregelt.

- Ein Vertragszahnarzt kann bis zu zwei vollzeitbeschäftigte bzw. vier halbzeitbeschäftigte Zahnärzte anstellen.
- Eine Zweigpraxis ist in nur engen Grenzen möglich. Hiernach muss sich die Versorgung der Versicherten am Ort der geplanten Zweigpraxis verbessern. Dies sei dann der Fall, wenn in dem betreffenden Planungsbereich eine Unterversorgung vorliegt oder die Zweigpraxis Leistungen erbringt, die unabhängig vom Versorgungsgrad regional bzw. lokal nicht im erforderlichen Umfang angeboten werden.
- Berufsausübungsgemeinschaften und überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften müssen jeweils vorab durch den Zulassungsausschuss genehmigt werden. Dieser prüft auf der Basis des Gesellschaftsvertrags, ob die notwendigen Voraussetzungen gegeben sind. Dazu zählt, dass eine echte Gemeinschaft im Sinne einer fachlichen und organisatorischen Kooperation vorliegt und zugleich die unternehmerischen Risiken und Entscheidungen der Gemeinschaft von den beteiligten Vertragszahnärzten gemeinsam getragen werden.

Die neuen vertraglichen Regelungen wurden von den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen in ihren Mitgliederrundschreiben im Detail bekannt gegeben. Weitere Informationen unter www.kzbv.de.

Aktuell gibt es hinsichtlich der neuen Möglichkeiten des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes noch sehr viele Detailfragen. So ist beispielsweise in der Gesetzesbegründung beschrieben, dass ein Arzt in zeitlicher Hinsicht auch flexibel angestellt werden kann, also nicht zwingend halbtags oder ganztags. Hier gibt es zum Teil unterschiedliche Auffassungen in den einzelnen Kassenzahnärztlichen Vereinigungen. Unterschiedliche Auffassung gibt es auch zu der Frage, inwieweit es der KZBV und den Krankenkassen möglich ist, im Vereinbarungswege die grundsätzlich offen gestalteten gesetzlichen Regelungen des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes einzuschränken.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

8.3.3. Gesellschaftsvertrag – Check-up aus rechtlicher Sicht

Der ärztliche Gesellschaftsvertrag für eine Berufsausübungsgemeinschaft oder Praxisgemeinschaft soll Interessen der Partner ausgleichen und die Spielregeln für die berufliche Zusammenarbeit aufstellen. Aber wird Ihr vor Jahren geschlossener Gesellschaftsvertrag diesem Anspruch noch gerecht? Die Verhältnisse ändern sich, Partner werden aufgenommen und wollen ausscheiden, bei der Gewinnverteilung gibt es Unzufriedenheit, ein Partner erkrankt, wird berufsunfähig oder lässt sich scheiden.

Nachfolgend eine Checkliste, um zu prüfen, ob beim Gesellschaftsvertrag aus rechtlicher Sicht Handlungsbedarf besteht:

Ausnahmesituationen – ist alles geregelt?

Vor Schicksalsschlägen wie Krankheit, Berufsunfähigkeit, Scheidung und Tod ist niemand gefeit. Man sollte aber schauen, ob für diese Situationen in Ihrem Gesellschaftsvertrag Vorsorge getroffen wurde:

- **Krankheit**
  - Ist eine Regelung zur (zeitlich begrenzten) Vertretung des erkrankten Partners vorhanden?
  - Liegt eine notarielle (und damit nicht einfach abänderbare) Vorsorgevollmacht für die übrigen Partner vor, damit die Gesellschaft handlungsfähig bleibt.
- **Tod**
  - Wie werden die Erben des verstorbenen Partners abgefunden? Wird eine Übervorteilung der verbleibenden Partner (Methodik Praxisbewertung, ratenweise Auszahlung?) verhindert?
  - Notarielle Handlungsvollmacht auch über den Tod hinaus?
  - Recht auf Ankauf/Vorkauf des Gesellschaftsanteils der verbleibenden Gesellschafter? Vereinbarung einer Praxisbewertungsmethode, die zu keiner Übervorteilung der verbleibenden Gesellschafter führt?
- **Scheidung**
  - Bleibt die Praxis im Falle der Scheidung eines Gesellschafters außen vor (Gütertrennung, Ehevertrag)?
  - Sind die Gesellschafter bei Heirat/Begründung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft zum Abschluss eines Ehevertrages verpflichtet?
  - Aufnahme neuer Gesellschafter – Verpflichtung vorher Ehevertrag abzuschließen?

Ist meine Kooperation steuerlich und rechtlich »clean«?

Alles ist im Wandel – auch bei Kooperationen. Gerade im Vertragsarztrecht gibt es immer wieder wichtige Rechtsprechung und Gesetze (z. B. Antikorruptionsgesetz), die zu dringendem Handlungsbedarf gerade bei Kooperationen führen:

- **Scheinsozietäten und Nullbeteiligungsgesellschaften – Vorsicht Falle!**
  - In Berufsausübungsgemeinschaften müssen Partner Risiken und Chancen haben. Also Gewinn- und Verlustrisiko und keine faktischen Angestellten. Zwingend auch Beteiligung (und Zuwachs) am Goodwill (immaterieller Wert). Fehlt dies: keine Partnerschaft, massive Honorarrückforderungen der KZV in gefestigter Rechtsprechung, strafrechtliche Relevanz.
- **Praxisgemeinschaft**
  - Werden die Patientendaten in der Praxisgemeinschaft getrennt aufbewahrt und verwaltet? Jede in der Praxisgemeinschaft verbundene Einzelpraxis und/oder Berufsausübungsgemeinschaft muss ihre Patientendaten vor dem Zugriff Dritter (auch der Praxisgemeinschaftspartner) schützen. Sonst Schweigepflichtverletzung und Nichtbeachtung Datenschutz.
  - Klare arbeitsvertragliche Zuordnung des eigenen und gemeinsam beschäftigten Personals? Arbeitnehmerüberlassung nur in Ausnahmen möglich.
  - Zuweisung von Patienten an rechtlich eigenständige Praxen in der Praxisgemeinschaft. Regelungen Antikorruptionsgesetz prüfen. Vorsicht: hoher Anteil identischer Patienten, da Aufgreifkriterium im Rahmen der Plausibilitätsprüfung. Gefahr faktische Berufsausübungsgemeinschaft mit Honorarrückforderung und Strafbarkeit.
- **Teilberufsausübungsgemeinschaften und weitere Kooperationen**
  - Bei einer Teilberufsausübungsgemeinschaft muss in jedem Fall gewährleistet sein, dass jeder der Partner mit seiner ärztlichen Tätigkeit einen Beitrag für die

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 02/2017

Gesellschaft leistet. Zuweisung gegen Entgelt ist hingegen in keinem Fall zulässig, wobei derartige Verhaltensweisen nach Maßgabe des Antikorruptionsgesetzes auch hohe strafrechtliche Relevanz haben.
– Vorsicht ist auch bei »informellen« Netzwerken angesagt. So ist die Weiterempfehlung eines Kollegen aus fachlichen Gründen selbstverständlich möglich. Problematisch wird es aber, wenn einem Zuweiser bei dieser Gelegenheit Vorteile erwachsen (hier kann schon eine Einladung zum Essen oder eine kostenlose Seminarveranstaltung reichen). Bei den neuen Straftatbeständen des Antikorruptionsgesetzes gibt es keine Bagatellgrenzen.

Fallstricke und »Renovierungsbedarf« bei Ihrem Gesellschaftsvertrag

Nichts ist für die Ewigkeit – auch bei Ihrem Gesellschaftsvertrag kann es mitunter (deutlichen) »Renovierungsbedarf« geben:

- **Vereinbarung Probezeit**
  Die direkte Aufnahme eines Partners birgt ohne Absicherung hohe Risiken (z. B., dass der »Senior« die Praxis verlassen muss oder die Gesellschaft aufgelöst wird). Empfehlenswert ist eine Erprobungsphase mit dem »Juniorpartner« zu vereinbaren, in der dieser auch aus der Gesellschaft herausgekündigt werden kann (maximal zwei Jahre möglich).
- **Ausscheiden aus der Gesellschaft**
  Eminent wichtig ist auch dafür Sorge zu tragen, dass man bei Verlassen der Gesellschaft (z. B. aus Altersgründen) nicht »leer« ausgeht. Hat man z. B. einen Nachfolger, ist es ohne vertragliche Abrede keinesfalls sicher, dass dieser in die Gesellschaft aufgenommen wird oder bei Nichtaufnahme eine Zahlung für den Gesellschaftsanteil geleistet wird. Hintergrund ist, dass den verbleibenden Partnern kein Nachfolger aufoktroyiert werden kann und sie der Aufnahme zustimmen müssen. Hier bedarf es sehr feinsinniger Regeln, damit der ausscheidende Partner einen Gegenwert für seine Beteiligung erhält (z. B. Ankaufverpflichtung der verbleibenden Partner bei Ablehnung des Wunschnachfolgers; Ankaufrecht).
- **Wettbewerbsverbot**
  Auch die Vereinbarung eines Wettbewerbsverbotes für einen ausscheidenden Partner will sehr genau bedacht sein (Abfindung auch für Goodwill, wenn sich nicht innerhalb eines definierten Bereichs niedergelassen wird). Wettbewerbsverbote sind dabei nur in engen Grenzen (zeitlich maximal zwei Jahre) möglich, wobei auch zu hinterfragen ist, ob sie den verbleibenden Partnern nicht zu teuer kommen.
- **Stimmrechte in der Gesellschaft**
  Eine Gewichtung der Stimmen eines Gesellschafters (z. B. in Höhe seines Kapitalanteils) ist möglich. Möglich ist es auch, dass bezüglich bestimmter Entscheidungen einem Gesellschafter ein Vetorecht zugebilligt wird. Im Vertrag sollte aber festgelegt werden, welche wichtigen Entscheidungen einstimmig zu erfolgen haben. In Kernbereichen darf ein Gesellschafter mit »weniger Stimmen« nicht überstimmt werden (so z. B., wenn eine Gewinnverteilung geändert werden soll). Möglich ist es auch, dass einem Partner zugebilligt wird, bestimmte Anschaffungen zu seinem Sonderbetriebsvermögen zu tätigen, wenn die anderen Partner von den Verpflichtungen freigestellt werden.
- **Haftung (in) der Gesellschaft, Übernahme von Krediten, Bildung von Sonderbetriebsvermögen**

– Einstieg in bestehende Gesellschaft bedeutet Haftungsrisiko auch für Altschulden. Im Innenverhältnis der Gesellschaft einschränkbar (Regelung im Vertrag!). Im Außenverhältnis nicht! Darum genaue Prüfung, in welches Konstrukt man eintritt.
– Haftung bei der Patientenbehandlung auch im Außenverhältnis für den jeweils persönlich Handelnden einschränkbar, wenn die Gesellschaft als eingetragene Partnerschaftsgesellschaft gegründet wird und ins Partnerschaftsregister eingetragen wird.
– Kredite, Haftung für Finanzierungen

Mit dieser Zusammenstellung werden einige wichtige Punkte aufgeführt, um zu prüfen, ob eine Anpassung des Gesellschaftsvertrages angegangen werden sollte, die man mit seinem Steuerberater und Rechtsanwalt im Einzelnen abstimmen sollte.

RA Michael Lennartz
lennmed.de Rechtsanwälte

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 02/2017

8.3.4. Praxiskooperationen – Betriebswirtschaftliche Betrachtung und Gewinnverteilung

»Es war einmal ein Zahnarzt, der wollte mit einem anderen Zahnarzt eine Berufsausübungsgemeinschaft gründen …«

… dies gestaltete sich jedoch nicht so einfach. Sie zogen aus, um sich Hilfe zu holen. Sie suchten einen Rechtsanwalt, der die vertragliche Gestaltung perfekt gestaltete, sie ließen sich von einem Steuerberater über die optimale Steuergestaltung beraten und legten los. Trotz der guten Beratung beim Start der Praxiskooperation wurde die Zusammenarbeit von Jahr zu Jahr schwieriger. Beide hatten zum Schluss den Eindruck, zu wenig Geld für die eigene Leistung zu erhalten, und es wuchs das Gefühl, vom jeweils anderen über den Tisch gezogen worden zu sein. Hätten die beiden Zahnärzte bereits vor Beginn ihrer Berufsausübungsgemeinschaft ein auf die neue Praxisstruktur abgestimmtes betriebswirtschaftliches Gesamtkonzept und eine transparente Gewinnverteilung erstellt, wäre das ständig wachsende Misstrauen erst gar nicht entstanden. Vielleicht könnte man dann sagen »… und wenn sie nicht gestorben sind, …«.

Der Trend zu Praxiskooperationen ist deutlich erkennbar und noch dazu politisch gewollt. Es ist unumstritten, dass man durch Zusammenschlüsse von Zahnärzten und deren Kompetenzen eine Verbesserung des Leistungsangebots und eine effektive Nutzung der Ressourcen erreichen kann. Voraussetzung dafür ist jedoch eine genaue Kenntnis der neuen Praxisstruktur und ihrer betriebswirtschaftlichen Konsequenzen. Genügte es in der Vergangenheit für einen Zahnarzt in einer Einzelpraxis, seine Patienten zufriedenzustellen, seine Abrechnung korrekt zu erstellen und seine Steuerzahlungen zu minimieren, reicht dies für die Steuerung einer Praxiskooperation nicht mehr aus.

1. Kostenverteilung in Praxisgemeinschaften

Schauen wir uns zunächst die Praxisgemeinschaft und deren betriebswirtschaftliche Besonderheiten an. Wie Rechtsanwalt Lennartz bereits in Kapitel 8.3.3. dargestellt hat, sind die einzelnen Partner einer Praxisgemeinschaft im Prinzip wie Einzelpraxen zu sehen. Dabei hat jede Praxis ihre eigenen Einnahmen, ihre eigene Buchhaltung und ihren eigenen Jahresabschluss. Die gemeinsam verursachten Kosten (z. B. Miete, Personalkosten usw.) werden auf die einzelnen Partner verteilt. Eine betriebswirtschaftliche Gesamtbetrachtung der Praxisgemeinschaft gibt es nicht. Für die Verteilung der gemeinsam verursachten Kosten ist es unerlässlich, ein Verteilungsschema zu erstellen, das eine differenzierte Verteilung der Kosten nach verschiedenen Gesichtspunkten erlaubt. So können z. B. die einzelnen Kostenkonten Miete, Strom, Heizung aus der Buchhaltung zum Kostenbündel »Raumkosten« zusammengefasst und nach einem realistischen Verteilungsschlüssel aufgeteilt werden. Die verschiedenen Kostenarten können nach Arbeitszeit, nach Honorarumsatz oder einfach nach Köpfen verteilt werden. Es ist wichtig, die jeweiligen Kostenanteile in einer Verteilungsübersicht darzustellen und die Einlagen der Partner genau zu verrechnen. Diese Berechnung sollte monatlich vorgenommen werden, damit die einzelne Praxis der Praxisgemeinschaft zeitnah betriebswirtschaftlich abgebildet und interpretiert werden kann. Da in Praxisgemeinschaften jeder Partner seine eigenen Einnahmen erhält, ist eine Gewinnverteilung nicht erforderlich.

2. Betriebswirtschaftliche Betrachtung von Berufsausübungsgemeinschaften

Weit häufiger werden jedoch Berufsausübungsgemeinschaften als Gesellschaften bürgerlichen Rechts gegründet. In der Regel ergeben sich daraus viele Vorteile, wie z. B. ein erweitertes Leistungsspektrum, ein besserer Patientenservice, längere Öffnungszeiten, eine Arbeits- und Kostenteilung sowie einen effizienteren Personaleinsatz. Prophylaxeabteilungen bzw. Eigenlabore werden eingerichtet, zusätzliche Zahnärzte werden eingestellt und nicht selten wird überregional oder an mehreren Standorten behandelt. Es gibt dabei nur gemeinsame Einnahmen und Ausgaben und die Buchhaltung sowie der Jahresabschluss werden für die Gemeinschaft erstellt. Um solche Praxisstrukturen zeitnah beurteilen und sicher in die Zukunft steuern zu können, ist ein betriebswirtschaftliches Gesamtkonzept unerlässlich. Es genügt nicht, den steuerlichen Praxisgewinn nach herkömmlichen Mustern zu ermitteln

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 02/2017

und den Praxisinhabern einfache betriebswirtschaftliche Auswertungen zur Verfügung zu stellen, sondern es werden transparente und nach Praxisbereichen oder sogar nach Leistungserbringern gegliederte Auswertungen erforderlich.

In der **Buchhaltung** ist es möglich, die Gesamtpraxis in ihre Praxisbereiche (Behandlung, Prophylaxe und Labor) zu gliedern, so dass man in der BWA den Deckungsbeitrag der einzelnen Abteilungen sehen kann. Die Voraussetzungen hierfür müssen bereits beim Erstellen der Buchhaltung geschaffen werden, indem auf differenzierte Konten gebucht wird.

In einer sogenannten **Profitcenterrechnung** können zusätzlich die Gemeinkosten, wie z. B. die Raum-, oder die Verwaltungskosten, auf die einzelnen Abteilungen verteilt werden. Nimmt man noch die Arbeitszeit hinzu, erhält man die Einnahmen, die Ausgaben und den Gewinn pro Praxisbereich und Arbeitsstunde und kann daraus wertvolle Schlüsse ziehen. Setzt man den jeweiligen Überschuss in Relation zu den Einnahmen, erhält man die Rentabilitätskennzahlen der gesamten Praxis und der einzelnen Bereiche und kann diese zum internen und externen Benchmarking heranziehen. Stellt man bei einer solchen Analyse fest, dass ein bestimmter Bereich unrentabel arbeitet, müssen zeitnah Änderungen herbeigeführt werden. Zusätzlich kann dann eine auf die einzelnen Leistungserbringer heruntergebrochene Betrachtung sinnvoll sein.

Im **Praxiscontrolling** ist es möglich, einzelne Leistungserbringer betriebswirtschaftlich zu analysieren. Als Grundlage können die Daten aus der Buchhaltung verwendet und weiterverarbeitet werden. Die Controllingzahlen ermöglichen eine Erfolgskontrolle aller Behandler, auch der angestellten Zahnärzte und Prophylaxemitarbeiterinnen, und können somit als Grundlage für eine leistungsgerechte Entlohnung verwendet werden.

Zusammengefasst kann man sagen, dass sowohl die Buchhaltung als Grundlage als auch darauf aufbauend eine Profitcenterrechnung bzw. ein Praxiscontrolling erforderlich sind, um die neuen Praxisstrukturen, insbesondere die von Berufsausübungsgemeinschaften, zeitnah interpretieren und steuern zu können.

3. Gewinnverteilungsmodelle für Berufsausübungsgemeinschaften

Doch selbst wenn sich die Gesamtpraxis betriebswirtschaftlich als rentabel erweist, bleibt immer noch die Frage, wie der erwirtschaftete Jahresüberschuss zwischen den Partnern aufgeteilt wird. Es gibt sehr viele verschiedene Ansätze zur Gewinnverteilung. Einige davon werden hier erläutert und deren Vor- und Nachteile aufgezeigt.

In der Vergangenheit wurden die Gewinne häufig in Ermangelung geeigneter Informationssysteme oder in Unkenntnis über weitere Möglichkeiten **fix** verteilt, indem der Gewinn durch die Anzahl der Partner geteilt wurde. Diese Vorgehensweise hatte den Vorteil, dass die Berechnung sehr einfach war und es nicht zu konkurrierendem Verhalten gegenüber den Patienten kam. Die Devise lautete: »Einer für alle und alle für einen«. Der Gemeinschaftsgedanke wurde dabei stark hervorgehoben. Aber da der Leistungsanreiz für den einzelnen Partner weitestgehend fehlte und heute dank moderner Praxisverwaltungs- und Buchhaltungsprogramme differenzierte Verteilungsmodelle zur Verfügung stehen, wird die fixe Gewinnverteilung kaum noch genutzt. Diese Erkenntnis schließt aber nicht aus, dass es in bestimmten Praxiskonstruktionen sinnvoll sein kann, trotzdem einen Teil des Gewinnes bzw. der Einnahmen pauschal zu verteilen. So wird bei Übergangssozietäten häufig ein Teil des Gewinns (z. B. 50 %) nach Leistung und ein Teil nach Kapital verteilt. Solche Lösungen sind einfach umzusetzen und können für eine Übergangszeit auch sinnvoll sein.

Um den Gewinn **leistungsgerecht** zu verteilen, ist man dazu übergegangen, den Gewinn im Verhältnis der Honorarumsätze zu verteilen. Gewinne in einem bestimmten Verhältnis zu verteilen, bedeutet gleiche Verteilung der Einnahmen und der Ausgaben. Die Einnahmen nach Leistung zu verteilen, erscheint sinnvoll. Aber kann es gerecht sein, dass derjenige, der den Löwenanteil erwirtschaftet, auch den Löwenanteil der gemeinsam verursachten Kosten trägt? Betrachtet man die Kostenstruktur der Zahnarztpraxis, ist feststellbar, dass ca. 70 % der Kosten Fixkosten sind, die mit der erbrachten Leistung in keinem direkten Zusammenhang stehen. Bei einer Verteilung des Gewinns im Verhältnis der erbrachten Leistung trägt der umsatzstarke

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 02/2017

Gesamtergebnis	0,00	A %	B %	C %	A	B	C
Praxiseinnahmen	1.284.689,13				552.416,33	501.028,76	231.244,04
Einnahmen nach Leistung	1.284.689,13	43,00	39,00	18,00	552.416,33	501.028,76	231.244,04
Praxisausgaben	-764.420,15				-315.931,10	-302.981,35	-145.507,69
Ausgaben nach Leistung	-212.771,98	43,00	39,00	18,00	-91.491,95	-82.981,07	-38.298,96
Ausgaben fix	-528.348,66	40,00	40,00	20,00	-211.339,46	-211.339,46	-105.669,73
Ausgaben nach Kapital	-3.151,62	50,00	50,00	0,00	-1.575,81	-1.575,81	0,00
Ausgaben A	-11.523,88				-11.523,88		
Ausgaben B	-7.085,01					-7.085,01	
Ausgaben C	-1.539,00						-1.539,00
Ausgleichszahlungen	0,00				0,00	0,00	0,00
Summe steuerlicher Jahresüberschuss	520.268,99				236.485,23	198.047,41	85.736,35

Bild 1: Gewinnverteilungsschema aus FIBU-doc

Partner den größten Anteil dieser Kosten und wird somit eindeutig benachteiligt.

Zusammenfassend kann man sagen, dass alle Verteilungsarten, die den gesamten Gewinn verteilen, eine differenzierte Berücksichtigung der verschiedenen Einflussfaktoren verhindern. Deshalb wird die Verteilung des gesamten Gewinns nach Leistung den modernen Praxisstrukturen nicht gerecht und es empfiehlt sich, ein differenziertes Gewinnverteilungsschema einzurichten.

Eine starke Differenzierung ist nur möglich, wenn man **Einnahmen und Ausgaben nach verschiedenen Verteilungskriterien** verteilt. So können Einnahmen ganz oder teilweise nach Leistung verteilt und für die Ausgaben verschiedene Verteilungsschlüssel eingesetzt werden. Die Unterteilung in leistungsabhängige Kosten und in Fixkosten ist dabei grundlegend. Hinzu kommen Ausgaben, die nach Kapital verteilt werden sollten, und solche, die jeder Partner selbst zu 100 % zu tragen hat. Auch können bei Bedarf weitere Verteilungsarten für das Prophylaxe- und das Laborergebnis verwendet werden. Die Zahlen aus der Buchhaltung werden gebündelt, nach verschiedenen Kriterien verteilt und in einer Gewinnverteilungsübersicht dargestellt. So ist jederzeit nachvollziehbar, welcher Partner welche Einnahmen bzw. welche Kosten zu tragen hat und wie hoch die Gewinnanteile der einzelnen Partner sind.

In Bild 1 wird eine Berufsausübungsgemeinschaft mit drei Partnern dargestellt, von denen Partner A und Partner B ganztags und Partner C halbtags arbeiten. Deshalb ergibt sich für den Fixkostenschlüssel die Verteilung 40-40-20. Die Leistungsanteile der Partner betragen 43 %, 39 % und 18 %.

Es ist unerlässlich, diese Informationen zeitnah für alle Partner zur Verfügung zu stellen und nicht erst nach der Erstellung des Jahresabschlusses im Folgejahr. Grundlegend ist dabei die Forderung, dass die Gewinnverteilung sowohl leistungsgerecht als auch transparent sein und sich einer verändernden Situation anpassen muss.

Hinzu kommt die Tatsache, dass in vielen Berufsausübungsgemeinschaften zusätzlich mit **angestellten Zahnärzten** gearbeitet wird. Um zu verhindern, dass die Erlöse, die von angestellten Zahnärzten generiert werden, automatisch und unbemerkt im gleichen Verhältnis wie die Erlöse der Praxispartner verteilt werden, muss dies bei der Gewinnverteilung beachtet werden. Dies kann geschehen, indem man z. B. die Honorareinnahmen der angestellten Leistungserbringer fix zwischen den Praxispartnern verteilt.

4. Liquiditätsrechnung pro Partner

Dem einzelnen Zahnarzt genügt es jedoch nicht, nur seinen Gewinnanteil zu kennen, er benötigt zusätzlich Informationen zu seinem Entnahmeanspruch. Dies wird häufig völlig vernachlässigt und die Zahnärzte erstellen komplizierte und zeitaufwändige Nebenrechnungen, um herauszufinden, ob bereits zu viel Geld entnommen wurde oder ob man noch auf eine Nachzahlung hoffen darf. Deshalb ist es wichtig, zusätzlich zur Gewinnverteilung eine Liquiditätsrechnung für alle Partner zu erstellen. Dies kann in einer einzigen Übersichtstabelle geschehen, so dass alle Partner die für ihre Planung erforderlichen Zahlen schnell, leicht verständlich und zeitnah erhalten.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 02/2017

Gesamtergebnis	0,00	A %	B %	C %	A	B	C
Summe steuerlicher Jahresüberschuss	520.268,99				236.485,23	198.047,41	85.736,35
Liquiditätskorrekturen	-63.298,06				-31.649,04	-31.649,04	0,00
Anlagenveränderungen	-43.214,63	50,00	50,00	0,00	-21.607,32	-21.607,32	0,00
Darlehensveränderungen	-20.083,43	50,00	50,00	0,00	-10.041,72	-10.041,72	0,00
Gesamtentnahmeanspruch	456.970,91				204.836,19	166.398,37	85.736,35
Privatkonten	-426.268,62						
Privatkonto A	-172.842,71				-172.842,71		
Privatkonto B	-186.829,90					-186.829,90	
Privatkonto C	-66.596,01						-66.596,01
Restentnahmeanspruch	30.702,29				31.993,48	-20.431,53	19.140,34
Finanz- und Interimskonten	-30.702,30						

Bild 2: Liquiditätsrechnung pro Partner aus FIBU-doc

Die Vorgehensweise ist einfach. Die Einzelpraxis erhält vom Steuerberater monatlich eine BWA und eine Liquiditätsrechnung, so dass sie sowohl das steuerliche Ergebnis als auch die verfügbare Liquidität, d. h. den entnahmefähigen Betrag, sehen und interpretieren kann. Für die Berufsausübungsgemeinschaft gilt das Gleiche, sie erhält ebenfalls monatlich eine BWA und eine Liquiditätsrechnung für die gesamte Praxis. Diese Auswertungen enthalten jedoch keinerlei Information für den einzelnen Zahnarzt und müssen deshalb auf die einzelnen Partner heruntergebrochen werden. Die einzelnen Buchhaltungspositionen müssen gebündelt und auf die Partner verteilt werden. Hierzu gehört der Kauf von Anlagegütern (z. B. Möbel, Geräte usw.) genauso wie die Tilgung der Praxisdarlehen. Zieht man diese Liquiditätskorrekturen vom steuerlichen Überschuss ab, werden die Entnahmeansprüche der Partner sichtbar. Bringt man hiervon noch die bereits getätigten Privatentnahmen und -einlagen in Abzug, ergeben sich die Restentnahmeansprüche der Partner, die mit dem Saldo der Finanz- und Interimskonten übereinstimmen müssen (Bild 2).

Stellt ein Partner z. B. anhand der Tabelle unterjährig fest, dass er mehr entnommen hat als es ihm nach seinem Gewinnanteil zugestanden hat, kann er sofort handeln, um diese Überentnahme auszugleichen. So hat z. B. Partner B in der Mustertabelle (Bild 2) ca. 20.000,– € Überentnahmen, die er ohne Rückzahlung in den Folgemonaten leicht ausgleichen kann, indem er zukünftig weniger entnimmt. Stellt man eine solche Fehlentwicklung aber erst bei der Erstellung des Jahresabschlusses im Folgejahr fest, sind die Auswirkungen nur schwer korrigierbar und führen möglicherweise zu großen finanziellen Schwierigkeiten für den betroffenen Praxispartner und in Folge kann dies sogar zu einem Bruch der Praxiskooperation führen.

Um sicherzustellen, dass die zum Ausgleich der Restentnahmeansprüche notwendigen finanziellen Mittel auch vorhanden sind, ist die Verprobung der Restentnahmeansprüche mit den Beständen der Finanzkonten ein wichtiger Bestandteil der Liquiditätsrechnung.

Um Fehler bei der Gewinnverteilung zu vermeiden, sollten Sie folgende Aspekte beachten:

- Sinnvolle betriebswirtschaftliche Gliederung und übersichtliche Darstellung der Gesamtpraxis bei Praxiskooperationen
- Klare Formulierung der Gewinnverteilungsabsicht im Vertrag
- Erstellung eines differenzierten Gewinnverteilungsschemas im Vorfeld der Gründung
- Monatliche Übersicht der Gewinnverteilung und der Liquiditätsrechnung pro Partner
- Regelmäßige Treffen der Partner zum Besprechen der Praxiszahlen

Tipp
Erarbeiten Sie bereits in der Planungsphase einer Berufsausübungsgemeinschaft ein transparentes und faires Gewinnverteilungskonzept, verankern Sie dieses im Kooperationsvertrag und kommunizieren Sie die jeweilige Verteilung regelmäßig mit allen Praxispartnern.

Monika Brendel,
Dipl.-Kffr.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 02/2017

8.3.5. BAG-Verträge

BAG-Verträge – Was regeln bei Krankheit, Berufsunfähigkeit, Kündigung und anderen Ausnahmesituationen?

In vielen bestehenden BAG-Verträgen (Berufsausübungsgemeinschaft in Form einer Gemeinschaftspraxis) schlummern kleine Zeitbomben, die das bestehende gute Verhältnis der Gesellschafter zueinander empfindlich stören können und zu Verdruss führen können. Nicht selten sorgen die Regelungen in BAG-Verträgen zu Störungen und juristischen Scharmützeln. Nachfolgend aus Sicht des Praktikers Tipps und Anregungen für den BAG-Vertrag:

Hauptgrund von Streitigkeiten innerhalb einer BAG ist fast immer das liebe Geld. Knackpunkte in BAG-Verträgen sind besonders die monetären Regelungen bei:

1. Krankheit eines Partners
2. Berufsunfähigkeit eines Partners
3. Schwangerschaft
4. Tod eines Partners
5. Abfindungsmodalitäten
6. Bankgeschäften der BAG

1) Krankheit

1.1. Gebräuchliche Formulierung in BAG-Verträgen: »Die Partner vertreten sich gegenseitig unentgeltlich zeitlich begrenzt für X Tage/Wochen.«
Nach dieser Karenzzeit kann ein Vertreter zu Lasten des Erkrankten bestellt werden oder die verbleibenden Partner erhalten ein Honorar für ihre Mehrarbeit.

Weiterer Standardsatz in BAG-Verträgen:
»Jeder Gesellschafter sichert sich in ausreichender Höhe mit Krankentagegeld ab.«

1.2. **Frage: Wie hoch ist der Bedarf? Wer weiß, welche Tagegeldhöhe ausreichend ist?**

1.3. Lösungsmöglichkeit für den BAG-Vertrag
- Festlegung einer **gestaffelten** Gewinnreduzierung für den erkrankten Partner z. B. ab dem 21., dem 29., dann ab dem 43. Tag im BAG-Vertrag.
- Praktische Regelung:
  Ermittlung eines abgestuften Krankentagegeldes. Absicherung ab dem 21., 29. und 43. Tag unter Berücksichtigung der Vertreterkosten und evtl. Umsatzeinbußen der Praxis bei längerer Krankheit.
- Faustregel:
  60–70% des Praxisumsatzes (ohne Mat/Lab) gestaffelt absichern
- Eine laufende jährliche Überprüfung/Anpassung der Krankentagegeldabsicherung analog zu den betriebswirtschaftlichen Zahlen der Praxis ist sinnvoll, damit es zu keiner schleichenden Unterversorgung kommt.

1.4. Stolperfallen:
- Bei einer separaten Absicherung des Krankentagegeldes (sofern nicht bei eigener Voll-Krankenversicherung abgeschlossen) kann der Versicherer in den ersten drei Vertragsjahren ordentlich kündigen. Umso ärgerlicher, wenn im Leistungsfall von der Gesellschaft gekündigt wird und es aus diesem Grund schwer wird, eine neue Krankentagegeldversicherung abzuschließen.
- Bei Praxistätigkeit endet der Krankentagegeldvertrag mit 65 und kann ggf. verlängert werden. (Achtung: Bei vorgezogener Altersrente gelten besondere Bestimmungen.)

1.5. Alternative Praxisausfallversicherung:
- Die Absicherung über eine reine Praxisausfallversicherung ist nicht so optimal, da diese **nicht** wie die **Krankentagegeldversicherung zeitlich unbegrenzt** bis zur Berufsunfähigkeit leistet. Eine Aussteuerung bei der Praxisausfallversicherung erfolgt i. d. R. nach 12 bzw. 24 Monaten.
- Vorsicht ist bei Verträgen geboten, in denen der Versicherer die Praxisausfallversicherung auch ordentlich sowie im Leistungsfall kündigen kann.
- Die Praxisausfallversicherung endet normal mit dem 60. Lebensjahr und kann nur mit Zustimmung des Versicherers verlängert werden.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 02/2017

2) Absicherung der Partner bei Berufsunfähigkeit (BU)

2.1. Häufige Formulierungen in bestehenden BAG-Verträgen:
»Für den Fall der Berufsunfähigkeit sichern sich die Partner ausreichend über eine private Berufsunfähigkeitsversicherung ab.«
Nähere Auskünfte über die abzusichernde ausreichende Höhe finden sich nur selten in BAG-Verträgen.
Frage: Welche Höhe ist für die BAG-Partner ausreichend und ab wann ist ein Partner berufsunfähig?

- BU-Definition Zahnärzteversorgung:
  Ist ein Partner laut BAG-Vertrag im Sinne der Zahnärzteversorgung (ZÄV) berufsunfähig, so muss er dies zu 100 % sein und er muss seine zahnärztliche Tätigkeit ganz aufgeben.

2.2. Lösungsmöglichkeit:

- Empfehlenswert ist die Einbeziehung einer Definition von einem privaten leistungsstarken Versicherer in den BAG-Vertrag. Als »Berufsunfähigkeit« in diesem Sinne gilt diese dann bereits ab 50 % und eine weitere zahnärztliche Teiltätigkeit in der BAG bliebe möglich. Die Gewinnverteilung bei reduzierter zahnärztlicher Leistung sollte dann neu in der BAG festgelegt werden.
- Ausreichende Höhe der BU-Absicherung (Reicht hier die BU-Absicherung aus dem Versorgungswerk?)
  Die Pflichtmitgliedschaft im Versorgungswerk der ZÄV reicht oft nicht aus, da diese erst ab 100 % Berufsunfähigkeit unter Aufgabe der zahnärztlichen Tätigkeit leistet und die laufenden finanziellen Verpflichtungen oft nicht deckt. Die wirtschaftlichen/finanziellen Verhältnisse der BAG-Partner sind sehr unterschiedlich. Der monatliche Kapitalbedarf für Familie, Lebenshaltung, Hausfinanzierung, Praxisfinanzierung ist somit individuell zu ermitteln. Zusätzlich zu den BU-Ansprüchen aus dem Versorgungswerk ist je nach individuellem Bedarf eine zusätzliche private BU-Absicherung bis zum Renteneintrittsalter zur Ergänzung sinnvoll.
  Faustregel: 50 % des eigenen Gewinnanteils als Bemessungsgröße

3) Schwangerschaft

Angestellte Zahnärztinnen erhalten »Beschäftigungsverbot« für die Zeit der Schwangerschaft. Selbstständige Zahnärztinnen/Mitgesellschafterinnen einer BAG dürfen weiterarbeiten. Bei **schwangerschaftsbedingten** Erkrankungen leisten einige Krankentagegeldversicherer. Diese sind bei Frauen dann bei der Versicherungswahl für das Krankentagegeld zu favorisieren.

4) Tod

4.1. Bei Tod eines Gesellschafters der BAG sollten die Abfindungsmodalitäten für die Erben so gestaltet werden, dass es die wirtschaftliche Tragfähigkeit der Praxis/der verbleibenden Partner nicht belastet. Weitverbreitet ist die Formulierung im BAG-Vertrag: Abfindung gemäß Praxiswertgutachten. Damit es zu keinen Gutachterstreitigkeiten mit den Erben kommt, ist eine realistische mit dem Steuerberater abgestimmte Wertschätzung mit einem angemessenen fixen Praxiswert sinnvoll.

Beispiel:
Die Gesellschafter einigen sich bereits heute auf einen anteiligen »angemessenen« Praxiswert (Sach- und ideeller Wert).

Anteiliger Praxiswert z. B.: 200.000,– €

Die Praxispartner versichern sich gegenseitig mit 250.000,– € mittels einer Risiko-Lebensversicherung und treten hierfür im BAG-Vertrag die Ansprüche in Höhe von 200.000,– € an die Erben ab. Die Ansprüche der Erben sind damit abgegolten. Im Todesfall behält die BAG die 50.000,– € Restabsicherung für die Entlastung der Erben aus der Nachhaftung (z. B. für den Praxismietvertrag und das Personal).

Fazit: Die verbleibenden Partner können so ohne Einrede der Erben über die Fortführung ihrer Praxis frei entscheiden, wobei eine Abstimmung mit dem Steuerberater erforderlich ist.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 02/2017

5) Abfindungsmodalitäten und die Bewertung von Gesellschaftsanteilen

Als Methode wird heute u. a. die sogenannte »modifizierte Ertragswertmethode« angewandt. Bei einem Verkauf von Praxisanteilen entscheidet in der Realität meist nicht der mittels Gutachten ermittelte Wert, sondern der Markt nach Angebot und Nachfrage frei nach dem Motto »Der Praxiswert ist der Wert, den der Dümmste/Schlauste bereit ist zu zahlen.« Dementsprechend ist das Verwertungsrisiko von Praxisanteilen bei der Abfindungsbemessung im BAG-Vertrag zu berücksichtigen. Dies bedeutet, dass bei ordentlicher/außerordentlicher Kündigung sowie bei Ausscheiden durch Berufsunfähigkeit die in der Praxis verbleibenden Partner nicht über eine Abfindung gemäß Wertgutachten in eine finanzielle Schieflage geraten, da sie keinen Interessenten finden, der bereit ist, die aufgerufene Summe zu zahlen.
Mögliche Regelung: Der Sachwert ist jeweils abzufinden und für den ideellen Wert des Praxisanteils steht der abgebende Partner mit im Verwertungsrisiko.

6) Kredite, Haftung für Finanzierungen

Häufigster Grund für das Scheitern einer BAG ist der Streit ums Geld. Damit es möglichst hierzu nicht kommt, sind folgende Regelungen im BAG-Vertrag sinnvoll:

a) Die Praxis bleibt stets schuldenfrei
b) Das Praxisausgabenkonto ist jeweils monatlich von allen Partnern anteilig auszugleichen
c) Keine Gesamthandschulden – d. h. keine gemeinsamen Praxisdarlehen
d) Jeder Gesellschafter führt seine anteiligen Praxisdarlehen in seinem Sonderbetriebsvermögen
e) Adäquate Absicherung von Darlehen für den Tod und BU-Fall
f) Aufbau einer Kapitalreserve auf dem Praxiskonto für Reinvestitionen, damit nicht stets diese finanziert werden müssen

7) Zusammenfassung

Verträge sind Vertrauen mit Verstand! BAG-Verträge gehören aufgrund sich schnell ändernder gesetzlicher Vorgaben und Veränderungen im Zahnmedizinermarkt regelmäßig auf den Prüfstand.

Eine Überprüfung bestehender BAG-Verträge ist unter Mitwirkung folgender Experten aufzuarbeiten:

a) Rechtlich	Spezialisierter Rechtsanwalt
b) Steuerlich	Spezialisierter Steuerberater
c) Versicherungsspezifisch	Spezialisierter Versicherungsexperte

Reinhard Siol und Jan Siol
www.auxmed.de

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 02/2017

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 02/2017

8.4. Praxis-Mietvertrag

Die Anmietung von Praxisräumen ist mietrechtlich als so genannte Geschäftsraummiete zu qualifizieren. Im Gegensatz zur Wohnraummiete gibt es daher zum Beispiel keinen speziellen Mieterschutz und auch keine gesetzliche Beschränkung der Miethöhe (Gesetz zur Regelung der Miethöhe).

Gerade der Mietvertrag für eine Zahnarztpraxis sollte sorgfältig gestaltet werden. So könnte es für einen Praxisinhaber fatale Folgen haben, wenn er beispielsweise keinen befristeten Mietvertrag über einen längeren Zeitraum abschließt; in diesem Fall könnte der Vermieter den Mietvertrag recht kurzfristig mit den damit verbundenen Folgen für den Praxisinhaber lösen.

In einem Mietvertrag über Praxisräume sollten u. a. folgende Punkte berücksichtigt werden:

Vertragsdauer
Der Mietvertrag sollte beispielsweise auf fünf oder zehn Jahre abgeschlossen werden. Nur ein langfristiger Mietvertrag schützt den Praxisinhaber vor einer vorzeitigen Kündigung seitens des Vermieters mit den damit verbundenen Folgen (Praxisverlegung, Verlust von Patienten etc.).

Darüber hinaus sollte im Mietvertrag dem Praxisinhaber ein Optionsrecht eingeräumt werden, den Mietvertrag zum Beispiel zweimal fünf Jahre verlängern zu können.

Miethöhe
Da wie oben ausgeführt, die Miethöhe für Geschäftsräume grundsätzlich frei vereinbart werden kann – außer wenn Mietwucher vorliegt –, ist gerade bei diesem Punkt Vorsicht geboten. Eine Erkundigung über die orts- und marktüblichen Mietpreise ist unbedingt empfehlenswert.

Vorsicht ist auch geboten, wenn vor Einzug noch grundlegende Sanierungsarbeiten vom Mieter vorgenommen werden sollen. Handelt es sich nicht um typische Maßnahmen speziell für eine Zahnarztpraxis, so sollte gegenüber dem Vermieter darauf hingewirkt werden, dass eine Anrechnung dieser zusätzlichen Investitionen auf die Höhe der Miete erfolgt.

Ein anderer Punkt ist, dass die meisten Mietverträge eine Anpassung der Miethöhe vorsehen (Staffelmiete bzw. so genannte Wertsicherungsklausel). Diese Gleitklauseln, die automatisch zu einer Mietanpassung führen, sind genehmigungsbedürftig (§ 3 Währungsgesetz).

Kündigungsfrist
Die Kündigungsfrist sollte so ausreichend bemessen sein, dass genug Zeit für den Praxisinhaber bleibt, zum Beispiel andere Praxisräume zu finden (z. B. sechs Monate vor Ablauf der Mietzeit).

Bauliche Veränderungen
Der Vermieter kann u. U. bei Beendigung des Mietverhältnisses verlangen, dass die Praxisräume in den ursprünglichen Zustand zurückversetzt werden, was für den Zahnarzt sehr teuer werden kann. Es sollte daher darauf hingewirkt werden, dass bei Beendigung des Mietverhältnisses keine Pflicht zur Wiederherstellung des früheren Zustandes seitens des Mieters besteht.

Führen bauliche Veränderungen des Mieters zu einer Werterhöhung der Räumlichkeiten, so kann von vornherein im Vertrag geregelt werden, dass hierfür bei Vertragsbeendigung eine entsprechende Vergütung bezahlt wird.

Konkurrenzschutz
In den Mietvertrag sollte auch ein so genannter Konkurrenzschutz aufgenommen werden. Mit einem solchen Konkurrenzschutz lässt sich verhindern, dass sich im gleichen Haus des Vermieters ein weiterer Zahnarzt niederlässt.

Kooperationsklausel
Im Vertrag sollte nach Möglichkeit geregelt werden, dass ein weiterer Partner im Rahmen einer zahnärztlichen Kooperation aufgenommen werden kann (Praxisgemeinschaft/Gemeinschaftspraxis). Dies ist erforderlich, da die Aufnahme eines weiteren Partners ohne eine solche Klausel nicht durch den Mietvertag gedeckt wäre.

Praxisverkauf/Krankheit des Mieters
Vorsorge sollte auch für den Fall getroffen werden, dass der Praxisinhaber stirbt oder krank wird. Für diesen Fall sollte ein vorzeitiges Kündigungsrecht vor der regulären Vertragsbeendigung eingeräumt werden.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

Ansonsten wäre es denkbar, dass beispielsweise die Erben des Zahnarztes an den Mietvertrag gebunden sind, wenn sie keinen Praxisnachfolger finden.

Darüber hinaus muss dem Praxisinhaber im Mietvertrag das Recht eingeräumt werden, die Praxis an einen Nachfolger zu verkaufen, der dann in die entsprechenden mietvertraglichen Regelungen eintritt.

Praxisschild
Ferner sollte im Vertrag das Recht festgeschrieben werden, ein Praxisschild entsprechend der jeweiligen Berufsordnung anbringen zu dürfen (auch nach Beendigung des Mietverhältnisses).

Aufgrund der Komplexität mietrechtlicher Fragen sollte bei dem Abschluss eines Mietvertrages sehr sorgfältig vorgegangen werden, wobei u. U. die Hinzuziehung eines Rechtsanwaltes empfehlenswert ist.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

8.5. Berufsrechtliche Grundlagen

8.5.1. Aufklärungs- und Dokumentationspflichten

8.5.1.1. Dokumentation ist Grundpflicht

Die Dokumentationspflicht des Zahnarztes ist eine ärztliche Grundpflicht, die in zahlreichen Gesetzen ihren Niederschlag gefunden hat.

Verschiedene Bundes- wie Landesgesetze betreffen:
- die zahnärztliche Dokumentation
- die Aufbewahrung und Archivierung von Patientendaten
- deren Weitergabe
- das Einsichtsrecht des Patienten

Für den Zahnarzt stellen sich im Bereich der Dokumentation sowie der Aufbewahrungs- und Auskunftspflichten zahlreiche Rechtsfragen, die im Folgenden beleuchtet werden sollen.

Funktionen der zahnärztlichen Dokumentation

Die zahnärztliche Dokumentation erfüllt diverse Funktionen. Angesprochen sei hier die Dokumentation als Nachweis einer sachgerechten Behandlung des Patienten, dem auch ein Einsichtsrecht in die Patientenunterlagen zusteht.

Die Dokumentation dient zudem der Auskunftserteilung an Versicherungen, Behörden etc. Sie dient auch der sachgerechten Weiterbehandlung durch nachbehandelnde Zahnärzte sowie der Qualitätssicherung.

Der Zahnarzt benötigt die Dokumentation außerdem zur Liquidation, weil ihm sonst ein Nachweis der erbrachten und abgerechneten Leistungen nicht möglich ist. Die Dokumentation kann dem Zahnarzt auch bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen nützlich sein.

Was ist zu dokumentieren?

Nach den Berufsordnungen der Landeszahnärztekammern (z. B. § 5 Abs. 2 der Niedersächsischen Berufsordnung) muss der Zahnarzt über wichtige Befunde und über seine Behandlungsmaßnahmen Aufzeichnungen machen.

In der vom Vorstand der Bundeszahnärztekammer beschlossenen Musterberufsordnung (Fassung vom 28.6.1996) gibt es in § 6 detaillierte Regelungen in Sachen »zahnärztliche Aufzeichnungen«. Die Musterberufsordnung gibt dabei einen guten Überblick über die Berufspflichten auch wenn sie angesichts der eigenständigen Regelungskompetenz der Landeszahnärztekammern in den Kammerbereichen nicht verbindlich ist.

In § 6 der Musterberufsordnung ist im Einzelnen geregelt:
– Der Zahnarzt ist verpflichtet, Befunde und Behandlungsmaßnahmen fortlaufend und für jeden Patienten getrennt aufzuzeichnen.
– Zahnärztliche Aufzeichnungen, Krankengeschichten und Röntgenbilder, auch auf elektronischen Datenträgern sind Urkunden und entsprechend den gesetzlichen oder vertraglichen Vorschriften aufzubewahren. Bei ihrer Herausgabe sind die Bestimmungen über die ärztliche Schweigepflicht und des Datenschutzes zu beachten.
– Der Zahnarzt hat einen vor-, mit- oder nachbehandelnden Zahnarzt oder Arzt auf Verlangen die erhobenen Befunde zu überlassen und ihn über die bisherige Behandlung zu informieren, soweit das Einverständnis des Patienten vorliegt.

Anschaulich ist auch die Regelung in § 5 Abs. 1 des Bundesmantelvertrages Zahnärzte. Danach ist der Kassenzahnarzt verpflichtet, über jeden behandelten Kranken Aufzeichnungen zu machen, aus denen die einzelnen Leistungen, die behandelten Zähne und, soweit erforderlich, die Diagnose sowie die Behandlungsdaten ersichtlich sein müssen.

§ 4 Nr. 2 des Ersatzkassen-Vertrages/Zahnärzte bestimmt lediglich, dass auf jedem Behandlungsblatt eines anspruchsberechtigten Patienten genaue Aufzeichnungen über die Behandlungstage und die ausgeführten Leistungen enthalten sein müssen.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2013

Aufzeichnungspflicht nicht total

Es wird nicht ausdrücklich bestimmt, was der Zahnarzt aufzuzeichnen hat. Einigkeit herrscht zumindest darüber, dass keine totale Aufzeichnungspflicht des Arztes besteht, weil nebensächliche und unerhebliche Tatbestände nicht dokumentationspflichtig sind.

Fundstelle:
Narr, Ärztliches Berufsrecht, Band 2, B 182

Reine Routinemaßnahmen müssen nicht dokumentiert werden. Es müssen jedoch alle für die Behandlung und ihren Verlauf sowie für die Stellung der Diagnose wichtigen Wahrnehmungen und Maßnahmen dokumentiert werden.

Hierzu zählen auch pflegerische Beobachtungen. Auch Aufzeichnungen über die Vorgeschichte des Patienten müssen in der Dokumentation enthalten sein, wie etwa bereits durchgeführte Untersuchungen und Behandlungen. Konsiliarische Untersuchungen, Laboruntersuchungen etc. müssen ebenfalls dokumentiert werden.

Patientenaufklärung dokumentieren

Die durchgeführte Aufklärung des Patienten muss nicht zwingend dokumentiert werden, ist jedoch aus Beweisgründen dringend zu empfehlen.

Fundstellle:
Hoppe, NJW 1998, 782 ff.

Dokumentiert werden muss auch die zahnärztliche Diagnosestellung (auch Verdachtsdiagnosen) sowie die Medikation.

Besondere Sorgfalt ist bei der Anfertigung von OP-Berichten an den Tag zu legen.

Der aktuelle Praxishinweis:

Ein im OP-Bericht nicht erwähnter Vorgang indiziert, dass dieser nicht stattgefunden hat.

Fundstelle:
BGH VersR 1982, 1193; OLG Düsseldorf VersR 1986, 921

Verweigerung des Patienten dokumentieren

Es sollte auch festgehalten werden, wenn:

- ein Patient entgegen dem zahnärztlichen Rat die Praxis oder das Krankenhaus verlässt
- der Patient sich weigert, vom behandelnden niedergelassenen Zahnarzt in die Klinik eingewiesen zu werden
- der Patient sich bei einem Telefonat trotz entgegenstehenden zahnärztlichen Rates weigert, die Praxis oder ein Krankenhaus aufzusuchen.

Überweisung dokumentieren

Spricht ein Zahnarzt die Überweisung des Patienten an einen anderen Zahnarzt aus, so ist dieser Umstand als solcher nicht zwingend dokumentationspflichtig aber doch empfehlenswert, falls dem Zahnarzt später ein Behandlungsfehler durch Unterlassen vorgeworfen werden sollte und der Patient den Zahnarzt, an den er überwiesen worden ist, gar nicht aufgesucht hatte.

Der aktuelle Praxis-Hinweis:

Nach herrschender Auffassung trifft den Zahnarzt keine Pflicht, sich selbst durch die Dokumentation wegen eines Behandlungsfehlers zu belasten. Eine derartige Verpflichtung soll sich weder aus dem Berufsrecht noch aus dem Behandlungsvertrag ableiten lassen.

Fundstelle:
Sommer/Brinkmann, MedR 1984

Ist die zahnärztliche Dokumentation lückenhaft oder sogar vollständig unterlassen worden, so können sich daraus Beweiserleichterungen zugunsten des Patienten bis hin zur vollständigen Umkehrung der Beweislast ergeben.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2013

Aufbewahrungsfrist grundsätzlich 10 Jahre

Die Frage, wie lange Patientenunterlagen aufzubewahren sind, ist unterschiedlich zu beantworten.

Grundsatz
§ 5 Abs. 2 des Bundesmantelvertrages-Zahnärzte bestimmt, dass die Aufzeichnungen über die einzelnen Leistungen, die behandelten Zähne, die Diagnose und die Behandlungsdaten sowie die diagnostischen Unterlagen bei kieferorthopädischen Behandlungen vom Kassenzahnarzt mindestens drei Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren sind. Darüber hinaus sei eine längere Aufbewahrung geboten, wenn sie nach medizinischen Erfordernissen angezeigt sei.

Auch nach § 5 Nr. 2 des Ersatzkassen-Vertrages/Zahnärzte sind die Behandlungsunterlagen, Kiefermodelle, Fotografien etc. für den Zeitraum von drei Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

Sowohl nach § 5 des Bundesmantelvertrages-Zahnärzte als auch nach § 5 des Ersatzkassen-Vertrages/Zahnärzte richtet sich die Aufbewahrungsfrist für Röntgenaufnahmen nach der Röntgenverordnung.

Die exemplarisch herangezogene Berufsordnung für die niedersächsischen Zahnärzte enthält zur Frage der Aufbewahrungsfristen für Behandlungsunterlagen überhaupt keine Angaben.

Zum Vergleich: Nach § 10 Abs. 3 der Musterberufsordnung der deutschen Ärztinnen und Ärzte sind ärztliche Aufzeichnungen grundsätzlich für die Dauer von 10 Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht nach gesetzlichen Vorschriften eine längere Aufbewahrungspflicht besteht.

Fundstelle:
Deutsches Ärzteblatt 94, Heft 37, 12.09.1997, A-2354 ff.

Röntgen- und Strahlenschutzverordnung

Besonderheiten bestehen nach der Röntgenverordnung und der Strahlenschutzverordnung.

Aufzeichnungen über eine Behandlung mit Röntgenstrahlen oder Bestrahlungseinrichtungen und Anlagen zur Erzeugung ionisierender Strahlen sind 30 Jahre nach der letzten Untersuchung oder Behandlung aufzubewahren.

Aufzeichnungen über Untersuchungen mit Röntgenstrahlen und unter Anwendung von radioaktiven Stoffen oder ionisierenden Strahlen sind 10 Jahre nach der letzten Untersuchung aufzubewahren.

Fundstelle:
§ 28 RöntVO, § 43 StrlSchVO

Digitale Dokumentationssysteme

Besonderheiten gelten hier hinsichtlich der Dokumentation in digitalen Dokumentationssystemen und digitalen Netzen. Die Zulässigkeit der digitalen Archivierung ergibt sich aus §§ 28 Abs. 5 RöntVO und 43 Abs. 1 und 2 StrlSchVO.

Fundstelle:
Eingehend hierzu und zur elektronischen Patientenakte: Ortner/Geis, MedR 1997 337 ff.

Die Pflicht zur Aufbewahrung von Röntgenaufnahmen der Direktradiographie gilt bis zum Ablauf von drei Jahren. Nach diesem Zeitraum ist gemäß § 28 Abs. 5 S. 2 RöntVO die Aufbewahrung auf einem Datenträger zulässig.

Die Röntgenbilder müssen danach nicht mehr körperlich aufbewahrt werden. Hinsichtlich des Aufbewahrungszeitraums auf dem Datenträger gilt das soeben Gesagte.

Fundstelle:
i. E. hierzu Ortner/Geis, MedR 1997, 337 ff.

Betäubungsmittelverschreibungsverordnung

Nach § 5 Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BTMVV) ist bei der Verschreibung von Betäubungsmitteln das amtliche Formblatt zu verwenden. Auf diesem muss auch die Dokumentation der Betäubungs-

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2013

mittelverschreibung erfolgen. Es ist vom Zahnarzt drei Jahre von der letzten Eintragung an aufzubewahren.

Berliner Sonderregelung

Eine besondere landesgesetzliche Regelung gilt in Berlin. Nach § 6 Abs. 1 der Verordnung über Führung, Inhalt und Aufbewahrung von Krankengeschichten in Krankenhäusern vom 24.10.1984 (GVBI. S. 1627) sind Krankengeschichten grundsätzlich über den Zeitraum von 30 Jahren aufzubewahren.

Die Krankengeschichten von Erwachsenen, die im Krankenhaus verstorben sind, müssen 10 Jahre aufbewahrt werden. Sind hingegen Minderjährige im Krankenhaus verstorben, so müssen deren Krankenakten 20 Jahre lang aufbewahrt werden. Diese Regelung wird für Zahnärzte sicherlich nur selten relevant werden.

Jugendarbeitsschutzgesetz

Nach § 37 des Jugendarbeitsschutzgesetzes muss der Zahnarzt, der eine Untersuchung nach diesem Gesetz durchführt, schriftlich festhalten:

- den Untersuchungsbefund
- die Arbeiten, durch deren Ausführung er die Gesundheit oder die Entwicklung des Jugendlichen für gefährdet hält
- die besonderen der Gesundheit dienenden Maßnahmen
- die Anordnung einer außerordentlichen Nachuntersuchung.

Er muss eine für den Arbeitgeber bestimmte Bescheinigung darüber ausstellen, dass diese Untersuchung stattgefunden hat und darin die Arbeiten vermerken, durch deren Ausführung er die Gesundheit und die Entwicklung des Jugendlichen für gefährdet hält.

Der Arbeitgeber (nicht der Zahnarzt) muss diese zahnärztlichen Bescheinigungen bis zur Beendigung der Beschäftigung, längstens jedoch bis zur Vollendung des achtzehnten Lebensjahres des Jugendlichen aufbewahren. Auch hiervon dürfte der Zahnarzt weniger betroffen sein.

Bundesseuchengesetz und Geschlechtskrankheitengesetz

Weitere spezialgesetzliche Regelungen zur Dokumentationspflicht und sogar weitergehenden Meldepflichten finden sich in § 10 Abs. 1 Geschlechtskrankheitengesetz und § 3 Bundesseuchengesetz.

Hier sind jedoch keine Regelungen über Aufbewahrungsfristen getroffen, so dass hier die allgemeine Zehnjahresfrist gilt.

Weitergehende Empfehlung

Unter dem Aspekt der Haftung empfiehlt sich generell eine Aufbewahrung für einen Zeitraum von 30 Jahren.

Die Haftung wegen Vertragsverletzung verjährt gemäß § 195 BGB erst nach 30 Jahren.

Nach § 852 Abs. 1 BGB verjährt der Anspruch auf Ersatz des aus einer unerlaubten Handlung entstandenen Schadens in drei Jahren von dem Zeitpunkt an, in welchem der Verletzte von dem Schaden und der Person des Ersatzpflichtigen Kenntnis erlangt, jedoch ohne Rücksicht auf diese Kenntnis erst in 30 Jahren von der Begehung der Handlung an.

Wie aufbewahren?

Aufzeichnungen auf elektronischen Datenträgern oder anderen Speichermedien bedürfen nach der Musterberufsordnung der Ärztinnen und Ärzte besonderer Sicherungs- und Schutzmaßnahmen, um deren Veränderung, Vernichtung oder unrechtmäßige Verwendung zu verhindern. Im zahnärztlichen Bereich müssen die Berufsordnungen der jeweils zuständigen Landeszahnärztekammern beachtet werden (u. a. Regelungen zur Schweigepflicht und datenschutzrechtliche Regelungen).

Generell ist auf die Empfehlungen zur Organisation des EDV-Einsatzes in der Arztpraxis hinzuweisen. Es finden sich dort eingehende Ausführungen im Rahmen des § 9 BDSG, namentlich zur Zugangs-, Datenträger-, Speicher-, Benutzer-, Zugriffs-, Übermitt-

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2013

lungs-, Eingabe-, Auftrags-, Transport- und Organisationskontrolle.

Konventionelle Kartei

Vor dem Hintergrund des Bundesdatenschutzgesetzes und der ärztlichen Schweigepflicht ist in Bezug auf die Aufbewahrung von körperlich angelegten Krankenunterlagen zu beachten, dass in jedem Fall das aus dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht hergeleitete informationelle Selbstbestimmungsrecht des Patienten beachtet wird.

Daraus folgt, dass sowohl bei konventionellen körperlich angelegten Patientenakten als auch beim Einsatz von EDV gewährleistet sein muss, dass in der zahnärztlichen Praxis (Empfangsbereich und Behandlungsräume) unbefugte Dritte keinen Zugriff auf bzw. Einblick in die Patientendaten erhalten können. Die gern geübte Praxis, Karteikarten zur Raumbesetzung auf dem Tresen abzulegen, ist damit nicht zulässig.

Zudem muss der Zahnarzt während der festgeschriebenen Aufbewahrungszeiträume die Patientendateien sicher verwahren.

Fundstelle:
Empfehlungen zur ärztlichen Schweigepflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis, abgedruckt in: Deutsches Ärzteblatt 93, Heft 43, 25. Oktober 1996, A-2809 ff.

Patientenkartei und Übergabe der Zahnarztpraxis

Besondere Problemlagen bestehen bei Übergabe einer Patientenkartei an den Erwerber einer Zahnarztpraxis.

In seiner Entscheidung vom 11.12.1991 führt der Bundesgerichtshof aus, das im Falle der Übergabe einer Patientenkartei unter Verstoß gegen die ärztliche Schweigepflicht der gesamte Praxisvertrag nichtig sei (§ 134 BGB in Verbindung mit § 203 StGB).

Fundstelle:
Az.; VIII ZR 4/91; abgedruckt in: Arztrecht 1992, 111 ff.

Die Übergabe der Patientenkartei ist nämlich nur mit Zustimmung des Patienten zulässig. Erfolgt die Übergabe der Patientenkartei ohne die Zustimmung des Patienten, so wird dessen Recht auf informationelle Selbstbestimmung als Teil des allgemeinen Persönlichkeitsrechts verletzt.

Stimmt der Patient der Übergabe seiner Patientenkartei schriftlich oder mündlich ausdrücklich zu, so liegt eine wirksame Einwilligung vor. Der abgebende Zahnarzt kann dann die Patientendokumentation an den Praxisnachfolger übergeben.

Konkludente Einwilligung ausreichend

Ausreichend ist auch eine so genannte konkludente Einwilligung des Patienten in die Übergabe seiner Patientenunterlagen. Erscheint der Patient in der Sprechstunde des Praxisnachfolgers, gibt er damit schlüssig zu verstehen, dass er dem Nachfolger den Einblick in die von seinem Vorgänger erstellten Behandlungsunterlagen gestattet, damit eine wirksame und sinnvolle Behandlung des Patienten sichergestellt ist.

Einverständniserklärung im Voraus einholen

Für den Fall der Übergabe der Patientendokumentation an den Praxisnachfolger mögen folgende Grundsätze kurz aufgezeigt werden:

1. Kristallisiert sich heraus, dass ein Zahnarzt seine Praxis an einen bestimmten Nachfolger übergeben möchte, sollte dies bereits einige Wochen vor der eigentlichen Übergabe durch Praxisaushang den Patienten mitgeteilt werden.
2. Die Patienten, die bis zur Praxisübergabe in der Praxis erscheinen, sollten gebeten werden, ihr Einverständnis in die Übergabe der Patientendokumentation auf den Praxisnachfolger schriftlich zu erteilen.

Es erscheint – auch wenn der BGH dies tatsächlich für zweckdienlich erachtet – nicht praktikabel, sämtliche Patienten, die die Praxis vor der Übergabe nicht mehr aufsuchen, anzuschreiben und um ihre schriftliche Einverständniserklärung zu bitten.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2013

Verwahrungsvertrag mit Praxisübernehmer schließen

Der Übergeber der Praxis sollte mit seinem Nachfolger einen Verwahrungsvertrag abschließen. Sinnvollerweise geschieht dies im Praxisübergabevertrag.

Dieser Verwahrungsvertrag hat zum Inhalt, dass die Patientenkarteien getrennt verwahrt werden:

- zum einen die Kartei derjenigen Patienten, die bereits ihre Zustimmung erklärt haben
- zum anderen die Kartei derjenigen Patienten, deren Zustimmung noch nicht eingeholt wurde.

Verwaltung durch Praxismitarbeiterin

Es bietet sich an, die beiden Karteien von einer Praxismitarbeiterin, die vom Praxisveräußerer übernommen worden ist, verwalten zu lassen. Erscheint dann ein Patient, dessen Zustimmung noch nicht eingeholt wurde, in der Praxis und gibt schlüssig zu erkennen, dass er vom Praxisnachfolger behandelt werden möchte, so wird die Patientenkartei dieses Patienten dem Praxisnachfolger für die Behandlung vorgelegt. Seine Unterlagen werden danach in die Kartei der Patienten eingeordnet, deren Zustimmung zur Weiterbehandlung durch den Praxisnachfolger vorliegt.

Fundstelle:
Münchener Empfehlung zur Wahrung der Schweigepflicht bei Veräußerung einer Arztpraxis, MedR 1992, 200 ff.

Praxisübergabe und elektronische Patientenkartei

Bei elektronisch gespeicherten automatisierten Patientendateien gilt das soeben Gesagte sinngemäß. Die Datei der Patienten, deren Zustimmung noch nicht eingeholt wurde, wird von der anderen Patientenkartei getrennt verwaltet.

Damit die Patientendatei dem Praxisnachfolger nicht zugänglich ist, muss sie mit einem Passwort gesichert sein. Hat der Patient durch Erscheinen in der Praxis seine Einwilligung in die Fortführung der Behandlung durch den Praxisnachfolger zu erkennen gegeben, so wird seine elektronische Patientendatei entsperrt.

Aufbewahrungsort

Der die Praxis aufgebende Zahnarzt kann seine Aufbewahrungsverpflichtung durch die Aufbewahrung in seinen eigenen oder angemieteten Räumen nachkommen.

Er kann die Aufzeichnungen auch an die Patienten aushändigen, sollte sich dann jedoch in jedem Fall den Empfang schriftlich quittieren lassen.

Wird dem Zahnarzt, der die Praxis aufgibt, die Aufbewahrung unzumutbar, z. B. weil er in ein Altenheim zieht, so können die Patientenunterlagen mit Zustimmung der Patienten in jedem Fall an einen anderen niedergelassenen Zahnarzt im Einzugsbereich der aufgegebenen Praxis übergeben werden.

Schließlich besteht für den Zahnarzt, der seine Praxis aufgibt, die Möglichkeit der Übergabe der Unterlagen an die Zahnärztekammer, falls diese sich zur Aufbewahrung bereit erklärt und erkennbar keine andere für den Zahnarzt zumutbare Aufbewahrungsmöglichkeit besteht.

Übermittlungen von Patientendaten

Die Zulässigkeit der Übermittlung von Patientendaten kann sich ergeben:

1. aus gesetzlichen Vorschriften
2. aus der Einwilligung des Patienten
3. aufgrund eines besonderen Rechtfertigungsgrundes.

Liegen diese Voraussetzungen nicht vor und übermittelt der behandelnde Zahnarzt Patientendaten dennoch an Dritte, so verletzt er die ärztliche Schweigepflicht, was nicht nur einen berufsrechtlichen Verstoß darstellt, sondern darüber hinaus auch strafbar ist.

Gesetzliche Übermittlungsbefugnisse ergeben sich insbesondere aus dem Sozialgesetzbuch V (SGB V).

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2013

Im Einzelfall kann der Versicherte Kopien der eingereichten Krankenscheine und andere Unterlagen, soweit sie seine Behandlung betreffen, von der Krankenkasse anfordern. Umstritten ist jedoch, ob und inwieweit die Krankenkassen berechtigt sind, z. B. internes Wissen aus Prüfungsverfahren dem betroffenen Patienten zur Kenntnis zu bringen.

Die ärztliche Schweigepflicht ist im Verhältnis zwischen den Krankenkassen und den Vertragszahnärzten im Sozialrecht detailliert geregelt.

Weitere Übermittlungsbefugnisse
Verschiedene Bundesgesetze enthalten Übermittlungsbefugnisse, exemplarisch seien genannt: Bundesseuchengesetz, Krebsregistergesetz, Röntgenverordnung, Strahlenschutzverordnung, Betäubungsmittelgesetz i. V. m. der Betäubungsmittelverschreibungsordnung und Personenstandsgesetz.

Auch wenn keine gesetzlichen Übermittlungsbefugnisse vorliegen, kann in einzelnen Ausnahmefällen eine Übermittlung von Patientendaten gerechtfertigt sein, wenn dies durch eine Rechtsgüterabwägung geboten erscheint (§ 34 StGB).

Dasselbe gilt im Rahmen der Wahrnehmung berechtigter Interessen (§ 193 StGB) z. B. bei strafrechtlichen Ermittlungsverfahren gegen den Zahnarzt oder bei Durchsetzung zivilrechtlicher Ansprüche des Zahnarztes (z. B. Honorarforderungen gegenüber Privatpatienten).

Die Zustimmung des Patienten muss bei der Weitergabe von Patientendaten an private Versicherungen und an privatärztliche Verrechnungsstellen vorliegen.

Als Faustformel gilt:
Die Übermittlung von Patientendaten ist grundsätzlich nur zulässig, wenn hierfür eine gesetzliche Ermächtigung besteht oder eine schriftliche Einwilligungserklärung des Patienten vorliegt.

Einsichtsrecht des Patienten in seine Patientenunterlagen

Jedem Patienten steht grundsätzlich das aus seinem allgemeinen Persönlichkeitsrecht hergeleitete Recht auf Einsicht in die ihn betreffenden zahnärztlichen Aufzeichnungen zu.

Dieses Einsichtsrecht des Patienten ist beschränkt auf den objektiven Teil der ärztlichen Aufzeichnungen.

Bei diesen handelt es sich um

- naturwissenschaftlich konkretisierbare Befunde über Behandlungsmaßnahmen
- Medikationsangaben
- Operationsberichte
- Röntgenaufnahmen
- Laborergebnisse.

Der behandelnde Zahnarzt ist jedoch nicht verpflichtet, den subjektiven Teil seiner zahnärztlichen Aufzeichnungen zu offenbaren, d. h. seine persönlichen Eindrücke über den Patienten oder dessen Angehörige. Zu diesem subjektiven Teil zählen auch Verdachtsdiagnosen.

Herausgabe an den Patienten

Der Zahnarzt ist grundsätzlich nicht verpflichtet, Aufzeichnungen an den Patienten im Original herauszugeben. Dies ist weder zur Aufklärung des Patienten noch zur sachgerechten Weiterbehandlung durch einen nachbehandelnden Zahnarzt erforderlich. Die Unterlagen werden nicht nur im Interesse des Patienten, sondern auch im Interesse des Zahnarztes geführt, für den Dokumentationspflicht besteht. Nur bei drohendem Verlust der Unterlagen durch zum Beispiel Umzug, Krankheit oder Tod des Zahnarztes besteht im Einzelfall ein Anspruch des Patienten. Der Zahnarzt ist auch grundsätzlich nicht verpflichtet, angefertigte Röntgenaufnahmen an den Patienten selbst herauszugeben; dies gilt gleichermaßen für Abdrücke. Die Röntgenaufnahmen sind Eigentum des Zahnarztes. Nach der Röntgenverordnung muss der Zahnarzt einem nachbehandelnden Zahnarzt auf dessen Verlangen allerdings Aufzeichnungen über die Röntgenaufnahmen und die Röntgenaufnahmen selber vorübergehend überlassen. Darüber hinaus muss der Zahnarzt Röntgenaufnahmen dem Patienten zur Weiterleitung an einen später untersuchenden oder behandelnden Zahnarzt übergeben, wenn dadurch voraussichtlich eine Doppeluntersuchung vermieden werden kann.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2013

Auch wenn ein Patient keinen Anspruch auf Herausgabe von Originalunterlagen hat, muss der Zahnarzt nach der Rechtsprechung (OLG Köln, NJW 1982, Seite 704) dem Patienten auf Verlangen Fotokopien der Krankenunterlagen gegen Erstattung der Kopierkosten fertigen und diese mit der schriftlichen Bestätigung der Vollständigkeit und Richtigkeit aushändigen.

Datenschutzbeauftragte

Nichtöffentliche Stellen, die personenbezogene Daten verarbeiten und mindestens 5 Arbeitnehmer ständig beschäftigen, müssen nach § 36 Abs. 1 Bundesdatenschutzgesetz einen Beauftragten für den Datenschutz schriftlich bestellen.

Für die Zahnarztpraxis bedeutet dies, dass ein Datenschutzbeauftragter bestellt werden muss, wenn in der Praxis mehr als fünf angestellte Mitarbeiter im Rahmen ihrer typischen Tätigkeit mit der Verarbeitung von Patientendaten beschäftigt sind (etwa in der Aufnahme oder bei der Abrechnung). In der Praxis wird so verfahren, dass ein Mitarbeiter der Zahnarztpraxis, der über Kenntnisse hinsichtlich der technischen Abläufe und der rechtlichen Rahmenbedingungen verfügt, mit der Wahrnehmung dieser Aufgabe betraut wird. § 37 BDSG regelt im Einzelnen die Aufgaben des Datenschutzbeauftragten:

Zusammenfassend gilt: Das Bundesdatenschutzgesetz ist hinsichtlich der Erfassung und Bearbeitung von Patientendaten anwendbar. Befassen sich in einer Zahnarztpraxis mehr als fünf Arbeitnehmer mit der elektronischen Datenverarbeitung, so ist ein Datenschutzbeauftragter zu bestellen.

Beschlagnahme von Krankenunterlagen

Bei der Beschlagnahme von Krankenunterlagen ist zu unterscheiden, ob ein Ermittlungs- bzw. Strafverfahren gegen den Patienten oder gegen den Zahnarzt selbst läuft.

Die Beschlagnahme der Patientenkartei eines beschuldigten Patienten ist unzulässig, es sei denn, der Patient stimmt dem Vorgehen der Ermittlungsbehörden zu.

§ 97 Abs. 1 StPO bestimmt daher, dass der Beschlagnahme nicht unterliegen:

- Schriftliche Mitteilungen zwischen dem Beschuldigten und dem Zahnarzt
- Aufzeichnungen, die vom Zahnarzt über den beschuldigten Patienten gemacht wurden und dem Zeugnisverweigerungsrecht unterliegen
- Zahnärztliche Untersuchungsbefunde, auf die sich das Zeugnisverweigerungsrecht des Zahnarztes erstreckt.

Anders bei Strafverfahren gegen den Zahnarzt

Das Beschlagnahmeverbot gilt jedoch nicht, wenn ein Strafverfahren gegen den Zahnarzt selbst auf Veranlassung des Patienten oder dessen Hinterbliebenen wegen eines zahnärztlichen Behandlungsfehlers eingeleitet wird.

Umstritten ist jedoch, ob eine Beschlagnahme von Patientenunterlagen stattfinden darf, wenn der Zahnarzt z. B. im Verdacht einer Steuerverkürzung bzw. Steuerhinterziehung steht. Nach wohl vorherrschender Auffassung soll eine Beschlagnahme hier so lange unzulässig sein, wie eine Sachverhaltsaufklärung durch andere Beweismittel möglich ist.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2013

8.5.1.2. Aufbewahrungsfristen von Modellen, Behandlungs- und sonstigen Unterlagen

Art der Aufzeichnung	Rechtsgrundlage	Mindestfrist
Aufzeichnung über zahnärztliche Behandlung Diagnostische Unterlagen bei KfO-Behandlung (Kiefermodelle, ggf. Fotografien und HNO-Befunde) Befundunterlagen bei PAR-Behandlung	§ 5 Abs. 2 BMV-Z § 4 Abs. 2 VdAK/AEV-Vertrag	3 Jahre*
Röntgenaufnahmen und Aufzeichnungen hierzu	§ 29 Abs. 4 der Röntgenverordnung	10 Jahre*
Aufzeichnungen über die Belehrung der Praxismitarbeiter gem. § 41 RöV	§ 36 Abs. 3 der Röntenverordnung	5 Jahre
Durchschriften der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen	§ 12 Abs. 2 BMV-Z	1 Jahr
Modelle nach Nummern 6 + 7 BEMA bei Zahnersatz KfO, PAR + Kieferbruch	Entsprechend zweijähriger BEMA bei Zahnersatz Antragsfrist zur Geltungmachung von Mängeln nach Bundesschiedsamtentscheidung. Ausnahme: Beschluss Nr. 80 [1)]	2 Jahre 3 Jahre
Bücher, Inventaraufzeichnungen und Bilanzen		10 Jahre
Aufzeichnungen steuerlicher Art, Belege und sonstige für die Besteuerung bedeutsame Unterlagen		7 Jahre

* nach Abschluss der Behandlung

1) Arbeitsgemeinschaft KZBV-VdAK/AEV: Beschluss Nr. 80 zu § 4 (2) des Vertrages: Kiefermodelle nach Nummern 6 und 7 sind von der Aufbewahrungspflicht nach § 4 Abs. 2 ausgenommen, wenn diese Modelle aus Gründen der Wirtschaftlichkeit auch zur Herstellung von Behandlungsgeräten Verwendung finden.
Kiefermodelle für die Anwendung von Analysen, insbesondere in Verbindung mit der Nr. 117, sowie Anfangsmodelle unterliegen jedoch ausnahmslos der Aufbewahrungspflicht (01./02.03.1979, gültig ab 01.04.1979).

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2013

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2013

8.5.1.3. Praxisabgabe

Sehr geehrte Kollegin,
sehr geehrter Kollege,

leider gibt es in der heutigen Zeit keine Garantie mehr dafür, dass die eigene Praxis nach Abschluss der aktiven Praxistätigkeit erfolgreich abgegeben werden kann. Schon oft habe ich gehört, dass KollegInnen sich mit dem Gedanken tragen, »einfach den Schlüssel umzudrehen«. Neben der Tatsache, dass diese Situation für die betreffende Person sehr frustrierend ist, kommt auch noch ein enormer bürokratischer Aufwand hinzu.

Mit einfach den Schlüssel umdrehen ist es nicht getan. Auch wenn die Praxis nicht weiter existiert, gilt es viele gesetzliche Bestimmungen zu beachten. Viele Unterlagen müssen aufbewahrt werden, welche betroffen sind und für welchen Zeitraum dies gilt, ist der untenstehenden Tabelle zu entnehmen. Diese wurde uns freundlicherweise von der ZÄKWL zur Verfügung gestellt. Bitte beachten Sie, dass diese Regelungen einem ständigen Wandel unterworfen sind. Bitte informieren Sie sich, ob die betreffende Regel/ Vorschrift weiterhin Gültigkeit hat.

Sollte es nicht möglich sein, die Unterlagen selbst aufzubewahren, ist ggf. eine Anfrage diesbezüglich bei einer benachbarten oder befreundeten Praxis sinnvoll.

Sie müssen dabei sicherstellen, dass Ihre Patienten über den Ort der Aufbewahrung ihrer Unterlagen informiert sind.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2024

Zahnärztekammer Westfalen-Lippe

Aufbewahrungsfristen

Januar 2024

Zahnärztekammer Westfalen-Lippe
Auf der Horst 29
48147 Münster

Tel.: 0251/507-0
Fax: 0251/507-570

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2024

Herausgeberin:
Zahnärztekammer Westfalen- Lippe, Körperschaft des öffentlichen Rechts

Autor:
Zahnärztekammer Westfalen-Lippe

Impressum:
Aufbewahrungsfristen

Zahnärztekammer Westfalen-Lippe
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Auf der Horst 29
48147 Münster

0251 / 507 – 0
0251 / 507 – 570

zaekwl@zahnaerzte-wl.de.
www.zahnaerzte-wl.de

Verantwortlich im Sinne des Pressegesetzes:
Dr. Klaus Bartling, Präsident der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe

© 2019
Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung sowie der Übersetzung, vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (durch Fotokopien, Mikro-Film oder ein anderes Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung der Herausgeberin reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme gespeichert, bearbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden. Ausgenommen hiervon ist die nicht-gewerbliche Nutzung durch Mitglieder der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe und deren Mitarbeiter zu eigenen beruflichen Zwecken. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen der §§ 106 ff. des Urheberrechtsgesetzes.

Druck:
Zahnärztekammer Westfalen-Lippe
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Auf der Horst 29
48147 Münster

Zahnärztekammer Westfalen-Lippe

Aufbewahrungsfristen

Art der Unterlagen	Aufbewahrungsfrist	Rechtsgrundlage
BEHANDLUNG		
Aufzeichnungen über dokumentationspflichtige Behandlungen, einschließlich Planungsmodelle und diagnostische Unterlagen: • Personaldaten • Behandlungstage • Ausgeführte Leistungen • Diagnose(n) • ggf. HNO-Befund bei KFO-Maßnahmen	10 Jahre nach Abschluss der Behandlung, soweit nicht gesetzlich oder vertraglich längere Fristen vorgeschrieben sind. **Bei mehreren einschlägigen Aufbewahrungsfristen ist stets die längste Frist zu beachten!**	§ 12 Berufsordnung der ZÄKWL bzw. § 630f BGB
• Modelle, Fotografien o.ä. Zur Aufbewahrung von Modellen existieren verschiedene Rechtsvorschriften: - Nach § 630f BGB sind "sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen" und für 10 Jahre aufzubewahren. Es ist daher stets aus fachlicher Sicht zu entscheiden, ob ein Modell eine "wesentliche Maßnahme" bzw. die Aufzeichnung deren Ergebnis im Sinne dieser Vorschrift ist – beispielsweise Anfangsmodelle, anhand derer ein bestimmter Befund dokumentiert wird. In dem Fall ist das Modell (Fotografie, Befundmaterial o.ä.) **zehn Jahre** aufzubewahren. - Nach den Regelungen der GKV sind u. a. "Modelle zur diagnostischen Auswertung und Planung" sowie Fotografien (§ 8 Abs. 3 BMV-Z) **10 Jahre nach Abschluss des Jahres, in dem die Behandlung abgerechnet wurde,** aufzubewahren. Falls die Modelle und Fotografien elektronisch dokumentiert werden, muss der Zahnarzt insbesondere dafür sorgen, dass sie in der Aufbewahrungsfrist verfügbar gemacht werden können. - Nach der Berufsordnung der ZÄKWL sind "zahnärztliche Modelle, die zur zahnärztlichen Dokumentation notwendig sind", mindestens **zwei Jahre** aufzubewahren, wobei die Aufbewahrung durch eine maßstabsgerechte fotografische Dokumentation ersetzt werden kann. Auch hier ist daher aus fachlicher Sicht zu prüfen, ob das jeweilige Modell zur Dokumentation der Befunde und Behandlungsmaßnahmen "notwendig" ist. Ist dies der Fall, dürfte allerdings regelmäßig auch die Frist von **zehn Jahren** nach § 630f BGB gelten!		

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2024

Zahnärztekammer Westfalen-Lippe

Kopien der Heil- und Kostenpläne (soweit nicht gleichzeitig Buchungsbelege)	Empfehlung: mind. 2 Jahre Empfehlung KZV: 10 Jahre	GKV Gewährleistungsfrist, § 137 Abs. 4 SGB V § 630 f BGB
Laborrechnungen (als Buchungsbelege)	10 Jahre	§ 147 Abgabenordnung
Durchschlag AU	Mindestens 12 Monate Empfehlung KZV: 10 Jahre	§ 8 Abs. 3, 4 BMV-Z, Anlage 14b zum BMV-Z § 630f BGB
Quittung Praxisgebühr (als steuerliche Aufzeichnung über Bar-Einnahmen) (die Praxisgebühr ist abgeschafft)	10 Jahre	§ 147 AO
Abrechnungsunterlagen KZV (als Steuerbelege)	10 Jahre	§ 147 AO
Behandlungsscheine Bundeswehr, Zivildienst	2 Jahre; mindestens bis zur Abrechnung	Vereinbarung KZV mit den Ersatzämtern
Sonstige Behandlungsscheine oder -bescheide (Polizei, Sozialamt, Bundesversorgungs-gesetz, EHIC u.a.)	Mindestens bis zur Abrechnung; Empfehlung: 2 Jahre	keine gesetzliche Regelung
Betäubungsmittelrezept	3 Jahre	§ 8 Abs. 5 BtMVV
Betäubungsmittelanforderungs-schein	3 Jahre seit der letzten Eintragung	§ 10 Abs. 4 BtMVV
Betäubungsmittelbücher	3 Jahre seit der letzten Eintragung	§ 13 Abs. 3 BtMVV
Formblatt 80 und 81 bei Behandlung von Versicherten aus einem anderen EWR-Mitgliedstaat oder der Schweiz	2 Jahre	Ziffer 2.2 Merkblatt über die vertragszahnärztliche Versorgung im Ausland versicherter Personen, Vereinbarung zum zwischenstaatlichen Krankenversicherungsrecht
RÖNTGEN		
Röntgenaufnahmen und Aufzeichnungen über die Untersuchung bei Personen ab 18	10 Jahre nach letzter Untersuchung	§ 85 StrlSchG

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2024

Zahnärztekammer Westfalen-Lippe

Röntgenaufnahmen und Aufzeichnungen über die Untersuchung bei Personen unter 18	Bis Vollendung 28. Lebensjahr	§ 85 StrlSchG
Aufzeichnungen über Röntgen*behandlungen*	30 Jahre	§ 85 StrlSchG
Bescheinigung und Prüfbericht des Sachverständigen bei erster Inbetriebnahme der Röntgen-einrichtung sowie nach wesentlichen Änderungen des Betriebs	Gesamte Betriebsdauer	§ 88 StrlSchV
Turnusmäßige Sachverständigenprüfung	5 Jahre, bis zur nächsten Wiederholungsprüfung	§ 88 Abs. 4 StrlSchV
Deutschsprachige Gebrauchsanweisung, Genehmigungsbescheid bzw. Zulassungsschein über Bauartzulassung, Text der StrlSchV und des StrlSchG	Gesamte Betriebsdauer	§§ 46, 88 StrlSchV
Aufzeichnung der Abnahmeprüfung einschließlich Referenzaufnahmen	Gesamte Betriebsdauer; mindestens jedoch bis 3 Jahre nach Abschluss der nächsten Abnahmeprüfung	§ 117 StrlSchV
Aufzeichnung der Konstanzprüfungen einschließlich Aufnahmen der Prüfkörper und der Prüffilme	5 Jahre	§ 117 StrlSchV
Einweisung durch Person des Herstellers / Lieferanten bei erster Inbetriebnahme	Gesamte Betriebsdauer	§ 98 StrlSchV
Jährliche Unterweisung der Mitarbeiter (Aufbewahrung, Belehrungsformular)	5 Jahre	§ 63 Abs. 6 StrlSchV
Unterweisung anderer Personen, denen der Zutritt zum Kontrollbereich gestattet wird (Helfende Person)	1 Jahr	§ 63 Abs. 6 StrlSchV

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2024

Zahnärztekammer Westfalen-Lippe

ARBEITNEHMERSCHUTZ		
Arbeitsmedizinische Vorsorge (Pflichtvorsorge, Angebots-vorsorge, Wunschvorsorge) Vorsorgekartei	Die Angaben sind bis zur Beendigung des Arbeits-verhältnisses aufzubewahren und anschließend zu löschen, es sei denn, dass Rechtsvorschriften oder die nach § 9 Abs. 4 bekannt gegebenen Regeln etwas anderes bestimmen. Bei Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses: Aushändigung einer Kopie der sie betreffenden Angaben an die betroffene Person	§ 3 Abs. 4 ArbMedVV
Erstuntersuchung Auszubildende / Jugendliche	Bis zum Ende der Beschäftigung, längstens bis 18. Lebensjahr Bei vorzeitiger Beendigung: Original an Arbeitnehmer	§ 41 JArbSchG
Unterweisungsnachweis gemäß ArbSchG	Empfehlung: Dauer des Betriebs	§ 12 ArbSchG
Bei künstlicher UV-Strahlung: Unterweisung über auftretende Gefährdungen und Schutzmaßnahmen/Unterweisung zum Umgang mit Gefahrstoffen	30 Jahre	§ 3 Abs. 4 OstrV
Aufzeichnungen über Erste-Hilfe-Leistungen und Unfallanzeigen (Verbandbuch)	5 Jahre	§ 24 Abs. 6 DGUV Vorschrift 1
Arbeitszeitnachweis bei Überschreitung der täglichen Arbeitszeit	2 Jahre,	§ 16 Abs. 2 ArbZG
Verzeichnis der im Betrieb beschäftigten Jugendlichen	2 Jahre nach letzter Eintragung	§ 50 Abs. 2 JArbSchG
Unterweisung von Jugendlichen über Gefahren nach JArbSchG	Empfehlung: Angemessener Zeitraum	§ 29 JArbSchG
Aufzeichnung über Beschäftigung werdender / stillender Mütter	2 Jahre nach letzter Eintragung	§ 27 Abs. 5 MuSchG
PRÜFNACHWEISE / ENTSORGUNG / MEDIZINPRODUKTE		

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2024

Zahnärztekammer Westfalen-Lippe

Prozessparameter, Chargendokumentation, Freigabedokumentation	mindestens 5 Jahre	§ 8 Abs. 1 MPBetreibV i.V.m. Anforderungen an die Hygiene bei Aufbereitung von Medizinprodukten Gemeinsame Empfehlung Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut (RKI) und des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) 2012
Validierungsberichte und Leistungsbeurteilungen der Aufbereitungsprozesse	mindestens 5 Jahre	MPBetreibV iVm Anforderungen an die Hygiene bei Aufbereitung von Medizinprodukten Gemeinsame Empfehlung KRINKO / RKI und des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) 2012
Medizinproduktebuch	5 Jahre nach Außerbetriebnahme des Medizinprodukts	§ 12 Abs. 2 MPBetreibV
Bestandsverzeichnis	5 Jahre nach letztem Eintrag	§ 13 MPBetreibV
Wartungsbuch Amalgamabscheider	5 Jahre nach letztem Eintrag	Anhang 50 zur Abwasserverordnung
Bei Amalgamentsorgung: Nachweise für Amalgam-Übernahmescheine, Entsorgungsnachweise, Abfallnachweisbuch	3 Jahre	§ 25 Abs. 1 NachweisV
Gebrauchsanleitung / Hinweise zu Medizinprodukt	Dauer der Anwendung des Medizinprodukts	§ 4 Abs. 7 MPBetreibV
Prüfbescheide über sicherheitstechnische Kontrollen (STK)	(mind.) bis zur nächsten Prüfung	§ 11 Abs. 3 MPBetreibV
Prüfbescheide Dampf- oder Heißluftsterilisatoren	mindestens 1 Jahr; Empfehlung wegen evtl. haftungsrechtlicher Ansprüche: 30 Jahre	 § 199 Abs. 2 BGB
Konformitätserklärung nach MPG (ZE und KFO)	mindestens 5 Jahre nach Eingliederung	Anlage VIII Nr. 4 zur EG-Richtlinie Medizinprodukte 93/42 EWG
Aufzeichnungen über Prüfung von Arbeitsmitteln i.S.d. § 2 Abs. 1 BetrSichVO	mindestens bis zur nächsten Prüfung	§ 14 Abs. 7 BetrSichVO

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2024

Zahnärztekammer Westfalen-Lippe

Entsorgungsnachweise / Übernahmeschein, Begleitschein	Aufbewahrung im Register mindestens drei Jahre ab Eintragung; Empfehlung: 10 Jahre	§ 50 Kreislaufwirtschafts-gesetz
Prüfzertifikate Feuerlöscher	Bis zur nächsten Prüfung	§ 4 Abs. 3 ArbStättV
Prüfzertifikate Druckbehälter	Dauer des Betriebs	§ 17 Abs. 1 BetrSichV
Gefahrstoff-Messungen	Empfehlung: 30 Jahre	§ 7 Abs. GefStoffVO
Gefahrstoff-Sicherheitsdatenblatt	10 Jahre	Art. 36 S. 1 REACH-VO (EG 1907/2006)
Freigabedokumentation bei Sterilisation	Mindestens 5 Jahre nach Außerbetriebnahme, Empfehlung: 10 Jahre	Gemeinsame Empfehlung KRINKO / RKI und des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizin-produkte (BfArM) 2012, § 630f Abs. 3 BGB
STEUERN		
Bücher und Aufzeichnungen, Inventare, Jahresabschlüsse sowie die zu ihrem Verständnis erforderlichen Arbeitsanweisungen und Organisationsunterlagen	10 Jahre: Beginn der Aufbewahrungsfrist mit Schluss des Jahres, in dem die Bilanz aufgestellt ist	§ 147 Abgabenordnung
Buchungsbelege: KZV - Abrechnung, Praxisgebühr, private Rechnungen, Quittungen, Bankauszüge, Buchungsanweisungen, Kassenberichte, Portokassenbücher etc.	10 Jahre: Beginn mit Schluss des Jahres, in dem Bilanz aufgestellt ist	§ 147 Abgabenordnung
Sonstige Aufzeichnungen steuerlicher Art, z.B. Geschäftlicher Schriftverkehr und sonstige Unterlagen, soweit für die Besteuerung von Bedeutung	6 Jahre: Beginn mit Schluss des Jahres, in dem letzte Eintragung erfolgt ist.	§ 147 Abgabenordnung
Beachte: Die Fristen der AO verkürzen sich nicht, wenn zwischenzeitlich eine Betriebsprüfung erfolgt!		
Arbeitnehmer-Lohnkonten einschließlich Elektronische Lohnsteuerabzugsmerkmale (ELSTAM)	Bis zum Ablauf des 6. auf die letzte eingetragene Lohnzahlung folgenden Kalenderjahres	§ 41 Abs. 1 EStG

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2024

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2024

8.5.2. Zahnärztliches Haftungsrecht

Einführung
Das Arzthaftungsrecht bewegt seit Jahren Patienten und Mediziner. Die zunehmende mediale Präsenz von angeblichem »Ärztepfusch« liefert hierfür ein beredtes Zeugnis. Von dieser Entwicklung bleiben Zahnärzte nicht verschont. In den vergangenen Jahren hat sich eine stetige Zunahme von Haftungsfällen im zahnärztlichen Bereich gezeigt.

Der Gesetzgeber hat dieser wachsenden Bedeutung des Arzthaftungsrechts nun Rechnung getragen und das sogenannte Patientenrechtegesetz erlassen. Das Gesetz ist seit dem 26.02.2013 in Kraft. Herzstück der Reform ist die Verankerung des Behandlungsvertrages und der Grundsätze des Arzthaftungsrechts in den §§ 630a ff. BGB.

Die Erfahrung zeigt, dass ein Zahnarzt, gegen den ein Vorwurf im Zusammenhang mit Behandlung erhoben wird, davon erheblich belastet wird. Die Auseinandersetzung mit dem Fall bedeutet in aller Regel einen großen zeitlichen Aufwand und zehrt an den Nerven des Betroffenen. Der Angegangene fühlt sich häufig in seiner Berufsehre gekränkt. Hinzu kommt die Bedrohung für den guten Ruf der Praxis, der durch einen Haftungsfall nachhaltig belastet werden kann.

Daher ist es für jeden Zahnarzt ratsam, mit den inhaltlichen Grundlagen der Zahnarzthaftung vertraut zu sein. In diesem Wissen liegt die Grundlage, um
- richtiges Verhalten im Schadenfall sicherzustellen
- eine gute Schadensprophylaxe bzw. -minimierung zu gewährleisten.

Rechtliche Grundlagen
Mit dem Patientenrechtegesetz wurde in den §§ 630a ff. BGB der neue Vertragstypus des Behandlungsvertrages im BGB etabliert. Eine Haftung kann sich einerseits aus einem solchen **Behandlungsvertrag** ergeben, andererseits aus einer sogenannten **unerlaubten Handlung** (§§ 823 ff. BGB). Der Haftung aus einem Behandlungsvertrag unterliegt jeder Praxisinhaber, also auch jeder Gesellschafter im Rahmen einer Berufsausübungsgemeinschaft, gleich ob er an der Behandlung teilgenommen hat oder nicht. Daneben kommt die Haftung aus einer unerlaubten Handlung in Betracht. Sie betrifft immer denjenigen, der konkret gehandelt hat. Diese Haftung kann also auch angestellte Zahnärzte treffen, die keinen Behandlungsvertrag mit dem Patienten eingegangen sind.

Zu unterscheiden ist im Rahmen der Haftung zwischen **zwei eigenständigen Haftungssträngen**, und zwar
- Haftung aus einem Behandlungsfehler und
- Haftung aus einem Aufklärungsfehler.

Die **Haftung aus einem Behandlungsfehler** betrifft Versäumnisse rund um die Behandlung. Dies kann die Vorsorge, die Diagnose, die Therapie aber auch die Nachsorge oder die unzureichende Anleitung des Patienten zur Sicherung des Behandlungserfolges betreffen.

Die **Haftung aus einem Aufklärungsfehler** steht eigenständig daneben. Sie kann also auch dann zum Zuge kommen, wenn der Zahnarzt im Rahmen der Behandlung selbst alles richtig gemacht hat, es aber zu Komplikationen kommt, über die vorher nicht ausreichend aufgeklärt wurde und hinsichtlich derer keine wirksame Einwilligung des Patienten vorliegt.

Beide Haftungsstränge unterliegen folgenden Grundvoraussetzungen:
- Es muss ein **Fehler** vorliegen.
- Es muss ein **Gesundheitsschaden** eingetreten sein.
- Es muss ein **Ursachenzusammenhang** zwischen dem Fehler und dem Gesundheitsschaden bestehen (Kausalität).

Haftung aus einem Behandlungsfehler

Rechtsnatur des Behandlungsvertrages
In Anlehnung an die bisherige Einordnung des Behandlungsvertrages als Dienstvertrag sieht auch die Neuregelung vor, dass der Behandelnde nicht einen bestimmten Erfolg schuldet, sondern das fachgerechte Bemühen um diesen. § 630a BGB lautet wie folgt:

1. Durch den Behandlungsvertrag wird derjenige, welcher die medizinische Behandlung eines Patienten zusagt (Behandelnder), zur Leistung der versprochenen Behandlung, der andere Teil (Pati-

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2013

ent) zur Gewährung der vereinbarten Vergütung verpflichtet, soweit nicht ein Dritter zur Zahlung verpflichtet ist.

2. Die Behandlung hat nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards zu erfolgen, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist.

Diese Einordnung trägt dem Umstand Rechnung, dass der menschliche Körper sehr komplex und in seinen Reaktionen nicht vollständig beherrschbar ist. Die Grundsätze gelten auch für prothetische Arbeiten.

Behandlungsfehler
Ein Behandlungsfehler liegt vor, wenn entgegen § 630a Abs. 2 BGB die zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards nicht gewahrt wurden. Der zahnärztliche Standard ergibt sich aus dem durch Wissenschaft und Praxis gesicherten **Stand der Zahnheilkunde zum Zeitpunkt der Behandlung**. Kommt es also Jahre später zu einer Auseinandersetzung und verweist der Patient auf neue, aktuelle Erkenntnisse, dann kann dies dem Zahnarzt nicht entgegengehalten werden, wenn diese zum Zeitpunkt der Behandlung sich noch nicht als Standard etabliert hatten oder nicht bekannt waren. Hat er zum Zeitpunkt der Behandlung einen in der Wissenschaft vertretbaren Weg gewählt, dann ist ihm kein Behandlungsfehlervorwurf zu machen.

Gesundheitsschaden
Damit eine Haftung des Zahnarztes in Betracht kommt, muss ein Gesundheitsschaden vorliegen. Meistens ist dieser evident (z. B. verlorener Zahn, verlorenes Implantat, schwere Entzündung). Mitunter können die Dinge komplizierter liegen – etwa bei psychogen überlagerten Krankheitsbildern, wie zum Beispiel der psychogenen Prothesenunverträglichkeit. Ist hier möglicherweise nur ein *»eingebildeter Schaden«* vorhanden, so muss man dies unter Umständen mit Hilfe eines psychiatrischen Sachverständigen aufklären.

Kausalität
Der Schlüssel für Auseinandersetzungen liegt häufig im Bereich der Kausalität, also dem Ursachenzusammenhang zwischen dem Fehler und dem behaupteten Gesundheitsschaden. Abzugrenzen ist hier, welche Folgen tatsächlich auf den Fehler zurückgeführt werden können, also nicht bloße Folge einer **Grunderkrankung** sind. Ist der Schaden, den der Patient reklamiert, auch nur mit einiger Wahrscheinlichkeit die Folge der Grunderkrankung (z. B. Zahnverlust infolge einer massiven parodontalen Vorschädigung), dann trägt im Falle einer Auseinandersetzung **grundsätzlich der Patient das Beweisrisiko** für den Ursachenzusammenhang. Der Patient, nicht der Zahnarzt, muss also beweisen, dass es gerade der im Raume stehende Fehler war, der den Schaden herbeigeführt hat.

Nachbesserungsrecht
Eine Besonderheit im Rahmen der Zahnarzthaftung ist das sogenannte **Nachbesserungsrecht** des Zahnarztes. Da vor allem größere prothetische Arbeiten häufig sehr komplex sind und eine sehr feine Arbeitsweise erfordern, billigt die Rechtsprechung dem Zahnarzt prinzipiell das Recht zu, Anpassungsversuche zu unternehmen, wenn die Arbeit nicht auf Anhieb richtig »sitzt«.

Die Grenze des Nachbesserungsrechts wird durch die **Zumutbarkeit** für den Patienten definiert. Dieser Begriff ist relativ unbestimmt, er ist für jeden Einzelfall auszulegen. Stellt allerdings selbst eine Neuanfertigung keine übermäßige Belastung für einen Patienten dar, weil sie innerhalb weniger Sitzungen möglich ist, so kann auch dies vom Nachbesserungsrecht des Zahnarztes gedeckt sein. Entzieht sich der Patient dem berechtigten Interesse des Zahnarztes auf Nachbesserung, so ist es ihm verwehrt, Schadensersatzansprüche anzumelden.

Hiervon zu trennen ist die häufig damit verwechselte Frage, ob der Patient berechtigt ist, das Behandlungsverhältnis durch eine **Kündigung** zu beenden. Das ist zu bejahen. Dieses Recht steht dem Patienten jederzeit zu. Der Behandlungsvertrag ist ein **Dienstleistungsverhältnis höherer Art**. Er kann von dem Dienstberechtigten, dem Patienten, nach §§ 630b, 627 BGB jederzeit gekündigt werden. Es ist dann eine andere, nach Maßgabe des Nachbesserungsrechts zu beurteilende Frage, ob er dann auch noch Schadensersatzansprüche behält.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2013

Haftung aus einem Aufklärungsfehler

Die Grundlage für die Haftung aus einem Aufklärungsfehler ist das **Selbstbestimmungsrecht des Patienten**, das aus seinen verfassungsrechtlich geschützten Grundrechten abgeleitet wird. Grundsätzlich ist jeder Eingriff in die körperliche Integrität eine Körperverletzung, für die sowohl eine zivilrechtliche als auch eine strafrechtliche Haftung des Zahnarztes in Betracht kommt. Ein solcher Eingriff in die körperliche Integrität kann aber gerechtfertigt sein, wenn der Patient – was in aller Regel der Fall ist – wirksam in die Behandlung einwilligt. Diese Grundsätze spiegeln sich auch in der gesetzlichen Neuregelung wider. Nach § 630 d BGB ist vor Durchführung jeder medizinischen Maßnahme die Einwilligung des Patienten einzuholen. Die Wirksamkeit der Einwilligung setzt voraus, dass der Patient hinreichend aufgeklärt wurde. Mit den Anforderungen an die Aufklärungspflicht befasst sich § 630 e BGB. In § 630 e Abs. 1 BGB heißt es:

»Der Behandelnde ist verpflichtet, den Patienten über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände aufzuklären. Dazu gehören in der Regel insbesondere Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussicht im Hinblick auf die Diagnose oder die Therapie. Bei der Aufklärung ist auch auf Alternativen zur Maßnahme hinzuweisen, wenn mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Methoden zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen können.«

Aufklärung
In der zahnärztlichen Praxis laufen viele Eingriffe mit einer stillschweigenden Einwilligung des Patienten ab. Glücklicherweise birgt eine Vielzahl von Eingriffen nur seltene und minimale Risiken, so dass die seitens des Patienten erhobene Aufklärungsrüge praktisch auch nur eine geringe Bedeutung hat.

Der Zahnarzt sollte als **Faustregel** beherzigen, dass die Aufklärung umso intensiver und frühzeitiger geschehen sollte, je intensiver der Eingriff und die damit verbundenen Risiken sich darstellen.

Aufzuklären ist über Risiken, die der Behandlung spezifisch anhaften und die für die Lebensführung des Patienten – auch wenn sie selten sind – von erheblicher Bedeutung sein können. Ein klassisches **Beispiel** hierfür ist das Risiko einer **Nervverletzung** im Rahmen einer Implantation mit der Folge einer möglicherweise dauerhaften Taubheit bestimmter Regionen (Folge einer Nervus mentalis-Läsion).

Den **Nachweis der Aufklärung und Einwilligung** hat im Streitfalle – anders als beim Behandlungsfehler – nicht der Patient, sondern der Zahnarzt zu führen, § 630 h Abs. 2 BGB. Es empfiehlt sich daher, die Aufklärung zumindest stichwortartig zu dokumentieren. Auch hier gilt: Je intensiver und umfangreicher die geplante Behandlungsmaßnahme ist (z. B. umfangreiche prothetische Rekonstruktion), desto intensiver und besser dokumentiert sollte die Aufklärung sein.

Ein verbreiteter Irrtum ist die Annahme, eine schriftliche Aufklärung sei geboten und auch ausreichend. Das ist nicht der Fall: Der Bundesgerichtshof hat mehrfach festgestellt, dass das **Gespräch zwischen Zahnarzt und Patient** für die wirksame Aufklärung erforderlich ist. Dies ergibt sich aus § 630 e Abs. 2 Nr. 1 BGB. Die Aufklärung kann also nicht auf nichtärztliches Personal delegiert werden! Ist eine Aufklärung nicht schriftlich dokumentiert, dann ist sie nicht unwirksam; die mündliche Aufklärung ist ausreichend, aber auch erforderlich. Aus den oben genannten beweisrechtlichen Gründen empfiehlt sich aber die schriftliche Dokumentation des Aufklärungsgespräches.

Praxistipp:
Empfehlenswert ist es, das Kürzel der gegebenenfalls anwesenden Mitarbeiterin im Rahmen der Dokumentation zu notieren, damit bei einer Auseinandersetzung unter Umständen eine Zeugin beigebracht werden kann, wenn die schriftliche Aufklärungslage nicht eindeutig ist.

Das Gesetz fordert darüber hinaus, dass die Aufklärung so rechtzeitig erfolgen muss, dass der Patient seine Entscheidung über die Einwilligung wohlüberlegt treffen kann, ferner muss die Aufklärung für den Patienten verständlich sein (§ 630 e Abs. 2 Nr. 2 und 3 BGB).

Wichtig ist zudem die **Neuerung durch das Patientenrechtegesetz**, wonach *»dem Patienten Ab-*

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2013

schriften von Unterlagen, die er im Zusammenhang mit der Aufklärung und Einwilligung unterzeichnet hat, auszuhändigen« sind. Das bedeutet: Werden zur Dokumentation des Aufklärungsgespräches Aufklärungs- und Einwilligungsbögen verwendet, dann muss der Patient eine Kopie hiervon erhalten, und zwar ohne besondere Aufforderung.

Gesundheitsschaden und Ursachenzusammenhang
Bezüglich des Eintrittes eines Gesundheitsschadens gilt das oben zur Haftung aus einem Behandlungsfehler Gesagte. Die bloße Verletzung des Selbstbestimmungsrechts wegen unwirksamer Aufklärung führt nach mittlerweile einhelliger Auffassung nicht dazu, dass ein Schadensersatzanspruch des Patienten in Betracht kommt. Es muss sich vielmehr tatsächlich eine Behandlungskomplikation ergeben haben.

Fehlt eine wirksame Einwilligung im Sinne des § 630 d BGB, so ist der Eingriff rechtswidrig. Der Zahnarzt kann in Bezug auf den Ursachenzusammenhang zwischen einem vermeintlichen Aufklärungsfehler und einem Einwilligungsmangel den Einwand der sogenannten **hypothetischen Einwilligung** geltend machen. Dahinter steht die Behauptung des Zahnarztes, dass der Patient auch losgelöst von der Frage einer wirksamen Aufklärung in jedem Falle der im Streit stehenden Behandlung zugestimmt hätte.

Anhaltspunkte hierfür sind ein sehr hoher Leidensdruck und eine absolute Indikation. Zu beachten ist jedoch, dass der Zahnarzt für das Vorliegen einer hypothetischen Einwilligung beweispflichtig ist.

Kann der Patient gegenüber diesem Einwand plausibel machen, dass er zumindest ernsthaft erwogen hätte, von der streitigen Behandlung Abstand zu nehmen, wenn er ordnungsgemäß aufgeklärt worden wäre, dann liegt ein sogenannter Entscheidungskonflikt vor. Gelingt es dem Patienten, das Gericht von einem solchen Entscheidungskonflikt zu überzeugen, dann bleibt es bei einer Haftung aus einem Aufklärungsfehler.

Richtiges Verhalten bei Schadenfällen

Auskunftsanspruch des Patienten
Der Patient hat einen Anspruch auf Einsicht in seine Krankenunterlagen bzw. auf die Überlassung von Kopien gegen Kostenerstattung. Dies ergibt sich aus § 630 g BGB. Wird die **Einsicht in die Behandlungsdokumentation** von einem Patientenanwalt begehrt, dann sollte dem nach Vorlage einer entsprechenden Schweigepflichtentbindungserklärung auch Rechnung getragen werden.

Praxistipps:
- Es sollten nie Originalunterlagen versandt werden, sondern immer nur Kopien der Krankenunterlagen.
- Der Auskunftsanspruch des Patienten besteht Zug um Zug gegen Erstattung von Kopierkosten. In der Praxis hat es sich aber als nützlich und deeskalierend erwiesen, die Kopierkosten nicht gesondert in Ansatz zu bringen.
- Neu ist die Regelung, dass der Patient auch elektronische Abschriften von der Patientenakte verlangen kann, d. h.: Er hat auf Verlangen einen Anspruch auf Überlassung der Dokumentation in elektronischer Form.
- Eine besondere Problematik stellt sich bei analogen Röntgenaufnahmen, Modellen oder anderen, nicht ohne weiteres reproduzierbaren Unterlagen: Nach den Berufsordnungen (Vorbild: § 12 Abs. 3 Musterberufsordnung für Zahnärzte) sind diese auf Verlangen einem Kollegen zur Verfügung zu stellen, wenn dies für die Behandlung oder Begutachtung des Patienten erforderlich ist. Unbedingt ist dann **exakt zu notieren, was überlassen wird**, ferner ist zwingend auf einen **sicheren Versand** zu achten (Einschreiben/Rückschein oder durch Boten gegen Quittung), denn der Zahnarzt trägt die Verantwortung für den Verbleib seiner Unterlagen.

Meldung bei der Haftpflichtversicherung
Wichtig ist es sodann, den Vorgang bei der Berufshaftpflichtversicherung zu **melden**. Diese Verpflichtung sehen die Versicherungsbedingungen standardisiert vor. Versäumt der Zahnarzt eine rechtzeitige Meldung, dann kann er Gefahr laufen, seinen Versicherungsschutz zu verlieren.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2013

Außergerichtliche Betreuung
Die außergerichtliche Betreuung des Falles liegt dann in der Regel in den Händen der Haftpflichtversicherung. Um hier eine adäquate Risikoeinschätzung zu ermöglichen, ist es erforderlich, die Haftpflichtversicherung mit den nötigen **Informationen zum Behandlungsfall** zu versorgen und den Verlauf auch selbstkritisch zu reflektieren. Mitunter kann es bei absehbaren Haftungsrisiken angezeigt sein, einen Streit bereits vorgerichtlich durch eine vergleichsweise Lösung beizulegen.

Gerichtliches Verfahren
Gelingt eine vorgerichtliche Klärung oder Verständigung nicht, dann kommt es mitunter zur Einleitung eines gerichtlichen Verfahrens. Wird dem Zahnarzt eine **Klage** zugestellt, dann ist es geboten, **unverzüglich zu reagieren**, denn typischerweise laufen dann sehr enge Fristen, deren bloße Versäumung dazu führen kann, dass der Prozess verloren geht.

Vielfach münden Auseinandersetzungen auch in die Einleitung eines sogenannten **selbstständigen Beweisverfahrens**. Es handelt sich hierbei nicht um einen *»echten«* Prozess, sondern um ein Tatsachenfeststellungsverfahren, das nicht mit einem Urteil endet. Es zielt vielmehr darauf ab, den Boden für eine weitere Auseinandersetzung zu bereiten. Typischerweise wird die Einholung eines Sachverständigengutachtens zu den streitigen Fragestellungen beantragt. Auch in diesem Falle sollte jedoch der betroffene Zahnarzt **unverzüglich reagieren** und seine **Versicherung informieren**.

Grundregeln für die Schadensprophylaxe
Die Erfahrung zeigt, dass viele Auseinandersetzungen sich vermeiden oder zumindest in ihren Folgen verringern lassen, wenn auf zahnärztlicher Seite einige Grundregeln zur Schadensvermeidung bzw. Minimierung beherzigt werden. Hiervon seien die wichtigsten genannt:

Kommunikation mit dem Patienten

Erhebungen über die Motive von Patienten, eine (zahn)arzthaftungsrechtliche Auseinandersetzung anzustreben, haben gezeigt, dass häufig eine mangelnde Kommunikation mit dem Zahnarzt eine Triebfeder für Auseinandersetzungen ist. Eine gute **Zahnarzt-Patienten-Kommunikation** ist als Mittel der Konfliktvermeidung bewährt. Führt die Behandlung nicht zum gewünschten Ergebnis, dann sollte

- dem Patienten Verständnis entgegengebracht werden
- der Verlauf transparent gemacht werden
- eine genaue Aufklärung über die bevorstehenden weiteren Folgen stattfinden.

Um eine praxisgerechte Handhabung dieser Forderung zu erreichen, sollte die **Grundregel** beherzigt werden, die hier bereits im Rahmen der Aufklärung nahegelegt wurde: Je größer die Behandlung bzw. die im Raume stehenden Probleme sind, desto intensiver sollte die Kommunikation gesucht werden.

Dokumentation

Von großer Bedeutung ist zudem die **zahnärztliche Dokumentation**. Sie ist aus rechtlicher Sicht das wichtigste Mittel der Haftungsprophylaxe. Der Hintergrund liegt darin, dass die Dokumentation rechtlich ein *»zweischneidiges Schwert«* ist:

- **Positive Wirkung:** Einer Dokumentation, die in sich schlüssig ist und zeitnah zum Behandlungsgeschehen gefertigt wird, ist nach der Rechtsprechung bis zum Beweis der Unrichtigkeit Glauben zu schenken.
- **Negative Wirkung:** Sind Maßnahmen, die eigentlich dokumentationspflichtig wären, nicht in der Dokumentation niedergelegt, so wird auch – allerdings widerleglich – vermutet, dass sie nicht durchgeführt wurden.
- Die Rechtsgrundlage für die Dokumentation der Behandlung ist § 630 f BGB. Dort wird nun explizit gefordert, dass der Behandelnde verpflichtet ist, die Dokumentation im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung vorzunehmen. Berichtigungen und Änderungen der Dokumentation sind nur zulässig, *»wenn neben dem ursprünglichen Inhalt erkennbar bleibt, wann sie vorgenommen worden sind. Dies ist auch für elektronisch geführte Patientenakten sicherzustellen.«* Aus der Begründung des Gesetzesentwurfes ergibt sich insoweit, dass die **EDV so gestaltet sein muss, dass Änderungen im Nachhinein erkennbar sind**. Genügt die EDV diesen Anforderungen nicht,

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2013

dann läuft der Zahnarzt Gefahr, dass die Beweiskraft seiner Dokumentation entwertet wird.

Die Frage, was im Einzelnen zu dokumentieren ist, beantwortet sich nach der Rechtsprechung **unter medizinischen Gesichtspunkten**: Zu dokumentieren sind die Aspekte, deren Niederlegung in der Krankengeschichte aus medizinischen Gründen als erforderlich anzusehen sind. Diese Formel ist vergleichsweise vage und wirft im Streitfalle immer wieder Zweifel auf. Es kann jedoch folgende **Faustregel** formuliert werden:

Es sollte so dokumentiert werden, dass der Zahnarzt selbst, wenn er die Behandlung von einem fremden Zahnarzt übernehmen würde, aus dem dokumentierten Verlauf ein schlüssiges Bild der Krankengeschichte gewinnen würde.

Mit anderen Worten: Zweifelt der Zahnarzt bei der Frage, was er niederlegen soll, dann sollte er sich fragen, **was er von einem Kollegen an Dokumentation erwarten würde**, um sich ein schlüssiges Bild eines fremden Patienten, den er von dem Kollegen übernimmt, zu machen.

Beispiel:
Unzureichend wäre es etwa, nach einer prothetischen Sanierung im Bereich mehrerer Quadranten nachfolgende Einschleifmaßnahmen bei mehreren Terminen nur mit »sK« kenntlich zu machen. Zu fordern wäre vielmehr, auch den Ort der Einschleifmaßnahmen zu notieren.

Beispiel:
Nicht ausreichend ist es zudem in aller Regel lediglich Abrechnungsziffern zu dokumentieren.

Auch hier gilt: Da Lücken in der Dokumentation durch andere Beweismittel im Streitfalle ausgeglichen werden können (z. B. Zeugnis von Mitarbeiterinnen), empfiehlt es sich, das Kürzel der jeweils anwesenden Mitarbeiterin in der Dokumentation mit aufzunehmen. In vielen Fällen wird zwar keine konkrete Erinnerung mehr an das fragliche Behandlungsgeschehen bestehen, mitunter gelingt jedoch auf diesem Wege der Nachweis, dass eine nichtdokumentierte Maßnahme doch durchgeführt wurde.

Wunschbehandlungen
Vorsicht ist bei Wunschbehandlungen geboten. In jedem Fall ist hiervon **Abstand zu nehmen**, wenn die gewünschten Maßnahmen zahnmedizinisch **objektiv nicht vertretbar**, also kontraindiziert sind. Handelt es sich um einen Grenzfall, so sollte der Zahnarzt sehr gründlich überlegen, ob er die gewünschten Behandlungsmaßnahmen durchführt, es ist jedoch, um sich nicht dem Vorwurf eines Fehlers ausgesetzt zu sehen, **mindestens eine relative Indikation erforderlich**.

Praxistipp:
Sehr wichtig ist bei derartigen Grenzfällen eine exakte Aufklärungsdokumentation. Bei Grenzfällen sollte der Patient erstens umfassend informiert sein und zweitens seine Einwilligung vorsorglich auch schriftlich dokumentiert werden.

»Problempatienten«
Vergleichbare Erwägungen gelten für Problempatienten. Klassische Fälle sind hier Patienten mit einer langen Krankengeschichte etwa nach oder bei bevorstehender prothetischer Versorgung oder bei langjähriger oder neu aufgetretener craniomandibulärer Dysfunktion. Solche Patienten sind häufig auch psychisch erheblich vorbelastet, so dass auch hier eine genaue Dokumentation und Aufklärung geboten ist. Hier zeigt die Praxis, dass zunehmend in gerichtlichen Auseinandersetzungen bereits im Vorfeld umfangreiche funktionsanalytische Maßnahmen gefordert werden. Dies gilt vor allem für größere Sanierungen und auch dann, wenn funktionelle Beschwerden im Vorfeld der Behandlung noch nicht offensichtlich geworden sind.

Versicherungsrechtliche Aspekte
In der Regel gewährt die Berufshaftpflichtversicherung des Zahnarztes für den Fall einer Auseinandersetzung in vollem Umfang Deckung (Schmerzensgeld, Verdienstausfall, Fahrtkosten, Gutachterkosten etc.). Im Bereich der Zahnheilkunde tritt jedoch häufig eine Problematik auf, derer sich die wenigsten Zahnärzte bewusst sind, nämlich die des sogenannten **Erfüllungsschadens**.

In den Versicherungsbedingungen heißt es typischerweise, dass vom Versicherungsschutz der Berufshaftpflichtversicherung nicht solche Forderungen abgedeckt sind, die die Erfüllung des Vertrages oder die

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2013

an seiner Stelle tretende Ersatzleistung betreffen. Das bedeutet, dass vor allem die Rückforderung von Honorar bzw. entsprechende Nachbehandlungskosten zur Erneuerung der streitigen Arbeit **nicht** durch den Haftpflichtversicherungsvertrag **abgedeckt sind**. Es führt auch zu der Konsequenz, dass im Fall einer gerichtlichen Auseinandersetzung die **Prozesskosten anteilig nicht übernommen** werden.

Beispiel:
Der Patient fordert 6.000,–€ Schmerzensgeld und 4.000,–€ Behandlungshonorar und Laborkosten zurück. Er gewinnt den Prozess, und der Zahnarzt muss die Kosten tragen. Folge: In diesem Beispielsfall muss der Zahnarzt 40 % der gesamten Prozesskosten tragen, denn im Verhältnis zum Gesamtstreitwert (10.000,–€) sind nur 60 % der Forderung (6.000,–€ Schmerzensgeld) durch seine Haftpflichtversicherung abgedeckt.

Um dieses Risiko abzusichern, empfiehlt es sich, eine entsprechende **Rechtsschutzversicherung** abzuschließen. Andernfalls können bei einer Auseinandersetzung erhebliche Eigenanteile entstehen. Die Rechtsschutzversicherung empfiehlt sich insoweit auch mit Blick auf etwaige Honorarstreitigkeiten, da dort sonst häufig der Wert der Forderung im Außerverhältnis zu dem Prozesskostenrisiko, das sehr durch Kosten eines Sachverständigen erhöht wird, außer Verhältnis steht.

Dr. Max Middendorf
Fachanwalt für Medizinrecht
Lehrbeauftragter der Universität Münster

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2013

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2013

8.5.2.1. Patientenrechtegesetz – relevante Punkte für die Zahnarztpraxis

Am 26. 02. 2013 ist das Patientenrechtegesetz in Kraft getreten. Im Wesentlichen betreffen die Änderungen eine Kodifizierung des Rechts der medizinischen Heilbehandlung im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB). Zudem sollen die Rechte der Kassenpatienten durch Änderungen im Sozialgesetzbuch V (SGB V) gestärkt werden.

Änderung des BGB – Behandlungsvertrag wird geregelt
Mit dem Patientenrechtegesetz werden im BGB zusätzlich zum allgemeinen Dienstvertragsrecht spezielle Regeln eingeführt, die in der Zahnarztpraxis von besonderer Relevanz und zu beachten sind.

Informationspflichten (§ 630 c BGB)
Der Zahnarzt ist verpflichtet, dem Patienten in verständlicher Weise zu Beginn der Behandlung und, soweit erforderlich, in deren Verlauf sämtliche für die Behandlung wesentlichen Umstände zu erläutern, insbesondere die Diagnose, die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung, die Therapie und die zu und nach der Therapie zu ergreifenden Maßnahmen. Sind für den Zahnarzt Umstände erkennbar, die die Annahme eines Behandlungsfehlers begründen, hat er den Patienten über diese auf Nachfrage oder zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren zu informieren.

Geregelt ist darüber hinaus auch die sogenannte „wirtschaftliche Aufklärungspflicht". Weiß der Zahnarzt, dass eine vollständige Übernahme der Behandlungskosten durch einen Dritten nicht gesichert ist oder ergeben sich nach den Umständen hierfür hinreichende Anhaltspunkte, muss er den Patienten vor Beginn der Behandlung über die voraussichtlichen Kosten der Behandlung in Textform informieren.

Gerade bei kostenträchtigen Behandlungen empfiehlt es sich, dass der Patient bei seinem Kostenträger eine Kostenzusage einholt. Für den Zahnarzt ist es auch im Kassenbereich wichtig, dass er den Patienten über entstehende Mehrkosten informiert, da hier Kenntnisse des Zahnarztes vorausgesetzt werden (z. B. Richtlinien, Höhe der Festzuschüsse).

Einwilligung (§ 630 d BGB)
Der Zahnarzt hat vor Durchführung einer medizinischen Maßnahme, insbesondere eines Eingriffs in den Körper oder die Gesundheit, die Einwilligung des Patienten einzuholen. Ist der Patient einwilligungsunfähig, ist die Einwilligung eines hierzu Berechtigten einzuholen. Die Wirksamkeit der Einwilligung setzt voraus, dass der Patient vor der Einwilligung aufgeklärt worden ist. Diese Vorschrift ist bei der Behandlung von Kindern oder einwilligungsunfähigen Personen (z. B. Bewohner in einem Pflegeheim mit gerichtlich bestelltem Betreuer) von besonderer Relevanz.

Aufklärungspflichten (§ 630 e BGB)
Der Zahnarzt ist verpflichtet, den Patienten über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände aufzuklären. Dazu gehören insbesondere Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose oder die Therapie.

Bei der Aufklärung ist auch auf Alternativen zur Behandlungsmaßnahme hinzuweisen. Festgeschrieben wird zudem, dass die für den Patienten verständliche Aufklärung mündlich durch den Zahnarzt erfolgen muss und so rechtzeitig zu erfolgen hat, dass der Patient seine Entscheidung über die Einwilligung wohlüberlegt treffen kann. Ergänzend kann nach dieser Regelung auch auf Unterlagen Bezug genommen werden, die der Patient in Textform erhält.

Dokumentation der Behandlung (§ 630 f BGB) und Einsichtnahme in die Patientenakte (§ 630 g BGB)
Patientenakten sind vollständig und sorgfältig zu führen. Der Behandelnde ist verpflichtet, zum Zweck der Dokumentation in unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung eine Patientenakte in Papierform oder elektronisch zu führen. Berichtigungen und Änderungen von Eintragungen in der Patientenakte sind nur zulässig, wenn neben dem ursprünglichen Inhalt erkennbar bleibt, wann sie vorgenommen worden sind. Dies ist auch für elektronisch geführte Patientenakten durch manipulationssichere Software sicherzustellen. In der Umsetzung bereitet diese Vorschrift Probleme. Es empfiehlt sich unbedingt bei seiner Softwarefirma nachzufragen, ob den Erfordernissen des Gesetzes Rechnung getragen wird.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 02/2014

Gravierend ist auch, dass dem Patienten auf Verlangen unverzüglich Einsicht in die vollständige, ihn betreffende Patientenakte zu gewähren ist, soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen. Die Ablehnung der Einsichtnahme ist zu begründen. Zudem kann der Patient auch elektronische Abschriften von der Patientenakte verlangen, wobei dem Behandelnden die entstandenen Kosten zu erstatten sind. In der Konsequenz wird der Zahnarzt auch in der Regel persönliche Einträge in der Patientenakte offenbaren müssen, wobei dann nicht mehr die Möglichkeit besteht, diese Einträge unkenntlich zu machen.

Beweislast bei Haftung für Behandlungs- und Aufklärungsfehler (§ 630 h BGB)
Aus dieser Vorschrift ergibt sich u. a., dass ein Fehler eines Zahnarztes vermutet wird, wenn sich ein allgemeines Behandlungsrisiko verwirklicht hat, das für ihn voll beherrschbar war. Der Zahnarzt hat zudem zu beweisen, dass er eine Einwilligung eingeholt und aufgeklärt hat.

Bei einer unzureichenden Dokumentation wird vermutet, dass die Maßnahme nicht getroffen wurde. Bei Vorliegen eines groben Behandlungsfehlers wird vermutet, dass der Behandlungsfehler für diese Verletzung ursächlich war. Dies gilt auch dann, wenn es der Zahnarzt unterlassen hat, einen medizinisch gebotenen Befund rechtzeitig zu erheben oder zu sichern.

Änderungen im Sozialgesetzbuch V
Nach § 137 SGB V soll der Gemeinsame Bundesausschuss in seinen Richtlinien wesentliche Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit und insbesondere Mindeststandards für Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme festlegen. Diese Regelung kann auch für Arzt- und Zahnarztpraxen im ambulanten Bereich zu neuen bürokratischen Pflichten führen.

In § 13 Abs. 3 a SGB V werden Sanktionen festgelegt, wenn Krankenkassen nicht binnen drei Wochen (bei Einschaltung des MDK innerhalb von fünf Wochen) über einen Leistungsantrag entscheiden. Wird ein im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehenes Gutachterverfahren durchgeführt, hat die Krankenkasse ab Antragseingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden; der Gutachter hat innerhalb von vier Wochen Stellung zu nehmen. Kann die Krankenkasse diese Fristen nicht einhalten, hat sie dies rechtzeitig schriftlich begründet mitzuteilen.

RA Michael Lennartz

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 02/2014

8.5.2.2. Nachhaftung und Aufbewahrung Patientendaten

Praxisabgabe und Praxisauflösung – was ist bei der Nachhaftung und bei den Patientendaten zu beachten?

Im Zusammenhang mit einer Praxisauflösung oder Praxisabgabe sind zahlreiche rechtliche Aspekte zu beachten.

I. Nachhaftung und Nachhaftpflichtversicherung

Bei der Auflösung bzw. Abgabe der Praxis ist insbesondere zu beachten, dass die persönliche Haftung auch über diesen Zeitpunkt hinaus wirkt.

Die Grenzen dieser sog. Nachhaftung ergeben sich aus den allgemeinen Vorschriften der Verjährung. Die regelmäßige Verjährungsfrist beträgt hierbei drei Jahre.

Diese regelmäßige Verjährungsfrist findet z. B. auch bei der Geltendmachung von etwaigen Schadensersatzansprüchen aufgrund eines Behandlungsfehlers Anwendung. Hierbei ist zu beachten, dass diese Frist erst am Ende des Jahres zu laufen beginnt, in welchem der Patient die Umstände kannte oder fahrlässig nicht kannte, die den Schadensersatzanspruch begründen würden. Es besteht daher die Möglichkeit, dass ein solcher Nachhaftungsfall erst mehrere Jahre nach der Beendigung der Berufstätigkeit bzw. Abgabe der Praxis auftritt.

Auch die Haftung aus der Gewährleistung des § 136a Abs. 4 S. 3 SGB V für Füllungen und die Versorgung mit Zahnersatz wirkt über den Zeitpunkt der Praxisabgabe hinaus, d. h. unabhängig davon, ob innerhalb der zwei Jahre die Praxis aufgelöst oder abgegeben wird.

Im Rahmen einer Berufsausübungsgemeinschaft ist zu beachten, dass neben der vorgenannten persönlichen Haftung zugleich auch eine Gesellschafternachhaftung aus § 728b BGB besteht. Hiernach haftet ein Gesellschafter, der aus der Gesellschaft ausscheidet, für deren bis dahin begründete Verbindlichkeiten, wenn sie vor Ablauf von fünf Jahren nach seinem Ausscheiden fällig sind. In der Regel endet diese Haftung daher fünf Jahre nach dem Ausscheiden aus der Berufsausübungsgemeinschaft. Abweichende Regelungen können in dem Gesellschaftsvertrag gleichwohl festgelegt werden.

Versicherungsschutz anpassen

Im Zusammenhang mit der Nachhaftung erweist es sich als problematisch, dass Berufshaftpflichtversicherungen zum Ende der Berufstätigkeit durch die Zahnärztin/den Zahnarzt gekündigt werden. Oder die Haftpflichtversicherung erlischt nach den Allgemeinen Versicherungsbedingungen des Haftpflichtversicherers mit Aufgabe der Praxis oder Tod des Praxisinhabers. In diesen Fällen würde folglich kein Versicherungsschutz mehr bestehen, wenn Jahre später ein Behandlungsfehler geltend gemacht wird.

Der Abschluss einer – in der Regel deutlich günstigeren – Nachhaftungsversicherung ist daher dringend zu empfehlen.

II. Aufbewahrung und Veräußerung von Patientendaten

Patientenunterlagen sind grundsätzlich für die Dauer von zehn Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren (u. a. § 12 Abs. 1 Musterberufsordnung der Bundeszahnärztekammer [MBO-Z], wobei die Regelung der Berufsordnung im jeweiligen Kammerbereich verbindlich ist; § 630 f Abs. 3 BGB). Andere Aufbewahrungsfristen gelten, wenn diese spezialgesetzlich geregelt sind. So sind z. B. bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, Röntgenbilder und Aufzeichnungen bis zur Vollendung des 28. Lebensjahres aufzubewahren.

Nach Ablauf der Aufbewahrungsfristen haben Patienten einen Anspruch auf Vernichtung der Patientenunterlagen als personenbezogene Daten, da ihre Kenntnis für die Erfüllung der ärztlichen Aufgaben nicht mehr erforderlich ist (Art. 17 Abs. 1 Nr. 1 a DSGVO).

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2024

Die Pflicht zur Aufbewahrung von Behandlungsunterlagen endet nicht mit dem Ende der zahnärztlichen Tätigkeit oder der Abgabe der Praxis. Auch nach Aufgabe der Praxis haben Zahnärzte ihre zahnärztlichen Aufzeichnungen und Untersuchungsbefunde aufzubewahren oder dafür Sorge zu tragen, dass sie ordnungsgemäß verwahrt werden (§ 12 Abs. 5 MBO-Z).

Werden die Patientenunterlagen hingegen an den Praxisabnehmer übergeben, hat dieser zu beachten, dass diese Unterlagen getrennt von den eigenen Unterlagen unter Verschluss gehalten werden und nur mit Einverständnis der Patienten eingesehen oder weitergegeben werden dürfen.

Abschluss Verwahrungsvertrag
Die vorgenannte vorgeschriebene Vorgehensweise beschreibt das in der Praxis übliche sog. »Zwei-Schrank-Modell«. Hierzu wird im Praxisübernahmevertrag vereinbart, dass ausschließlich die Patientenunterlagen übergehen, wo bereits eine Zustimmung des jeweiligen Patienten vorliegt. Über die restlichen Patientenunterlagen wird hingegen zwischen dem Abgeber der Praxis und dem Praxisabnehmer ein Verwahrungsvertrag geschlossen. In diesem verpflichtet sich der Praxisabnehmer, dass er in diese Unterlagen nur Einsicht nimmt, wenn der Patient hierzu sein Einverständnis erklärt hat. Diese Patientenunterlagen müssen bis zu dieser Einverständniserklärung gesondert verwahrt werden.

Einverständniserklärung Patient
Diese Einverständniserklärung kann grundsätzlich auch darin gesehen werden, dass der Patient den Praxisnachfolger für die zahnärztliche Behandlung aufsucht. Da jedoch gemäß Art. 7 Abs. 1 DSGVO dem Verantwortlichen die Nachweispflicht obliegt, eine Einwilligung zur Verarbeitung personenbezogener Daten erhalten zu haben, empfiehlt es sich, dass jeder Patient hierzu eine schriftliche Einwilligungserklärung zu unterschreiben hat.

Auch bei der Aufbewahrung von Patientenunterlagen in digitaler Form ist das »Zwei-Schrank-Modell« entsprechend anzuwenden.

Beachtung DSGVO – Auftragsdatenverarbeitung
Im Zusammenhang mit der vorstehend beschriebenen Übergabe der Patientenunterlagen ist jedoch zu beachten, dass neben dem Abschluss eines Verwahrungsvertrages nach der Datenschutzgrundverordnung ein weiterer Vertrag bzw. eine Vereinbarung abzuschließen ist. Rechtlich umstritten ist, was für eine Art von Vertrag im Sinne der Datenschutzgrundverordnung konkret abzuschließen ist. Fraglich ist insbesondere, ob es sich bei der Übernahme der Patientenunterlagen im Sinne der Datenschutzgrundverordnung um eine *»Auftragsverarbeitung«* (Art. 28 DSGVO) oder um eine *»gemeinsame Verantwortung«* (Art. 26 DSGVO) handelt, wobei es hierzu keine einheitliche Linie der Datenschutzbehörden der Bundesländer gibt.

Bei einer *»Auftragsverarbeitung«* im Sinne des Art. 28 DSGVO wird zusätzlich ein Auftragsdatenverarbeitungsvertrag vorgeschrieben, in dem u. a. die Dauer sowie Art und Zweck der Verarbeitung festgelegt werden müssen.

Ist man hingegen der Auffassung, die Übernahme der Patientenunterlagen stelle eine *»gemeinsame Verantwortung«* im Sinne des Art. 26 DSGVO dar, bedürfte es zusätzlich einer Vereinbarung, in welcher festzulegen ist, wer welche datenschutzrechtliche Verpflichtungen erfüllt, insbesondere hinsichtlich der Wahrnehmung der Rechte der Patienten. Eine solche Vereinbarung kann auch in den Praxiskaufvertrag integriert werden.

Bei einer Missachtung der vorstehenden datenschutzrechtlichen Regelungen kann durch die zuständige Datenschutzbehörde ein Bußgeld verhängt werden (Art. 83 DSGVO).

Möglicherweise könnte eine Missachtung auch zur Nichtigkeit des gesamten Praxiskaufvertrages führen, da gemäß § 134 BGB ein Rechtsgeschäft, das gegen ein gesetzliches Verbot verstößt, nichtig ist. Diese Frage wurde jedoch im Hinblick auf die Vorschriften der Datenschutzgrundverordnung noch nicht abschließend geklärt.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2024

Um diese Rechtsunsicherheit zu vermeiden, empfiehlt es sich daher, im Praxiskaufvertrag eine Vereinbarung im Sinne des Art. 26 DSGVO (»*gemeinsame Verantwortung*«) zu integrieren sowie zusätzlich einen Auftragsdatenverarbeitungsvertrag nach Art. 28 DSGVO zu vereinbaren.

Kein isolierter Verkauf des Patientenstammes

Im Zusammenhang mit der Veräußerung von Patientendaten im Rahmen der Praxisabgabe bzw. Praxisauflösung ist weiterhin auch zu beachten, dass ein isolierter Verkauf der Patientenunterlagen unzulässig ist und zur Nichtigkeit des gesamten Kaufvertrages führt. Nach einem Beschluss des Bundesgerichtshofs vom 09.11.2021 (Az. VIII ZR 362/19) verstößt ein solcher Kaufvertrag gegen die zahnärztliche Berufsordnung und ist daher gemäß § 134 BGB nichtig. § 2 Abs. 8 MBO-Z sieht vor, dass es dem Zahnarzt nicht gestattet ist, für die Zuweisung und Vermittlung von Patientendaten Vorteile zu fordern, sich versprechen oder gewähren zu lassen, selbst zu versprechen oder zu gewähren.

Eine Veräußerung der Patientendaten ist daher nur möglich, wenn diese mit der Praxis als Ganzes auf den Praxisabnehmer übergehen.

RA Michael Lennartz
www.lennmed.de

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2024

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2024

8.5.3. Ratgeber Wirtschaftlichkeitsprüfung

Ein kleiner Ratgeber für Vertragszahnärzte

Die meisten Zahnärzte finden es eine Zumutung, wenn ihre vertragszahnärztliche Behandlung und Abrechnung einer nachträglichen Überprüfung unterzogen wird; denn das, was sie in ihrer Praxis als Behandlung durchführen und später gegenüber den Krankenkassen abrechnen, unterliege erstens der Schweigepflicht und zweitens seien sie für diese Behandlung ausgebildet und hätten ja schließlich ein zahnärztliches Staatsexamen abgelegt. Manchmal kommt sogar der Hinweis auf den Eid des Hippokrates, den allerdings sicher nur die wenigsten öffentlich abgelegt haben. (Dem Autor dieser Zeilen ist die Ablegung dieses Eides weder zum medizinischen noch zum zahnmedizinischen Staatsexamen abgefordert worden.)

Dass Zahnmediziner für ihren Behandlungsbedarf eigentlich unkontrolliert selber sorgen, wird gar nicht bedacht. Ebenfalls wird nicht bedacht, dass sie über den Erfassungsschein quasi eine Rechnung an die Krankenkassen stellen. Wie jede Rechnung im außerzahnärztlichen Leben, darf eine Rechnung auch auf Richtigkeit und Übereinstimmung mit dem dafür geltenden Recht geprüft werden; so auch die Abrechnung über den Erfassungsschein, deren Prüfung als Wirtschaftlichkeitsprüfung im Sozialgesetz als verpflichtend normiert ist.

Sozialrechtliche Wirtschaftlichkeitsprüfungen unterscheiden sich von betriebswirtschaftlichen Wirtschaftlichkeitsprüfungen eigentlich darin, dass betriebswirtschaftlich bei einer Vertragszahnarztpraxis überprüft wird, wie viel Geld verdient worden ist bzw. werden muss oder soll. Dagegen wird bei einer sozialrechtlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung, die gesetzlich verankert ist, geprüft, wie viel Honorar die Vertragszahnarztpraxis in einem bestimmten zurückliegenden Zeitraum im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung verdienen durfte. Dieser kleine Unterschied ist nicht allen Vertragszahnärzten bekannt, falls sie sich mit Wirtschaftlichkeitsprüfungen überhaupt beschäftigt haben.

Nur wenigen ist bekannt, dass der Bundesgerichtshof schon vor Jahren festgestellt hat, dass zu den Pflichten eines Vertragsarztes gehört, über die Grundlagen der Praxisführung und der Abrechnung der vertrags(zahn)ärztlichen Leistungen unter Wahrung des Gebotes der Wirtschaftlichkeit Bescheid zu wissen und sich über die grundlegenden Fragen des Verfahrens zu informieren.

Wirtschaftlichkeitsprüfungen sind eine reale Bedrohung für viele Vertragszahnarztpraxen, die von nur wenigen, die noch nicht betroffen waren, wahrgenommen wird.

Wirtschaftlichkeitsprüfungen sind eine Bedrohung in der Zukunft über Vorgänge aus der Vergangenheit, die somit nicht mehr geändert werden können.

Betroffen sind **alle Praxen**, gleichgültig ob sie schon lange oder erst kurz existieren, ob sie irgendwie in ihrer Abrechnung auffällig geworden sind oder nicht; denn der Gesetzgeber hat mit der Änderung des SGB V im Jahre 2004 die Stichprobenprüfung mit zufälliger Auswahl der zu prüfenden Praxen als verpflichtend eingeführt. Dabei sollen wenigstens 2% aller Praxen je Quartal überprüft werden. Unter der Voraussetzung, dass nie schon in einer Zufälligkeitsprüfung untersuchte Praxen wiederholt für eine solche Prüfung ausgewählt werden, ist statistisch gesehen binnen ca. zehn Jahren jede Praxis überprüft worden.

Viele Zahnärzte glauben immer noch, dass bei einer Wirtschaftlichkeitsprüfung angezweifelt wird, ob sie die Leistungen überhaupt oder richtig abgerechnet haben. Wirtschaftlichkeitsprüfungen dürfen nur durchgeführt werden bei Leistungen, von denen sichergestellt ist, dass sie erbracht und auch Gebührenkonform abgerechnet wurden. Gibt es daran nicht nur für einen geringen Abrechnungsanteil begründete Zweifel, darf keine Wirtschaftlichkeitsprüfung erfolgen, sondern vor der Beurteilung auf Wirtschaftlichkeit muss die Abrechnung im Rahmen einer sog. sachlichrechnerischen Überprüfung durchgesehen werden und gegebenenfalls korrigiert werden. Das allerdings ist dann alleinige Aufgabe der KZV.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2019

Betroffen sind eigentlich auch Praxen schon kurz vor ihrer Eröffnung, da die Finanzierungspläne selten die Problematik von Wirtschaftlichkeitsprüfungen einbeziehen oder gar das Risiko berechnen, was möglich ist, aber selten geschieht. Möglicherweise würde das dabei entdeckte erhöhte Risiko für die Praxiseröffnung am gewählten Standort die Praxisneugründung oder -übernahme vereiteln und damit das Geschäft mit der Finanzierung.

Prüfvereinbarungen und Instanzenweg

In jedem KZV-Bereich ist zwischen der Vertretung der Vertragszahnärzte (KZV) und den Krankenkassen (-verbänden) ein Vertrag über die Durchführung der vom Gesetzgeber vorgeschriebenen Wirtschaftlichkeitsprüfungen abgeschlossen worden. Dieser Vertrag regelt u. a. die Abläufe bei den Verfahren, die somit in den KZV-Bereichen unterschiedlich ausgestaltet sein können.

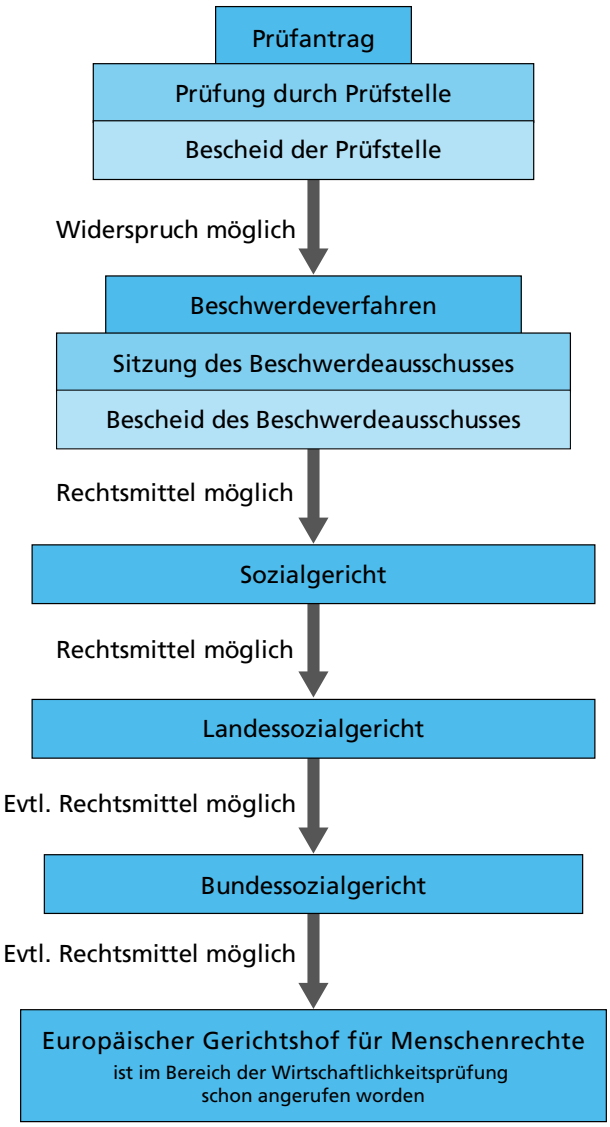
In den Verträgen können beispielsweise Fristen, die Ausgestaltung der Prüfstelle und des Beschwerdeausschusses, die Besetzung der Ausschüsse und die angewandten Prüfarten vereinbart werden.

Für den geprüften Vertragszahnarzt ist ein wichtiger Regelungspunkt in diesen Verträgen, welche Prüfarten (z. B. Auffälligkeitsprüfung; Zufälligkeitsprüfung) unter welchen Voraussetzungen im jeweiligen KZV-Bereich zur Anwendung kommen und welche Prüfmethode(n) (z. B. Einzelfallprüfung [evtl. mit Hochrechnung]; Prüfung nach Durchschnittswerten) bevorzugt und unter welchen Bedingungen angewendet werden.

Für eine Prüfung sollte man also die jeweils **geltenden Prüfvereinbarungen** zur Hand haben. Die Formalia solcher Verfahren sind für den geprüften Zahnarzt allerdings weniger interessant, so dass in diesem Beitrag nur punktuell darauf eingegangen wird.

Der Instanzenweg mit der Möglichkeit eines Widerspruchs oder der Einlegung von Rechtsmitteln mit den entsprechenden Fristen dafür ist gesetzlich vorgegeben.

Der Instanzenweg



Prüfarten

Wenn eine Abrechnung irgendwie auffällig geworden ist, ohne dass sich diese Auffälligkeit(en) aus der Abrechnung selbst erklären lassen, wird ein Prüfantrag gestellt. Wer dazu antragsberechtigt ist, steht in der jeweiligen Prüfvereinbarung.

Seit dem 01.01.2004 ist auch die Durchführung von **Zufälligkeitsprüfungen** gesetzlich vorgeschrieben. Der Gesetzgeber hatte erkannt, dass unauffälliges Abrechnungsverhalten eigentlich kein Grund ist, immer auch wirtschaftliche Leistungserbringung anzu-

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2019

nehmen. Manche Kenner der Materie haben geäußert, dass eigentlich schon immer das Gegenteil anzunehmen sei.

Wenn die Vertragszahnarztpraxis durch irgendein vereinbartes Zufallsverfahren ausgewählt worden ist, dürfte deren Abrechnung eigentlich vorher nicht auffällig geworden sein, da sonst ein Antrag aufgrund von Auffälligkeiten für eine Überprüfung der Leistungserbringung und Abrechnung gestellt worden wäre.

Auffälligkeiten können beispielsweise entstehen durch zahlenmäßige **Abweichungen vom Abrechnungsverhalten des Durchschnitts** aller Vertragszahnärzte im jeweiligen KZV-Bereich.

Bei Auffälligkeiten im Abrechnungsverhalten sind folgende Überschreitungsgrenzen nach Maßgabe der Sozialgerichte wichtig:

1. Normaler Streubereich (besser: üblicher Streubereich, um Verwechslungen mit »Normalverteilung« zu vermeiden):
Das ist der Bereich bis 20% über dem Landesfallkostendurchschnitt. Der **Ausschuss** muss die Unwirtschaftlichkeit der Behandlungsweise **nachweisen**, so dass diese den Nachweis der Unwirtschaftlichkeit nur durch eine Einzelfallprüfung erbringen können.

2. Übergangszone:
Die mittleren Fallkosten liegen je nach KZV **20% bis 50%** über dem Landesfallkostendurchschnitt. Es besteht ein gewisser **Verdacht** auf unwirtschaftliche Behandlungsweise.

Auch hier liegt die Beweispflicht beim Ausschuss, wobei von der Rechtsprechung heute schon eine »beispielhafte Einzelfallprüfung« gefordert wird quasi als Beweiserleichterung für die Prüfgremien.

3. Offensichtliches Missverhältnis:
Bei welchen Überschreitungsprozentsätzen das offensichtliche Missverhältnis beginnt, ist auch von **KZV zu KZV unterschiedlich**. Die Grenzen liegen zwischen **30 und 60%** Überschreitung im Fallwert bzw. oftmals bei 100% Überschreitung beim Einzelleistungsvergleich. Man kann versuchen, beim Prüfungsausschuss diese Grenze abzufragen. Hier wird **ohne weitere Prüfung** i.d.R. eine unwirtschaftliche Behandlungsweise angenommen. Es ist eine **widerlegbare Vermutung**, wobei aber der Geprüfte über die Wirtschaftlichkeit seiner Behandlungsweise den vollen Beweis führen muss.

Bezeichnenderweise hat der Bundessozialrichter, der diese Beweislastumkehr seinerzeit mit beschlossen hatte, nachher öffentlich erklärt, dass er das Urteil über die Umkehr der Beweislast für die Wirtschaftlichkeit der Behandlung »nie gemocht« hat. (Zitat: »Die Umkehr der Beweislast auf den Arzt würde ich heute so nicht mehr entscheiden.«) Aber für die Geschichte der sozialrechtlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung interessiert sich ohnehin niemand mehr.

Neben statistischen Auffälligkeiten können Auffälligkeiten aber auch entstehen, wenn Abrechnungspositionen auf dem Erfassungsschein unschlüssig sind; beispielsweise wenn wiederholt bei endodontisch behandelten Zähnen eine Deckfüllung abgerechnet wurde, ohne dass eine Wurzelfüllung (vorher) abgerechnet wurde. Auch das bei EDV-Abrechnungen zwangsweise vorhandene BEMA-Prüfmodul schließt krasse Verstöße gegen Abrechnungsbestimmungen nicht sicher aus.

Prüfmethoden
Leider haben nur wenige KZVs in ihren Prüfvereinbarungen die **Einzelfallprüfung** (= Betrachtung einzelner Fälle) als Grundlage für die Feststellung, ob wirtschaftlich behandelt und abgerechnet wurde, festgeschrieben. Einige KZVas und Mitglieder von Prüfungsausschüssen loben sogar die Präferierung der statistischen Prüfung und meinen, die Vertragszahnärzte seien mit dieser vertraglich getroffenen Regelung »gut beraten«.

Dabei gibt es eine sog. strenge Einzelfallprüfung, bei der Nachuntersuchungen der Patienten angestellt werden.

Meist wird aber bei der Einzelfallprüfung von der Dokumentation des Zahnarztes ausgegangen und hierbei die durchgeführten zahnärztlichen Maßnahmen und daraus folgend die Abrechnung bei (fast) jedem Behandlungsfall des Prüfzeitraumes durchgesehen. Es findet somit eine Prüfung auf Schlüssigkeit der in der Dokumentation festgehaltenen Fakten und der Behandlungsweise zu den aufgezeichneten Befunden statt. Obendrein wird für jeden Fall geprüft, ob die

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2019

abgerechneten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen mit den Abrechnungsbestimmungen, Richtlinien und dem zahnärztlichen Standard übereinstimmen. Hierbei kann somit die Qualität der Leistungserbringung überprüft werden. Die (Un)Wirtschaftlichkeit muss somit für jeden einzelnen Fall festgestellt werden.

Bei **Einzelfallprüfungen mit Hochrechnung** wird nur ein zufällig bestimmter Teil der Behandlungsfälle untersucht. Etwaige Unwirtschaftlichkeiten werden dann quasi hochgerechnet auf alle Behandlungsfälle.

Hält der geprüfte Zahnarzt die Abrechnungsbestimmungen und die Richtlinien ein und ist seine Dokumentation ausreichend, dürfte er bei einer Einzelfallprüfung nicht gekürzt werden (können).

Bei **Auffälligkeitsprüfungen**, die aufgrund der Überschreitung der Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis als Pauschalprüfung durchgeführt werden, werden oft, aber nicht immer, sog. Belegfälle geprüft. Dabei werden vom Ausschuss einige (wenige) von ihm als typisch für die Behandlung bzw. Abrechnung angesehene Fälle ausgewählt und die abgerechneten Gebührenpositionen hinsichtlich der Übereinstimmung mit den Richtlinien, dem jeweiligen Leistungsinhalt und der Einhaltung zahnärztlicher Standards kontrolliert. Dabei klären sich für den Ausschuss offene Fragen der Behandlung und Abrechnung, die sich nicht aus der alleinigen Auswertung der Erfassungsscheine ergeben. Durch Feststellung von Unwirtschaftlichkeiten bei diesen ausgewählten Behandlungsfällen soll dann auf die Gesamtheit der Behandlung und Abrechnung geschlossen werden. Da diese Belegfälle mit Blick auf bestimmte Umstände ausgewählt wurden, ist es sehr zweifelhaft, ob diese Überprüfung auf Wirtschaftlichkeit als repräsentativ für die gesamte Behandlung bzw. Abrechnung des Prüfzeitraums gelten kann.

Der Gesetzgeber hatte durch Überprüfung mittels einer Kommission festgestellt, dass die bis zum 31.12.2003 als Regelprüfmethode gesetzlich verankerte Pauschalprüfung (= statistische Prüfung = Prüfung nach Durchschnittswerten) ein »minderwertiges« Prüfverfahren darstellt, das allerdings die Krankenkassen ebenfalls schon vor Jahren öffentlich als ungeeignet angesehen haben, aber trotzdem bis heute immer noch Anträge für Prüfungen nach Durchschnittswerten stellen. Weil der Gesetzgeber die Pauschalprüfung noch zugelassen hat, akzeptieren Sozialgerichte, dass die **statistische Prüfmethode** in einigen Prüfvereinbarungen immer noch als Regelprüfmethode festgeschrieben ist und durchgeführt wird, auch wenn der Gesetzgeber ausdrücklich die Hinwendung zu qualitätsorientierten Prüfungen gewollt hat. Da mit einer statistischen Prüfung nie die Qualität der Behandlung beurteilt werden kann, müsste eigentlich die Durchführung einer Prüfung nach Durchschnittswerten vom Prüfungsausschuss jedes Mal besonders begründet werden, wenn schon nicht der Intention des Gesetzgebers Folge geleistet werden soll, die Beurteilung der Behandlungsqualität und nicht irgendwelcher – möglicherweise sogar falsch interpretierter – statistischer Auffälligkeiten bei der Prüfung in den Vordergrund zu stellen. Der Gesetzgeber hat sich leiten lassen von dem Gedanken, dass ein Mehr an Qualität ein Mehr an Wirtschaftlichkeit bedeutet. Mit der Durchführung einer »Pauschalprüfung« wird somit gewollt minderwertig geprüft.

Prüfstelle

Der Vertragszahnarzt bekommt eine Benachrichtigung von der Prüfstelle, dass ein Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung eingeleitet worden ist. Ob das Verfahren vor der Prüfstelle nur ein schriftliches Verfahren ist oder ob auch eine Prüfungssitzung stattfindet, ist in der jeweiligen Prüfvereinbarung geregelt. Sollte eine Prüfungssitzung vorgesehen sein, ist es in den meisten Fällen hilfreich, an der Sitzung teilzunehmen, um bestehende Fragen beantworten zu können, die sonst unbeantwortet blieben. Allerdings sollte man zu der Prüfungssitzung nicht ohne Begleitung erscheinen. Selbstverständlich sollte sein, dass man den anstehenden Prüfungszeitraum gut vorbereitet hat.

Gleichgültig, ob eine Prüfungssitzung in der Prüfvereinbarung vorgesehen ist oder nicht, sollte man immer eine **schriftliche Stellungnahme** abgeben. In dieser muss substantiiert Stellung bezogen werden zu Auffälligkeiten bei statistischen Prüfungen bzw. zu den einzelnen Patientenfällen, wenn die Dokumentation zu namentlich benannten Patienten angefordert wird und die Dokumentation die Behandlungen nicht erklärt.

Diese Stellungnahme sollte auch Praxisbesonderheiten und/oder kompensatorische Einsparungen an-

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2019

führen und die eigene Behandlungsweise erklären, wobei Letztere immer von den Richtlinien getragen sein und den zahnmedizinischen Standard erfüllen sollten.

Bei Anforderung von Patientendokumentationen sollte es ebenfalls selbstverständlich sein, dass die Dokumentation vor Abgabe an den Ausschuss noch einmal überprüft wird. Da man immer in eigenen Angelegenheiten befangen ist und die »rosarote Vereinsbrille« trägt, kann kundige Hilfe bei der Durchsicht der Patientendokumentation bzw. dem Abfassen einer Stellungnahme zur Schadenvermeidung/-minderung beitragen.

Auch wenn man nicht oft mit Fragen eines Gremiums in einer mündlichen Sitzung konfrontiert wird, sollte man einige Verhaltensweisen dabei beherzigen.

1. Man sollte konzentriert sein und nur auf die jeweilige Frage(stellung) eingehen.

2. Die Antwort muss nicht wie »aus der Pistole geschossen« kommen, man darf ruhig überlegen, bevor man antwortet.

3. Widersprüche zu vorangegangenen Aussagen oder zur abgegebenen Stellungnahme sollte man tunlichst vermeiden, weshalb beispielsweise die Stellungnahme keine Ausführungen enthalten sollte, die nicht durch die Patientendokumentation getragen werden.

4. Man sollte versuchen, kurz und knapp ein Problem zu schildern oder eine Frage zu beantworten. Man sollte nicht ins »Plaudern« kommen, solange noch geprüft wird. Ausschweifende Vorträge verkürzen nur die Zeit für konkrete Argumentationen.

5. Ist der Fragesteller mit der Antwort zufrieden, sollte man die Ausführungen unverzüglich beenden. Mehr als Zufriedenheit kann man nicht auslösen bzw. erwarten.

6. Versteht man eine Frage oder deren Inhalt nicht, sollte man sich nicht scheuen nachzufragen.

7. Ist man selber mit Ausführungen eines Ausschussmitglieds zu einem Sachverhalt oder der Auslegung einer Gebührenposition nicht zufrieden oder einverstanden, sollte man sich nicht scheuen, seine eigene Ansicht darzulegen, und mögliche Fehler aufzeigen. Die Sitzung ist dafür eingerichtet, die unterschiedlichen Ansichten zu diskutieren.

8. Da die Ausschussmitglieder beim Vorliegen von konventionellen Röntgenaufnahmen den Aufheller vor sich stehen haben, kann man selber selten gleichzeitig mit auf das Bild schauen. Wenn man zu dem Bildinhalt Stellung beziehen soll, kann man entweder auf seine schriftliche Röntgendokumentation zurückgreifen oder man lässt sich das Bild noch einmal geben, um zu der Frage Stellung zu beziehen. Bei digitalen Bildern ist es hilfreich ein Laptop mitzubringen, manchmal sogar zwei: eines für den Ausschuss, ein zweites, um ebenfalls gleichzeitig das Bild betrachten zu können.

9. Für die Betrachtung von konventionellen Röntgenaufnahmen empfiehlt es sich, eine Lupe oder sogar eine Iris-Lampe zur Verfügung zu halten.

10. Die möglicherweise freundliche Atmosphäre während der Sitzung sollte einen nicht verleiten zu vergessen, dass es hier um das möglicherweise Zweitwichtigste im Leben des geprüften Zahnarztes geht, das Geld.

Ist man unsicher, ob man einem solchen Prüfungsgespräch inhaltlich und/oder psychisch gewachsen ist, sollte man sich eines Beistandes bedienen, der sich mit dem Prüfgeschäft auch fachlich auskennt. Die Vorstellung, dass der Beistand eines kundigen Begleiters die Stimmung des Ausschusses verschlechtern würde, sollte man erst gar nicht haben.

Das würde in Analogie bedeuten, dass ein Richter bei Gerichtsverfahren, bei denen kein Anwaltszwang besteht, das Begleiten durch einen Rechtsanwalt übelnehmen würde. Die Begleitung durch einen Beistand bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen, gleichgültig ob Anwalt oder nicht, ist sogar sozialrechtlich vorgesehen. Es gab sogar schon Ausschüsse, die die Anwesenheit eines Beistandes ablehnen wollten. Warum wohl?

Möglicherweise werden in der Prüfungssitzung vom Ausschuss Ansichten geäußert, deren Tragweite der

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2019

geprüfte Zahnarzt selber gar nicht einschätzen kann oder deren Inhalte nicht (mehr) gelten. Der Umgang mit der komplizierten Materie der sozialrechtlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung bei Vertragszahnärzten verlangt Kenntnisse der Zahnheilkunde, der Abrechnung, der Statistik und der Rechtsprechung von allen Beteiligten bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen, sowohl Prüfern als auch Geprüften. Von den Prüfern wird eigentlich sogar verlangt, dass sie übergeordnete Kenntnisse in dem Verfahren haben. Wie könnten sie sonst sachverständig über andere Kollegen, deren Behandlung und deren Abrechnung urteilen?

Prüfbescheid

Die Prüfstelle erlässt dann einen Bescheid, der mit einem Rechtsbehelf ausgestattet sein muss, der den Adressaten und den Zeitraum für einen Widerspruch enthält. In dem Beschluss muss das Ergebnis der Prüfung nachvollziehbar dargelegt sein. Da jeder Teilnehmer an einer solchen Prüfung fachkundig sein soll, auch der geprüfte Zahnarzt, werden von der Rechtsprechung keine »übertriebenen« Erklärungsinhalte in einem solchen Bescheid gefordert.

Wenn aber eine substantiierte schriftliche Stellungnahme abgegeben wurde, die möglicherweise kompensatorische Einsparungen aufgeführt und sogar berechnet und/oder Praxisbesonderheiten dargelegt hat, muss der Bescheid allerdings darlegen, weshalb er den in der Stellungnahme oder im Prüfgespräch vorgetragenen stichhaltigen Ansichten nicht folgt, wenn diese Argumente abgelehnt werden. Auf unsinnige Argumente, die nicht den Kern der Wirtschaftlichkeitsprüfung betreffen, muss im Bescheid verständlicherweise nicht reagiert werden. Das bedeutet, je detaillierter die fachliche Stellungnahme war, desto eingehender muss der Bescheid ausfallen.

Ist man nach reiflicher Überlegung mit dem Bescheid nicht zufrieden, kann man innerhalb der Rechtsmittelfrist Widerspruch einlegen. Dann kommt es zum Beschwerdeverfahren.

Beschwerdeverfahren

Das Beschwerdeverfahren ist ein vollkommen eigenständiges Verfahren. Der paritätisch mit Vertretern der Zahnärzte und Vertretern der Krankenkassen unter Vorsitz eines unabhängigen Vorsitzenden besetzte Beschwerdeausschuss muss eine eigene Prüfung des Sachverhaltes vornehmen. Im Prüfgremium darf kein Ausschussmitglied sitzen, das schon im Prüfverfahren mitgewirkt hat. Unabhängig ist der Vorsitzende nur, wenn er nicht irgendwie mit den Krankenkassen oder den Vertragszahnärzten verbunden ist, denn bei Stimmengleichheit in der Entscheidungsfindung des Ausschusses gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag über das Ergebnis der Prüfung. Wenn der Vorsitzende kein Zahnarzt ist, sondern beispielsweise ein Rechtsanwalt, muss die Frage gestattet sein, wie er denn die zahnärztlichen Sachverhalte sachverständig beurteilen kann/konnte? Gleiches gilt natürlich auch für die Krankenkassenvertreter, wenn sie keine Zahnärzte sind, gleichgültig wie lange sie schon das Prüfgeschäft betreiben; denn u. a. ändert sich mit der Zeit möglicherweise der zahnmedizinische Standard, ohne dessen Einhaltung eine Leistung vertragszahnärztlich gar nicht abgerechnet werden darf. Kennt man den zahnärztlichen Standard zum Zeitpunkt der geprüften Abrechnung nicht, kann man auch nicht beurteilen, ob Leistungen erbracht werden mussten bzw. wirtschaftlich erbracht wurden.

Der schriftliche Widerspruch muss sachlich begründet werden. Aus verfahrensökonomischen Gründen sollte nur auf die schon im Prüfverfahren angegebene Stellungnahme verwiesen werden. Auf die dort schon schriftlich fixierten Argumente kann verwiesen werden, so dass man sich nur noch mit den im Bescheid dargestellten Sachverhalten beschäftigen muss. Auch hierbei sollte die eigene Argumentation frei sein von persönlichen Äußerungen und rein sachlich vorgetragen werden, selbst wenn man durch den Bescheid betroffen und emotionalisiert ist.

Legt nur der geprüfte Vertragszahnarzt Widerspruch gegen den Bescheid ein, darf das Ergebnis im Beschwerdeverfahren nicht schlechter werden als im Prüfbescheid, sprich: Eine Honorarkürzung darf nicht höher ausfallen.

Legen auch die Krankenkassen(verbände) Widerspruch ein, dann darf das Ergebnis des Widerspruchsverfahrens durchaus höher ausfallen als im Prüfbescheid angegeben.

Für die mündliche Verhandlungssitzung gilt das Gleiche wie für eine Sitzung im Prüfverfahren.

Manche Ausschüsse eröffnen nach einer Beratung des Gremiums im Anschluss an die Prüfungssitzung

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2019

das Ergebnis. Andere Ausschüsse teilen nur das Ende der Sitzung mit und den ungefähren Zeitraum, in dem mit dem Bescheid gerechnet werden kann.

Liegt der schriftliche Beschluss vor, muss er das mögliche Rechtsmittel und die Frist zum Einlegen und den Adressaten des Rechtsmittels angeben.

Während dieser Zeit sollte man überlegen, ob man das sozialgerichtliche Verfahren beginnen will oder nicht. Auch hierbei kann man gut beraten sein, wenn man sich kundiger Hilfe bedient, die abschätzen kann, ob der Inhalt des Bescheides, mit dem man nicht einverstanden ist, ausreichend sachlich begründet ist oder nicht. Wäre man mit dem Beschluss einverstanden, würde man sich über die Anrufung des Sozialgerichts keine Gedanken machen.

Neben der Frage, ob man den Inhalt des Beschlusses akzeptiert oder nicht, ist wichtig zu wissen, dass bei endgültiger Feststellung von Unwirtschaftlichkeiten – gleichgültig ob in einem Bescheid der Prüfinstanzen oder im sozialgerichtlichen Verfahren – dies bei zukünftigen Wirtschaftlichkeitsprüfungen regelmäßig angesprochen werden wird. Es hilft dann nicht, dass man dann erklärt, dass die Prüfung falsch gelaufen sei oder irgendwelche anderen Gründe dafür anführt, dass das damalige Prüfergebnis unzutreffend war. Ist man davon überzeugt, dass die eigenen in den abgegebenen Stellungnahmen oder Widersprüchen angeführten Argumente richtig waren und unzureichend Berücksichtigung in dem Widerspruchsbescheid gefunden haben, muss man sein »Glück« vor dem Sozialgericht suchen. (»Glück« deshalb, weil vor Gericht und auf hoher See nur Gottvertrauen hilft)

Wenn der geprüfte Vertragszahnarzt seine vertragszahnärztliche Tätigkeit als wirtschaftlich ansieht, muss er sich gründlich überlegen, ob er nicht die gesamten rechtlichen Möglichkeiten, die ihm zur Verfügung stehen, ausschöpfen sollte. Dem Vertragszahnarzt ist es laut Sozialrechtsprechung zumutbar, den Umfang seiner anzuerkennenden Praxisbesonderheiten gerichtlich feststellen zu lassen, um sein Verhalten hieran fortan auszurichten. Wenn der Vertragszahnarzt das nicht tut, kann ihm diesbezüglich Fahrlässigkeit vorgeworfen werden, was Auswirkungen haben kann auf weitere Prüfverfahren. Möglicherweise kann der Vertragszahnarzt sich nicht darauf berufen, dass er wirtschaftlich handelt, wenn ihm aufgrund dieser Fahrlässigkeit, nicht die Sozialgerichtsbarkeit anzurufen, wiederholt Unwirtschaftlichkeiten angehängt wurden und er sich in einem neuen Wirtschaftlichkeitsprüfungsverfahren darauf berufen will, dass er trotz vorausgehender Kürzungen wirtschaftlich handelt (abrechnet), obwohl sich gegenüber den vorherigen Verfahren nichts geändert hat.

Selbst wenn bei der Eingangsinstanz für das sozialgerichtliche Verfahren kein Anwaltszwang besteht, sollte man sich, bevor man diesen Weg einschlägt, allein schon wegen der einem Zahnarzt unbekannten Verfahrensregeln der Hilfe eines im Vertragszahnarztrecht bewanderten Rechtsanwaltes bedienen.

Mitwirkungspflicht

Der geprüfte Zahnarzt hat eine Mitwirkungspflicht zur Sachaufklärung in diesen Verfahren. Das bedeutet unter anderem, dass bei Anforderung von Behandlungsunterlagen durch einen Ausschuss oder die Prüfstelle keineswegs Datenschutzgründe, die immer wieder angeführt werden, berechtigen, die Herausgabe beispielsweise von Kopien der Behandlungsunterlagen oder von Röntgenbildern zu verweigern. Allerdings müssen die neuen datenschutzrechtlichen Vorschriften auch vom Ausschuss beachtet werden.

Es gibt immer noch zu viele Zahnärzte, die der Ansicht sind, dass sie weitere Sachaufklärung in diesem Vorverfahren zum sozialgerichtlichen Verfahren nicht leisten wollen, weil sie mit ihren Argumenten vor dem Sozialgericht antreten werden, wenn ihnen die Beschlüsse nicht gefallen.

Sich nicht (weiter) an dem Prüf- bzw. Beschwerdeverfahren zu beteiligen, ist ein folgenschwerer Irrtum, der nicht vor dem Sozialgericht geheilt werden kann; denn es müssen alle Argumente im Prüf- bzw. Beschwerdeverfahren ausgetauscht sein. Neue zusätzliche Argumente werden von den Sozialgerichten regelmäßig als verspätet zurückgewiesen.

Auch die Vorstellung, dass man beispielsweise im Prüfverfahren nicht alle Argumente anführen will, um zusätzliche Argumente im nächsten Verfahrensgang »in der Hinterhand« zu haben, ist irrig. Man sollte »mit allen Kanonen schießen«, die einem zur Verfügung stehen, damit man möglichst in einem frühen Stadium der Wirtschaftlichkeitsprüfung das Verfahren zu seinen Gunsten beendet; denn jeder weitere

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2019

Schritt innerhalb einer solchen Prüfung bedeutet zusätzliche Arbeit und weitere Nervenanspannung, die man sich ersparen könnte, wenn man sofort alle Fakten auf den Tisch legt.

Wirtschaftliche vertragszahnärztliche Behandlung

Jeder Vertragszahnarzt muss wissen, dass vorsätzliche, aber auch wiederholt festgestellte Unwirtschaftlichkeit als Verstoß gegen vertragszahnärztliche Pflichten angesehen werden kann, was sogar zu Disziplinarverfahren bis hin zum Zulassungsentzug führen kann. Deshalb sollte man zumindest ungefähr wissen, was wirtschaftliche vertragszahnärztliche Behandlung ist und sich tunlichst danach richten.

Die Crux ist allerdings, dass niemand so genau weiß, was Wirtschaftlichkeit in der vertragszahnärztlichen Behandlung bedeutet. Die Ausschüsse bzw. deren Mitglieder geben nur vor, dass sie dieses Wissen darum besitzen. Letztlich sind aber die Vorgaben dazu ziemlich schwammig und jeder Ausschuss »kocht hierbei sein eigenes Süppchen«.

Die erbrachten und dann abgerechneten Leistungen sollen ausreichend, zweckmäßig, notwendig und somit insgesamt wirtschaftlich sein.

»Ausreichend« legt den Mindeststandard fest für Leistungsumfang und Inhalt.

»Zweckmäßig« ist eine zahnärztliche Maßnahme, die objektiv geeignet ist, auf den angestrebten Zweck, den Heilerfolg, hinzuwirken.

»Notwendig« ist eine Leistung, wenn gerade sie nach Art und Ausmaß zur Zweckerzielung zwangsläufig, unentbehrlich, unvermeidlich ist.

Der Begriff »wirtschaftlich« beinhaltet die besondere Beziehung zwischen Leistungsaufwand (Kosten) und diagnostischem und therapeutischem Nutzen (Wirkung) von Leistungsumfang und -inhalt. Wirtschaftlich i. e. S. entfaltet erst seine Funktion, wenn mehr als eine ausreichende, zweckmäßige und erforderliche Leistungsmöglichkeit besteht. Wenn es nur eine Möglichkeit gibt, also keine Leistungsalternative, sind die Kosten (grundsätzlich) nicht relevant.

Fehlende Definition für Wirtschaftlichkeit

Jede vertragszahnärztliche Prüfung auf Wirtschaftlichkeit hinsichtlich Diagnostik und Therapie provoziert wegen einer fehlenden zutreffenden und überzeugenden Definition von »Wirtschaftlichkeit« Ungerechtigkeiten.

Die für viele Wirtschaftlichkeitsprüfverfahren benutzte Basisdefinition für Unwirtschaftlichkeit ist und war: das Erreichen eines Zieles mit höheren als den niedrigsten Behandlungskosten.

Bei dieser Betrachtungsweise ist zum einen das Ziel nicht definiert und zum anderen wird nicht die Zeitspanne angegeben, in der dieses Ziel erreicht werden soll. Als Vorgabe des betrachteten Zeitraumes für die Überprüfung auf Wirtschaftlichkeit wird bisher primär das Abrechnungsquartal angesehen, obwohl dieser Zeitraum mit zahnmedizinischen Umständen nichts zu tun hat.

Ist der Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit vom Zeitpunkt her zu betrachten, bedeutet beispielsweise bei Zahnschmerzen die Gabe einer Schmerztablette die augenblicklich kostengünstigste Therapie. Da aber mit größter Wahrscheinlichkeit die Schmerz auslösende Ursache weiter bestehen bleiben wird, werden später Behandlungen mit deren Kosten zusätzlich aufgewendet werden müssen. Nur den genauen Zeitpunkt dafür kennt man nicht, so dass auf unbestimmte zeitliche Sicht gesehen diese anfänglich kostengünstigste Maßnahme insgesamt kostenaufwendiger werden wird, da die später erforderlichen Maßnahmen auch gleich hätten erbracht werden können.

Ist bei einer Behandlung das Ziel endgültige Schmerzfreiheit alleine oder aber Schmerzfreiheit bei gleichzeitigem Beibehalten eines möglichst physiologischen Zustandes des betreffenden Organs? Bei einem schmerzenden Zahn ist die Entfernung des schuldigen Zahnes die kostengünstigste Methode zur Erzielung des gewünschten Ergebnisses: bleibende Schmerzfreiheit bei diesem Zahn.

Die Extraktion wäre somit die augenblicklich am wenigsten Kosten auslösende Therapie, um schmerzfrei zu werden. Der Versuch, die den Schmerz auslösende Karies zu entfernen oder evtl. sogar mit einer Wurzel-

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2019

füllung den Zahn zu erhalten, ist demgegenüber eine kostenaufwendigere Maßnahme, wobei aber das Ergebnis des Erhaltes des Zahnes einen physiologischen Zustand bedeutet.

Bei Betrachtung der Kosten einer Extraktion muss aber mitbedacht werden, dass bei vielen Extraktionssituationen später (wann?) eine prothetische Versorgung zusätzliche Kosten auslösen kann, deren Höhe nicht immer bekannt ist zum Zeitpunkt der Zahnentfernung.

Der Blick bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen alleine auf die aktuell ausgelösten Kosten ist somit kein geeignetes Mittel, (Un)Wirtschaftlichkeit feststellen zu wollen. Leider wird an diesem Blick aber durch die eingefahrenen Prüfungsmechanismen immer noch geradezu manisch im Zusammenhang mit statistischen Prüfungen festgehalten. Das auch deshalb, weil eine rein numerische Prüfung von Leistungen sowohl für die Prüforgane wie auch für die Sozialgerichte immer noch der einfachste Weg einer Wirtschaftlichkeitsprüfung darstellt, zumal der geprüfte Zahnarzt bei dieser Art Prüfung im Vergleich zu einer Einzelfallprüfung wenig Chancen hat, die Wirtschaftlichkeit seiner Tätigkeit nachweisen zu können; die Notwendigkeit einzelner Leistungspositionen kann man nie anhand einer Statistik beweisen. Das wissen auch Sozialrichter.

Voraussetzungen einer Pauschalprüfung
Bei der Prüfung von Einzelfällen können die besonderen Umstände der Behandlung und des Patienten in die Überlegungen miteinbezogen werden. Deshalb ist diese Prüfmethode unbestritten die gerechtere im Vergleich zur statistischen Prüfung.

Die Prüfungen auf sozialrechtliche Wirtschaftlichkeit der Behandlung und Abrechnung finden aber immer noch überwiegend allein auf statistischen Grundlagen statt. Das setzt neben der grundsätzlichen Prämisse, dass die Statistiken stimmen, beispielsweise voraus, dass

1. die Vergleichsgruppe wirtschaftlich arbeitet;

2. die Vergleichsgruppe nach dem Stand der zahnmedizinischen Wissenschaft arbeitet;

3. das Patientengut gleich ist;

4. der Behandlungsbedarf gleich ist;

5. in der Vergleichsgruppe gleiche Indikationen für eine Maßnahme bei gleichen Erkrankungen/Schäden gestellt werden.

Allein schon diese wenigen Voraussetzungen sind nicht immer gegeben. Weil von der Rechtsprechung diese Vorgaben immer als gegeben angesehen werden, ist die Fiktion der sog. Homogenität der Vergleichsgruppe entwickelt worden, die allerdings als eine wesentliche Voraussetzung für eine statistische Prüfung angesehen wird. Eine statistische Prüfung dürfte nicht durchgeführt werden, wenn diese Grundannahme erschüttert ist.

Obwohl Sozialrichtern bei gerichtlichen Streitigkeiten über zahnärztliche Wirtschaftlichkeitsprüfungen zahnmedizinischer Sachverstand in Form eines Vertragszahnarztes als Laienrichter zur Seite gestellt wird, sind entweder folgende beispielhafte Fakten nicht bekannt oder den Sozialgerichten in solchen Verfahren nicht mitgeteilt worden.

Wenn bei endodontischen Behandlungen als zahnmedizinischer Standard eine Röntgenaufnahme vor, während und nach der Wurzelbehandlung gefordert wird, bedeutet dies, dass je aufbereitetem Kanal statistisch zwei Ä925a abgerechnet werden müssten.

Bei einem Vergleich benachbarter KZV-Bereiche müssten bei vorhandener Homogenität der Vergleichsgruppe und bei gleichem Behandlungsbedarf die immer wieder für Wirtschaftlichkeitsprüfungen »als goldenes Kalb« benutzten 100-Fall-Statistiken wenig voneinander abweichende Ergebnisse in gleichen Quartalen liefern. Es kann nicht sein, dass die Homogenität der Vergleichsgruppe sich mit Überschreiten der künstlichen Länder bzw. KZV-Grenzen hinsichtlich der 100-Fall-Statistiken signifikant verändert.

Beispiel:
Bei der KZV Hessen wurden beispielsweise im Quartal I 2003 aus der 100-Fall-Statistik ersichtlich von der Vergleichsgruppe 25 Ä925a erbracht bei 10,8 abgerechneten Wk.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2019

Bei der unmittelbar angrenzenden KZV Pfalz weist die 100-Fall-Statistik für das Quartal I 2003 für die Vergleichsgruppe 13 Wk und 19 Ä925a aus.

Selbst wenn man die Erfüllung des oben angesprochenen zahnmedizinischen Standards in den beiden KZV-Bereichen nicht betrachten will, sind die Zahlen für die gleichen Abrechnungspositionen signifikant unterschiedlich, was die Grundannahme der Homogenität der Vergleichsgruppe mehr als erschüttert.

Schriftliche Stellungnahme
Bei einer Einzelfallprüfung ist eine die gesamte Praxistätigkeit erfassende Stellungnahme nicht erforderlich. Möglicherweise wird zu einzelnen genannten Patientenfällen eine Erklärung zu bestimmten Leistungspositionen erbeten.

Eine schriftliche Stellungnahme sollte bei einer Pauschalprüfung immer abgegeben werden, wenn man davon überzeugt ist, dass man wirtschaftlich behandelt. Weiß man selber, dass man unwirtschaftlich behandelt und/oder abrechnet, erübrigt sich eine solche Stellungnahme und man kann nur abwarten, ob der Ausschuss alles findet, was einem unwirtschaftlich arbeitenden Vertragszahnarzt vorgeworfen werden kann.

Folgende Inhalte könnten eine Stellungnahme haben:

1. Die Stellungnahme sollte die Besonderheiten der Praxis, des Klientels und der Behandlungsausrichtung darstellen.

2. Sind Tätigkeitsschwerpunkte vorhanden, die sich vertragszahnärztlich auswirken, sollten sie herausgestellt werden.

3. Falls der Vertragszahnarzt früher noch nie in einer Wirtschaftlichkeitsprüfung involviert war, sollte das herausgestellt werden, da das ein Grund sein kann, dass eine Beratung vor Kürzungsmaßnahmen als ausreichend angesehen wird bei festgestellter Unwirtschaftlichkeit.

4. Die Stellungnahme sollte so abgefasst sein, dass auch ein interessierter Laie – später evtl. ein Sozialrichter – sie lesen und verstehen kann.

5. Die Stellungnahme sollte zeigen, dass man den zahnmedizinischen Standard einhält.

6. Die Stellungnahme sollte zeigen, dass man die Abrechnungsbestimmungen einhält.

7. Die Stellungnahme sollte zeigen, dass man die Richtlinien einhält.

8. Die Stellungnahme sollte zeigen, dass man sozialrechtlich kostenbewusst arbeitet und abrechnet.

9. Falls anerkannte Praxisbesonderheiten vorhanden sind, sollten diese aufgezeigt werden.

10. Falls kompensatorische Einsparungen gesehen werden, sollten diese aufgezeigt werden.

In einer Stellungnahme sollte nicht stehen:

1. dass er besser arbeitet als die Kollegen;

2. dass die Patienten alle zufrieden seien und befragt werden könnten;

3. dass er bemüht ist, die Vorstellungen und Wünsche der Patienten zu berücksichtigen;

4. dass er Leistungen umsonst erbringt;

5. dass er immer für seine Patienten da ist;

6. dass die Krankenkassen ausdrücklich zugesichert hätten, diese oder jene Leistungen zu bezahlen;

7. dass die Kollegen genauso abrechnen oder behandeln würden;

8. dass er die Abrechnung seinen Mitarbeitern überlässt;

9. dass er Wirtschaftlichkeitsprüfungen für einen Eingriff in seine Behandlungsfreiheit hält;

10. dass er diese oder jene Abrechnungsweise in seiner vertragszahnärztlichen Vorbereitungszeit so gelernt hätte.

Dass eine solche Stellungnahme rein sachlich abgefasst werden sollte und trotz einer emotionalen Be-

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2019

troffenheit des geprüften Zahnarztes keine stillen oder offenen Vorwürfe oder gar Drohungen enthalten sollte, müsste selbstverständlich sein.

Folgen von (wiederholt) festgestellter Unwirtschaftlichkeit
Heutzutage werden lieber Fortbildungen belegt, die darauf abzielen, mehr Honorar zu generieren. Selten werden Fortbildungen besucht, die dafür sorgen, dass das schon erarbeitete – und ausgegebene – Honorar behalten werden kann, wie z. B. Fortbildungen über das Feld der Wirtschaftlichkeitsprüfungen. Deshalb kann so mancher Zahnarzt aus Unkenntnis der Materie die Folgen einer (wiederholten) Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht absehen.

Folgen (wiederholt) festgestellter Unwirtschaftlichkeit können sein:

1. Beratung und/Hinweise;
2. Honorarrückführung;
3. Anschlussprüfungen weiterer Quartale;
4. Anschlussprüfungen anderer Behandlungsbereiche (z. B. ZE, Pa);
5. Feststellung von Falschabrechnung mit nachfolgender sachlichrechnerischer Berichtigung durch den Vorstand der KZV;
6. Disziplinarverfahren;
7. Zulassungsentzug;
8. Staatsanwaltliche Ermittlungen wegen Abrechnungsbetruges und/oder Urkundenfälschung.

Übrigens: Auch bei abgeschlossenen Vergleichen hat man anerkannt bzw. zugegeben, das man unwirtschaftlich war; gleichgültig welcher Grund zum Abschluss des Vergleiches geführt hatte.

Den eigentlichen Grund für die Bevorzugung der Prüfung nach Durchschnittswerten hat ein Ausschuss einmal in einen Beschluss folgendermaßen beschrieben:

»Demgegenüber kann der mit einer eingeschränkten Einzelfallprüfung verbundene Aufwand zur Verifizierung von Unwirtschaftlichkeiten unter Berücksichtigung aller dem Arzt in einer Einzelfallprüfung zur Verfügung stehenden Einwendungen um ein Vielfaches höher sein und letztlich dazu führen, dass die Prüfung nicht mehr in angemessener Zeit und mit noch beherrschbarem Aufwand in rechtsstaatlich einwandfreier Weise abgewickelt werden kann.«

Die Begründung kann man schnell zusammenfassen:
Der Ausschuss möchte sich nicht mit Argumenten des geprüften Zahnarztes auseinandersetzen; denn dann läuft das Prüfgeschehen für den Ausschuss nicht mehr »einfacher – billiger – schneller« ab. Ob die Prüfung für den geprüften Zahnarzt dann schlechter abläuft, ist dem Ausschuss egal. Allerdings gibt der Ausschuss mit dieser Begründung bekannt, dass er sich mit den Regularien für eine solche Prüfung nicht auskennt; denn die Verwaltung hat diese »rechtsstaatliche Weise« im Verwaltungsverfahren sowohl personell als auch materiell sicherzustellen.

Somit sollte kein Vertragszahnarzt Wirtschaftlichkeitsprüfungen »auf die leichte Schulter nehmen« und sich früh genug darüber kundig machen. Möglichkeiten dazu sind u. a. das Studium einschlägiger Literatur, Teilnahme an einschlägigen Fortbildungsveranstaltungen und/oder das Heranziehen qualifizierter Berater.

Bücher des Autors, die hilfreich sein können bei zahnärztlichen Wirtschaftlichkeitsprüfungen:

Der Zahnarzt in der Wirtschaftlichkeitsprüfung, DZÄV, 3. Aufl. 2009

Zahnmedizinischer Standard in der Rechtsprechung, DZÄV, 2. Aufl. 2009

Wirtschaftliche vertragszahnärztliche Behandlung gem. SGB V, IZWP-Verlag 2009

Dr. Klaus Oehler

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2019

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2019

8.5.3.1. Update Wirtschaftlichkeitsprüfung 2019

Es gibt (mal wieder) neue Vorschriften zur Wirtschaftlichkeitsprüfung. Nachdem erst das GKV-VSG von 2015 die Regelungen zur Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfung komplett reformiert hatte, ist durch das Anfang Mai 2019 in Kraft getretene Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) nunmehr erneut eine erhebliche Reform zu gewärtigen.

Verkürzung der Ausschlussfrist
Die Ausschlussfrist für Prüfungen und Regresse ist de facto von vier auf zwei Jahre halbiert worden. Die Frist beginnt bei der Wirtschaftlichkeits- wie der Plausibilitätsprüfung mit Erlass des betreffenden Honorarbescheides (§§ 106 Abs. 3 S. 3; 106d Abs. 5 S. 3 SGB V).

Das gilt aber wie bisher nicht bei vorsätzlich oder grob fahrlässig falscher oder unwirtschaftlicher Abrechnungsweise, also z. B. im Fall von Abrechnungsbetrug.

Die Frist wird durch Einleitung der Prüfung im Übrigen entsprechend den zivilrechtlichen Verjährungsregelungen gehemmt, d. h. unterbrochen.

Die Regelung gilt erst für Honorarbescheide bzw. ärztlich verordnete Leistungen, die nach dem Inkrafttreten erlassen bzw. verordnet werden.

Zufälligkeitsprüfung wird abgeschafft
Die Zufälligkeitsprüfung von 2 % der Zahnärzte je Quartal entfällt ersatzlos. Stattdessen wird nun eine anlassbezogene Prüfung auf Antrag einer oder mehrerer Kassen oder der KZV geregelt.

Anlässe sind Verdacht auf Fehlindikation, Ineffektivität, Qualitätsmängel, unangemessene Kosten oder Nichtübereinstimmung von Leistungen mit einem zuvor ausgegebenen HKP (§ 106a Abs. 2 SGB V). Näheres werden KZBV und Kassen auf Bundesebenen vereinbaren, was dann in der Prüfvereinbarung auf Landesebene »zu berücksichtigen« ist.

Prüfungen nach Durchschnittswerten und weitere Vorgaben für Prüfvereinbarungen auf Landesebene
Diese ist künftig in schlecht versorgten Gebieten unzulässig, insbesondere solchen Gebieten, in denen eine Unterversorgung festgestellt wurde.

Außerdem müssen die Prüfvereinbarungen auf Landesebene künftig Höchstgrenzen der Zahl der zu prüfenden Ärzte und Kriterien für Praxisbesonderheiten enthalten.

Bei der sachlich-rechnerischen Abrechnungsüberprüfung durch die KZVen selbst bleibt hingegen weitestgehend alles beim Alten.

Umfangreiche Änderungen gab es auch im Bereich der Prüfung ärztlich verordneter Leistungen, der allerdings im zahnmedizinischen Bereich kaum eine Rolle spielt.

Obwohl dies im Gesetz nicht ausdrücklich festgelegt ist, gelten die inhaltlichen Änderungen, insbesondere auch die Abschaffung der Zufälligkeitsprüfung, erst für Quartale nach dem Inkrafttreten des Gesetzes, d. h. voraussichtlich erst ab dem zweiten oder dritten Quartal 2019. Dies beruht auf den Erfahrungen mit früheren Reformen, bei denen die Gerichte regelmäßig für die Prüfung von vor der jeweils letzten Reform liegenden Zeiträumen das damals geltende Recht angewendet haben.

RA Michael Lennartz
RA Anno Haak, LL.M. Medizinrecht
www.lennmed.de

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2019

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2019

8.5.4. Fortbildungspflicht

Mit dem so genannten Gesundheitsmodernisierungsgesetz vom 14.11.2003 wurde mit Wirkung zum 01.01.2004 eine »Fortbildungspflicht« für Vertragszahnärzte eingeführt. Hiernach ist ein Vertragszahnarzt verpflichtet, sich in dem Umfang fachlich fortzubilden, wie es zur Erhaltung und Fortentwicklung der zu seiner Berufsausübung in der vertragszahnärztlichen Versorgung erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist. Die Fortbildungsinhalte müssen dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse auf dem Gebiet der Zahnmedizin entsprechen. Sie müssen frei von wirtschaftlichen Interessen sein.

Gegen diese Verpflichtung zur »Zwangsfortbildung« hatte sich der Freie Verband wiederholt entschieden gewandt. In einem Beschluss seiner Hauptversammlung vom 09.10.2003 heißt es:

»Fortbildung bedarf keiner staatlichen Regulierung, sondern ist Teil der Eigenverantwortung des Berufsstandes. Jede Entwertung der Approbation durch staatlich verordnete Zwangsfortbildung ist abzulehnen und mit den Prinzipien eines Freien Berufes unvereinbar«.

Trotz dieser grundlegenden Kritik an jeglicher Zwangsfortbildung werden Vertragszahnärzte durch die gesetzliche Regelung gezwungen, die entsprechenden Fortbildungsnachweise vorzulegen. Erbringt ein Vertragszahnarzt den Fortbildungsnachweis nicht oder nicht vollständig, so ist die KZV verpflichtet, das an ihn zu zahlende Honorar aus der Vergütung vertragszahnärztlicher Tätigkeit bis zu 25 % zu kürzen. Wenn der Vertragszahnarzt auch innerhalb von zwei Jahren den Fortbildungsnachweis nicht erbringt, so muss die KZV unverzüglich einen Antrag auf Zulassungsentzug stellen.

Wie man sieht, ist die »Regelungswut« des Gesetzgebers kaum zu bändigen. Basierend auf der gesetzlichen Regelung hat die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung im Einvernehmen mit der Bundeszahnärztekammer die entsprechenden Regelungen ausformuliert (Regelung des Fortbildungsnachweises gemäß § 95d Abs. 6 SGB V). Durch Beschluss des Vorstandes der KZBV vom 13.02.2004 wurde festgelegt, dass ein Vertragszahnarzt innerhalb eines Fünfjahreszeitraumes 125 Fortbildungspunkte für die Pflicht zur fachlichen Fortbildung nachweisen muss.

Der beigefügten Punktebewertung von Fortbildung BZÄK/DGZMK (gültig ab 01.01.2006) ist zu entnehmen, wie die einzelne Punktebewertung zu erfolgen hat. Die Fortbildungsveranstaltungen des FVDZ sind entsprechend anerkannt.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

BUNDESZAHNÄRZTEKAMMER

Punktebewertung von Fortbildung
BZÄK/ DGZMK
gültig ab 01.01.2006

A **Vortrag und Diskussion**
Symposien, Tagungen, Workshops, Seminare, Kongresse o. ä.
(In- und Ausland)
1 Punkt pro Fortbildungsstunde
max. 8 Punkte pro Tag
1 Zusatzpunkt für schriftliche Lernerfolgskontrolle pro Veranstaltung

B **Fortbildung mit aktiver Beteiligung jedes Teilnehmers:**
Praktische Kurse, Praktische Übungen, Studiengruppen, Qualitätszirkel, aktive Falldemonstrationen, Visiten, Hospitationen (In- und Ausland)
1 Punkt pro Fortbildungsstunde
max. 8 Punkte pro Tag
1 Zusatzpunkt pro Halbtag für Arbeit am Patienten, Phantom, Hands-on als wesentlicher Kursinhalt mit praktischer Lernkontrolle
1 Zusatzpunkt für schriftliche Lernerfolgskontrolle pro Veranstaltung

C **Interaktive Fortbildung:**
elektronische, audiovisuelle, visuelle Medien o. ä. mit Auswertung des Lernerfolgs in Schriftform oder elektronisch
1 Punkt pro Übungseinheit
2 Punkte pro Übungseinheit (*aufwändige CME Beiträge, peer-reviewed**)

D **Referententätigkeit (auch Qualitätszirkel-Moderatoren)** gemäß den Leitsätzen der DGZMK/BZÄK**
2 Punkte pro Veranstaltung (*zusätzlich zu den Punkten der Teilnehmer*)

E **Erfolgreich absolviertes Abschlussgespräch/ Falldarstellung nach einem Curriculum**
15 Punkte *zusätzlich* einmalig pro Curriculum

F **Anerkennung von ärztlichen Fortbildungsangeboten**, die eine offizielle Punktezuteilung erhalten haben

G **Selbststudium durch Fachliteratur**
10 Punkte pro Jahr

Auch im Ausland absolvierte Fortbildungsveranstaltungen werden, wenn sie den Leitsätzen der BZÄK/ DGZMK/ KZBV zur zahnärztlichen Fortbildung entsprechen, gemäß dieser Punktebewertung bewertet. Der Zahnarzt/ die Zahnärztin müssen selbst einen Nachweis über die Art der Fortbildung führen, der dies plausibel darlegt.

* Continous Medical Education Beiträge, von Experten begutachtet
** gilt nur für Vorträge für Mediziner und medizinisches Assistenzpersonal

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

8.5.5. Die papierlose Zahnarztpraxis – Risiken beachten

I. Einführung

In der Klinik ist die Verwendung des Computers bei der Betreuung des Patienten bereits die Regel. Doch auch in der Zahnarztpraxis kommen EDV-Systeme mehr und mehr zum Einsatz. Waren es in der Vergangenheit eher abrechnungstechnische Erleichterungen mit Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen), sind es heute auch Kosten- und Zeitersparnisgründe, die auch den niedergelassenen Zahnmediziner zum Einsatz moderner Computertechnik bewegen. Der Gesetzgeber zeigt ebenfalls eine klare Tendenz dahingehend, die klassische papiergebundene durch die elektronische Behandlungsdokumentation zu ersetzen. Ein erster Schritt hierzu soll mit der sehr umstrittenen flächendeckenden Einführung der elektronischen Gesundheitskarte in Deutschland vollzogen werden. Auch der US-amerikanische Internetdienstleister Google hat zwischenzeitlich einen Gesundheitsdienst gestartet. Auf Google Health können die angemeldeten Nutzer ein Profil ihres Gesundheitszustandes mitsamt Vorerkrankungen, Medikation und Allergien in eine Online-Patientenakte eingeben und nach möglichen Wechselwirkungen ihrer Medikamente schauen. Sie können Webseiten von Gesundheitsdienstleistern und Kliniken für den Zugriff auf ihre Daten autorisieren und nach Ärzten suchen. Diese allgemeinen gesellschaftlichen Bestrebungen werden auch in der Zahnarztpraxis mehr und mehr dazu führen, dass die klassische Karteikarte durch eine elektronische Patientenakte abgelöst wird. Erst kürzlich wurde eine Kampagne »papierlose Arztpraxis«, initiiert von einem Frankfurter Allgemeinmediziner, breit in der Öffentlichkeit diskutiert. Der Frankfurter Arzt geht – nach eigenen Angaben – bereits seit über fünf Jahren den Weg der vollkommen papierlosen Arztpraxis und prophezeit 30 % weniger Aufwand, 30 % weniger Kosten, 30 % weniger Personal, 30 % mehr Zeit für Patienten und den Arzt selbst sowie 30 % mehr Geld beim Arzt. Auf den ersten Blick klingen diese Aussagen recht verlockend. Fraglich ist allerdings, ob mit einer papierlosen Arzt- und Zahnarztpraxis nicht auch juristische Probleme verbunden sind. Welche rechtlichen Probleme im Rahmen der papierlosen Arztpraxis zu bewältigen sind, soll dementsprechend nachfolgend näher beleuchtet werden.

II. Dokumentationspflicht des Zahnarztes

1. Allgemeines

Die zahnärztliche Dokumentation erfolgte – nach langer Zeit vorherrschender Ansicht – mit dem einzigen Ziel, der weiteren Behandlung eine Grundlage beziehungsweise einen Nachweis über die bisherigen zahnärztlichen Maßnahmen zu verschaffen und stellte zugleich die Basis der Honorarforderungen dar. Sie diente damit allein zahnärztlichen Zwecken. In neuerer Zeit wird die Zweckrichtung zahnärztlicher Dokumentation durch Rechtsprechung und Literatur hingegen wesentlich weiter gefasst und bezieht die Patienteninteressen mit ein.

Explizit geregelt ist die Pflicht des Zahnarztes zur Dokumentation im ärztlichen Standesrecht (§ 12 MBO-Z) und – für den vertragszahnärztlichen Bereich – in den Bundesmantelverträgen für Zahnärzte (BMV-Z). Hiernach sind Befunde, Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des Tages der Behandlung in geeigneter Weise zu dokumentieren. Dabei müssen die Aufzeichnungen so umfangreich sein, dass für die zuständige KZV und die Vertragspartner eine Überprüfung der ordnungsgemäßen Leistungserbringung möglich ist (§ 295 SGB V).

Schließlich verpflichten auch weitere gesetzliche Bestimmungen den Zahnarzt dazu, die Art und Weise der Untersuchung sowie den Untersuchungsbefund schriftlich festzuhalten. Nicht zuletzt normierten auch die privatzahnärztliche Gebührenordnung/GOZ, dass erbrachte Leistungen in den zahnärztlichen Unterlagen aufzuzeichnen sind.

2. Inhalt und Umfang zahnärztlicher Dokumentation

Einigkeit besteht darüber, dass sich der Inhalt der zahnärztlichen Dokumentationspflicht nach den aus zahnärztlicher Sicht für eine ordnungsgemäße Behandlung wesentlichen Fakten richtet, die in einer für den Fachmann hinreichend klaren Form festzuhalten sind. Die Eintragungen in der Krankenakte enthalten daher regelmäßig neben den Stammdaten des Patienten (Personalien, Krankenkasse) Informationen be-

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

treffend der zahnärztlichen Diagnose und Therapie. Anamnese, Untersuchungsmaßnahmen und Befunde müssen hier ebenso vollständig dokumentiert werden, wie der Anlass für die jeweilige Behandlung, die Beschwerden der Patienten sowie etwaige Vorerkrankungen. Auch die Lokalisation und das Ausmaß des pathologischen Prozesses, die Ursache der Erkrankung und die sie hervorrufenden Funktionsstörungen sind in der Krankenakte festzuhalten. Über verordnete oder verabreichte Arzneimittel sowie angeordnete und durchgeführte sonstige Therapiemaßnahmen sind vollständige Aufzeichnungen anzufertigen. Darüber hinaus müssen Abweichungen von der Norm sowie unübersichtliche Krankheitsverläufe und Zwischenfälle niedergeschrieben werden. Schließlich sollte auch die ordnungsgemäße Aufklärung des Patienten in der Akte vermerkt werden. Auch wenn die Dokumentation des Aufklärungsgespräches grundsätzlich nicht vorgeschrieben ist, empfiehlt sich diese gerade deshalb, weil die mangelnde Aufklärung des Patienten einen Behandlungsfehler darstellen kann. In Anwendung der für die Aufklärung geltenden Rechtsprechungsgrundsätze ist daher eine Dokumentation zu empfehlen, aus der hervorgeht, dass eine Aufklärung im »Großen und Ganzen« erfolgt ist, und die aufzeigt, dass auf Risiken und alternative Behandlungsmöglichkeiten hingewiesen wurde, die für den einzelnen Patienten eine ganz besonders schwere Belastung bedeuten könnten. Die stichwortartige Wiedergabe der wesentlichen aufgezeigten Risiken reicht dabei in der Regel aus.

Die Art und Weise der Dokumentation richtet sich vor allem nach deren Zweck. Sie hat in erster Linie den Kriterien der Beweis-, Einsichts- und Archivierungstauglichkeit zu folgen. Dennoch unterscheidet sich ihr Umfang sowohl in Bezug auf die Praxis eines niedergelassenen Zahnarztes als auch in Bezug auf die Person des dokumentierenden Zahnarztes. So kann die Dokumentationspflicht eines erfahrenen Zahnarztes geringer sein, als die eines jüngeren Kollegen.

3. Zeitpunkt der Dokumentation

Die medizinischen Aufzeichnungen müssen in unmittelbarem Zusammenhang mit der Behandlung erfolgen und sind nicht beliebig nachholbar. Jedem Zahnarzt ist daher anzuraten, die Behandlungsdokumentation unmittelbar im Anschluss oder gar während der Behandlung vorzunehmen. Eine erst nach Wochen oder Monaten verspätet angefertigte Aufzeichnung kann in einem Haftungsprozess ebenso zu einer Umkehr der Beweislast führen, wie in Fällen einer unterlassenen oder lückenhaften Dokumentation.

4. Aufbewahrungsfristen

Wegen der vor allem im Bereich der Arzthaftung elementaren Bedeutung zahnärztlicher Aufzeichnungen sind diese nach der Bestimmung des § 12 Abs. 1 Musterberufsordnung für Zahnärzte (MBO) für einen Zeitraum von mindestens zehn Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren (Zahnärztliche Modelle sind mindestens zwei Jahre aufzubewahren). Ausweislich der vorgenannten Bestimmungen verlängert sich diese Aufbewahrungsfrist soweit gesetzliche Vorschriften eine längere Aufbewahrungsfrist vorschreiben. Längere Aufbewahrungsfristen ergeben sich beispielsweise für Aufzeichnungen über Röntgenbehandlungen gemäß § 28 Abs. 3 Satz 1 Röntgenverordnung (30 Jahre) oder aber aus den allgemeinen zivilrechtlichen Verjährungsfristen für Ansprüche des Patienten gegenüber dem Arzt aus einem Verstoß des Behandlungsvertrages. Zwar sieht § 195 BGB eine regelmäßige Verjährungsfrist von drei Jahren vor, jedoch beginnt diese erst mit dem Ende des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und der Patient von den anspruchbegründeten Umständen oder der Person des Schädigers Kenntnis erlangt oder ohne grobe Fahrlässigkeit hätte erlangen müssen. Dies kann im Einzelfall bis zu 30 Jahren nach Abschluss der Fall sein. Daher sollte der Arzt seine Aufzeichnungen über die jeweils vorgeschriebene Aufbewahrungsfrist hinaus so lange aufbewahren, bis aus medizinischer Sicht keine Schadensersatzansprüche mehr zu erwarten sind.

III. Die zahnärztliche Dokumentation im gerichtlichen Verfahren

1. Beweislastumkehr im Arzthaftungsprozess

Grundsätzlich hat der Patient die fehlerhafte zahnärztliche Behandlung zu beweisen. Allein an eine unvollständige oder gar fehlerhafte Dokumentation knüpft sich die zahnärztliche Haftung damit in der Regel nicht. Ein Rückschluss aus einem Dokumentationsversäumnis unmittelbar auf den Ursachenzusammenhang zwischen Behandlungsmaßnahme und dem geltend gemachten Gesundheitsschaden erfolgt daher nicht.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

Dennoch kann eine unvollständige Dokumentation im Streitfall eine Beweislastung nach sich ziehen, die zu Lasten des Zahnarztes geht. Wird dem Patienten im Falle einer Schädigung die Aufklärung eines Sachverhaltes unzumutbar erschwert, weil eine gebotene zahnärztliche Dokumentation unterlassen wurde, lückenhaft erfolgte oder nachträglich verändert wurde, können zum Schutz vor unüberwindlichen Beweisschwierigkeiten und zum Zwecke der Gewährleistung einer gerechten Rollenverteilung im Arzt-Patientenverhältnis bei der Prozessführung Beweiserleichterungen für den Patienten in Betracht kommen. Dies gilt nach den Rechtsprechungsgrundsätzen des BGH dann, wenn die Dokumentation aus medizinischer Sicht erforderlich und somit aus Rechtsgründen geboten war. Von den Instanzgerichten wird diesbezüglich zunehmend auf die »Üblichkeit« derartiger Aufzeichnungen abgestellt, so dass Ärzte bei der Dokumentation in zunehmendem Maß forensische Überlegungen berücksichtigen müssen.

Immer wieder stützen die Patienten einen Behandlungsfehlervorwurf beispielsweise auf die Behauptung, sie seien präoperativ über etwaige Risiken nicht hinreichend aufgeklärt worden. Wird die Aufklärung im Arzthaftungsprozess von Patienten substantiiert bestritten, kann der einfache Verweis, eine Aufklärung entsprechend den allgemeinen Gepflogenheiten in der Praxis das Gericht nicht in jedem Fall von einer ordnungsgemäß durchgeführten Aufklärung überzeugen. Kann der Gegner hingegen auf eine stichwortartige Dokumentation der Aufklärung in den Krankenunterlagen verwiesen werden oder wird ein individualisierter und ausgeführter Patientenaufklärungsbogen vorgelegt, so wird das Gericht regelmäßig von einer ordnungsgemäß erfolgten Aufklärung ausgehen.

Die forensische Erfahrung lehrt zudem, dass bei der Beurteilung, ob das streitgegenständige ärztliche Handeln dem aktuellen wissenschaftlichen Standard entspricht, grundsätzlich der dokumentierte Behandlungsverlauf zu Grunde gelegt wird. Dementsprechend ist eine lückenlose und beweissichere medizinische Dokumentation für den Arzt gerade im Rahmen zivil- oder strafrechtlicher Arzthaftungsprozesse von besonderer Wichtigkeit.

2. Die Behandlungsdokumentation im Rahmen von Honorarauseinandersetzungen

Auch im Rahmen der Abrechnung zahnärztlicher Leistungen muss der Zahnarzt darauf achten, dass im Zweifelsfall die medizinische Notwendigkeit der von ihm durchgeführten und liquidierten Leistungen anhand der Krankenunterlagen eindeutig nachvollziehbar ist. Weiß er, dass die Krankenversicherung seines Patienten bereits vor der Behandlung Zweifel an der medizinischen Notwendigkeit der Heilbehandlung geäußert hat, muss er diesen außerdem auf die Bedenken des Versicherers und das sich daraus ergebende Kostenrisiko hinweisen; ansonsten ist sein Honoraranspruch nicht durchsetzbar. So hatte das LG Düsseldorf über die Klage eines Privatpatienten gegen seine private Krankenversicherung zu entscheiden, die sich geweigert hatte, die Kosten für eine neuraltherapeutische Behandlung sogenannter Störfelder zu erstatten, weil es sich dabei nicht um eine medizinisch notwendige Heilbehandlung handle und der vom Arzt vorgelegte Befundbericht ungenügend sei. Wie vom vorher angerufenen Amtsgericht Düsseldorf wurde diese Klage mit der Begründung abgewiesen, der Arzt sei seiner Dokumentationspflicht nicht nachgekommen, weswegen der Kläger den Nachweis einer medizinisch notwendigen Behandlung durch eine ausreichende Dokumentation nicht habe erbringen können. Diese Unzulänglichkeiten der Dokumentation könne dem Versicherungsunternehmen nicht zum Nachteil gereichen, sondern lediglich Einfluss auf die dem Arzt zustehende Vergütung oder Grundlage von Schadensersatzansprüchen des Patienten gegen den Arzt sein.

Angesichts der zunehmenden Auseinandersetzungen um die ärztlichen Honorare zwischen dem Vertragszahnarzt und KZV im Rahmen des gedeckelten Budgets sowie zwischen privat liquidierendem Zahnarzt und Patienten oder den dahinter stehenden Versicherern ist eine sorgfältige Dokumentation der erbrachten Leistungen auch für die Realisierung zahnärztlicher Honorare unumgänglich. Eine in diesem Punkt vollständige und rechtssichere Dokumentation erleichtert die Durchsetzung zahnärztlicher Honoraransprüche notfalls auch auf gerichtlichem Wege.

3. Beweiswert der Papierdokumentation

Hinsichtlich der ihr zukommenden Beweissicherungsfunktion erweist sich die »klassische Patientenakte« in Papierform als besonders geeignet, denn sie ist

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

eine Urkunde im Sinne der § 415 ff. Zivilprozessordnung (ZPO). Genauer gesagt, die klassische Karteikarte ist Privaturkunde (§ 416 ZPO) mit Zeugnisfunktion, denn sie berichtet über Vorgänge, die sich unabhängig von der Urkunde ereignet haben. Als Privaturkunde verkörpert die Krankenakte zwar keine Gewähr für die inhaltliche Richtigkeit der in ihr festgeschrieben Vorgänge (materielle Beweiskraft) und bleibt damit in diesem Punkt weiterhin Gegenstand der freien richterlichen Beweiswürdigung (§ 286 ZPO). Doch zeigt sich, dass die Gerichte, wenn in der Krankenakte bestimmte ärztliche Tätigkeiten im Rahmen der Behandlung ausgewiesen werden, auch davon ausgehen, dass diese tatsächlich wie geschildert vorgenommen wurden. Dies auch, weil sich der Einwand, die Krankenakte sei nachträglich verändert worden, leicht entkräften lässt. So kann beispielsweise oftmals bereits optisch festgemacht werden, ob in einer Krankenakte nachträglich Ergänzungen vorgenommen, Passagen gestrichen oder aber eine vollkommen neue Karteikarte geschrieben wurde. Im letzteren Fall wird oftmals bereits die Benutzung nur eines Schreibgerätes für eine längere Dokumentation Aufschluss über die Unechtheit einer Patientenakte geben. Auch ist es nach heutigem Stand ein Leichtes, dass Alter von Tinte auf einem Papier gutachterlich feststellen zu lassen. Auch aus der häufig vorzufindenden Achronologie der Aufzeichnungen, der Abgegriffenheit des Papiers und dem oftmals typischen unübersichtlichen ersten Eindruck lässt sich eine hohe Authentizität und Beweiskraft der papiergebundenen Patientenakte herleiten. Kurz gesagt: Der Zahnarzt, der vollständig und hinreichend schriftlich dokumentiert hat, mindert das Risiko einer Inanspruchnahme aufgrund mangelhafter oder fehlerhafter Dokumentation.

4. Beweiswert der elektronischen Dokumentation

a. Zulässigkeit

Die Zulässigkeit der elektronischen Behandlungsdokumentation folgt bereits aus § 12 Abs. 2 MBO-Z, nach dem Aufzeichnungen auf elektronischen Datenträgern entsprechend den gesetzlichen und vertragsrechtlichen Vorschriften aufzubewahren sind. Auch im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung wird die Zulässigkeit der elektronischen Behandlungsdokumentation angenommen. § 295 SGB V verpflichtet Zahnärzte zur verschlüsselten Dokumentenübertragung und sieht damit die Möglichkeit der elektronischen Behandlungsdokumentation ausdrücklich vor. Spezialgesetzlich lässt sich beispielsweise aus der Röntgenverordnung (§ 28 Abs. 5) die Zulässigkeit der elektronischen Behandlungsdokumentation ableiten. Diese spezial »gesetzliche« Regelung stellt besonders hohe Anforderungen an die Datenspeicherung. So ist im Rahmen der Aufbewahrung auf elektronischen Datenträgern sicherzustellen, dass der Urheber, der Entstehungsort und -zeitpunkt eindeutig erkennbar sind, das Basisbild mit dem bei der Nachverarbeitung verwendeten Bildbearbeitungsparametern unverändert aufbewahrt wird, nachdrückliche Änderungen und Ergänzungen als solche erkennbar sind und mit Angaben zu Urheber und Zeitpunkt der nachträglichen Änderungen oder Ergänzungen aufbewahrt werden und während der Dauer der Aufbewahrung die Verknüpfung der personenbezogenen Patientendaten mit dem erhobenen Befund, die den Bilderzeugungsprozess beschreiben, den Bilddaten und den sonstigen Aufzeichnungen jederzeit hergestellt werden kann. Wie noch zu zeigen sein wird, sind diese in der Röntgenverordnung speziell festgeschriebenen Anforderungen auch an die digitale Behandlungsdokumentation außerhalb dieser Verordnung zu stellen.

b. Technische Grundlagen

Im Gegensatz zur klassischen papiergebundenen Behandlungsdokumentation sind elektronische Dokumente grundsätzlich jederzeit veränderbar, ohne dass sich feststellen ließe, wann eine Änderung erfolgt ist. Das Alter elektronischer Daten ist damit praktisch nicht bestimmbar. Dokumente können ohne weiteres um Jahre oder gar Jahrzehnte rückdatiert werden, ohne dass dies nachweisbar wäre. Dieses Problem lässt sich auch nicht dadurch vermeiden, dass man Datensätze in regelmäßigen Abständen auf nicht wiederbeschreibbaren Datenträgern (beispielsweise DVD, CD-ROM) speichert. Denn auch die Speicherung auf nur einmal beschreibbaren Datenträgern bietet keinerlei Gewähr dafür, dass eine Datei zu einem bestimmten Zeitpunkt erstellt und gespeichert worden ist. Eine Rückdatierung kann etwa durch Verstellen der Systemzeit des verwendeten Rechners erfolgen. Elektronische Dokumente gleich welcher Art sind damit von Haus aus zur beweissicheren Dokumentation zunächst einmal nicht geeignet.

Gleiches gilt, wenn im Rahmen der papierlosen Zahnarztpraxis externe Dokumente (Arztbriefe) gespeichert werden sollen. Die Speicherung analoger Doku-

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

mente beispielsweise durch Scannen des Originaldokumentes stellt sich als einfacher Kopiervorgang dar, so dass die elektronische Kopie grundsätzlich keine Gewähr dafür bietet, dass sie dem Original entspricht. Der Nachweis, dass das elektronische Dokument dem schriftlichen Originaldokument entspricht, kann daher in der Regel nur durch den Vergleich beider Dokumente erbracht werden. Eine solche Handhabung setzte aber voraus, dass neben dem elektronischen Dokument immer auch das Originaldokument aufbewahrt werden müsste. Die papierlose Zahnarztpraxis wäre damit faktisch unmöglich.

In der EDV sind bereits Lösungen entwickelt worden, um den genannten Problemen zu begegnen. Die in der EDV-Technik in diesem Zusammenhang verwendeten Begriffe sind die sog »elektronische Signatur« und der sog. »qualifizierte elektronische Zeitstempel«.

aa. Elektronische Signatur
Unter einer elektronischen Signatur versteht man mit elektronischen Informationen verknüpfte Daten, mit denen man den Unterzeichner beziehungsweise Signaturersteller identifizieren und die Integrität der signierten elektronischen Information überprüfen kann. Sie trägt dazu bei, eine zuverlässige Identifizierung des Unterzeichners zu gewährleisten und sicherzustellen, dass nachträgliche Veränderungen einer Datei erkannt werden können. Vereinfacht dargestellt, vollzieht sich die elektronische Signierung einer Datei wie folgt:

Von der zu signierenden Datei wird unter Zuhilfenahme einer Signatur-Software ein so genannter Hash-Wert erzeugt. Durch das Hash-Verfahren wird der Nutzer in die Lage versetzt, ein beliebig großes Dokument auf eine Prüfsumme konstanter Größe abzubilden. Der Hash-Wert stellt dabei keine »Kopie des Originaldokumentes« dar. Das Originaldokument kann vielmehr aus dem Hash-Wert nicht reproduziert werden. Ein Dokument gezielt mit dem gleichen Hash-Wert herzustellen ist unmöglich. Das bedeutet, dass selbst zwei Textdateien, die sich nur in einem Byte unterscheiden, vollkommen verschiedene Hash-Werte erzeugen. Der Hash-Wert bildet somit den »elektronischen Fingerabdruck« des digitalen Dokumentes. Der heute am häufigsten eingesetzte Hash-Algorithmus ist der Secure-Hash-Algorism (SHA-1), der mit einer Länge von 160 Bit arbeitet.

Hat man nun den unikaten elektronischen Fingerabdruck des Dokumentes erzeugt, muss auch der Erstellungszeitpunkt des Dokumentes rechtssicher festgehalten werden. Hierzu können so genannte elektronische Zeitstempel verwendet werden. Der Zeitstempel versieht den Hash-Wert mit einer eindeutigen Zeiteingabe. Er wird von einer Institution vergeben, die die Authentizität der Zeitinformation versichert und welche sich der Prüfung durch die Bundesnetzagentur unterzogen hat. Ein elektronischer Zeitstempel gibt also an, dass das gestempelte Dokument, in diesem Fall der Hash-Wert, spätestens zum angegebenen Zeitpunkt existiert hat. Der Hash-Wert wiederum versichert, dass das Dokument zwischenzeitlich nicht verändert wurde.

Da der Zeitstempel durch eine dritte Stelle vergeben werden muss, muss der Hash-Wert des Dokumentes zuvor an diese dritte Stelle übersandt werden. Um sicherzustellen, dass auf dem Versandwege keine Manipulation des Hash-Wertes erfolgt, dieser also weiterhin unikal dem zu signierenden Dokument entspricht, muss die sichere Übertragung des Dokuments gewährleistet werden. Hierzu verwendet der Nutzer ein so genanntes asymmetrisches Kryptographieverfahren. Das bekannteste Kryptographieverfahren ist das so genannte RSA-Verfahren. Bei diesem Verschlüsselungsverfahren wird ein Klartext – hier der Hash-Wert – unter Anwendung zweier Schlüsselpaare nach einem Algorithmus in einen geheimen Text überführt. Bei dieser Art der Verschlüsselung besitzt jeder Kommunikationspartner ein Schlüsselpaar – einen öffentlichen und einen privaten Schlüssel. Der Absender einer Nachricht verschlüsselt dabei die Daten mit dem öffentlichen Schlüssel des Empfängers, der die Nachricht dann mit seinem privaten Schlüssel entschlüsselt. Das bedeutet, dass der öffentliche Schlüssel problemlos allen Kommunikationspartnern zur Verfügung gestellt werden kann. Die beiden Schlüssel stehen in einer mathematischen Beziehung zueinander, können aber praktisch nicht aus dem jeweils anderen abgeleitet werden. Der dermaßen verschlüsselte Hash-Wert wird vom Empfänger wieder entschlüsselt und mit einem Zeitstempel versehen. Sodann erfolgt wieder eine Verschlüsselung und die Rücksendung des Dokumentes an den Ersteller. Der private Schlüssel ist seinem Inhaber – wie eine Unterschrift – unikal zugeordnet und gibt sicher Auskunft über den Ersteller/Unterzeichner eines Dokuments.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

bb. Rechtliche Anerkennung
Lange Zeit war umstritten, ob die soeben dargestellte elektronische Dokumentensicherung rechtlich anerkannt ist. Dieser Zustand hat sich mit Einführung des Signaturgesetzes und anderer rechtlicher Anpassungen im Jahre 2002 geändert. Das Signaturgesetz schafft die Rahmenbedingungen für elektronische Signaturen. Es unterscheidet dabei verschiedene Sicherheitsstufen der elektronischen Signatur, und zwar die einfache elektronische Signatur, die fortgeschrittene elektronische Signatur, die qualifiziert elektronische Signatur und die qualifiziert elektronische Signatur mit Anbieterakkreditierung sowie qualifizierte Zeitstempel.

Im Rahmen der hier zu prüfenden rechtssicheren elektronischen Behandlungsdokumentation sollte Zahnärzten angeraten werden, zumindest auf die qualifizierten elektronischen Signaturen zurück zu greifen. Aufgrund neuer oder verbesserter Methoden der Kryptoanalyse und immer leistungsfähigerer Rechner nimmt die Effizienz von Angriffen auf digitale Signaturverfahren im Laufe der Zeit zu. Daher ist die Sicherheit – und damit die Aussagekraft – einer digitalen Signatur zeitlich begrenzt. Aus diesem Grunde sind die heute ausgestellten Zertifikate in der Regel nicht länger als drei Jahre gültig, was bedeutet, dass der zugewiesene Signaturschlüssel nach Ablauf des Zertifikates nicht mehr benutzt werden darf. Die Gültigkeit qualifizierter Zertifikate erstreckt sich hingegen auf fünf Jahre (§ 14 Abs. 3 Signaturverordnung [SigV]). Trustcenter, die qualifizierte elektronische Signaturen vergeben, haben die Nutzer derselben zudem umgehend über Änderungen der sicherheitstechnischen Gegebenheiten der Signatur zu informieren (§ 15 Abs. 4 SigV).

Für den Fall, dass ein Kryptoalgorithmus, der einer qualifiziert elektronischen Signatur zu Grunde liegt, nicht mehr als sicher zu beurteilen ist, schreibt § 17 SigV die genaue Vorgehensweise der erneuten Datensicherung vor. Um diesen Vorgaben zu genügen, ist Zahnärzten zu empfehlen, die im Forschungsprojekt »ArchiSig« entwickelte Lösung zur Langzeitarchivierung elektronischer Dokumente in ihre Praxissoftware zu integrieren. Hierzu wurde erstmals für die beweiskräftige und sichere Langzeitarchivierung digital signierter Dokumente eine wirtschaftliche, performante, automatisierte, datenschutzgerechte und beweiswerterhaltende Lösung entwickelt und im Rahmen einer Simulationsstudie mit Richtern und Rechtsanwälten erprobt.

Nach § 371a ZPO erreicht ein mit einer qualifiziert elektronischen Signatur und einem qualifizierten Zeitstempel (§ 9 Signaturgesetz [SigG]) signiertes Dokument den Anschein der Echtheit und wird damit beweissicher. Auf private elektronische Dokumente, die mit einer qualifiziert elektronischen Signatur versehen sind, finden die Vorschriften über die Beweiskraft privater Urkunden damit entsprechende Anwendung. Der Anschein der Echtheit einer in elektronischer Form vorliegenden Erklärung, der sich aufgrund der Prüfung nach dem Signaturgesetz ergibt, kann damit nur durch Tatsachen erschüttert werden, die ernstliche Zweifel daran begründen, dass die Erklärung nicht vom Schlüsselinhaber abgegeben oder nicht von diesem nachträglich verändert worden ist. § 371 a ZPO schafft für qualifiziert elektronische Dokumente damit eine vollkommene Urkundenanerkennung im Sinne der § 415 ff. ZPO.

5. Konsequenzen für elektronische Behandlungsdokumentation in der Zahnarztpraxis

Denjenigen Zahnärzten, die auf die papierlose Verwaltung ihrer Patientendaten umsteigen möchten, ist daher dringend der Einsatz qualifiziert elektronischer Signaturen sowie qualifizierter Zeitstempel zu empfehlen. Erfahrungen aus der Praxis zeigen, dass bislang kaum ein Arzt oder Zahnarzt den Anforderungen an die Datensicherung gerecht wird. Und dies, obwohl diese auch in der Empfehlung zur ärztlichen Schweigepflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ausdrücklich vorgesehen werden.

Im Rahmen der elektronischen Behandlungsdokumentation ist nach vorgenanntem daher sicherzustellen, dass die zur Signierung verwendeten Algorithmen in regelmäßigen Abständen (in der Regel binnen drei Jahren) durch EDV-Sachverständige, beispielsweise das die Praxis betreuende Systemhaus, auf ihre Sicherheit hin überprüft werden. Die elektronische Behandlungsdokumentation muss, damit ihr der oben genannte Beweiswert im Rahmen eines Prozesses zukommen kann, zudem in regelmäßigen Zeitabständen erfolgen.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

Da die Behandlungsdokumentation ohnehin zeitnah zu erfolgen hat, empfiehlt sich die Signierung des Dokumentationsbestandes in einem Zeitraum, der jedenfalls nicht länger als ein Mal monatlich betragen sollte. Die beratenen Zahnärzte sind des Weiteren darauf hinzuweisen, dass auch im Rahmen der Datensicherung auf externen Datenträgern eine Signierung zu erfolgen hat.

Soweit der Zahnarzt auch externe Dokumente, die in Papierform in seine Praxis gelangen, in seine elektronische Patientendokumentation einfügen möchte, muss dafür Sorge getragen werden, dass der Nachweis, dass das elektronische Dokument den schriftlichen Originaldokumenten entspricht, auch nach der Digitalisierung geführt werden kann. Eine Lösung für dieses Problem kann darin bestehen, dass das elektronische Dokument mit einem Vermerk versehen wird, wann und durch wen das Originaldokument in eine elektronische Form übertragen worden ist und dass die Wiedergabe auf dem Bildschirm und damit auch in der elektronischen Datei mit dem Originaldokument inhaltlich und bildlich übereinstimmt. Dieser Vermerk, der auch einen ausdrücklichen Hinweis darauf enthalten kann, dass nach der Transformation eine Überprüfung auf Vollständigkeit erfolgt ist, sollte wiederum mit einem qualifizierten Zeitstempel versehen werden und mit der qualifiziert elektronischen Signatur des jeweiligen Arztes unterzeichnet werden. Zwar kann auch durch diese Maßnahme nicht der Beweiswert des schriftlichen Originaldokumentes erreicht werden, doch liefert diese Form der elektronischen Archivierung zumindest ein Indiz für die Fälschungssicherheit des digitalisierten Dokumentes, so dass dieses dann als Objekt des Augenscheins der Urkundenqualität wieder stark angenähert werden kann. Bei besonders schadensträchtigen Fällen sollte aber nach wie vor die Aufbewahrung des Originaldokuments empfohlen werden.

V. Zusammenfassung

Die Verwaltung von Behandlungsdokumentationen in der Zahnarztpraxis auf Papier bindet in der Praxis des niedergelassenen Zahnarztes enorme Ressourcen. Ob die Umstellung auf die papierlose Praxis aber dennoch eine Kosten- und Zeitersparnis von 30 % zu erreichen vermag, kann bezweifelt werden. Dennoch bietet die elektronische Behandlungsdokumentation dem niedergelassenen Mediziner zahlreiche unbestrittene Vorteile. Erfolgt die digitale Behandlungsdokumentation unter Zuhilfenahme qualifiziert elektronischer Signaturen sowie qualifizierter Zeitstempel bietet die elektronische Behandlungsdokumentation die Gewähr einer hohen Beweiskraft im Rahmen gerichtlicher Auseinandersetzungen. Im Arzthaftungsprozess ist die qualifiziert signierte Datei Dokumenturkunde im Sinne der § 415 ff. ZPO. Da qualifizierte Zeitstempel durch eine dritte, akkreditierte und damit unabhängige Stelle vergeben werden, scheint die Gewähr der Fälschungssicherheit im Rahmen der elektronischen Behandlungsdokumentation sogar besser als im Rahmen der klassischen Papierdokumentation. Solange und soweit sich der Zahnarzt im Rahmen der elektronischen Behandlungsdokumentation daher an die Vorgaben der Datensicherung mit qualifiziert elektronischer Signatur und qualifiziert elektronischem Zeitstempel hält, ist ihm die Umstellung auf die papierlose Praxis zu empfehlen. Sind derartige Sicherheitsmaßnahmen jedoch im Konzept »papierlose Zahnarztpraxis« nicht vorgesehen, kann jedem Mediziner nur angeraten werden, weiterhin die gute alte Karteikarte in seinen Schränken zu belassen.

RA Robert Kazemi

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

8.5.6. Delegation an zahnärztliche Mitarbeiter – was ist zu beachten?

Die Delegation zahnärztlicher Leistungen auf nicht approbierte Mitarbeiter kann in vertragszahnarzt-, privat- und strafrechtlicher Hinsicht problematisch werden. Die unzulässige Delegation von Leistungen kann den Regress durch die KZVen, Schadensersatzansprüche des Patienten und sogar strafrechtliche Konsequenzen zeitigen.

Umso wichtiger ist es, die Grenzen zulässiger Delegation in jedem Einzelfall unbedingt einzuhalten. Grundlegend ist die Delegation an Fachangestellte und andere nicht approbierte Personen im Zahnheilkundegesetz (ZHG), dort § 1, geregelt.

§ 1 Abs. 5 ZHG lautet (Auszug):

»Approbierte Zahnärzte können insbesondere folgende Tätigkeiten an dafür qualifiziertes Prophylaxe-Personal mit abgeschlossener Ausbildung wie zahnmedizinische Fachhelferin, weitergebildete Zahnarzthelferin, Prophylaxehelferin oder Dental-Hygienikerin delegieren: Herstellung von Röntgenaufnahmen, Entfernung von weichen und harten sowie klinisch erreichbaren subgingivalen Belägen, Füllungspolituren, Legen und Entfernen provisorischer Verschlüsse, Herstellung provisorischer Kronen und Brücken, Herstellung von Situationsabdrücken, Trockenlegen des Arbeitsfeldes relativ und absolut, Erklärung der Ursache von Karies und Parodontopathien, Hinweise zu zahngesunder Ernährung, Hinweise zu häuslichen Fluoridierungsmaßnahmen, Motivation zu zweckmäßiger Mundhygiene, Demonstration und praktische Übungen zur Mundhygiene, Remotivation, Einfärben der Zähne, Erstellen von Plaque-Indizes, Erstellung von Blutungs-Indizes, Kariesrisikobestimmung, lokale Fluoridierung z. B. mit Lack oder Gel, Versiegelung von kariesfreien Fissuren. (…).«

Damit ist eine erste Grenze gezogen. Indes sind weitere nicht unmittelbar aus dem Gesetz zu entnehmende Voraussetzungen zu beachten, die nachstehend erläutert werden sollen.

Grundsatz: Delegation nur Ausnahme von der Regel

Auch wenn der Katalog des § 1 Abs. 5 ZHG umfänglich erscheint und in § 1 Abs. 6 ZHG weitere delegationsfähige kieferorthopädische Leistungen normiert sind, gilt grundsätzlich: Die Delegation ist die absolute Ausnahme, die die Regel bestätigt. Ein generelles »Recht zur Delegation« gibt es **nicht**. Der Zahnarzt ist vielmehr in jeder rechtlichen Beziehung grundsätzlich zur persönlichen Leistungserbringung verpflichtet.

Delegation nur nach Prüfung im Einzelfall

Wenn die oben aufgeführten Katalogleistungen delegiert werden, muss zuvor dennoch mit Blick auf Diagnose, Befunde und Compliance des Patienten geprüft werden, ob eine bestimmte Leistung sich zur Delegation im Einzelfall eignet. Bestimmte Leistungen ohne Rücksicht auf den Einzelfall auf nicht approbiertes Personal (z. B. durch Praxisleitlinien, Arbeitsverträge etc.) zu übertragen, ist daher unzulässig.

Notwendige Qualifikation des Mitarbeiters im Einzelfall abklären

Die Qualifikation des Mitarbeiters zur Erbringung der zu delegierenden Leistung sollte im Einzelfall abgeklärt werden. Die Aus- und Weiterbildungsinhalte (z. B. von zahnmedizinischen Fachangestellten) variieren je nach Kammerbezirk. Ein bestimmter Titel des Mitarbeiters allein garantiert deshalb nicht die Zulässigkeit der Delegation. Es empfiehlt sich, vor einer erstmaligen Delegation Rücksprache mit der zuständigen Kammer zu halten.

Überwachung bleibt erforderlich

Die delegierte Leistung wird dem Zahnarzt persönlich zugeordnet und ist von ihm abrechenbar. Das bedingt eine Überwachung der Leistung durch den approbierten Zahnarzt.

Hierzu muss dem Mitarbeiter nicht ständig über die Schulter gesehen werden, indes muss der Zahnarzt für den Fall von Komplikationen ansprechbar und binnen kurzer Zeit eingriffsbereit sein. Die bloße Möglichkeit telefonischer Erreichbarkeit (z. B. während des Urlaubs) reicht hierfür keinesfalls.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2016

Delegation und Anstellungsverhältnis – keine freie Mitarbeit

§ 1 Abs. 5 ZHG spricht davon, dass der Zahnarzt die Leistungen an Prophylaxe-»*Personal*« delegiert. Unter Personal sind dabei weisungsgebundene Arbeitnehmer und nicht freie Mitarbeiter oder selbstständige Dritte zu verstehen, die im arbeitsrechtlichen Sinne weisungsungebunden sind. Der Delegationsempfänger muss demnach bei dem Zahnarzt angestellt sein.

Auch die Bundeszahnärztekammer verneint eine Delegationsmöglichkeit an freie Mitarbeiter und führt in ihren Delegationsgrundsätzen u. a. aus: »*Eine Delegation bedingt das Weisungsrecht und die Aufsicht des Zahnarztes. Damit ist die Durchführung delegierter Leistungen nur im Anstellungsverhältnis möglich.*«

Schweigepflicht ist zu beachten

Die Anstellung des Prophylaxe-Personals ist auch sinnvoll, da nur so eine automatische Einbindung des Delegationsempfängers in die zahnärztliche Schweigepflicht (deren Bruch strafbewehrt ist, § 203 Strafgesetzbuch (StGB)) über den sogenannten »Gehilfenstatus« des Mitarbeiters möglich ist.

Bei der Einschaltung einer externen Fachkraft wäre die individuelle Schweigepflichtentbindung des Patienten vor der Behandlung erforderlich, wobei erst danach ein Patientenkontakt zulässig wäre. Zudem müsste sichergestellt werden, dass die externe Kraft keine Kenntnisse von weiteren Vorgängen, kein Zugriff auf Daten (außerhalb des konkreten Behandlungsfalles) in der Praxis bekäme, was bei kleinen Einheiten nicht wirklich praktizierbar ist (z. B. mangels ausreichender Räumlichkeiten). Wenn diese Datentrennung nicht eingehalten wird und keine individuelle Schweigepflichtentbindung vorliegt, ist das Patientengeheimnis nicht gewahrt.

Delegation und Leistungsabrechnung

Eine Delegation zahnmedizinischer Leistungen im Rahmen des ZHG berechtigt den Zahnarzt zur Abrechnung der Leistung. Insoweit gibt es hier eine Ausnahme vom Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung. Wird aber nicht zulässig delegiert (z. B. an einen freien Mitarbeiter), ist die Leistung nicht abrechenbar.

Absicherung im Haftungsfall

Ein weiterer Grund, warum zahnmedizinische Leistungen nur an angestelltes Praxispersonal delegiert werden können, liegt in der Absicherung für den Haftungsfall. Die Praxismitarbeiter sind in die Haftpflichtversicherung des Praxisinhabers einbezogen. Bei der Delegation einer Leistung an angestelltes Personal ist der Zahnarzt für Fehler verantwortlich und kann von dem Patienten in Anspruch genommen werden. Die Haftpflichtversicherung ist hier bei einem Verschulden des Mitarbeiters oder einer Aufsichtspflichtverletzung des Zahnarztes eintrittspflichtig. Unterläuft einem freien Mitarbeiter bei einer delegierten Leistung ein Fehler, kann mit Recht bezweifelt werden, ob die Haftpflichtversicherung des Zahnarztes überhaupt eintrittspflichtig ist, da nicht an Praxispersonal delegiert wurde.

Strafbarkeit

Unzulässige Delegation kann auch strafrechtliche Konsequenzen haben. Der Delegationsempfänger kann sich wegen Ausübung der Zahnheilkunde ohne Approbation (§ 18 ZHG) strafbar machen, der Zahnarzt wegen Anstiftung oder Beihilfe hierzu.

Darüber hinaus droht der Vorwurf des Abrechnungsbetrugs, weil vom vertrags- wie privatzahnärztlich normierten Erfordernis der persönlichen Leistungserbringung nur bei zulässiger, d. h. im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften gehaltener Delegation abgesehen wird.

Keine Ausnahme für kosmetische Leistungen

Sämtliche vorstehenden Grundsätze gelten auch für (vermeintlich) rein kosmetische Leistungen wie die PZR oder das Bleaching. Insbesondere bei Letzterem kommt es nicht auf die Zwecksetzung der Behandlung (rein optische Gründe oder Beseitigung von Verfärbungen mit Krankheitswert) an. Die Feststellung von pathologischen Zuständen und die (Kontra-)Indikation dieser Behandlungen obliegen dem Zahnarzt. Man hüte sich also insbesondere vor Kooperationsmodellen mit Kosmetikstudios und Ähnlichem.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2016

Fazit

Bei der Delegation zahnmedizinischer Leistungen ist der Praxisinhaber gut beraten, auf bei ihm angestelltes und qualifiziertes Personal zurückzugreifen. Von schematischer Delegation bestimmter Leistung ist ebenso dringend abzuraten wie von der Delegation zahnmedizinischer Leistungen an freie Mitarbeiter oder andere Selbstständige.

RA Michael Lennartz
lennmed.de Rechtsanwälte,
Bonn, Berlin, Baden-Baden

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2016

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2016

8.5.7. Behandlung im Alten- und Pflegeheim – Einbeziehung des Betreuers

Die zahnmedizinische Versorgung von pflegebedürftigen und behinderten Menschen steht im Fokus der aktuellen Diskussion in den zahnärztlichen Medien und der Berufspolitik. Es zeugt dabei sicher von besonderem Engagement sich in diesem Bereich auch außerhalb der Praxisräume zahnmedizinisch mit hohem zeitlichem und personellem Aufwand zu betätigen.

Bei der Behandlung von einwilligungsunfähigen Patienten mit bestellten Betreuern ist zudem große Vorsicht geboten, da die Nichteinbeziehung des Betreuers in die Behandlungsmaßnahme gravierende Folgen haben kann. So ist dem Unterzeichner ein Fall bekannt, in dem ein Zahnarzt eine prothetische Behandlung bei einem pflegebedürftigen Patienten durchführte. Die Behandlung wurde mit nahen Angehörigen des Patienten durchgesprochen, wobei es der Zahnarzt aber versäumte den gerichtlich bestellten Betreuer in die Behandlung einzubeziehen. Der übergangene Betreuer stellte daraufhin eine Strafanzeige, wobei der Zahnarzt mit dem Vorwurf der Körperverletzung und des Abrechnungsbetruges konfrontiert wurde.

Die Einbeziehung des Betreuers ist auch vor dem Hintergrund des im Februar in Kraft getretenen Patientenrechtegesetzes erforderlich, wonach der Zahnarzt sich vom Betreuer eine Einwilligung für die Behandlungsmaßnahme nach entsprechender Aufklärung einzuholen hat.

In § 630 Abs. 1 d BGB heißt es hierzu u. a. »Vor Durchführung einer medizinischen Maßnahme, insbesondere eines Eingriffs in den Körper oder die Gesundheit, ist der Behandelnde verpflichtet, die Einwilligung des Patienten einzuholen. Ist der Patient einwilligungsunfähig, ist die Einwilligung eines hierzu Berechtigten einzuholen, soweit nicht eine Patientenverfügung nach § 1901 a Absatz 1 Satz 1 die Maßnahme gestattet oder untersagt.« In Absatz 2 dieser Vorschrift heißt es u. a. weiter »Die Wirksamkeit der Einwilligung setzt voraus, dass der Patient oder im Fall des Absatzes 1 Satz 2 der zur Einwilligung Berechtigte vor der Einwilligung nach Maßgabe von § 630 e Absatz 1 bis 4 aufgeklärt worden ist.«

In der Praxis ist die Einwilligung des Betreuers nach dessen Aufklärung eminent wichtig, aber bisweilen nicht einfach herbeizuführen (z. B. schwere Erreichbarkeit, keine Zeit für ein persönliches Gespräch). Die Aufklärung hat mündlich zu erfolgen, weshalb es dem Zahnarzt nichts nützt, den Betreuer auf dem Schriftwege aufzuklären. Bei kleineren Behandlungsmaßnahmen reicht aber nach der BGH-Rechtsprechung – Urteil des BGH vom 15. 06. 2010 (VI ZR 204/09) – eine telefonisch erklärte Einwilligung und Aufklärung, die in der Praxisdokumentation zu vermerken ist.

Bei komplizierten Eingriffen (z. B. mit dem Risiko einer Nervschädigung) sollte der Betreuer persönlich in einem Gespräch – idealerweise bei einem Termin in der Praxis – aufgeklärt werden, wenn die betreute Person einwilligungsunfähig ist.

RA Michael Lennartz

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2013

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2013

8.5.8. Rentenleistungen an Versorgungswerksmitglieder – Aktuelle Urteile

Im Bereich der Berufsunfähigkeitsrente und der allgemeinen Rentenleistungen der berufsständischen Versorgungswerke gibt es aktuell einige sehr interessante Urteile. Das Spektrum reicht hier von der Frage, ob und in welchem Umfang Versorgungswerke das Rentenalter erhöhen und Anwartschaften deutlich absenken dürfen, bis hin zu den Schwierigkeiten eine satzungsgemäß vorgesehene BU-Rente auch in der Realität zu erhalten. Nachfolgend werden einige aktuelle Entscheidungen in Stichpunkten analysiert.

I. Absenkung von Rentenanwartschaften

In seinem Urteil vom 07.08.2012 (OVG 12 B 28.11) hat sich das Oberverwaltungsgericht (OVG) Berlin-Brandenburg mit der vom Versorgungswerk der Zahnärztekammer Berlin beschlossenen Absenkung der durch Pflichtbeiträge erworbenen monatlichen Anwartschaften auf Altersrente befasst.

Das OVG kommt in seiner Entscheidung zu dem Ergebnis, dass die vom Versorgungswerk der Zahnärztekammer Berlin im Wege der Satzungsänderung beschlossene Absenkung der durch Pflichtbeiträge erworbenen monatlichen Anwartschaften auf Altersrente nicht gegen höherrangiges Recht verstößt. Im Rahmen des ihm zustehenden Gestaltungsspielraums habe der Satzungsgeber zur finanziellen Konsolidierung des Versorgungswerks alle Rentenanwartschaften um 16 % kürzen dürfen. Das Versorgungswerk sei verfassungsrechtlich weder zu einer Kombination aus Anwartschaftskürzung und Beitragserhöhung noch zu einer Umstellung des bisherigen Versorgungssystems verpflichtet. Den rentennahen Jahrgängen habe der Satzungsgeber durch eine nach Alter gestaffelte Übergangsregelung Rechnung getragen, die unter dem Gesichtspunkt des Vertrauensschutzes nicht zu beanstanden sei. Die unter die Übergangsregelung fallenden Jahrgänge seien in der Regel weniger als jüngere Mitglieder in der Lage, sich auf die veränderte Neuregelung einzustellen und sich – etwa durch die Entrichtung freiwilliger Beiträge oder durch eine anderweitige Zusatzvorsorge – eine weitere Alterssicherung aufzubauen.

II. BU-Rente – Gerichte setzen hohe Hürden

Eine aktuell bekannt gewordene Entscheidung des Verwaltungsgerichtes (VG) Gelsenkirchen (Urteil vom 06.12.2011 – 18 K 918/11) zeigt, mit welchen Hürden und Kosten ein Versorgungswerksmitglied zu rechnen hat, wenn er einen BU-Antrag stellt.

In dem Gelsenkirchener Urteil, bei dem der klagende Zahnarzt unterlag, wurde ein Streitwert von 146.626,20 € festgesetzt, was ein Gesamtkostenrisiko von fast 13.000,– € allein in der ersten Instanz bedeutet (Gerichtskosten, Anwaltskosten). Der Streitwert bei einer Klage gegen ein berufsständisches Versorgungswerk bemisst sich nach dem dreifachen Jahresbeitrag der Versorgungsleistung zuzüglich des bis zur Klageeinreichung rückständigen Rentenbetrages.

In der Sache konnte sich der Zahnarzt trotz gesundheitlicher Probleme und Schmerzen nicht vor dem VG Gelsenkirchen durchsetzen, da er die vom Versorgungswerk aufgestellte Hürde der Verweisbarkeit auf eine andere Tätigkeit als »am Stuhl« nicht überspringen konnte.

In der Begründung machten die Gelsenkirchener Richter deutlich, dass nach der maßgeblichen Versorgungswerkssatzung berufsunfähig sei, wer infolge leistungsbeeinträchtigender Gesundheitsstörung außer Stande ist, seine zahnärztlichen Fähigkeiten auch außerhalb der Praxistätigkeit wirtschaftlich in irgendeiner Weise zu nutzen. Dieser Satzungsbestimmung sei zu entnehmen, dass Berufsunfähigkeit nur dann anzunehmen ist, wenn dem Mitglied jegliche Tätigkeit, bei der die zahnärztlichen Fähigkeiten genutzt werden können, versagt ist. Maßstab der Beurteilung sei damit weder die bisherige Tätigkeit noch die Möglichkeit, zahnärztliche Tätigkeiten mit Patientenkontakt (»Arbeit am Stuhl«) auszuüben. Vielmehr müsse sich das Mitglied auf jedwede Tätigkeit verweisen lassen, bei der die zahnärztlichen Fähigkeiten verwandt werden können, also auch Tätigkeiten als angestellter oder freiberuflicher Gutachter etwa bei

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2013

Versicherungsträgern (auch als Aktengutachter), Erteilen von Fachkundeunterricht für Zahnarzthelferinnen, diagnostische schulzahnärztliche Tätigkeiten, zahnärztliche Verbandstätigkeiten oder Tätigkeiten in Forschung und Lehre.

III. Erhöhung der Altersgrenze durch Versorgungswerk

Die »Altersrente mit 67 Jahren« ist kein Modell, das für Versorgungswerke verbindlich ist. Manch ein Versorgungswerkmitglied freut sich, wenn er früher Rentenansprüche hat, insbesondere da »sein Versorgungswerk« ja einer anderen Finanzierungsgrundlage unterliegt als die gesetzliche Rentenversicherung. Gerne gesehen ist es deshalb in der Regel nicht, wenn auch das Versorgungswerk das Rentenalter spürbar erhöht, da dies ja im Ergebnis zu einer Schmälerung der Ansprüche führt.

Mit der Frage, ob derartige Erhöhungen überhaupt zulässig sind, hat sich das Oberverwaltungsgericht (OVG) Rheinland-Pfalz in seiner Entscheidung vom 14.12.2011 (6C 11098/11.OVG) befasst, wobei die Thematik anschließend noch vom Verfassungsgericht Rheinland-Pfalz behandelt wurde (Beschluss vom 26.04.2013 – VGH B 6/12).

In dem konkreten Fall wandte sich ein im Jahr 1961 geborener angestellter Rechtsanwalt gegen die in der Satzung des maßgeblichen Rechtsanwaltsversorgungswerkes mit Wirkung vom 01.01.2010 geregelte Erhöhung des Renteneintrittsalters. Nach § 8 des Landesgesetzes über die rheinland-pfälzische Rechtsanwaltsversorgung bestand mit Vollendung des 65. Lebensjahres ein Anspruch auf Altersrente, wobei durch Satzung bestimmt werden durfte, dass der Beginn der Rentenzahlung bis zur Vollendung des 68. Lebensjahres hinausgeschoben werden konnte. Am 03.12.2008 beschloss die Vertreterversammlung des Versorgungswerkes eine Änderung der Satzung, wonach vor 01.01.1949 geborene Mitglieder die Altersrente mit Vollendung des 65. Lebensjahres erreichten und bei später geborenen Mitgliedern die Altersgrenze stufenweise auf bis zu 67 Jahren erhöht wurde.

Nach Auffassung des betroffenen Rechtsanwaltes war die Erhöhung des Renteneintrittsalters nicht erforderlich gewesen. Die gute Finanzlage des Versorgungswerkes habe sogar eine Erhöhung des Rentensteigerungsbetrages gestattet. Zudem erfolge die Finanzierung des Versorgungswerkes nach dem Kapitaldeckungsprinzip, das die Unabhängigkeit des Systems von der statistischen Verteilung zwischen Beitragszahlern und Leistungsempfängern garantiere und damit von den Folgen demografischer Verwerfungen sowie der Einkommensstruktur des versicherten Kollektivs weitgehend entkopple. Anwartschaften aus der Altersversorgung unterfielen der Eigentumsgarantie des Grundgesetzes. Mit der Neuregelung würde in seinem Fall die Altersrente erst mit 66 Lebensjahren und einem Monat erreicht, womit Zahlungen für 13 Monate verlorengingen.

Vor dem OVG Rheinland-Pfalz konnte sich der Rechtsanwalt nicht durchsetzen. In den Entscheidungsgründen wird u.a. ausgeführt, dass das stufenweise Hinausschieben der Regelaltersgrenze nicht gegen die Eigentumsgarantie des Art. 14 Abs. 1 GG verstoße. In der Rechtsprechung sei geklärt, dass aufgrund eigener Beitragsleistungen erworbene Anwartschaften in der gesetzlichen Rentenversicherung dem Schutz des Art. 14 Abs. 1 GG unterfallen. Diese Schutzwirkung bestünde für die jeweilige Anwartschaft insgesamt. Art. 14 GG schließe die Umgestaltung solcher Anwartschaften nicht schlechthin aus, sondern lasse eine Anpassung an veränderte Bedingungen zu, auch wenn dies zu einer wertmäßigen Verminderung der Anwartschaften führe.

Gegen die Entscheidung des OVG Rheinland-Pfalz wollte der betroffene Rechtsanwalt in Revision gehen, die seitens des Bundesverwaltungsgerichts (BVerwG) mit Beschluss vom 22.06.2012 (8 BN 1.12) zurückgewiesen wurde. Auch vor dem Verfassungsgerichtshof Rheinland-Pfalz konnte sich der Anwalt nicht durchsetzen, da die Verfassungsbeschwerde mangels Rechtsschutzbedürfnis für unzulässig erachtet wurde.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2013

IV. Erfordernisse an ein ärztliches Attest bei BU-Rente

Für Versorgungswerksmitglieder ist es nicht einfach einzuschätzen, welche Atteste und Gutachten vorgelegt werden müssen, um eine Berufsunfähigkeit zu belegen. In den Satzungen der Versorgungswerke gibt es hierzu bisweilen sehr komplizierte Regeln, wobei ein Laie hier Gefahr läuft zu wenig an Nachweisen für die BU zu liefern. Mit Urteil vom 04. 07. 2012 (17 A 976/12) hat das Oberverwaltungsgericht (OVG) NRW ein Versorgungswerk hinsichtlich der eingeforderten Nachweise in die Schranken gewiesen.

Hiernach eigne sich schon ein fachärztliches Attest oder Gutachten schon als »Beleg« für eine dauernde Berufsunfähigkeit, wenn ihm hinreichend konkrete Anhaltspunkte für das Vorliegen einer BU zu entnehmen sind. Zwar verlange die Satzungsregelung des Versorgungswerkes dem Wortlaut nach, dass das mit dem Antrag auf Berufsunfähigkeitsrente vorzulegende fachärztliche Attest oder Gutachten die dauernde Berufsunfähigkeit »belegen« müsse. Das Erfordernis eines »Belegs« könne indes nicht im Sinne eines abschließenden Beweises verstanden werden, der jede weitere Nachprüfung entbehrlich machen würde. Ein Attest oder Gutachten versetze das beklagte Versorgungswerk in die Lage, zeitnah und gezielt eine verantwortungsvolle Überprüfung einzuleiten, bei der es neben der fürsorglichen Berücksichtigung der individuellen Interessen des Anspruchsstellers auch die Interessen der Solidargemeinschaft vor einer unberechtigten Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen wahren könne.

V. Witwenrente des Versorgungswerkes bei tragischem Badewannenunfall eines Zahnarztes

Das Verwaltungsgericht Hannover (VG) hat sich in seinem Urteil vom 28.11. 2012 (5 A 3356/11) mit einem Vorgang befassen müssen, den man ohne weiteres als besonders tragisch bezeichnen kann. Im Kern geht es um die Frage, ob eine Witwe, die recht kurz mit einem Zahnarzt verheiratet war, Leistungen eines Versorgungswerkes beanspruchen kann, wenn ihr Ehemann alkoholisiert in der Badewanne ertrunken ist.

Die Frage ist auch deshalb von Relevanz, da die Satzungen der Versorgungswerke regelmäßig bestimmte Ehebestandszeiten für die Gewährung einer Hinterbliebenenrente einfordern. Bei einem Unfalltod kann trotz Nichteinhaltung einer Ehebestandszeit ein Anspruch z. B. auf Witwenrente bestehen. Ausschlüsse der Hinterbliebenenrente bei sogenannten »versorgungsnahen Ehen« gibt es z. B. auch, wenn Versorgungswerksmitglieder in etwas vorgerücktem Alter den Bund fürs Leben eingehen, was generell nicht zu beanstanden ist. Schließt eine Versorgungswerkssatzung eine Witwenrente z. B. in den Fällen aus, in denen das Versorgungswerksmitglied nach dem 65. Lebensjahr und dem Bezug von Altersgrenze geheiratet hat, ist dies nach der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes vom 01. 03. 2010 (1 BvR 2584/06) nicht zu beanstanden.

Der Fall:
Im konkreten Fall heiratete ein Zahnarzt im Jahr 2009 seine seit 1991 bei ihm beschäftigte zahnmedizinische Fachangestellte. Am 07. 05. 2011 kam der Zahnarzt ausweislich des Sektionsberichtes auf sehr tragische Weise ums Leben, da er mit einer Blutalkoholkonzentration von 3,43 Promille in der Badewanne ertrank.

Nachdem der Witwe aufgrund der zu kurzen Ehestandszeit von dem Versorgungswerk ihres Mannes keine Witwenrente gewährt wurde, klagte sie vor dem VG Hannover auf Zahlung der Rente, wobei ihr die Richter Recht gaben. Nach § 18 Abs. 1 der maßgeblichen Satzung (Alters-, Berufsunfähigkeits- und Hinterbliebenensicherung – ABH) gewähre das Versorgungswerk beim Tode eines verheirateten Mitgliedes an dessen Witwe eine lebenslängliche monatliche Rente in Höhe von zwei Dritteln der Altersrente, wenn die Ehe mindestens 36 Monate vor dem Tode des Mitgliedes und 36 Monate vor dem Beginn des Leistungsfalles geschlossen wurde. Die Einschränkungen würden nach dieser Satzung nicht gelten, wenn der Tod Folge eines nach der Eheschließung eingetretenen Unfalls sei und die Ehe vor dem Leistungsbeginn geschlossen wurde.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2013

Vorliegend kam das Gericht auch unter Hinzuziehung des Polizei- und Obduktionsberichtes zu dem Ergebnis, dass der Zahnarzt an einem Unfalltod verstorben war, wobei Fremdeinwirkung und Suizid ausgeschlossen wurde. Auch das fortlaufende Einlaufen des heißen, die Haut verbrühenden Wassers, schließe die Annahme einer freiwilligen Gesundheitsbeschädigung aus.

RA Michael Lennartz

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2013

8.5.9. Cyber-Security in Zahnarztpraxen

Das Thema Datenschutz und -sicherheit ist spätestens seit Ende der Übergangsfrist der DSGVO für viele näher in den Fokus gerückt. Auch wenn das Datenschutzgesetz schon seit dem 27.01.1977 existiert, wurde es in Zeiten zunehmender Datentöpfe und -auswertungen relevanter.

Daten sind heutzutage nicht mehr nur als das Sammeln von Eigenschaften oder Bits und Bytes zu verstehen. Daten haben sich zu einer Handelsware gewandelt, auf deren Fundament einige der wertvollsten Unternehmen der Welt gegründet wurden.

Doch nicht nur die großen E-Commerce-Händler, sozialen Netzwerke und Suchmaschinen besitzen und verwerten personenbezogene Daten, die es seit Mai 2018 durch die DSGVO zu schützen versucht wird.

Im Gesundheitswesen wandeln sich die Betrachtungsweisen vom Datenschutz hin zur Datensicherheit, da medizinische Versorgungszentren, Arztpraxen und Kliniken in den Fokus von Hackern und illegalen »Datenkraken« rücken.

Aktuelles Beispiel:
Die Erpresser-Schadsoftware »WannaCry« legte im Mai 2017 mindestens 200.000 Rechner lahm. Opfer waren unter anderem Krankenhäuser in England, die Deutsche Bahn, Teile der inländischen Automobilindustrie und viele weitere namhafte Unternehmen. Interessanterweise waren die Sicherheitslücken zum Zeitpunkt der meisten Schäden schon längst von Microsoft geschlossen worden. Hier sollte neben dem augenscheinlich fehlerhaften Patch-Management erwähnt werden, dass 75 % der erfolgreichen digitalen Angriffe Angestellte aufgrund von Unwissenheit oder intransparenter Kommunikation verursacht haben.[1]

Laut dem E-Commerce-Branchenverband Bitcom lag die Schadenhöhe im vorigen Jahr, die durch Hackerangriffe und Ähnliches allein in Deutschland zustande kam, bei 55 Milliarden Euro. Diese astronomisch wirkenden Größen und die neuen horrenden Sanktionen im Bereich des Datenschutzes wurden genutzt, um Halbwahrheiten zu kommunizieren.

Doch welche Arbeitspakete müssen Sie nun als Zahnarzt umsetzen? Wir möchten Ihnen daher in den nun folgenden Abschnitten kurz skizzieren, welche Bausteine notwendig sind, um sich angemessen abzusichern und im Notfall einen Plan zur Hand zu haben.

Fragen, die Sie sich stellen sollten: Reichen die eigenen IT-Sicherungen in meiner Praxis bei …

– Hackerangriffen?
– Viren/Trojanern/Ransomware etc.?
– »Innentätern«?
– digitaler Erpressung?
– Ansprüchen gegenüber der Praxis infolge von Datenschutzverletzungen?

Vorgehen/To-do-Liste

Ziel: Ganzheitliche Absicherung Ihrer Praxis vor Datenschutzverletzungen und Cyberrisiken.

I. Rechtliche Absicherung

Berührungspunkte einer Zahnarztpraxis mit dem Datenschutz sollte jede Zahnarztpraxis praxisnah durcharbeiten, u. a.:

- Datenschutzerklärungen von Dienstleistern im Rahmen der Auftragsdatenverarbeitung
- Zugriffsberechtigungen für Mitarbeiter und externe Dienstleister festlegen
- Sicherheitsrichtlinien für Internet und E-Mail-Verkehr bestimmen
- Notfallplan für die Zahnarztpraxis mit Handlungsanweisungen, z. B. bei einem Virusbefall

Ein wichtiger Punkt ist neben der formellen Absicherung auch die Schulung der eigenen Mitarbeiter. Hierbei geht es vor allem darum, Angestellte für das Thema zu sensibilisieren und ihnen Einfallstore und Datenschutzverstöße innerhalb der Praxis aufzuzeigen. Schulungskonzepte sollten dabei folgende Bausteine aufweisen:

- Allgemeines
- Empfang/Anmeldung
- Beschäftigtendatenschutz

[1] Gesamtverband der deutschen Versicherer (2017)

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2019

- Datenpannen
- Patientenrechte
- Behandlung
- Handlungsoptionen
- Abrechnung
- Wartebereich

Tipp 1
Beauftragung eines externen Datenschutzbeauftragten, um nicht zu viel zeitliche und personelle Kapazitäten in der Praxis zu binden.

II. Praxis-IT-Audit

Die Praxis-IT gilt als Einfallstor für Unbefugte und ist als Gefahrenherd von ihrer Infrastruktur zu durchleuchten:

- Ist die Hardware auf aktuellem Stand?
- Sind die zeitnahen Einspielungen der Updates von Firewall und Antivirenprogrammen sichergestellt?
- Gibt es eine Back-up-Strategie?
- Wie sind Drucker und Scanner vor externem Datendiebstahl geschützt?
- Sind Ihre IT-Systeme gegen Feuer, Einbruchdiebstahl/Vandalismus, Wasserschäden, Überspannung/Unterspannung und Stromausfall geschützt?
- Haben Sie den Zutritt zu wichtigen IT-Systemen und Räumen geregelt?
- Besteht ein ausreichender Schutz vor Einbrechern?
- Werden Besucher und Handwerker/Servicemitarbeiter in Ihrem Haus begleitet bzw. beaufsichtigt?

Tipp 2
IT-Audit-Prüfung vor Ort durch einen unabhängigen IT-Spezialisten, der die Praxis-IT-Organisation dokumentiert und auf Fehlerquellen hinweist, die in Abstimmung mit der IT-Firma der Praxis behoben werden.

III. Absicherung gegen bestehende Risiken

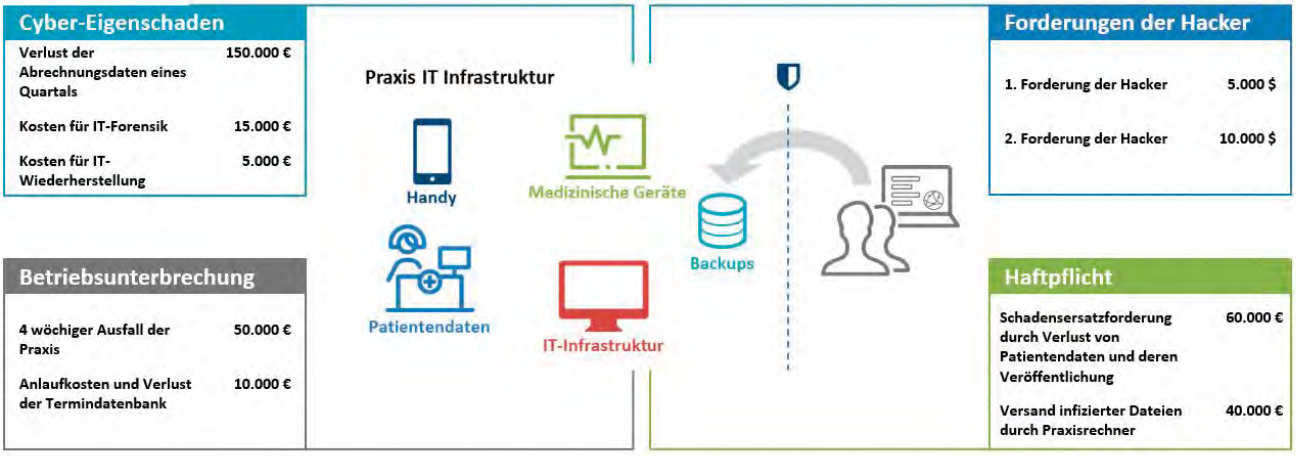
Integration in ein funktionierendes Risikomanagement

Um für den Worst Case gewappnet zu sein, reicht es allerdings nicht, nur die technische und juristische Sicht zu beleuchten. Die finanzielle Absicherung ist hierbei unabdingbar und eine essentiell tragende Säule dieses Absicherungskonzeptes.

Die Risiken, die sich durch Praxisunterbrechung, Regressforderungen, IT-Forensik … anhäufen können, summieren sich schnell zu sehr hohen Beträgen.

Ein Beispiel aus der Praxis:

Ein Mitarbeiter öffnet einen Mail-Anhang, der einen Verschlüsselungstrojaner beinhaltet. Alle Dateien und Back-ups werden unlesbar und verschlüsselt. Einen Tag später erhält der Praxisinhaber eine Mail mit einer Geldforderung.



Quantitativer Gesamtschaden von ca. 345.000 €

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2019

Durch die fortschreitende Digitalisierung und die wachsenden Datenschutzansprüche müssen sensible Daten besonders gesichert werden. Im Falle eines Worst-Case-Szenarios steht man oftmals mit dem Rücken zur Wand und hat ohne die richtigen Vorkehrungen nur bedingt die Möglichkeit schlimmeren Schaden abzuwenden. Was kann man also tun, wenn trotz aller Sicherheitsvorkehrungen das eigene System der Praxis gehackt wurde und Absicherungsmechanismen nicht greifen?

Die Absicherung und Vorsorge der Praxis ist ein zentraler Baustein der Cyberstrategie.

Mögliche Gefahrenquellen und Risiken:

- unerlaubter Zugriff von Unbefugten auf Ihre Patientendaten
- Hackerschäden an medizinischen Geräten
- kein eigener Zugriff mehr auf Ihre Patienten- und KZV-Abrechnungsdaten
- Praxisausfall/Betriebsunterbrechung durch Cyberangriff
- Schadensersatzansprüche Dritter
- strafrechtliche Belange
- eigener finanzieller Schaden (ohne Dokumentationsnachweis kein Geld von der KZV etc.?)

Möglichkeit der Absicherung großer Risiken

Eine Cyberversicherung kann den finanziellen Schaden minimieren und sollte daher in das Absicherungskonzept neben Praxisausfall-, Betriebsunterbrechungs- und Rechtsschutzversicherung ein wichtiger Bestandteil sein.

Vorteile Cyberversicherung

Eine gute Cyberversicherung bietet mehr als nur Schadenersatz, sondern auch umfassende Assistance-Leistungen und Hilfe wie z. B. in Fällen von:



© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2019

Abgleich und Einfließen der Cyberversicherung in das bestehende Absicherungskonzept der Zahnarztpraxis

Vorausetzung für eine Cyberversicherung ist, dass man analysiert hat, wie die Praxis hinsichtlich der IT-Sicherheit steht (u. a. Firewall, Konzept Back-ups, Umfang der Datenverarbeitung). Die Versicherungen haben hier umfangreiche Fragebögen, die man besser zusammen mit seinem IT-Fachmann und Versicherungsexperten ausfüllt, um nicht unbewusst fehlerhafte Angaben zu machen. Die Cyberversicherung macht nur Sinn, wenn die Praxis korrekt erfasst wird und die IT-Infrastruktur vernünftig aufgestellt ist. Macht man hier falsche Angaben, so wird eine Versicherung im Schadensfall im Zweifel nicht eintreten (sogenannte vorvertragliche Anzeigepflichtverletzung).

Die Abstimmung mit den bestehenden Praxisversicherungen wie Berufshaftpflicht-, Inhalts-, Elektronik- und Betriebsunterbrechungsversicherung sowie Rechtsschutzversicherung sollte bei der Zusammenstellung der Cyberversicherung berücksichtigt werden, damit es nicht zu unnötigen teuren Doppelversicherungen kommt.

Tipp 3

Erarbeitung eines Cyberabsicherungskonzeptes mit Abgleich der bestehenden Absicherungen mit spezialisierten IT- und Versicherungsfachleuten. Erfassung der IT-Infrastruktur, die Basis für die Absicherung ist. Ebenso wichtig ist der Marktvergleich, gibt es doch Unterschiede in den Deckungskonzepten der anbietenden Versicherungsgesellschaften.

Jan Siol, M.A. Management
Finanzfachwirt (FH)

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2019

8.5.9.1. Telefax kein sicheres Kommunikationsmittel mehr

Telefax kein sicheres Kommunikationsmittel für Zahnarztpraxen mehr

Ausweislich einer Information des Landesbeauftragten für Datenschutz der Freien Hansestadt Bremen ist ein Telefax nicht mehr datenschutzkonform. Für den Versand personenbezogener Daten müssen daher alternative, sichere und damit geeignete Verfahren, wie etwa Ende-zu-Ende-verschlüsselte E-Mails oder – im Zweifel – auch die herkömmliche Post, genutzt werden.

Der Landesbeauftragte stützt diese – auch von anderen Datenschützern einhellig vertretene – Position damit, dass ein Telefax noch vor einigen Jahren als relativ sichere Methode galt, um auch sensible personenbezogene Daten zu übertragen. Diese Situation habe sich grundlegend geändert. Sowohl bei den Endgeräten als auch bei den Transportwegen gebe es weitreichende Änderungen. Bisher seien beim Versand von Faxen exklusive Ende-zu-Ende-Telefonleitungen genutzt worden. Technische Änderungen in den Telefonnetzen sorgten jetzt dafür, dass keine exklusiven Leitungen mehr genutzt werden, sondern die Daten paketweise in Netzen transportiert werden, die auf Internet-Technologie beruhen.

Zudem könne nicht mehr davon ausgegangen werden, dass an der Gegenstelle der Fax-Übertragung auch ein reales Fax-Gerät existiert. Meist würden Systeme genutzt, die ankommende Faxe automatisiert in eine E-Mail umwandeln und diese dann an bestimmte E-Mail-Postfächer weiterleiten.

Aufgrund dieser Umstände habe ein Fax hinsichtlich der Vertraulichkeit das gleiche Sicherheitsniveau wie eine unverschlüsselte E-Mail (welche oftmals mit der offen einsehbaren Postkarte verglichen wird). Fax-Dienste enthalten keinerlei Sicherungsmaßnahmen, um die Vertraulichkeit der Daten zu gewährleisten. Sie sind daher in der Regel nicht für die Übertragung personenbezogener Daten geeignet.

Für die Übertragung besonderer Kategorien personenbezogener Daten gemäß Artikel 9, Abs. 1 der Datenschutzgrundverordnung (u. a. Gesundheitsdaten) sei die Nutzung von Fax-Diensten unzulässig.

RA Michael Lennartz

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2021

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2021

8.5.9.2. IT-Sicherheitsrichtlinie der KZBV in Kraft getreten

Im Zuge des Digitale-Versorgung-Gesetzes (DVG) wurde u. a. die KZBV gemäß § 75b SGB V verpflichtet, in Abstimmung mit dem Bundesamt für Sicherheit und Informationstechnik eine IT-Sicherheitsrichtlinie zu erarbeiten, um die Anforderungen zur Gewährleistung der IT-Sicherheit in der vertragszahnärztlichen Versorgung, abgestuft nach Praxisgröße und -ausstattung, festzulegen.

Zweck dieser Richtlinie ist ein tauglicher Gesundheitsdatenschutz mittels verständlicher, aber eben auch verbindlicher Vorgaben. Nach erster Durchsicht kann das nutzerfreundliche Ansinnen durchaus bestätigt werden und zudem dürften die einzelnen Vorgaben in den allermeisten Praxen bereits gelebte Realität sein. Hierzu stichpunktartig wie folgt:

- Die einleitenden Regelungen enthalten zunächst Angaben zum Regelungsauftrag, dem Geltungsbereich und zum Abstufungskonzept, in den Anlagen werden sodann die einzelnen Vorgaben für die Praxen konkretisiert.
- Nach Anlage 1 hat zunächst jede Praxis bzgl. bestimmter IT-Komponenten (z. B. Wechseldatenträger) explizite Grundanforderungen zu erfüllen (z. B. sicheres Löschen von Wechseldatenträgern nach Ende der Verwendung).
- Mittlere Praxen (6-20 datenverarbeitende Mitarbeiter) und Großpraxen (ab 21 datenverarbeitende Mitarbeiter) haben zusätzlich die Anforderungen der Anlage 2 zu erfüllen, welche bezüglich der benannten IT-Komponenten weitere bzw. strengere Vorgaben gibt (z. B. restriktive Rechtevergabe bei der Nutzung von Endgeräten oder Regelung zur Mitnahme von Wechseldatenträgern).
- Allein Großpraxen haben zusätzlich die Vorgaben der Anlage 3 zu erfüllen, welche wiederum noch strengere Vorgaben bezüglich der IT-Komponenten in der Praxis gibt (z. B. Wechseldatenträgerverschlüsselung).
- Die Anlage 4 gibt – unabhängig von der Praxisgröße – Vorgaben bzgl. der Nutzung von medizinischen Großgeräten. Allerdings dürften viele Zahnarztpraxen hiervon nicht betroffen sein, da laut Richtlinie mit »Großgerät« u. a. CT, MRT oder Dental-MRT gemeint sind.
- Alle Praxen haben die Vorgaben der Anlage 5 zu befolgen, denn diese gibt die Weisungen im Zusammenhang mit der Telematik-Infrastruktur (z. B. bei »parallelem« Konnektorbetrieb zusätzliche Maßnahmen zum Schutz des Praxisnetzwerks).

Die einzelnen Vorgaben müssen zu unterschiedlich festgelegten Daten – Zeitspanne: 01.04.2021 bis 01.07.2022 – umgesetzt sein. Unabhängig davon sehen die Regelungen der DSGVO in den Art. 24 und 32 DSGVO ausdrücklich für jede Verarbeitung personenbezogener Daten geeignete organisatorische und technische Sicherungsmaßnahmen vor, die von den Zahnarztpraxen einzuhalten sind. Die Richtlinie ist so formuliert, dass sie auch für einen Nicht-IT-Fachmann verständlich ist. Die KZBV hat auf ihrer Website zudem »FAQ« zur neuen Richtlinie veröffentlicht.

RA Michael Lennartz

IT-Sicherheit: Angebote des FVDZ und der Deutschen Zahnärztegenossenschaft (DZG)

Jeder Zahnarztpraxis ist der Patientendatenschutz und die Schweigepflicht ein Anliegen. Dies gilt auch für die IT-Sicherheit, für die es nach der DSGVO und der IT-Sicherheitsrichtlinie Standards einzuhalten gilt. Keiner möchte zudem Opfer von Cyberangriffen werden, die leider auch im Gesundheitsbereich immer mehr zunehmen. Zusammen mit seinem Kooperationspartner im Versicherungsbereich auxmed hat der FVDZ exklusiv für seine Mitglieder eine Cyberschutzversicherung initiiert, die mit einem IT-Audit der Praxis kombiniert ist (Ansprechpartner Jan Siol, www.auxmed.de, Telefon: 05207/9512-20).

Bei der vom FVDZ initiierten DZG bekommen Sie zudem konkrete Hilfe bei der Umsetzung von Datenschutz und IT-Sicherheit auch im Hinblick auf die neue IT-Sicherheitsrichtlinie der KZBV (u. a. Verschlüsselung von Patientendaten, Datenschutz – und IT-Audit Ihrer Praxis). Für FVDZ-Mitglieder gibt es Sonderkonditionen (www.dzg-eg.de).

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2021

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2021

8.5.10. IT-Sicherheit in der Zahnarztpraxis

Die Sache von Glaube und Hoffnung

Nicht erst, seitdem die DSGVO in allen Köpfen mehr oder weniger Unsicherheit verbreitet hat, ist die Erkenntnis gereift, dass die Sicherheit der Patientendaten ein hohes Gut darstellt. Und das aus mindestens zwei Gründen.

Zum einen kann jeder Patient erwarten, dass seine Daten vor Missbrauch geschützt bei seinem Arzt verwaltet und verwendet werden. Zum anderen sind diese Daten die Geschäftsgrundlage der Praxis. Aus nicht nachvollziehbaren Gründen herrscht in vielen Praxen noch das unselige Zusammenspiel von Glaube und Hoffnung.

Der Glaube suggeriert, es wird schon nichts passieren. Die Hoffnung pflichtet bei: Wenn etwas passiert, wird es schon nicht so schlimm werden. Die Datensicherung wird es schon richten! Oft kommt es noch schlimmer.

Frage: Wer von Ihnen hat schon einmal testweise seine Datensicherung zurückgespielt, um zu verifizieren, dass dieser Prozess mit seinem Ergebnis auch wirklich funktioniert?

IT-Sicherheitslücken entdecken

Datenverluste sind häufig die Folge von ungeschützten Schnittstellen in IT-Systemen. Das betrifft allerdings nicht nur Schnittstellen nach »draußen«, wie Internet, gematik-Systeme, Vivy, E-Mails etc., sondern auch interne Schnittstellen, wie z. B. SD-Karten, USB-Sticks und -Laufwerke, CDs und andere Datenspeicher.

Neben den technischen Schnittstellen sollte man nicht die biologischen Schnittstellen, die Anwender, außer Acht lassen. Sie tragen maßgeblich dazu bei, dass Daten verschwinden, Datensätze gelöscht oder Informationen/Diagnosen falschen Patienten zugeordnet werden.

Technische Maßnahmen, Sicherheitslücken zu schließen, sind vor allem »Firewalls«, sie regeln den Zugriff auf das IT-System von außen und blocken unautorisierte Zugriffe ab. Vorausgesetzt, die Kommunikationsregeln sind korrekt konfiguriert.

Hacker

Die unkalkulierbarste Variante hinsichtlich der potenziellen Folgen ist immer noch der Angriff durch Hacker. Entweder ausgelöst durch einen externen Netzeinbruch oder eingeschleust über externe Datenträger, stellen sie mit das höchste Risiko dar. Hier nur kurz aufgezählt einige Beispiele, die Konsequenzen werden Ihnen selbst schnell klar werden:

- Ihre Daten werden verschlüsselt, damit Sie Erpressungsgelder zahlen sollen. Keine Daten, kein Praxisbetrieb.
- Ein Teil Ihrer Daten oder alle Daten werden gelöscht oder sonst wie unbrauchbar gemacht. Keine Daten, kein Praxisbetrieb. Kein funktionierendes Backup, auch kein Praxisbetrieb.
- Daten werden unbemerkt kopiert. Sie sind damit kompromittiert. Unter Umständen erpressbar. Ihre Patienten werden u. U. auch erpressbar, wenn der Arbeitgeber, Lebensversicherer o. a. zur Kenntnis gelangen, dass eine unheilbare Krankheit oder eine Krebsform vorliegt.
- Es könnte auch dem einen oder anderen nützen, mehr über Ihre Praxisabläufe, Patientenstamm, Umsätze etc. zu erfahren.

Scanner

Softwaretechnisch sind Virenscanner heute unverzichtbar, und zwar nicht nur auf dem Server, sondern auch auf jedem Arbeitsplatz. Sie sind auch in der Lage, die Ports für die systeminterne Kommunikation zu überwachen, durch die evtl. Schadsoftware eingeschleust, Daten illegal kopiert und versendet oder, evtl. viel schlimmer, Daten ohne das Wissen der Anwender verändert werden!

Alles im Griff …?

Insgesamt ist das ganze IT-Umfeld ein komplexes Konstrukt aus Hardware, Software und Regeln. Nur wenige IT-Betreiber dürften über die notwendigen Kompetenzen verfügen, um »alles im Griff« zu haben. Die Hauptkompetenzen liegen nun mal meistens auf medizinischem Gebiet. Es ist deshalb auch nichts Schlimmes, auf dem IT-Sektor vielleicht eher »kompetenzarm« zu sein. Wichtig ist jedoch, dass das oder die betreuenden IT-Unternehmen kompetente und zuverlässige Partner sind.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2019

IT-Auditing
Es ist aus diesem Grund ein sinnvolles Vorgehen, sich an dieser Stelle Entlastung zu schaffen und sein System von einem unabhängigen externen IT-Auditor auf Schwachstellen untersuchen zu lassen. Die alleinige Überprüfung durch das verpflichtete Systemhaus wird nicht zwingend System- oder Konfigurationsfehler zutage fördern, sind diese denn durch das Systemhaus verschuldet worden. Es gibt sicherlich hier Ausnahmen, verlassen würde ich mich nicht darauf. Ein externer IT-Auditor unterliegt auch nicht dem Gewohnheitsfilter, den der Betreiber oftmals nicht ablegen kann, wenn dieser direkt auf sein System schaut. Durch das planvolle Vorgehen im Audit werden zudem nicht nur die technischen Aspekte betrachtet, sondern in gleichem Maße auch die organisatorischen Maßnahmen mit einbezogen. Das Audit sollte nicht nur die Finger in die Wunde legen, sondern nach dessen Auswertung auch Maßnahmen vorschlagen, wie identifizierte Schwachstellen beseitigt werden können.

Erkannt hat das auch die Politik, die für IT-Audits Fördergelder zur Verfügung stellt, damit ein Anreiz für die IT-Betreiber gegeben ist, ihre IT sicherer zu gestalten.

Datensicherheit in Zahnarztpraxen
Wie oben schon erwähnt, ist das A und O für sichere IT-Systeme zuerst einmal deren Infrastruktur. Das betrifft sowohl die technische Stabilität aller involvierten Komponenten als auch die Abschottung gegen externe Angriffe.

Mindestens genauso wichtig ist es allerdings, dass im Falle von Betriebsstörungen aller Art gewährleistet ist, dass die Daten erhalten bleiben. Zumindest sollte es nur zu minimalen Datenverlusten bei einem System-Crash kommen. Denken Sie hierbei auch an die Möglichkeit eines Einbruchs, Feuers oder Überflutung der IT-Räumlichkeiten. Sicherheitskopien innerhalb der Praxisräume sind i. d. R. dann nicht mehr brauchbar.

Sofort lässt sich erkennen, wie wichtig aktuelle Datensicherungen sind, die zudem unbeschädigt außerhalb der Praxisräume aufbewahrt werden. Darüber hinaus sollten diese bei Bedarf dann auch funktionieren. Das ist nicht selbstverständlich und muss regelmäßig getestet werden, um nicht nur die emotionale Sicherheit zu haben, dass ein Recovery, Zurückspielen, auch tatsächlich den geplanten Zweck erfüllt.

Es gibt unterschiedlich komfortable und kostendifferenzierte Backup-Strategien, die einen längeren Totalausfall vermeiden. Ein Backup soll zum einen automatisch und unbegleitet ablaufen, zum anderen vollständig und fehlerfrei aufgezeichnet sein. Die Kosten hierfür sollen natürlich »relativ angemessen« sein. »Relativ« bedeutet hier auch in Gegenüberstellung des Aufwandes, ein System wieder in den Arbeitszustand zu versetzen. Jede Stunde, jeder Tag, an dem das IT-System nicht zur Verfügung steht, kostet Geld und Reputation. Es gibt also nicht ***die*** Backup-Lösung. Betrachtet werden muss immer die Gesamt-IT mit allen ihren Eigenheiten und Standorten.

IT-Versicherungen
Ein Totalausfall des IT-Systems hat schwerwiegende Konsequenzen für eine Praxis, auch haftungsrechtlich. Patientendaten sind nicht mehr verfügbar, damit ist auch keine sichere und verantwortliche Behandlung möglich. Vielleicht ist eine Patientengefährdung bei Zahnärzten nicht so sehr gegeben wie z. B. bei einem Pneumologen, der Image-Verlust einer 3-monatigen (oder länger!) Praxisunterbrechung ist immens. Das ist ungefähr die Zeitdauer, die es benötigt, ein sabotiertes (z. B. durch Hacker-Angriffe) oder einfach »nur« kollabiertes System wieder auf die elektronischen Beine zu stellen, wenn auch die Daten wieder restauriert werden müssen mangels vorhandener Backups.

Spezielle IT-/Cyber-Versicherungen sind inzwischen auf dem Markt verfügbar, um nicht nur ein neues Setup des Systems zu bezahlen, sondern auch die Einkommensausfälle zu kompensieren. Bedingung ist allerdings, dass Basis-Sicherheitskonzepte implementiert sind und keine leere »Sicherheitswüste« vorherrscht.

DSGVO
Und dann gibt es noch die seit dem 25. Mai 2018 europaweit verbindliche DSGVO. Die bis dahin laufende Übergangsfrist von zwei Jahren lief dann ab und die DSGVO wurde europaweit verpflichtend. Für kleinere Unternehmen ist es wichtig zu wissen, dass der Staat

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2019

inzwischen das Einsehen entwickelt hat, dass ein Datenschutzbeauftragter erst für Unternehmen verpflichtend ist, die mindestens **20** Mitarbeiter beschäftigen, die in irgendeiner Form mit IT und Daten zu tun haben.

Man mag über die DSGVO denken wie man möchte, sie hat das Nachdenken über das wertvolle persönliche Gut ***Daten*** in den Vordergrund gerückt. Datenmissbrauch ist kein Kavaliersdelikt, sondern eine Straftat, mehr oder minder schwer. Das Einhalten klarer Regeln im Umgang mit sensiblen Daten ist m. M. nach nicht verhandelbar. Vielleicht ist die DSGVO in einigen Punkten über das Ziel hinausgeschossen, doch die Sensibilisierung bei aktiv und passiv Betroffenen ist hierdurch stark gewachsen. Der Blick zu unseren transkontinentalen Nachbarn zeigt uns täglich, wie gefährlich ein zu lascher Umgang mit persönlichen Daten sein kann.

Der nächste Abschnitt zeigt ein Beispiel aus der Checkliste, wie sie typischerweise beim Audit Anwendung findet. Eine Übersicht der **T**echnischen und **O**rganisatorischen **M**aßnahmen (TOM), die u. a. geprüft werden, gibt einen Überblick über die behandelten Themenkreise.

Beispiel einer Checkliste aus einem IT-Audit zur DSGVO

Ein typisches Beispiel für das »Incident Response Management« zeigt die folgende kleine Checkliste. Neben den reinen technischen Maßnahmen werden ebenfalls auch die organisatorischen Maßnahmen abgefragt. Im Nachgang des Audits werden alle Tabellen ausgewertet. Anhand der Schwachstellen-Analyse werden dann Maßnahmen zu deren Behebung empfohlen und die damit verbundenen Risiken dargelegt, wenn die Maßnahmen nicht umgesetzt werden.

Technische Maßnahmen	Organisatorische Maßnahmen
☐ Einsatz von Firewall und regelmäßige Aktualisierung	☐ Dokumentierter Prozess zur Erkennung und Meldung von Sicherheitsvorfällen/Datenpannen (auch im Hinblick auf Meldepflicht gegenüber Aufsichtsbehörde)
☐ Regelmäßige Firmware-Updates von LAN-Komponenten (Router, Switches)	☐ Dokumentierte Vorgehensweise zum Umgang mit Sicherheitsvorfällen wird kurzfristig erstellt
☐ Einsatz von Virenscannern und deren regelmäßige Aktualisierung ☐ Server ☐ Arbeitsplätze	☐ Einbindung von DSB und ISB in Sicherheitsvorfälle und Datenpannen
☐ Aktuelle Updates (z. B. Microsoft) werden stets installiert	☐ Dokumentation von Sicherheitsvorfällen und Datenpannen z. B. via Ticketsystem
☐ Intrusion Prevention System (IPS)	☐ Formaler Prozess und Verantwortlichkeiten zur Nachbearbeitung von Sicherheitsvorfällen und Datenpannen
☐ Alarmierung bei entdecktem Einbruchversuch durch IPS oder Viren-Scanner o. ä.	☐ Die Erstellung einer Datenschutzfolgeabschätzung (DSFA) wurde erwogen und als nicht erforderlich angesehen.
☐	☐ Es besteht ein protokolliertes Patch-/Update-Management ☐ Zuständigkeit und Nachverfolgung sind gewährleistet

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2019

Themenkreise
Ein Ausschnitt der Audit-Überschriften zeigt den Rahmen der angesprochenen Themen. In Abhängigkeit der Relevanz bezüglich der gesetzlichen Vorschriften, Sicherheitsempfehlungen und Strategie, ein hoch verfügbares System zu erhalten (gemäß den Anforderungen der Praxis), stehen hinter den Überschriften z. T. sehr tiefgehende Fragenkomplexe. Denn nur so lassen sich Interdependenzen zwischen den unterschiedlichen Themenkreisen aufschlüsseln und eine Optimierung mit Blick auf das Audit-Ziel erarbeiten.

1. Vertraulichkeit gem. Art. 32 Abs. 1 lit. b DSGVO
1.1. Zutrittskontrolle
1.2. Zugangskontrolle
1.3. Zugriffskontrolle
1.4. Trennungskontrolle
1.5. Pseudonymisierung (Art. 32 Abs. 1 lit. a DSGVO; Art. 25 Abs. 1 DSGVO)
2. Integrität (Art. 32 Abs. 1 lit. b DSGVO)
2.1. Weitergabekontrolle
2.2. Eingabekontrolle
3. Verfügbarkeit und Belastbarkeit (Art. 32 Abs. 1 lit. b DSGVO)
3.1. Verfügbarkeitskontrolle
4. Verfahren zur regelmäßigen Überprüfung, Bewertung und Evaluierung
4.1. Datenschutz-Management
4.2. Incident Response Management
4.3. Datenschutzfreundliche Voreinstellungen (Art. 25 Abs. 2 DSGVO)
4.4. Auftragskontrolle (Outsourcing an Dritte)

Fazit
Ihr IT-System ist ***das*** Werkzeug, das Sie unterstützt, Ihren Patienten optimal zu helfen. Es ist aber auch ***das*** System, das Sie vor Regressen schützen kann und sicherstellt, dass Ihre erbrachten Leistungen auch abgerechnet werden können. Es ist aber auch ***das*** System, dem Ihre Patienten vertrauen können müssen. Behandeln Sie es gut und mit Weitsicht, dann wird es Sie auch unterstützen.

Doch muss jeder Betreiber wissen: Letztendlich ist er oder sie für die Einhaltung der DSGVO verantwortlich! Audits geben Hinweise auf technische oder organisatorische Schwachstellen. Ob nun die Hardware, Software, Prozesse oder die agierenden Personen durch ihr Verhalten betroffen sind: Die Verantwortung und Haftung für den (daten-)sicheren Umgang mit dem IT-System liegen alleine beim Betreiber der Systeme.

Der Abschluss einer angepassten IT-/Cyber-Versicherung kann in dieser Hinsicht viele Sorgen nehmen.

Dipl.-Ing. Elmar Niebling

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2019

8.6. Gewerberecht in der zahnärztlichen Praxis – »Die auslegepflichtigen Praxisvorschriften«

Jeder Praxisinhaber ist verpflichtet, bestimmte gesetzliche Bestimmungen seinen Mitarbeitern zugänglich zu machen – die sogenannten »auslegepflichtigen Praxisvorschriften«. In einzelnen Gesetzen ist die »Auslagepflicht« ausdrücklich festgehalten. Dabei handelt es sich, soweit für die zahnärztliche Praxis relevant, um folgende Bestimmungen:

– Arbeitszeitgesetz (ArbZG, vgl. § 16 Abs.1)

– Gesetz zum Schutze der arbeitenden Jugend (Jugendarbeitsschutzgesetz – JarbSchG, vgl. § 47, bei Beschäftigung Jugendlicher)

– Gesetz zum Schutze der erwerbstätigen Mutter (Mutterschutzgesetz – MuSchG, vgl. § 18)

– Gesetz zum Schutz der Beschäftigten vor sexueller Belästigung am Arbeitsplatz (Beschäftigtenschutzgesetz – BeschSG, vgl. § 7)

– Verordnung über den Schutz vor Schäden durch Röntgenstrahlung (Röntgenverordnung – RöV, vgl. § 18)

– Verordnung über den Schutz vor Schäden durch ionisierende Strahlen (Strahlenschutzverordnung – StrlSchV, vgl. § 35)

– Verschiedene Gleichberechtigungsvorschriften (in Betrieben mit in der Regel mehr als 5 Mitarbeitern aushangpflichtig aufgrund Art. 2 des Gesetzes über die Gleichbehandlung von Männern und Frauen am Arbeitsplatz und über die Erhaltung von Ansprüchen bei Betriebsübergang, ArbREGAnpG): §§ 611a, 611b, 612 Abs. 3, 612a Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) sowie § 61b Arbeitsgerichtsgesetz (ArbGG)

– Unfallverhütungsvorschriften der Berufsgenossenschaften (Unterrichtungspflicht des Arbeitgebers über Inhalt der Vorschriften, vgl. § 15 SGB VII, zuständige Berufsgenossenschaft und deren für Entschädigungen zuständige Geschäftsstelle, vgl. § 138 SGB VII)

Andere Gesetze und Rechtsverordnungen beinhalten in der ärztlichen Praxis verpflichtend anwendbare Schutz- und Sorgfaltsbestimmungen und müssen deshalb dem Praxisinhaber bekannt sein und von ihm beachtet werden.

Die kompletten auslegepflichtigen Praxisvorschriften erhalten Sie als gebundene Ausgabe im Buchhandel. (»Die auslegepflichtigen Praxisvorschriften« von Wolf. M. Nentwig und C. Pfisterer, Verlag Kirchheim und Co GmbH, EUR 23,00).

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

8.7. Liberalisierung des zahnärztlichen Werberechts

Bis noch vor wenigen Jahren war Zahnärztinnen und Zahnärzten praktisch jegliche Außendarstellung versagt. Lediglich zu bestimmten Anlässen war es nach den einschlägigen Berufsordnungen möglich, auf die Zahnarztpraxis hinzuweisen (z. B. bei der Niederlassung, bei einem Umzug oder Urlaub). Lediglich Kliniken hatten ein so genanntes Werbeprivileg und konnten in beschränktem Umfang für ihre Leistungen in der Öffentlichkeit, z. B. in Form von Zeitungsanzeigen werben.

Diese Situation hat sich mit einem Wandel der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichtes einschneidend verändert. Das Bundesverfassungsgericht geht von einem liberalen Ansatz aus, der zu einer deutlichen Lockerung der früher sehr stringenten berufsrechtlichen Regelungen führt. In Anbetracht der Berufsausübungsfreiheit der Freiberufler und des Bedürfnis des Patienten sich zu informieren, wird es Ärzten und Zahnärzten zwischenzeitlich gestattet, in offensiverer Weise über ihre Praxis und ihr Leistungsspektrum zu informieren. Nach wie vor ist aber eine »marktschreierische Werbung« verboten, da sie nicht im Sinne des Verbrauchers ist und diesen nicht informiert, sondern zur Desinformation führt.

Nach dem Wandel der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts sehen mittlerweile auch die Gerichte der Verwaltungs- und Zivilgerichtsbarkeit die ursprünglich sehr strengen Berufsregelungen deutlich liberaler. Dies führt im Ergebnis dazu, dass die Berufsordnungen zum Teil deutlich angepasst wurden, wobei dieser Prozess aber noch nicht abgeschlossen ist.

Nachfolgend wird ein kurzer Überblick über die aktuelle Rechtsprechung zum ärztlichen und zahnärztlichen Werberecht gegeben.

⇨ **Logoverwendung**

- Urteil OLG München vom 04.02.1999 (AZ 6 U 1845/98) Logo (Zahn mit Wurzel) auf Briefkuverts und Briefbögen zulässig. Bezug auf Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 24.07.1997, wonach ein Notar seine Briefbögen farblich und graphisch gestalten darf.

⇨ **Wartezimmer/Auslegen von Informationen**

- Verwaltungsgericht Münster (AZ 6 K 3821/97): Video (Leistungen der Praxis) mit Werbung und Angabe von Sponsoren unzulässig. Besonderes Patientenvertrauen in Arzt würde missbraucht (Bank- und Versicherungswerbung).

- Entscheidung des Bundesverfassungsgericht vom 04.07.2000 (AZ 1 BvR 547/99). Auslegen eines farbigen Faltblattes über Technik und Ablauf von Implantatbehandlungen in Zahnklinken zulässig. Aufgehoben wurde das Urteil des BGH vom 26.11.1999 (AZ I ZR 179/96), da es auf einer »grundsätzlich unrichtigen Anschauung von der Bedeutung der Berufsfreiheit des Artikels 12 Abs. 1 Grundgesetz beruhe«. An einer sachlich zutreffenden und dem Laien verständlichen Informationswerbung über die relativ neue Behandlungsmethode bestehe ein Allgemeininteresse.

⇨ **Anzeigenwerbung**

- BGH entschied noch 1997 (AZ I ZR 269/97), dass Werbung eines Zahnarztes in einer bundesweiten Publikumszeitschrift (Autozeitschrift) unzulässig ist, da sie reklamehaft und nicht mit dem berufsrechtlichen Werbeverbot vereinbar sei.

- Das Bundesverfassungsgericht hat mit Urteil vom 18.02.2002 (AZ 1 BvR 1644/01) entschieden, dass das in den Berufsordnungen festgelegte Gebot nur aus bestimmten Anlässen und in engen Grenzen, Anzeigen schalten zu können, zu restriktiv und verfassungswidrig ist. Es müsse vielmehr ermöglicht werden, dass auch in sonstigen Medien ohne einen bestimmten Anlass informiert werden kann, wobei explizite Beispiele genannt werden:
  - Zum Beispiel Mitteilungen im Rundfunk
  - Persönliche Schreiben
  - Zudem sei es unzulässig, die Größe und Häufigkeit von Anzeigen in Berufsordnungen zu limitieren. Dies sei regelmäßig zu restriktiv.

⇨ **Briefbögen**

- Auf Briefbögen der Praxis können individuelle Logos angebracht werden. Möglich ist es nach der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes vom 23.07.2001 (AZ 1 BvR 873/00) zudem, auf dem Briefbogen und auch auf dem Praxisschild auf Tätigkeitsschwerpunkte (in diesem Fall Implantologie) hinzuweisen.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

- Nach einer Entscheidung des Landgerichts Hamburg vom 12.06.2001 ist allerdings der Hinweis auf eine ISO-Zertifizierung (ISO 9001) auf Briefbögen eine unzulässige Werbung, da kein berechtigtes Informationsinteresse des Patienten für eine derartige den organisatorischen Ablauf der Praxis betreffende Zertifizierung besteht. Hier würde bei dem Patienten ein Irrtum hervorgerufen, der er die Zertifizierung unter Umständen als ärztliche Qualifikation wahrnimmt.

⇨ **Internet-Auftritt**

- Urteil des Oberlandesgerichts Koblenz vom 13.02.1997 (Fall Vorbeck).
  In diesem Verfahren wurde von den Richtern festgeschrieben, dass sachliche Information im Internet zulässig ist. Eine Absage wurde aber an begleitende Werbemaßnahmen (zum Beispiel Gewinnspiele) erteilt.

- BGH-Urteil vom 09.10.2003 (AZ I ZR 167/01). Hiernach kann ein Zahnarzt zulässig die Schwerpunkte Prophylaxe, Implantatbehandlung, ästhetische Zahnheilkunde darstellen und im Internet-Auftritt erläutern. Es sei interessengerecht und sachangemessen, über die praktizierten Verfahren zu informieren, auch wenn diese auch von anderen Zahnärzten angewandt werden. Zudem müsse sich im Rahmen der Internetdarstellung (passive Darstellungsform) der Zahnarzt nicht nur auf nüchterne Fakten beschränken. Deshalb sei auch eine Sympathie-Werbung möglich (u. a. Einstellung der Urkunde über die Mitgliedschaft in der Gesellschaft für Ästhetische Zahnheilkunde).

- Mit Beschluss vom 26.08.2003 (AZ 1 BvR 1003/02) hat das Bundesverfassungsgericht darüber hinaus entschieden, dass es für einen Zahnarzt möglich ist, im Internet u. a. darzustellen:
  - beruflichen Werdegang
  - Praxiserfahrung
  - Sprache des einheimischen Dialektes
  - private Hobbys
  - Hinweis, dass ein Partner der Praxis ledig ist.

  Es gebe zwar keinen Sachzusammenhang bei dieser Darstellung mit der beruflichen Tätigkeit und Qualifikation. Gleichwohl sei aber nicht ersichtlich, welche Gemeinwohlbelange durch eine entsprechende Information berührt wären, die ein Verbot rechtfertigen würden.
  In der Entscheidung wurde es darüber hinaus für zulässig erachtet, dass der Zahnarzt in den Gelben Seiten unter der Rubrik »Zahnärzte Implantologie« aufgeführt wird.

⇨ **Angabe von Tätigkeitsschwerpunkten auf Praxisschildern**

- Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes vom 23.07.2001 (AZ 1 BvR 873/00) zur Angabe von Tätigkeitsschwerpunkten auf Praxisschildern und Briefbögen. Hiernach kann ein Zahnarzt beispielsweise auf den Tätigkeitsschwerpunkt »Implantologie« hinweisen.

- Beschluss des Bundesverwaltungsgerichtes vom 04.09.2003 in Sachen »Zulässigkeit Tätigkeitsschwerpunkt Kieferorthopädie und Oralchirurgie«. Nach Auffassung des Bundesverwaltungsgerichtes wären durch eine solche Bezeichnung die Rechte der Fachzahnärzte (Kieferorthopäden, Oralchirurgen und MKG-Chirurgen) nicht tangiert. Für den Patienten ergebe sich auf Grund der Bezeichnung »Fachzahnarzt« keine Verwechslungsgefahr zu dem Begriff »Tätigkeitsschwerpunkt Kieferorthopädie und Oralchirurgie«. Bestätigt wurde die Entscheidung des VGH Baden-Württemberg vom 17.12.2002.

- Urteil des Oberverwaltungsgerichtes Schleswig-Holstein vom 22.08.2003 (AZ 3 KN 1/02). Das OVG Schleswig-Holstein hat entschieden, dass die Tätigkeitsschwerpunkte Kieferorthopädie und Oralchirurgie von einem Zahnarzt geführt werden können. Die Rechte der Fachzahnärzte in diesem Bereich wären hierdurch nicht tangiert. Wettbewerb müsse hingenommen werden.

- Urteil des OLG Schleswig-Holstein vom 10.09.2002 (AZ 6 U 20/02). Nach dieser Entscheidung dürfen Zahnärzte werbemäßig darstellen, in welchem Bereich sie schwerpunktmäßig tätig sind (z. B. im Bereich Kfo). Im konkreten Fall wurde aber die Darstellung des Tätigkeitsschwerpunktes auf dem Praxisschild beanstandet (der Begriff Kfo sehr groß geschrieben und der Hinweis auf den Tätigkeitsschwerpunkt sehr klein). Interessant war darüber hinaus, dass das OLG Schleswig-Holstein anführte,

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

dass der Zahnarzt im Bereich Kfo nachhaltig tätig sein müsse (nach Auffassung des Gerichtes mehr als ein Jahr mit einem Anteil an Kfo-Behandlungen von mindestens 50 %).

⇨ **Angabe »Spezialist für …«**

- Das Bundesverfassungsgericht (AZ 1 BvR 1147/00) hat auch darüber entschieden, ob sich ein Arzt »Spezialist« nennen darf. In dem konkreten Fall wurde es für zulässig erachtet, dass sich ein Arzt »Spezialist für Knie- bzw. Wirbelsäulen-Operationen« nennt. Dies sei zulässig und entspreche dem Informationsbedürfnis von Patienten. Hierin liege keine unzulässige Werbung und kein Verstoß gegen das Wettbewerbsrecht. Auch in Praxisbroschüren und Anzeigen sei dies möglich (sofern keine Verwirrung gestiftet wird). Der Slogan »Vorsprung durch Spezialisierung« sei nicht zu beanstanden.

⇨ **Praxisschild**

- Nach einer Entscheidung des OVG Rheinland-Pfalz vom 17.04.2003 (LBHG A 11762/02) kann eine Praxis eine große Säule (2,40 m hoch) vor dem Praxisgebäude anbringen (Angaben u. a. Namen der Praxisinhaber, angewandte Verfahren, technische Ausstattung). Die Benutzung bestimmter Informationsträger sei nicht per se unzulässig, weil sie über Form und Inhalt der Berufsordnung hinausgehen. Nur berufswidrige Werbung sei verboten, was nicht der Fall wäre.

- Nach einer Entscheidung des Landesberufsgerichts Rheinland-Pfalz vom 23.09.1998 (LBGH A 10744/98) ist die Begrenzung auf zwei Praxisschilder unverhältnismäßig, wenn mehrere Schilder für die Information der Patienten erforderlich sind.

⇨ **Zahnarzt-Such-Service**

Nach einer Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes vom 18.10.2001 (AZ 1 BvR 881/00) ist die Einrichtung einer Datenbank zur Zahnarztsuche möglich (monatliche Kosten 7,50, Angabe besondere Qualifikation und Tätigkeitsgebiete sowie Infos zur Praxisausstattung). Ein sachliches Bedürfnis, über Spezialisten informiert zu werden, bestünde. Nicht zulässig wären aber nachweisbar falsche Angaben.

⇨ **Interviews**

- Urteil des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte vom 17.10.2002. Werbebeschränkungen in den Freien Berufen verstoßen gegen die Europäische Menschenrechtskonvention (Augenarzt wurde in der Schwäbischen Zeitung über seine Verfahren und Erfolgsquoten interviewt. Bußgeld war unzulässig. Artikel hatte zwar Werbeeffekt, diente aber zur zulässigen sachlichen Information über Laserbehandlungen).

- Die Namensnennung mit Bild in einem Zeitungsartikel ist nach einer Entscheidung des Berufsgerichtes für Heilberufe in Baden-Württemberg zulässig (05.03.2002), wenn sachliche Informationen im Vordergrund stehen (Schmerztherapie).

⇨ **Klinik-Werbung**

- Werbung eines Institutes für Orale Implantologie und Ästhetische Zahnheilkunde nach einer Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes vom 26.09.2003 (1 BvR 1608/02) kontra BGH zulässig. Äußerungen wie »langjährige Erfahrungen« und »umfassende Komplettbehandlung auf Wunsch unter Vollnarkose« in Anzeigen seien nicht zu beanstanden, da keine Gemeinwohl-Belange tangiert seien.

- Nach einer Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes (AZ 1 BvR 2115/02) können Kliniken auch im Internet mit dem Slogan werben »Was wir für Sie tun können, hängt von dem ab, was Sie haben.«

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

8.7.1. Die Praxishomepage – Vorsicht Falle

Zunehmende Bedeutung des Internets

Das Internet ist das Informationsmedium der Zukunft. Zahlreiche deutsche und internationale Studien belegen dies. Die Zahl der Internetnutzer steigt nahezu täglich. Laut einer Studie der European Information Technology Observatory (EITO) nutzen in der EU mit 500 Millionen Menschen mehr als die Hälfte aller EU-Bürger regelmäßig das Internet. In Deutschland verfügen sogar ca. 68 % der Erwachsenen über einen Internetanschluss; bei den Jugendlichen zwischen 10 und 13 Jahren sind es sogar mehr als 80 %, die das Internet täglich zur Informationsgewinnung nutzen. Wen wundert es da, dass bereits heute viele Internetnutzer das Netz auch als »Gesundheitsinformationsmedium« erkannt haben. Erst kürzlich titelte das Handelsblatt *»Erst ins Internet, dann zum Arzt«*. Den Arztbesuch flankierende Informationsbemühungen der Patienten sind damit heute bereits vielfach gängige Praxis: Jeweils knapp 40 % der Bundesbürger informieren sich vor oder nach Arztbesuchen über Krankheitsbilder, Behandlungsmöglichkeiten oder Medikamente, um auf Arztgespräche besser vorbereitet zu sein bzw. die Aussagen des Arztes zu überprüfen. Dementsprechend setzen auch Ärzte und Kliniken verstärkt auf das Online-Marketing. Nach den Ergebnissen der Studie »Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit« verfügen 63 % aller Ärzte und Zahnärzte in Deutschland über eine eigene Homepage. Zu ähnlichen Ergebnissen gelangt die EU-Kommission.

Internetauftritt sorgfältig vorbereiten

Wie aber gestaltet der Zahnarzt seinen Internetauftritt sinnvoll? Empfiehlt es sich der »eigenen Kreativität« freien Lauf zu lassen, oder sollte zuvor doch professioneller Rat eingeholt werden? Diese Frage ist eindeutig im letzteren Sinne zu beantworten. Denn wer glaubt, er könne seinen Internetauftritt selber realisieren und sich als Hobbyprogrammierer betätigen, handelt sich in den meisten Fällen eine Menge Ärger ein. Nicht nur, dass die selbst programmierte Homepage oft nicht stabil läuft und auf den Patienten damit einen eher abschreckenden Eindruck erweckt. Auch in der Beurteilung der rechtlichen Zulässigkeit vieler Darstellungen stößt der Zahnarzt oft an seine Grenzen oder noch schlimmer, er bemerkt nicht, dass er die Grenze des rechtlich Zulässigen bereits überschritten hat. Zugestanden, in der virtuellen Welt ist vieles möglich, aber nicht alles hiervon ist auch rechtlich zulässig. Was der Zahnarzt bei der Homepagegestaltung zu beachten hat, verrät dieser Beitrag.

Die richtige Internetdomain finden

Schon die Suche nach einem passenden Domainnamen bereitet in der Praxis mitunter Schwierigkeiten.

Werbeverbot

§ 21 der Musterberufsordnung der Bundeszahnärztekammer (MBO-Z), der in allen Landesberufsordnungen nahezu wortgleich übernommen wurde, regelt das Verbot der sogenannten berufswidrigen Werbung. Zweck dieser Regelung ist die Gewährleistung des Patientenschutzes durch sachgerechte und angemessene Information und die Vermeidung einer dem Selbstverständnis des Zahnarztes zuwiderlaufenden Kommerzialisierung des Zahnarztberufs. Unter berufswidriger Werbung versteht man insbesondere anpreisende, irreführende oder vergleichende Werbung. Diese Werbeformen sind der gewerblichen Wirtschaft vorbehalten und stehen dem Zahnarzt bereits deshalb nicht offen, weil dieser – entgegen den Gepflogenheiten in der Wirtschaft – sein Handeln allein am Wohl seiner Patienten und nicht etwa an ökonomischen Erfolgskriterien auszurichten hat.

Kein reißerischer Domainname

Dieser Grundsatz ist bei allem ärztlichen Handeln zu berücksichtigen, mithin auch dann, wenn der Zahnarzt »nur« einen Domainnamen, also seine »WWW-Anschrift« im Netz, bestimmt. Bereits die Verwendung eines Domainnamens im Zusammenhang mit dem beruflichen Internetauftritt des Zahnarztes ist daher *Werbung*. Was als schlagkräftiger Domainna-

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

me besonders hohe Zugriffszahlen verspricht, kann berufsrechtlich bereits unzulässig sein. In der Rechtsprechung finden sich zu der Problematik der berufsrechtswidrigen Domainregistrierung nur einige wenige Fälle. Diese geben jedoch hinreichend Aufschluss darüber, wo die Grenzen der Wahlfreiheit in Bezug auf Domainnamen zu ziehen sind.

Domain krebswunderheilung.de
In einem vor dem Oberverwaltungsgericht (OVG) Berlin-Brandenburg verhandelten Fall, hatte sich ein Arzt beispielsweise die Internetdomain »krebswunderheilung.de« für die Präsentation seiner Arztpraxis im WordWideWeb registrieren lassen und war daraufhin – wen wundert es – prompt in das Blickfeld der zuständigen Ärztekammer geraten. Gericht und Kammer sahen den gewählten Domainnamen als berufswidrig an. Denn der Arzt warb hier für seine Praxis mit dem Begriff »*Wunderheilung*« und setzte seine Tätigkeit dadurch in Beziehung zum Übernatürlichen und rational nicht Fassbaren. Dies aber stellte ein besonders aufdringliches und sensationelles Herausstellen der eigenen Leistung dar, das mit einer interessengerechten und sachangemessenen Information der Patienten über die in einer ärztlichen Praxis angebotenen Behandlungsmethoden nichts mehr zu tun hatte.

Luxusbezug und Superlative fehl am Platz
Auf ähnliche Bedenken stieß die Registrierung der Internetdomain »villavitalis.de« für eine gynäkologische Arztpraxis. Obwohl die Internetdomain nach wie vor im Einsatz ist, hatten die Richter des Landgerichts München I erhebliche Bedenken gegen diese Namensgebung. Sie wecke – so die Richter – Assoziationen an eine Art »Jungbrunnen« in luxuriösem Ambiente und sei daher eher einem Wellnesshotel als einer Arztpraxis zuzuordnen. Kurz gesagt, dem Arzt ist generell davon abzuraten, einen Superlativ in seinen Domainnamen mit aufzunehmen. Adressierungen wie »bester-internist.de«, »spitzenpraxis.de«, »idealerbehandlungserfolg.de«, »bestmöglicheheilung.de« usw. sind im Lichte der zitierten Rechtsprechung unzulässig!

Bezeichnung Spezialist
Anderes gilt hingegen für den Zusatz »Spezialist«. So wurde die Registrierung der Internetdomain »kniespezialist.de« durch einen Arzt bereits als grundsätzlich zulässig angesehen. Auf den ersten Blick mag dies verwundern, doch findet sich hierfür eine einleuchtende Begründung: Die Bezeichnung »Spezialist« stellt nämlich – anders als die Verwendung von reißerischen Superlativen – eine interessengerechte und sachangemessene Information dar. Ein Zahnarzt, der sich als Spezialist im Internet zu erkennen gibt, verdeutlicht lediglich, dass er in einem bestimmten Behandlungsspektrum, das möglicherweise auch andere Kollegen beherrschen, über eine ihn auszeichnende besondere Erfahrung verfügt, weil er sich diesem Teilbereich besonders intensiv – praktisch ausschließlich – gewidmet hat. Diese besondere Qualifikation hilft auch den Rat suchenden Patienten, die so erfahren können, welche Zahnärzte über solche vertieften Erfahrungen auf einem bestimmten Teilgebiet verfügen. Zu beachten ist jedoch, dass zahnärztliche Werbung nicht irreführend sein darf (§ 21 Abs. 1 MBO-Z), was insbesondere dann anzunehmen sein wird, wenn der Zahnarzt die von der »Spezialisierung« umfassten Tätigkeiten nur gelegentlich ausübt und deshalb nicht über die dem Begriff immanente besondere Erfahrung verfügen kann. Insbesondere jüngeren Zahnärzten ist daher von der Verwendung derartiger Bezeichnungen abzuraten.

Vorsicht bei Alleinstellungsbehauptungen

Neben dem Standesrecht, haben Zahnärzte, die eine Domain registrieren wollen, die Bestimmungen des Wettbewerbsrechts, insbesondere die Vorgaben des sog. Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG), zu beachten. Immer wieder massive Probleme bereitet dabei die Registrierung sog. Gattungsdomains (bspw. »arzt.de«). Im Internet gilt der Grundsatz »first come first serve« mehr als in allen anderen Gebieten des täglichen Lebens. Der Vorteil, der demjenigen gegenüber seinen Wettbewerbern zukommt, der als erster die Registrierung eines beschreibenden Domainnamens vornimmt, kann daher grundsätzlich noch nicht als unlauter angesehen werden. Dennoch kommt es auch hier im Einzelfall zu Problemen.

Vorsicht bei geografischen Zusätzen
In der Rechtsprechung wird dabei vor allem das Irreführungspotenzial von geografischen Zusätzen bei Berufs- oder beruflichen Tätigkeitsbezeichnungen bislang noch nicht eindeutig beurteilt. Ist die Verwendung des Domainnamens »internist-bonn.de« oder

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

»allgemeinarzt-muenchen.de« usw. rechtlich zulässig? Einige Gerichte, unter ihnen das OLG Hamm verneinen dies und stellen heraus, dass derartige Domainnamen deshalb irreführend seien, weil eine Bezeichnung wie bspw. »internist-bonn.de« den Eindruck erwecke, dass es sich bei dem hier zu findenden Internetangebot um das Angebot **des** Internisten Bonns handele. Andere Gerichte, unter ihnen das Landgericht Duisburg, erachten die Registrierung derartiger Domainnamen hingegen als zulässig. Denn der durchschnittlich informierte und verständigen Internetnutzer, dem die Verwendung einer Suchmaschine zu lästig ist und der stattdessen direkt einen Gattungsbegriff als Internetadresse eingibt, sei sich darüber bewusst, dass er auf diese Weise nicht zwingend den einzigen Internisten in Bonn findet. Die letztere Ansicht scheint einleuchtend. Denn in Zeiten, in denen der Internetnutzer »googelt« um bestimmte Informationen zu erhalten, wird er sich kaum darauf verlassen, durch die direkte Eingabe eines Domainnamens gleich das für ihn passende Angebot zu finden. Es bleibt aber abzuwarten, wie die Gerichte hierzu in Zukunft Stellung beziehen. Bis dahin ist die Verwendung geografischer Zusätze in Internetdomains zumindest riskant.

Mögliche Inhalte einer Praxishomepage

Hat der Zahnarzt die Hürde der Domainregistrierung erfolgreich genommen, stellt sich für ihn die Frage, mit welchen Inhalten die registrierte Domain gefüllt werden darf. Auch hier setzen sowohl das zahnärztliche Berufsrecht als auch zahlreiche Spezialgesetze dem zahnärztlichen Handeln Grenzen.

Wer bin ich? – Anbieterkennzeichnung

Einer der häufigsten Fehler, der auf zahnärztlichen Homepages zu verzeichnen ist, ist die fehlende oder unzureichende Anbieterkennzeichnung. Diese besondere Informationspflicht ist nach §§ 1, 5 Telemediengesetz (TMG) für alle Anbieter elektronischer Informations- und Kommunikationsdienste vorgeschrieben. Nach § 5 TMG hat der Zahnarzt als Homepagebetreiber bestimmte Informationen (Anbieterkennzeichnung) leicht erkennbar, unmittelbar erreichbar und ständig verfügbar zu halten. Hierfür ist sicherzustellen, dass der Nutzer/Patient die Anbieterkennzeichnung ohne großen Aufwand von jeder Unterseite des Webangebotes – beispielsweise mittels eines ständig verfügbaren Links – erreichen kann. Im Internet hat sich zur Bezeichnung dieser Informationen die Linkbezeichnung »Impressum« eingebürgert. Aber auch andere Begriffe, wie Anbieterkennzeichnung oder Kontakt dürften zulässig sein. Gleich welchen Namen der Zahnarzt dem Link auf die Informationen nach § 5 TMG gibt, hat er hier in jedem Fall eine Vielzahl bestimmter Informationen vorzuhalten. Hierzu gehört, neben seinem Namen und der Anschrift unter der er niedergelassen ist, auch die Angabe einer E-Mail-Adresse. Viele Zahnärzte sehen aus Praktikabilitätsgründen von der Angabe einer solchen ab, weil sie befürchten, Patienten könnten die E-Mail-Adresse zur Kontaktaufnahme und zur »schnellen Gesundheitsanfrage« verwenden. Die Angst, der vermeintlichen »Flut« derartiger Anfragen nicht mehr nachkommen zu können und durch Studieren eines übervollen Postfachs viel Zeit zu verlieren, wiegt hier – das zeigt die Beratungspraxis – auf den ersten Blick höher, als die Berücksichtigung gesetzlicher Vorgaben. Meine Patienten können mich doch jederzeit telefonisch erreichen, in der Praxis aufsuchen oder mir ein Fax schicken, sind klassische Einwände. Mögen die Gerichte auf diesen Einwand hin in der Vergangenheit noch das ein oder andere Mal unter Verweis auf die sog. Bagatellklausel (§ 3 UWG) »ein Auge zugedrückt« haben, zeichnet sich doch nunmehr eine strengere Handhabung bei den Gerichten ab. Denn seit Anfang dieses Jahres sind bei Verstößen gegen die vom Telemediengesetz vorgeschriebene Impressumpflicht nicht nur deutsche Vorschriften, sondern auch EU-Richtlinien zu beachten. Hiernach aber muss das Impressum europaweit einheitlich die gleichen Anforderungen enthalten. Abweichungen hiervon sind nicht (mehr) zu rechtfertigen. Unterlässt der Zahnarzt die Angaben oder sind diese nicht richtig oder unvollständig läuft er also zukünftig – mehr als in der Vergangenheit – Gefahr, dass er als Betreiber einer Homepage abgemahnt und auf Unterlassung in Anspruch genommen werden kann. Geschäftstüchtige Anwälte und Vereine haben sich bereits darauf spezialisiert, solche Schwächen aufzuspüren und abzumahnen. Ist die Abmahnung berechtigt, können erhebliche Anwaltshonorare zur Zahlung fällig werden. Grund genug, die eigene Homepage noch einmal kritisch unter die Lupe zu nehmen!

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

Was biete ich/ bietet meine Praxis?

Die Homepage bietet den Vorteil, dass der Zahnarzt seine Praxis vorstellen und Besonderheiten hervorheben kann. Der durchschnittliche Internetnutzer entscheidet binnen kurzer Zeit darüber, ob er auf den Internetseiten eines Angebotes verbleibt oder das Weite sucht. Der Zahnarzt sollte diese Erkenntnis nutzen und eine optisch wie inhaltlich klar strukturierte Internetseite bereithalten, die es dem Patienten leicht machet, sich einen guten Überblick über den Praxisinhaber und seine Leistungen zu verschaffen. Hier sind dem Zahnarzt nur wenige Grenzen gesetzt:

Bilder	
– *Sind für alle verwendeten urheberrechtlich geschützten Werke (Texte, Bilder, Musik etc.) die erforderlichen Nutzungsrechte erworben worden?*	*Hier droht die Gefahr der Abmahnung*
– *Werden die Namen der Urheber angegeben?*	*Sonst Verstoß gegen das Urheberrecht*
– *Keine Abbildung in Berufskleidung*	*Verboten nach § 11 Abs. 1 Nr. 4 Heilmittelwerbegesetz (HWG)*
– *Keine Vorher-/Nachherbilder von Behandlungen*	*Verboten nach § 11 Abs. 1 Nr. 5 HWG*
Nützliche Informationen	
– *Informationen über medizinische akademische Grade*	*Dr. med. oder Prof.*
– *Bezeichnungen nach der Weiterbildungsordnung*	*Facharzttitel, Zusatzbezeichnungen*
– *Ankündigung von Berufsausübungsgemeinschaften und sonstigen Kooperationen*	*Gemeinschaftspraxis, Teilgemeinschaftspraxis etc.; oder weitere Praxissitze*
– *Informationen über Zertifikate der Ärztekammern*	*z. B. Ernährungsmedizin*
– *Qualifikationen, die nach den Vorschriften des SGB V erworben worden sind*	*z. B. Kernspintomographie*
– *spezifische Abrechnungsberechtigungen der Kassenärztlichen Vereinigung*	*z. B. Hausarzt*
– *durch andere Behörden verliehene Qualifikationen*	*z. B. Fliegerarzt, Betriebsarzt usw.*
– *organisatorische Hinweise*	*Erreichbarkeit außerhalb der Sprechstunde; Praxislage; Erreichbarkeit mit öffentl. Verkehrsmitteln; Vorhandensein von Parkplätzen;*
– *besondere Leistungsangebote, wie z. B. Laserbehandlung, Narbenbeseitigung usw.*	– *Sind auf maximal drei Angebote beschränkt* – *Dürfen nur angekündigt werden, wenn sie mit dem Zusatz »besonderes Leistungsangebot nach eigenen Angaben« gekennzeichnet werden.* – *(!) Zusätzlich ist darauf zu achten, dass nicht versehentlich für verschreibungspflichtige Arzneimittel geworben wird (Stichwort: Botox-Behandlung).*
– *Vorsicht bei der Veröffentlichung einer Publikationsliste*	*es kann nach §§ 6, 11 Abs. 1 Nr. 1 HWG unzulässig sein, außerhalb der Fachkreise für Behandlungen mit wissenschaftlichen oder fachlichen Veröffentlichungen sowie mit Hinweisen darauf zu werben*

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

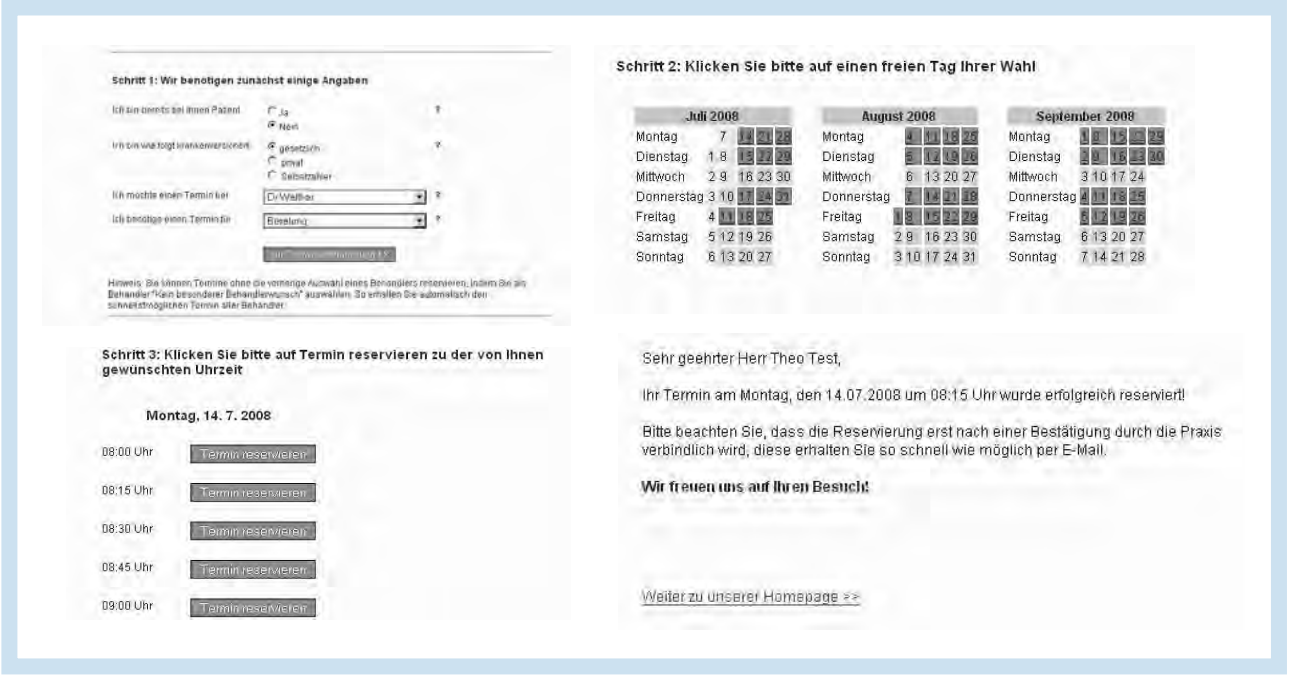
Wer ist der Nutzer? – Vorsicht bei der Speicherung von Daten

Gemäß § 13 Abs. 1 TMG hat der Zahnarzt den Nutzer zu Beginn des Nutzungsvorgangs über Art, Umfang und Zwecke der Erhebung und Verwendung personenbezogener Daten in allgemein verständlicher Form zu unterrichten, sofern eine solche Unterrichtung nicht bereits erfolgt ist. Zudem hat der Nutzer in die Erhebung und Verwendung dieser Daten einzuwilligen (§ 13 Abs. 2 TMG). Die Einwilligung hat dabei »bewusst« und »eindeutig« zu erfolgen, so dass Sätze wie »Mit der Speicherung der genannten Daten bin ich einverstanden« nur dann ausreichend sind, wenn der Nutzer zugleich aufgefordert wird, diese »Erklärung« beispielsweise durch das Setzen eines entsprechenden Häkchens zu bestätigen oder aber wahlweise das Internetangebot ohne Datenspeicherung wieder zu verlassen. Auch wenn man nun meinen mag, dass auf der eigenen Homepage keine Nutzerdaten erhoben werden, stellt sich die Erhebung personenbezogener Daten doch eher als Regelfall als als Ausnahme dar: So erhebt der Betreiber einer Webseite in aller Regel schon in dem Moment personenbezogene Daten seiner Besucher, in dem er seine Seite online stellt. Denn meist werden beim Betrieb einer Internetseite schon serverseitig in den Logfiles eine Reihe von Daten, insbesondere die IP-Adressen (Kennzeichnungen der Rechner, die auf die Seite zugreifen) der Nutzer erfasst. Diese sind personenbezogen, da sie bestimmten Benutzern zugeordnet werden können. Dass dies der Webseitenbetreiber oft nicht selbst kann, sondern hierfür in der Regel weitere Informationen, etwa vom Provider der Nutzer, benötigen würde, spielt dabei – jedenfalls nach einer strengen Ansicht – keine Rolle. Hinzu kommt, dass viele Seiten auf den Rechnern der Nutzer sog. Cookies setzen, Adressdaten für Newsletter sammeln o. Ä. Auch hierbei handelt es sich in aller Regel jeweils um personenbezogene Daten. Eine Datenschutzerklärung auf der Webseite des Zahnarztes ist also in aller Regel notwendig. Studien verdeutlichen jedoch, dass derzeit nur ca. 19 % der Arzt-Homepages überhaupt über eine entsprechende Datenschutzerklärung verfügen. Zwar finden sich im Internet zahlreiche Musterformulierungen für Datenschutzerklärungen; da die Erklärung, um nicht irreführend zu sein, jedoch auf den konkreten Einzelfall bezogen sein muss, empfiehlt sich die vorherige Prüfung durch einen Rechtskundigen; jedenfalls aber sollte das eigene Internetangebot kritisch dahin gehend überprüft werden, ob personenbezogene Daten erhoben werden.

Sie haben Post – E-Mail-Kontakt mit Patienten, Praxisnewsletter, online Terminkalender

Innovative Zahnärzte suchen nach weitergehenden Möglichkeiten der Interaktion mit ihren Patienten. Sie wollen die vielfältigen Möglichkeiten des Internets nicht ungenutzt und ihre Internetseite nicht statisch erscheinen lassen. Die Interaktion zwischen Zahnarzt und Patient kann sich – je nach Patientenschicht – positiv auch auf den Umsatz der Arztpraxis niederschlagen. US-amerikanische Studien verdeutlichen, dass vor allem jüngere Patienten die Möglichkeit der elektronischen Kontaktaufnahme mit dem Arzt als Auswahlkriterium heranziehen, ebenso schätzen sie die elektronische Kontaktaufnahme durch den Arzt als besonderen Service. Gegen die Einrichtung eines E-Mail-Kontaktes ist auch grundsätzlich nichts einzuwenden. Zu beachten ist dabei jedoch, dass der Zahnarzt sich nur dann »unaufgefordert per E-Mail« an seine Patienten richten darf, beispielsweise im Rahmen eines sog. automatischen Recall-Bestellsystems, wenn er hierfür von seinen Patienten zuvor eine Einwilligung erhalten hat. Diese kann sowohl elektronisch als auch schriftlich erfolgen, sie sollte aber in jedem Fall aufbewahrt werden. Dann aber ist es – bis zu einem Widerruf des Patienten – durchaus mit dem ärztlichen Standesrecht vereinbar, wenn sich der Arzt aus eigenem Antrieb an seinen Patientenstamm richtet, beispielsweise um den Patienten an weitere Untersuchungs- und Behandlungstermine zu erinnern sowie auf geänderte Sprechzeiten, Urlaubstermine, die Errichtung eines Notfalldienstes für Privatpatienten und sogar auf die Notwendigkeit bestimmter Impfungen – man denke beispielsweise an die Grippeschutzimpfung bei älteren Patienten – hinzuweisen. Eine weitere Möglichkeit der »Patientengewinnung« stellt die Integration eines »Online-Terminkalenders« auf der Homepage dar. Auch dies ist rechtlich durchaus zulässig und wird bereits praktiziert.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011



Der Patient kann sich hier im Internet über freie Termine informieren, ohne langwierige Gespräche mit der Praxis führen zu müssen, so kann der nächste Termin online »aus dem Büro« geplant und mit den eigenen Terminen abgeglichen werden, die Bestätigung des Termins per E-Mail ermöglicht zugleich die Integration des Termins in das Handy oder den Pager des Patienten, so dass dieser sicher sein kann, den gewählten Termin auch nicht zu vergessen. Portale wie »online-termine.de« zeigen, was hier möglich und rechtlich auch zulässig ist. Wichtig hierbei ist nur die Beachtung der Datenschutzbestimmungen.

Schlussbetrachtung

Das Medium Internet ist auch für den Zahnarzt ein nützliches Medium. Den Umstand, dass Patienten das Netz mehr und mehr zur Informationsgewinnung – auch im Bezug auf Gesundheitsthemen nutzen – sollten Zahnärzte nicht unterschätzen. Hier bieten sich in Zukunft gute Möglichkeiten der Patientengewinnung und der Patientenbindung. Dennoch birgt das Internet für den Zahnarzt auch zahlreiche Risiken, die es im Vorfeld zu minimieren gilt. Hierzu sollten sich interessierte Zahnärzte fachlichen Rat einholen.

RA Robert Kazemi

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

Anhang: Checkliste

Prüfungspunkt	Erklärung	
Domain-Provider		
– Sind alle Leistungen, die der Provider zu erbringen hat, vertraglich fixiert?	Wichtig: – 24-Stunden-Service – kontinuierlich verfügbare und ständig überwachte Leistungskapazität	
Domainname		
– Überprüfung unter: https://dpinfo.dpma.de/ – Auch Google-Suche kann Klarheit schaffen	Kollidiert die gewählte Domain mit Marken- oder Namensrechten anderer?	
– Keine Städte- oder Gemeindenamen verwenden	Problem Spitzenstellungsbehauptung	
– Machen Sie Ihr Internetangebot bekannt	Hinweise in der Praxis, auf Visitenkarten. Nuzten Sie auch die Möglichkeit des Eintrags bei Google	
Ordnungsgemäßes Impressum		
– *Angabe einer E-Mail-Adresse?*	*§ 5 Abs. 1 Nr. 2 TMG*	
– *Angabe der Rechtsform?*	*§ 5 Abs. 1 Nr. 1 TMG*	
– *Angabe des oder der Vertretungsberechtigten?*	*§ 5 Abs. 1 Nr. 1 TMG*	
– *Anschrift der zuständigen Landesärztekammer als Aufsichtsbehörde?*	*§ 5 Abs. 1 Nr. 3 TMG*	
– *Anschrift der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung*	*§ 5 Abs. 1 Nr. 3 TMG*	
– *Angabe der gesetzlichen Berufsbezeichnung (Arzt)*	*§ 5 Abs. 1 Nr. 4 TMG*	
– *Ist ein eindeutiger Link zur Anbieterkennzeichnung an leicht sichtbarer Stelle auf jeder Seite des Angebots vorhanden?*	*Beispielsweise über die Einbindung in ein sog. Frameset und einen Link (siehe auch Abbildung Nr. 1)*	
– *Angabe und Bereitstellung der berufsrechtlichen Regelungen*	*§ 5 Abs. 1 Nr. 4 TMG*	
Distanzieren sich die eigenen Inhalte in ausreichendem Maße von fremden Angeboten?	Hier empfiehlt sich ein Disclaimer, bspw.: »*Trotz sorgfältiger Kontrolle übernehmen wir keine Haftung für die Inhalte externer Links. Für die Inhalte externer Links sind ausschließlich deren Betreiber verantwortlich*«	
Bilder		
– *Sind für alle verwendeten urheberrechtlich geschützten Werke (Texte, Bilder, Musik etc.) die erforderlichen Nutzungsrechte erworben worden?*	*Hier droht die Gefahr der Abmahnung*	
– *Werden die Namen der Urheber angegeben?*	*Sonst Verstoß gegen das Urheberrecht*	
– *Keine Abbildung in Berufskleidung*	*Verboten nach § 11 Abs. 1 Nr. 4 Heilmittelwerbegesetz (HWG)*	
– *Keine Vorher-/Nachherbilder von Behandlungen*	*Verboten nach § 11 Abs. 1 Nr. 5 HWG*	

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

Anhang: Checkliste (Fortsetzung)

Prüfungspunkt	Erklärung	
Nützliche und zulässige Informationen		
– *Informationen über medizinische akademische Grade*	*Dr. med. oder Prof.*	
– *Bezeichnungen nach der Weiterbildungsordnung*	*Facharzttitel, Zusatzbezeichnungen*	
– *Ankündigung von Berufsausübungsgemeinschaften und sonstigen Kooperationen*	*Gemeinschaftspraxis, Teilgemeinschaftspraxis etc.; oder weitere Praxissitze*	
– *Informationen über Zertifikate der Ärztekammern*	*z. B. Ernährungsmedizin*	
– *Qualifikationen, die nach den Vorschriften des SGB V erworben worden sind*	*z. B. Kernspintomographie*	
– *spezifische Abrechnungsberechtigungen der Kassenärztlichen Vereinigung*	*z. B. Hausarzt; Durchgangsärztin/Durchgangsarzt*	
– *durch andere Behörden verliehene Qualifikationen*	*z. B. Fliegerarzt, Betriebsarzt usw.*	
– *organisatorische Hinweise*	– *Erreichbarkeit außerhalb der Sprechstunde; Praxislage; Erreichbarkeit mit öffentl. Verkehrsmitteln; Vorhandensein von Parkplätzen;*	
– *besondere Leistungsangebote, wie z. B. Laserbehandlung, Narbenbeseitigung usw.*	– *Sind auf maximal drei Angebote beschränkt* – *Dürfen nur angekündigt werden, wenn sie mit dem Zusatz »besonderes Leistungsangebot nach eigenen Angaben« gekennzeichnet werden.* – *(!) Zusätzlich ist darauf zu achten, dass nicht versehentlich für verschreibungspflichtige Arzneimittel geworben wird (Stichwort: Botox-Behandlung).*	
– *Ambulante Operationen*	– *nur ankündigungsfähig, wenn größere operative Eingriffe einen Tätigkeitsschwerpunkt darstellen. Auf Verlangen der Ärztekammer sind die erforderlichen Auskünfte zu erteilen und Nachweise zu erbringen.*	
– *Vorsicht bei der Veröffentlichung einer Publikationsliste*	– *es kann nach §§ 6, 11 Abs. 1 Nr. 1 HWG unzulässig sein, außerhalb der Fachkreise für Behandlungen mit wissenschaftlichen oder fachlichen Veröffentlichungen sowie mit Hinweisen darauf zu werben*	
– *Populärwissenschaftliche medizinische Darstellungen*	– *sind erlaubt, wenn die der Aufklärung und Information der Öffentlichkeit dienen, diese ein Interesse an Aufklärung und Information hat und die Ärztin bzw. der Arzt in der Darstellung in den Hintergrund tritt.*	
– *Persönliche Auffassungen*	– *dürfen nicht als Normen für ärztliches Handeln herausgestellt werden.*	
– *Stadtplan gratis wird schnell teuer*	– *Bitte beachten Sie – Kartendienste sind selten KOSTENLOS! Ein Kartenausschnitt – auch zur privaten Nutzung – ist fast niemals ohne Gebühren zu haben!*	
– *Keine Gästebücher*		
– *Keine Wettbewerbe und Preisausschreiben*		
– *Keine Dankesschreiben von Patienten*		
– *Findet man die gesuchte Info mit 1 bis 3 Klicks?*	– *So lange suchen Nutzer im Schnitt*	

RA Dr. Robert Kazemi

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

8.7.2. Werbung in der Zahnarztpraxis – rechtliche Grundlagen

Die Begriffe Werbung und Praxis schlossen sich lange Zeit regelrecht aus. Werbung war dem Zahnarzt schlicht untersagt; da sich die zahnärztliche Berufsausübung allein an medizinischen Notwendigkeiten orientieren sollte, versuchten die Kammern seit jeher jegliche Ausweitung des zahnärztlichen Konkurrenzkampfes auf die Öffentlichkeit zu unterbinden. Vor allem in der Werbung sah man dabei ein besonderes Gefährdungspotential, assoziierte man diese doch stets mit zumeist unlauteren und marktschreierischen Methoden der Geschäftswelt, die allein an ökonomischen Kriterien ausgerichtet seien. Daher war dem Zahnarzt allgemein jede aktive Tätigkeit untersagt, die dazu bestimmt war, bei den Patienten »einen Mangel an Bereitschaft« zu überwinden. Werbung galt als immanent irreführend und schlussendlich der Gesundheit der Bevölkerung abträglich. Dieses umfassende Werbeverbot ist seit einem ersten Urteil des Bundesverfassungsgerichtes (BVerfG) 1986 schrittweise erheblich gelockert worden. Die Begriffe Praxis und Werbung sind seitdem kompatibel. Praxiswerbung, auf »neudeutsch« Praxismarketing ist mithin auch für den Zahnarzt ein Mittel zur Patientengewinnung. Welche Grenzen Sie trotzdem zu beachten haben, schildert dieser Beitrag.

So vielfältig Werbung sein kann, so vielfältig sind auch die rechtlichen Fallstricke, in denen Sie sich im Rahmen der Werbung verfangen können. Es erscheint daher sinnvoll, nach den einzelnen Werbeformen zu trennen und hieraus eine allgemeine Anleitung herzuleiten. Zu unterscheiden ist hier nach den Werbemaßnahmen innerhalb der Praxisräumlichkeiten, den Werbemaßnahmen im »öffentlichen Verkehrsraum« und der Internetwerbung als multimediale Sonderform.

1. Werbung in der Praxis

Auch der Patient, der sich bereits zu einer Behandlung durch den Zahnarzt entschlossen hat, sollte auf Dauer an die Zahnarztpraxis gebunden werden. Die Zahnarztpraxis sollte daher kein steriler Behandlungsraum sein; vielmehr gilt es auch hier die Ihnen gegebenen Werbemöglichkeiten zu nutzen. Was also kann der Zahnarzt innerhalb seiner Praxis tun?

Wartezimmerfernsehen
Um die Wartezeiten in der Zahnarztpraxis zu verkürzen, nutzen wenige Zahnärzte bereits heute das sog. Wartezimmerfernsehen. Es liegt auf der Hand, dass dieses Medium in Zukunft in Konkurrenz zu den klassischen Zeitschriften im Wartezimmer treten wird. Gleiches gilt für den Einsatz von Internetterminals, DVD-Abspielgeräten oder Spielekonsolen.

Das Ärzteblatt berichtet 2008 von der Pilotstudie »Telemedien für Arztpraxen zur Unterhaltung« (TEFAU-Studie) und deren Ergebnissen (Dtsch Arztebl 2008; 105(50): [13]). Als Ergebnis dieser Studie ließ sich feststellen, dass Patienten dem Wartezimmerfernsehen prinzipiell positiv gegenüber eingestellt sind. Auch in rechtlicher Hinsicht bestehen gegen den Einsatz von Fernsehern im Wartezimmer grundsätzlich keine Bedenken.

So können Sie hier beispielsweise Ihr Praxisteam, Ihr Leistungsspektrum, Ihre Öffnungszeiten und andere aktuelle Praxisinformationen präsentieren. Filmbeiträge zur gesundheitlichen Aufklärung, aktuelle Wettermeldungen oder sonstige Nachrichten sind in gewissen Grenzen ebenso durchaus zulässig. Auch die Darstellung von Behandlungsmethoden, die einen besonders sensiblen Umgang mit Angstpatienten, die »Rundum-Betreuung« von Patienten mit knappem Zeitbudget und die Ästhetik des verwandten Zahnersatzes in den Vordergrund stellt, stellt in ihrem Kern eine sachliche Information dar. An der Information über besondere Behandlungskonzepte besteht auch ein anerkennenswertes Interesse der Allgemeinheit. Berufswidrig ist schließlich nicht, dass Sie sich als Person im Zusammenhang mit der Beschreibung der Praxis vorstellen.

Profi durch und durch? …
Berufswidrig und damit unzulässig ist jedoch die plakative Umschreibung der Vorzüge einer Behandlungsmethode (oder eines Arztes). Formulierungen, die die Vorzüge der von Ihnen angebotenen Behandlung in einer Weise hervorheben, die den Schluss nahe legt, andere Zahnärzte leisteten keine gute – oder auch nur angemessene – Arbeit und allein Sie könnten für sich in Anspruch nehmen, den Bedürfnissen der Patienten Rechnung zu tragen, sind unzulässig.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 01/2013

Deutlich wird dies in Wendungen wie: »[…] während andere noch über die Anschaffung von zirkonoxidverarbeitenden Geräten nachdachten, war Dr. A. mit seinen ersten sensationellen Arbeiten mit Cercon schon längst im Fernsehen.«, »Ein Teil unserer Patienten kam sogar gar nicht direkt zu uns – es waren Zahnarzt-Kollegen, die ihren Patienten unsere Praxis empfohlen haben.« »Wir […] wundern uns bis heute, warum nicht noch mehr Zahnärzte so arbeiten, wie Dr. A.« (Beispiele aus einem aktuellen Berliner Verfahren).

Aussagen wie diese stellen den Zahnarzt nicht nur als besonders innovativ und an zahnmedizinischen Neuerungen interessiert dar, sondern setzen seine Leistung ins Verhältnis zu den Leistungen anderer. Sie suggerieren durch die – hier zudem durchgängig ausgesprochen plakative – Hervorhebung der Vorzüge des Zahnarztes, andere Zahnärzte böten ihren Patienten keine gute zahnärztliche Behandlung. Verstärkt wird dieser Eindruck oft noch durch die Art der Beschreibung der Person des Zahnarztes und seines Teams. Bezeichnungen wie z. B. »Profi durch und durch«, die Praxismitarbeiter erscheinen als »herausragende Zahnmediziner«, die mit »einigen der besten Zahntechniker Berlins« zusammenarbeiten, was auch »die Presse schon oft auf die Praxis des Dr. A. [hat] aufmerksam werden lassen« usw. sind ebenfalls dringend zu vermeiden. Gleiches gilt beispielsweise für die Aussage »die Vorbereitung der Überkronung von Zähnen durch Dr. A. ist höchstpräzise«.

Werbung für Dritte
Vorsicht (!) auch bei der Werbung für Dritte. Hier sind sowohl die Bestimmungen der zahnärztlichen Berufsordnungen wie des Heilmittelwerbegesetzes (HWG) zu beachten. Hiernach ist beispielsweise die Werbung für verschreibungspflichtige Arzneimittel wohl als unzulässig einzustufen (§ 10 Abs. 1 HWG).

Ob Sie Ihren Patienten zudem den Service anbieten möchten, auch das aktuelle Fernsehprogramm zu übertragen, sollten Sie sich gut überlegen, nicht unbedingt aus Rechtsgründen, sondern weil dies u. U. teuer werden kann. Denn die Präsentation des Fernsehprogrammes ist öffentliche Wiedergabe, diese kann also GEMA-Gebühren auslösen.

In gleichem Maße wie das Wartezimmerfernsehen können Sie Ihre Praxis auch in einer Praxisbroschüre präsentieren. Im Rahmen der Bereitstellung eines Internet-PC sollten Sie hingegen vorsichtig sein. Hier haften Sie grundsätzlich für Rechtsverstöße, die von diesem Anschluss herrühren.

2. Werbung im öffentlichen Verkehrsraum

PZR für 99 Cent
Wie steht es mit der Werbung außerhalb Ihrer Praxis. Wie also sprechen Sie Ihren potentiellen Patienten an, um Ihn auf Ihre Zahnarztpraxis aufmerksam zu machen. Zeitungsanzeigen sind in den oben beschriebenen Grenzen zulässig, und zwar mittlerweile auch ohne konkreten Anlass. Bei der Ausgabe von Treuebonuskarten hingegen sollten Sie Vorsicht walten lassen. Im Rahmen Ihrer Tätigkeit sind Sie an die Gebührensätze der GOZ und der BEMA-Z gebunden. Dies wurde einem norddeutschen Kollegen zum Verhängnis, der mit einem Treuebonus in Form einer einmaligen PZR für 99 Cent warb: Unzulässig, entschied das angerufene Landgericht Flensburg (näheres hierzu unter: www.heilberuferecht.de/meldungen).

Der Zahnarzt im Supermarkt
Wie wäre es aber zum Beispiel mit einer Plakatwerbung im Supermarkt? Unmöglich?

Nicht ganz, folgt man insoweit dem Verwaltungsgericht (VG) Minden, in seinem Urteil vom 14. 01. 2009 (Aktenzeichen: 7 K 39/08). Ein Zahnarzt hatte für seine Praxis in Form von Schildern, die an der Front von 20 Einkaufswagen befestigt waren geworben. Die Schilder enthielten neben der Abbildung eines Zahnimplantats und eines lächelnden, roten Mundes mit strahlend weißen Zähnen den Aufdruck: »Zahnarztpraxis N. Master of Science Parodontologie (zertifiziert) Tel., Fax, E-Mail«

Die daraufhin tätig gewordene Zahnärztekammer wies den Zahnarzt darauf hin, dass der Vorstand jedwede Werbemaßnahmen von Zahnärzten in Supermärkten – unabhängig von dem konkreten Inhalt – grundsätzlich als berufswidrig erachte. Eine unzulässige Kommerzialisierung (zahn-)ärztlicher Leistungen liege bereits durch deren Anpreisung in einer aus-

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 01/2013

schließlich auf Werbung und Absatz ausgerichteten Umgebung vor, so die Kammer. Es werde ausgenutzt, dass der Verbraucher konsumbereiter sei und empfänglicher auf Angebote reagiere. Zudem könne er sich der Werbung kaum entziehen. In einer solchen Umgebung reihe sich ein Angebot zahnärztlicher Leistungen in ein käufliches »Produkt« von vielen. Mit einem Feilschen um Patienten im Supermarkt, insbesondere aufgrund der sicher zu erwartenden Anzahl von Nachahmern, sei der Zahnarzt in seinem Ansehen und seinen Leistungen für einen Patienten von einem Anbieter gewerblicher Leistungen nicht mehr abzugrenzen.

Das VG teilte diese Auffassung zumindest in der Generalität nicht. »Die Werbung für eine Zahnarztpraxis auf dem Werbeträger Einkaufswagen ist für sich genommen allein aufgrund der Wahl des Werbeträgers nicht generell geeignet, das Vertrauen der Öffentlichkeit in die berufliche Integrität des werbenden Zahnarztes zu schmälern«, so das Gericht. Vielmehr seien auch auf dem Werbeträger Einkaufswagen in der Größe nicht zu beanstandende (kleine) Werbeschilder mit zulässigen Inhalten, wie beispielsweise einem nur für kurze Zeit erfolgenden Hinweis auf eine Praxisverlegung, wie auch in Zeitungsanzeigen erlaubt.
Eine Berufswidrigkeit lasse sich auch nicht allein aus dem Umstand begründen, dass ein an sich zulässiger Werbeträger in dem »kommerziellen Raum« eines Supermarktes eingesetzt werde. Denn gleiches müsste dann beispielsweise auch für Anzeigen von Zahnärzten in Kinozeitschriften oder den »Gelben Seiten« gelten, die jedoch grundsätzlich als zulässig erachtet werden.

Offen gelassen hat das VG jedoch ausdrücklich, ob die konkrete Werbung des Zahnarztes berufsrechtswidrig war, denn dies war nicht zu entscheiden. Das Gericht äußerte jedoch Bedenken dahingehend, dass die Anzahl und die konkrete Ausgestaltung der Werbeschilder (noch) mit dem zahnärztlichen Werberecht in Einklang standen. Ob wir daher demnächst Werbung von Urologen auf dem mittlerweile etablierten »Urinal-Werbeflächen« finden werden, bleibt abzuwarten.

Gleiches gilt für Werbung in Form von Postwurfsendungen. Diese Werbeform erscheint aus Sicht des Verfassers ebenfalls als grundsätzlich zulässig. Hier kommt es jedoch wiederum auf den genauen Inhalt des Mailings an.

3. Werbung im Internet und über neue Medien

Die bereits dargestellten Grundsätze finden jedoch auch im Internet Anwendung. Was beispielsweise als schlagkräftiger Domainname besonders hohe Zugriffszahlen verspricht, kann berufsrechtlich bereits unzulässig sein. In einem vor dem Oberverwaltungsgericht (OVG) Berlin-Brandenburg verhandelten Fall hatte sich ein Arzt beispielsweise die Internetdomain »krebswunderheilung.de« für die Präsentation seiner Arztpraxis im Internet registrieren lassen und war daraufhin – wen wundert es – prompt in das Blickfeld der zuständigen Ärztekammer geraten. Gericht und Kammer sahen den gewählten Domainnamen als berufswidrig an.

Auf ähnliche Bedenken stieß die Registrierung der Internetdomain »villavitalis.de« für eine gynäkologische Arztpraxis. Obwohl die Internetdomain nach wie vor im Einsatz befindlich ist, hatten die Richter des Landgerichts München I erhebliche Bedenken gegen diese Namensgebung. Sie wecke – so die Richter – Assoziationen an eine Art »Jungbrunnen« in luxuriösem Ambiente und sei daher eher einem Wellnesshotel, als einer Arztpraxis zuzuordnen. Kurz gesagt, dem Arzt ist generell davon abzuraten, einen Superlativ in seinen Domain-Namen aufzunehmen.

E-Mail-Werbung
Innovative Zahnärzte suchen nach weitergehenden Möglichkeiten der Interaktion mit ihren Patienten. Sie wollen die vielfältigen Möglichkeiten des Internets nicht ungenutzt und ihre Internetseite nicht statisch erscheinen lassen. Die Interaktion zwischen Arzt und Patient kann sich – je nach Patientenschicht – positiv auch auf den Umsatz der Arztpraxis niederschlagen. US-amerikanische Studien verdeutlichen, dass vor allem jüngere Patienten die Möglichkeit der elektronischen Kontaktaufnahme mit dem Arzt als Auswahlkriterium heranziehen, ebenso schätzen sie die elektronische Kontaktaufnahme durch den Arzt als besonderen Service.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 01/2013

Gegen die Einrichtung eines E-Mail-Kontaktes ist grundsätzlich nichts einzuwenden. Zu beachten ist dabei jedoch, dass der Zahnarzt sich nur dann »unaufgefordert per E-Mail« an seine Patienten richten darf, beispielsweise im Rahmen eines sog. automatischen Recall-Bestellsystems, wenn er hierfür von seinen Patienten zuvor eine Einwilligung erhalten hat. Diese kann sowohl elektronisch als auch schriftlich erfolgen, sie sollte aber in jedem Fall aufbewahrt werden. Dann aber ist es – bis zu einem Widerruf des Patienten – durchaus mit dem ärztlichen Standesrecht vereinbar, wenn sich der Zahnarzt aus eigenem Antrieb an seinen Patientenstamm richtet, beispielsweise um den Patienten an weitere Untersuchungs- und Behandlungstermine zu erinnern sowie auf geänderte Sprechzeiten, Urlaubstermine, die Errichtung eines Notfalldienstes für Privatpatienten und sogar über die Notwendigkeit bestimmter Impfungen – man denke beispielsweise an die Grippeschutzimpfung bei älteren Patienten – hinzuweisen.

4. Ausblick

Sie sehen also, die Möglichkeiten des Praxismarketings sind auch für den Zahnarzt vielfältig. Innovative Ideen können Ihnen helfen, sich besser am Markt zu positionieren oder eine einmal gewonnene Marktposition zu stärken. Die vielfältigen und stetig neuen Gerichtsentscheidungen in diesem Bereich zeigen jedoch, dass Sie jede Werbemaßnahme zuvor mit Ihrem Rechtsanwalt beraten sollten.

RA Michael Lennartz

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 01/2013

8.7.3. Zulässigkeit von Vorher-Nachher-Bildern

Zahnarzt darf mit Vorher-Nachher-Bildern Werbung treiben

Lange Zeit durfte außerhalb der medizinischen Fachkreise nicht mit der bildlichen Darstellung der Wirkung einer Behandlung durch vergleichende Darstellung des Körperzustandes oder des Aussehens vor und nach der Anwendung geworben werden. Dieses Werbeverbot war in § 11 Nr. 5 b) des Heilmittelwerbegesetzes (HWG) verankert. Gerade in der vergleichenden bildlichen Darstellung des Behandlungserfolgs sah der Bundesgesetzgeber eine besondere Gefahr der Patientenbeeinflussung. Vor dem Hintergrund, dass die Gesundheit der Menschen ein sensibles Gut darstellt, unterlag die medizinische Information besonderen Restriktionen. Nach einer Reihe liberaler Entscheidungen aus Europa reagierte der deutsche Gesetzgeber im November 2012 mit dem 2. Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften und entschärfte zahlreiche Werbeverbote des HWG. Dies gilt auch für die sog. Vorher-Nachher-Bilder. Dies hat nun erstmalig das OLG Celle bestätigt (OLG Celle, Urt. v. 30. 05. 2013, 13 U 160/12).

Drei Zahnärzte hatten in einer Patientenzeitschrift mit einem Bericht über die Krankengeschichte einer Patientin, die aus panischer Angst vor dem Zahnarzt jahrelang jeden Zahnarztbesuch vermied, geworben. Nach Angaben der Wettbewerbszentrale zeigte der Artikel u. a. den geöffneten Mund der Patientin mit dem Untertitel „Jahrelange Vernachlässigung zerstört Zähne und Zahnfleisch". Auf einem weiteren Bild sah man einen Ausschnitt aus dem Gesicht der lächelnden Patientin, das die Unterschrift trägt „Nach der Behandlung: Starke Zähne und eine strahlende Patientin".

Mit Blick auf die Gesetzesnovelle sah das OLG Celle hierin keinen Verstoß gegen die Vorschriften des HWG, welches Vorher-Nachher-Abbildungen nur noch dann verbietet, wenn sie „in missbräuchlicher, abstoßender oder irreführender Weise Veränderungen des menschlichen Körpers aufgrund von Krankheiten oder Schädigungen" zeigen (§ 11 Abs. 1 Nr. 5 HWG). Dies war hier nicht der Fall. In der PM der Wettbewerbszentrale heißt es, das Gericht betonte, „dass eine nach § 11 Abs. 1 Satz 3 HWG verbotene Werbung schon deshalb nicht vorliege, weil sich die Werbeaussage nicht auf die Veränderung des menschlichen Körpers ohne medizinische Notwendigkeit beziehe. Es sei zwar in der beanstandeten Werbung auch darum gegangen, die Attraktivität der Patientin wiederherzustellen. Auf der anderen Seite lasse sich der Werbung aber deutlich entnehmen, dass für die umfassende Gebisssanierung eine medizinische Indikation bestand. Ebenso sah das Gericht in den beiden Abbildungen keine abstoßende bildliche Darstellung. Dabei stellte das Gericht darauf ab, dass in der Aufnahme die Frontzähne nur schemenhaft abgebildet waren und die Fotografie ein eher kleines Format aufwies. Dass die Oberkieferlippen mittels eines zahnärztlichen Geräts nach außen gezogen wurden, um das Gebiss freizulegen, sei eine übliche zahnärztliche Maßnahme. Insgesamt – so befanden die Richter – hält sich die Darstellung mit der eher zurückhaltenden Ablichtung des geöffneten Mundes noch im Bereich des Erträglichen".

RA Michael Lennartz

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 02/2014

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 02/2014

8.7.4. Markenrecht

Eine Marke für meine Zahnarztpraxis? »Das brauche ich …

… doch nicht!« ist vielleicht Ihr erster Impuls. Aber »Branding« – die Entwicklung einer Marke zu einem Aushängeschild Ihrer Zahnarztpraxis – ist etwas, das im Zeitalter allgegenwärtiger Informationsmöglichkeit nicht unterschätzt werden darf. Selbstverständlich ist die beste Visitenkarte eines Zahnarztes seine Dienstleistung. Aber durchdachtes Branding hilft Ihnen, sich von Mitbewerbern positiv abzugrenzen und am Markt anders oder neu zu positionieren.

Warum eine Marke?
Eine Marke transportiert Emotionen, Vertrauen, bestimmte Eigenschaften eines Produktes und Qualitätsvorstellungen. Mit einer Marke und einem entsprechenden Marketingkonzept können Sie die positiven Effekte einer Marke für sich nutzen und sich aus der Masse der Mitbewerber abheben. Einfache Maßnahmen, wie die einheitliche Nutzung eines beispielsweise grafisch gestalteten Zeichens für das Praxisschild, die Webseite und Praxisbroschüren oder der Praxiskleidung (Corporate Identity) schaffen ein bestimmtes Profil und eine nach außen sichtbare Abgrenzung zu den Mitbewerbern. Gleichzeitig laufen Sie damit nicht Gefahr, berufswidrig zu werben.

Am Anfang des Branding-Prozesses stehen eine Vision und eine Marke! Eine eingetragene Marke spricht dem Markeninhaber ein ausschließliches Recht zu. Ab dem Zeitpunkt der Markeneintragung in das Register des Deutschen Patent- und Markenamts (DPMA) bzw. des Amts der Europäischen Union für Geistiges Eigentum (EUIPO) ist es nur noch dem Markeninhaber gestattet, das geschützte Kennzeichen im Geschäftsverkehr zu verwenden. Aus diesem ausschließlichen Recht kann der Markeninhaber umfassende Rechte gegenüber Dritten herleiten, wenn eine Marke widerrechtlich benutzt wird.

Und hier setzen wir an: Was kann alles eine Marke sein und was gilt es auf dem Weg zur »echten« (registrierten) Marke zu beachten?

1. Was ist eine Marke?
Im maßgeblichen Gesetz, dem Markengesetz (MarkenG), findet sich keine Definition für den Rechtsbegriff der Marke. Die Markenfähigkeit eines Zeichens ist gemäß § 3 MarkenG an drei Voraussetzungen geknüpft. Es muss
a) ein Zeichen vorliegen,
b) das grafisch darstellbar ist und
c) sich zur abstrakten Unterscheidung eignet.

Als Zeichen kommt jedes Kennzeichnungsmittel in Betracht, das menschlichen Sinnen zugänglich ist. Neben Wort- und Bildzeichen kann also auch eine Farbe, eine dreidimensionale Gestaltung, ein bestimmter Klang oder ein Geruch ein Kennzeichen sein. Je nach Art des Zeichens spricht man dann von Wortmarken, Bildmarken, Hörmarken, Tastmarken etc. Darüber hinaus muss ein Kennzeichen grafisch darstellbar sein. Das Zeichen wird dann, je nach Interessenlage desjenigen, der die Marke registrieren lassen möchte, bestimmten Waren oder Dienstleistungen zugeordnet.

Wichtigstes Merkmal ist jedoch die Fähigkeit des Zeichens
a) die Ware oder Dienstleistung einem bestimmten Unternehmen zuzuordnen (Herkunft)
b) und gegenüber Waren oder Dienstleistungen anderer Unternehmen zu individualisieren (Unterscheidung).

Ein Zeichen ist unterscheidungskräftig, wenn das Zeichen geeignet ist, die Waren oder Dienstleistungen eines Unternehmens von gleichartigen Waren oder Dienstleistungen anderer Unternehmen zu unterscheiden.

Think out of the box!
Die Kennzeichnungskraft einer Marke definiert ihren Schutzbereich. Je »stärker« die Marke, desto größer der Schutzumfang. Denken Sie an starke Marken wie Apple, Microsoft, Amazon, Coca-Cola, um nur einige zu nennen. Die Marken sind weltbekannt, jeder Adressat weiß, welche Waren oder Dienstleistungen er hier erhalten wird, und verbindet eine Qualitätsvorstellung mit der Marke.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2020

Schwache Marken hingegen sind solche, die wenig unterscheidungskräftig sind, weil die Markenelemente schon häufig bei anderen Marken genutzt wurden oder einen beschreibenden Anklang aufweisen. Deshalb darf beispielsweise ein Hersteller sein Antivirenprogramm »AntiVirus« nennen, obwohl die Marke »Antivir« geschützt ist (BGH, Urteil vom 20.03.2003 – I ZR 60/01), oder ein Zahnputzmittel darf »Dent-O-Care« heißen, obwohl die Marke »DentCare« geschützt ist (BPatG, Beschluss vom 20.05.2009 – 29 W (pat) 16/09).

Ein stilisierter Zahn als Zeichen für eine Zahnarztpraxis, eine Wirbelsäule für Orthopäden oder ein Strichmännchen für eine pädiatrische Praxis – das sind alte Hüte und nicht dazu geeignet, sich von Wettbewerbern positiv abzuheben. Denken Sie an die Unterscheidungseignung und -kraft! Nicht umsonst weist ein Apfel für PCs und Handys oder ein »Häkchen« in Verbindung mit der griechischen Siegesgöttin für Sportbekleidung ein hohes Maß an Unterscheidungskraft aus.

2. Wie schützt man Marken?

Die Markenanmeldung findet für nationale Marken beim Deutschen Patent- und Markenamt (DPMA) und für Marken, die in der Europäischen Union gelten sollen (Unionsmarken), beim Amt der Europäischen Union für Geistiges Eigentum (EUIPO) statt. Die Anmeldung muss mindestens Angaben zur Identität des Anmelders, die Markenwiedergabe und ein Verzeichnis der Waren oder Dienstleistungen, für die die Eintragung erfolgen soll, enthalten. Dabei bestimmt dieses Verzeichnis die Reichweite der einzutragenden Marke.

Die Markenämter erheben Gebühren für die Markenregistrierung. Die Anmeldegebühr für eine nationale Marke beträgt 300,– €. In dieser Grundgebühr sind drei Waren- oder Dienstleistungsklassen enthalten. Für jede weitere Klasse werden 100,– € erhoben. Die Online-Anmeldegebühr für eine Unionsmarke beträgt 850,– €. In dieser Grundgebühr ist eine Waren- oder Dienstleistungsklasse enthalten. Für die zweite Klasse erhöht sich die Gebühr auf insgesamt 900,– €, jede weitere Klasse erhöht die Gebühr um 150,– €. Die Schutzdauer beträgt in beiden Fällen zunächst zehn Jahre, kann aber gegen eine Verlängerungsgebühr um jeweils zehn Jahre verlängert werden.

Im Anmeldeverfahren prüft das DPMA von Amts wegen die generelle Markenfähigkeit des Zeichens und absolute Eintragungshindernisse nach § 8 MarkenG, insbesondere die Unterscheidungskraft eines Zeichens gemäß § 8 Abs. 2 Nr. 1 MarkenG. Zweck der absoluten Eintragungshindernisse ist der Schutz von Interessen der Allgemeinheit. Nicht alles kann als Marke geschützt werden. Zeichen, die im Verkehr beispielsweise dazu dienen eine bestimmte Ware zu beschreiben, sind nicht schützenswert. Das leuchtet auch ein: Denken Sie zum Beispiel an »mild« oder »säurearm«. Es wäre Konkurrenten nur schwerlich möglich, milden oder säurearmen Kaffee auch begrifflich so anzubieten und zu vermarkten, wenn diese Wortzeichen eingetragene Marken wären. Bestehen nach dieser Prüfung Eintragungshindernisse, weist das DPMA die Anmeldung zurück. Eine entsprechende Prüfung führt das EUIPO auf der Grundlage der Unionsmarkenverordnung (UMV) durch.

Beratertipp:
Die umfängliche Prüfung des Zeichens vor Anmeldung ist essenziell. Ein fachkundiger Anwalt wird Ihnen sagen können, ob Ihrem Zeichen überhaupt Markenfähigkeit im Sinne des § 3 MarkenG innewohnt und bspw. ob Ihr Wortzeichen in Kombination mit einem Bildzeichen diese Markenfähigkeit erlangen kann. Auch wird er Sie hinsichtlich des Waren- bzw. Dienstleistungsverzeichnisses beraten können, denn eine nachträgliche Änderung des Zeichens oder eine Erweiterung des Waren- oder Dienstleistungsverzeichnisses ist nicht möglich. Darüber hinaus wird er eine Markenrecherche durchführen (lassen), denn im Rahmen des Anmeldeverfahrens wird nicht geprüft, ob die einzutragende Marke eine bereits bestehende Marke verletzt (Kollisionsprüfung). Bei einer Kollision laufen Sie als frisch gebackener Markeninhaber Gefahr, unmittelbar von dem anderen Markeninhaber in Anspruch genommen zu werden.

3. Was tun bei einer markenrechtlichen Verletzungshandlung?

Wie bereits dargestellt, vermittelt eine Marke ein absolutes Recht, § 14 MarkenG. Hat der Verletzer die Marke im geschäftlichen Verkehr zur Kennzeichnung von Waren oder Dienstleistungen ohne den Willen des Markeninhabers benutzt, stehen dem Markeninhaber verschiedene Ansprüche zu. So hat der Markeninhaber einen verschuldensunabhängigen Unterlassungsanspruch gegen den

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2020

Verletzer, § 14 Abs. 5 MarkenG. Wird durch die Verletzungshandlung ein dauerhafter rechtswidriger Störungszustand geschaffen, hat der Markeninhaber auch einen Beseitigungs- und/oder Löschungsanspruch aus § 23 MarkenG, also bspw. einen Anspruch auf Entfernung des markenverletzenden Firmenschildes. Darüber hinaus kann dem Markeninhaber auch Schadensersatz wegen der unberechtigten Markennutzung zustehen.

Stellt der Markeninhaber eine Markenverletzung fest, kann er den Verletzer wegen der Markenverletzung abmahnen oder aber direkt gerichtlich im Wege eines Verfügungsverfahrens – das ist ein gerichtliches Eilverfahren, in dem dem Verletzer durch eine einstweilige Verfügung ein bestimmtes Verhalten untersagt wird – oder klageweise gegen ihn vorgehen.

Mit einer Abmahnung wird der Verletzer darüber unterrichtet, dass und welche Markenverletzung nach Auffassung des Markeninhabers vorliegt, und zur Unterlassung aufgefordert. Daneben können ggf. weitergehende Ansprüche, bspw. Auskunft über den Umfang der markenmäßigen Handlung oder Beseitigung, geltend gemacht werden. Üblich ist es ferner, den Verletzer aufzufordern, eine sogenannte strafbewehrte Unterlassungserklärung abzugeben und die Kosten der Abmahnung zu erstatten.

Aus verschiedenen Gründen bietet es sich an, den Verletzer zunächst abzumahnen: Eine Abmahnung ist nicht nur ein schnelles und effektives Mittel, seine Ansprüche darzulegen und geltend zu machen. Sie gibt dem Verletzer auch die Gelegenheit, den Unterlassungsanspruch des Markeninhabers ohne ein gerichtliches Verfahren zu erfüllen. Gleichzeitig liegt eine Abmahnung auch im Interesse des Markeninhabers. Leitet der Markeninhaber ein Eilverfahren ohne vorherige Abmahnung ein, läuft er Gefahr, dass er die Verfahrenskosten tragen muss, wenn der Verletzer die einstweilige Verfügung sofort anerkennt. Und das obwohl seine Ansprüche berechtigt sind. Reagiert der Verletzer nicht auf die Abmahnung, besteht immer noch die Möglichkeit, gerichtlich gegen ihn vorzugehen.

Beratertipp:
Handelt es sich um eine berechtigte Abmahnung, ist der Verletzer verpflichtet, dem abmahnenden Markeninhaber die Kosten der Abmahnung gemäß §§ 677, 683, 670 BGB zu ersetzen. Ein fachkundiger Anwalt kann Sie dazu beraten, ob tatsächlich eine markenverletzende Benutzungshandlung vorliegt und welche Schritte sinnvoll sind.

4. Fazit

Nutzen Sie die positiven emotionalen und psychologischen Wirkungen einer Marke für Ihre Positionierung am Markt. Sie schaffen nicht nur Erkennbarkeit nach außen, sondern fördern auch die Identifikation der Praxismitarbeiter mit Ihnen und Ihrer Zahnarztpraxis. Mit der Eintragung im Markenregister stellen Sie sicher, dass Sie die Synergieeffekte der Marke – Ihrer Marke – für sich nutzbar machen. Gleichzeitig verhindern Sie, dass Mitbewerber Ihr Renommee beeinträchtigen oder in unberechtigter Weise an Ihrem Erfolg partizipieren.

Rechtsanwältin Bita Foroghi LL.M. oec.
www.lennmed.de

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2020

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2020

8.7.5. Achtung: Abmahnfalle bei der Praxis- bzw. Internetwebsite – Abmahnung wegen Bildnutzung

Ob auf der Praxis- oder auf einer sonstigen Internetwebsite, Bilder sind wichtige Gestaltungselemente und dürfen auf einer ansprechenden Website nicht fehlen.

In diesem Zusammenhang gilt es jedoch zu beachten, dass die Verwendung von Bildern oder Fotos allein dem Urheber zusteht. Dieser Urheber kann die Nutzungsrechte – in der Regel gegen Geld – auf einen Dritten übertragen. Diese Nutzungsrechte werden im Allgemeinen auch als Lizenzen bezeichnet. Hierzu im Einzelnen:

I. Urheberrechtsverletzung

Verwendet man nun – ohne Nutzungsrechte – ein Bild auf der eigenen Internetwebsite, verletzt man das Urheberrecht des Urhebers. Infolge dieser Urheberrechtsverletzung steht dem Urheber ein Anspruch auf Entfernung, Unterlassung und Schadensersatz zu.

In der Rechtsprechung wird in diesen Fällen für die Berechnung des Schadensersatzes an den Urheber bzw. Fotografen eine fiktive Lizenzgebühr herangezogen; dieser Betrag wird dann nochmals verdoppelt bis hin zu verdreifacht, wenn der Urheber des Bildes nicht genannt wurde. Dies begründet die Rechtsprechung mit einer entgangenen Werbung für den Fotografen bzw. Urheber. Im Einzelfall können die Aufschläge auch noch höher sein.

Es sollte daher bei der Verwendung von Bildern oder Fotos auf einer Internetwebsite immer darauf geachtet werden, dass der Urheber korrekt und sichtbar genannt wird.

II. Abmahnfalle Bilderdatenbank

Oftmals werden jedoch Praxisinhaber bzw. der für die Website Verantwortliche wegen einer Urheberrechtsverletzung abgemahnt, der überhaupt keine Kenntnis von einer unberechtigten Bild- oder Fotonutzung hat.

So wird z. B. oftmals an besonderen Feiertagen auf der Praxiswebsite, wie z. B. an Ostern oder an Weihnachten, den Patienten frohe Feiertage gewünscht und mitgeteilt, dass die Praxis über die Feiertage einige Tage geschlossen ist, untermalt mit einem entsprechenden österlichen oder weihnachtlichen Motivbild.

Solche – für verschiedene Anlässe nutzbare – Bilder finden sich schnell in frei zugänglichen Datenbanken im Internet und werden auch direkt bei einer Suche angezeigt. Nicht selten werden diese Bilder als »kostenlos« oder »lizenzfrei« beworben und lassen sich bereits in einer hohen Auflösung herunterladen.

Besonders tückisch ist jedoch hierbei, dass diese Bilder dennoch häufig nicht kostenlos im eigentlichen Sinne und frei verwendet werden dürfen. »Lizenzfrei« bedeutet nicht kostenlos. So liest man z. B. in den Nutzungsbedingungen einer solchen Bilderplattform:

> *»Alle Inhalte […] stehen ausschließlich lizenzfrei zur Verfügung. Lizenzfrei bedeutet nicht, dass die Bilder kostenlos genutzt werden können. Es bedeutet, dass Sie nach einer einmaligen Zahlung für eine Lizenz den Inhalt beliebig oft nutzen können […]«*

Verwendet man nun ein solches Bild – ohne Nutzungsrecht – auf seiner Website, stellt dies eine Urheberrechtsverletzung dar, mit den eingangs beschriebenen rechtlichen Konsequenzen.

III. Gemeinfreie Bilder

Etwas anderes gilt dann, wenn das im Internet gefundene Bild tatsächlich kostenlos als sog. gemeinfreies Bild bzw. unter einer sog. CC-Lizenz (Creative-Commons-Lizenz) angeboten wird. Die CC-Lizenz besagt, dass das jeweilige Bild tatsächlich kostenlos verwendet werden darf. Einzige Voraussetzung für die kostenlose Verwendung ist in der Regel die Nennung des Urhebers des Bildes und die Nennung und Verlinkung auf die CC-Lizenz.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2024

IV. Nachweis Nutzungsrecht

Aber auch wenn das Bild auf einer tatsächlich kostenlosen Plattform angeboten wird, sollte die Herkunft des Bildes immer vor einer Verwendung nochmals gesondert überprüft werden. Es kann nie ausgeschlossen werden, dass das Bild tatsächlich einen nicht-lizenzfreien Ursprung hat und selbst unter Verstoß gegen das Urheberrecht auf der kostenlosen Plattform angeboten wird.

Hintergrund ist der, dass nach der Rechtsprechung hier die Beweislast beim sog. Bildverwender liegt, dieser muss sein Nutzungsrecht lückenlos darlegen und beweisen können (»Nachweis einer lückenlosen Rechtekette«). Unter diesem Gesichtspunkt genügt es daher nicht, wenn man sich lediglich darauf beruft, dass man das Bild von einer kostenlosen Plattform heruntergeladen und über den tatsächlichen Ursprung des Bildes keine Kenntnis hatte. Man muss eine lückenlose »Rechtekette« bis zum tatsächlichen Urheber des Bildes nachweisen können.

V. Abmahnung

Soweit man auf seiner Praxis- bzw. Internetwebsite dennoch Bilder ohne Nutzungsrechte verwendet und/oder den Urheber nicht benennt, läuft man Gefahr, von dem Urheber bzw. von auf Abmahnungen spezialisierte Rechtsanwaltskanzleien abgemahnt zu werden, die diese Abmahnungen als Geschäftsmodell praktizieren. Hierbei wird über eine sog. umgekehrte Bildersuche, z. B. mittels Google-Bildersuche, die Verwendung eines Bildes aus einer Bilderdatenbank routinemäßig überprüft. Bei einer solchen umgekehrten Bildersuche wird jede Internetseite angezeigt, die das jeweilige Bild verwendet.

Im Rahmen einer solchen Abmahnung wird auch immer bereits eine Schadensersatzforderung geltend gemacht, nebst der Aufforderung, eine strafbewehrte Unterlassungserklärung abzugeben. Zugleich wird angedroht, dass die Ansprüche gerichtlich geltend gemacht werden, sollte man nicht innerhalb einer kurzen Frist zahlen und die Unterlassungserklärung abgeben.

Auch wenn dem Urheber, aufgrund der Urheberrechtsverletzung, solche Ansprüche grundsätzlich zustehen, sollte eine solche Unterlassungserklärung nie ohne vorherige Prüfung durch einen Rechtsanwalt unterschrieben werden bzw. die geforderte Schadensersatzzahlung gezahlt werden. Hier besteht auch die Möglichkeit, die Mitgliederrechtsberatung des FVDZ e. V. in Anspruch zu nehmen.

Unter Ausnutzung der Drucksituation sind solche Unterlassungserklärungen oftmals zu weit gefasst und/oder die geltend gemachten Schadensersatzforderungen erheblich über den Beträgen, die Gerichte in vergleichbaren Fällen angesetzt haben.

RA Philipp Ungeheuer, LL.M. Medizinrecht
lennmed.de Rechtsanwälte
www.lennmed.de

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2024

8.8. Praxisabgabe aus rechtlicher und steuerrechtlicher Sicht

8.8.1. Praxisübernahmevertrag

Der Kauf einer Zahnarztpraxis will gut vorbereitet sein. Der Praxisübernehmer muss eine Fülle von Punkten beachten. Neben den Zulassungsformalitäten muss u. a. sichergestellt werden, dass er in den bestehenden Mietvertrag der Praxis eintreten kann, dass das Personal der Praxis über die Praxisübergabe unterrichtet wird, dass sichergestellt ist, dass die Praxis wirklich gewerblich genutzt werden kann. Ein zentraler Punkt einer Praxisübernahme ist nach Findung des »richtigen« Kaufpreises selbstverständlich die Vertragsgestaltung. Angesichts der mit einem Praxiskauf verbundenen Investitionen ist hier besondere Sorgfalt angebracht, sei es bei der Formulierung einer Konkurrenzschutzklausel, bei Fragen der Rechnungsabgrenzung zum Übergabezeitpunkt oder bei der Kaufpreisabwicklung. Generell anzuraten ist es, sich im Vorfeld der Praxis durch den Besuch von entsprechenden Fachseminaren über die »Big points« bei einer Praxisübernahme zu informieren, die auch von der Akademie praxis management des Freien Verbandes angeboten werden. Unbedingt empfehlenswert ist es auch, sich Hintergrundliteratur zum Thema »Praxisübernahme« zu beschaffen, wobei der Freie Verband Deutscher Zahnärzte über seine Buch- und Steuerstelle entsprechende Informationsmaterialien zur Verfügung stellt. Bei der eigentlichen Vertragsgestaltung sollte man nach Möglichkeit einen individuellen Vertrag mit dem Praxisabgeber verhandeln, um beide Interessenlagen wirklich zu berücksichtigen und spätere Streitigkeiten möglichst zu verhindern. Die Verwendung eines Mustervertrages birgt die Gefahr, dass den individuellen Wünschen nicht wirklich Rechnung getragen wird und wesentliche Punkte übersehen werden. In der nachfolgenden Checkliste sind wichtige Punkte aufgeführt, die bei einer Praxisübernahme zu beachten sind. Dies ersetzt selbstverständlich nicht die genaue Überprüfung der konkreten Übernahme in rechtlicher und steuerlicher Sicht.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

Checkliste Praxisübernahme

- **Praxisanalyse**
  - Personalsituation (Aus- und Weiterbildungsstand, Spezialisierungen, Abrechnungsbereich, Krankenstand, Zusammenarbeit möglich?)
  - Einrichtung (Inventar für eigene Praxisausrichtung geeignet? Ambiente passend, Umbauten erforderlich?
  - Lage der Praxis (Aufzug, Umgebung, Parkplätze)
  - Patientenstruktur (Anzahl GKV-Patienten, Privatpatienten, Altersstruktur, Therapiespektrum des Praxisabgebers)
  - Rentabilität der Praxis (Umsatzentwicklung, Konkurrenzsituation)

- **Vertragsgestaltung**
  - Übergabezeitpunkt?
  - Was wird genau verkauft und ist es frei von Lasten (Inventarliste: Klärung, ob die Gegenstände wirklich im Eigentum des Praxisgebers sind oder zum Beispiel noch Raten gezahlt werden müssen)?
  - Gewährleistungsregelungen in Bezug auf das Praxisinventar?
  - Zusicherung des Veräußerers hinsichtlich des Praxisumsatzes und hinsichtlich des Praxisinventars?
  - Überlassung der Patientenkartei (Einwilligung der Patienten, Notwendigkeit einer Regelung bei fehlender Einwilligung)
  - Eintritt des Erwerbers in bestehenden Mietvertrag oder Neuabschluss eines Mietvertrages über die Räumlichkeiten mit dem Vermieter?
  - Eintritt des Erwerbers in bestehende Arbeitsverhältnisse/gesetzliche Verpflichtung, Personal von der Praxisübernahme zu informieren.
  - Eintritt in vom Praxisveräußerer abgeschlossene Verträge (z. B. Telefonanlage, EDV-Verträge)?
  - Übernahme einer Beteiligung an einer Laborgemeinschaft?
  - Kaufpreisermittlung
  - Kaufpreisabwicklung (Sicherung des Kaufpreises durch Bankbürgschaft, Überweisung zum Übergabestichtag oder Barzahlung, Zahlung in Raten etc.)
  - Vereinbarung Konkurrenzschutzklausel
  - Regelungen für den Fall des Todes oder der Berufsunfähigkeit vor der Übernahme
  - Schlichtungsklausel?
  - Rechnungsabgrenzung bei laufenden Behandlungsverträgen
  - Regelungen, vom Vertrag zurückzutreten, wenn Praxisverkäufer Zusagen nicht einhält.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

8.8.1.1. Praxisübernahmevertrag – grundlegende Checkliste

Auch wenn jeder Praxisübernahmevertrag individuell ausgehandelt werden muss, gilt es bei jeder Übernahme, auf gewisse Grundlagen zu achten und immer wieder auftretende Klippen zu umschiffen.

Kaufpreisfindung/Gutachten

Den Kaufpreis sollte man vereinbaren, bevor man die Gestaltung der vertraglichen Details in Angriff nimmt. Eine freihändige Verhandlung ist erlaubt. Ratsam ist indes,

- sich zur Bestimmung des Wertes einer Praxis sachverständiger Hilfe (mindestens eines entsprechend versierten Steuerberaters oder Wirtschaftsprüfers) zu bedienen.
- Wenn man ein förmliches Gutachten eines Sachverständigen einholt, ist auf Gerichtsfestigkeit zu achten. Ggf. ist der Wert nach dem sog. modifizierten Ertragswertverfahren entsprechend dem Urteil des BGH vom 09. 02. 2011 (Az.: XII ZR 40/09) festzulegen.
- In jedem Fall müssen aussagekräftige Unterlagen über die Praxis vorgelegt werden (Gewinnermittlung, Honorarbescheide der KZV, i. d. R. drei Jahre zurück).

Einfluss Dritter bedenken und absichern

Stets muss bedacht werden, dass mit den Zulassungsgremien bei der KZV, Banken und ggf. dem Vermieter der Räumlichkeiten, in denen die Praxis liegt, Dritte am Übernahmeprozess beteiligt sind.

Zulassungsausschuss bei der KZV

Auch ohne Zulassungssperren ist stets zu bedenken, dass nach Übernahme beim Zulassungsausschuss eine Zulassung beantragt werden muss. Dieser tagt (je nach KZV unterschiedlich) maximal einmal monatlich. Die Anträge mit Anlagen müssen in aller Regel rund vier Wochen vor der Sitzung vorliegen. Das bei Neuniederlassung immer erforderliche polizeiliche Führungszeugnis bedarf seinerseits rund sechs Wochen Vorlauf, bei nicht-deutscher Staatsbürgerschaft noch länger.

Insofern ist

- entsprechender zeitlicher Vorlauf einzuplanen,
- der Übernahmevertrag unter die Bedingung entsprechend positiver Entscheidungen des Zulassungsausschusses zu stellen.

Vermieter/Mietvertrag

In Sachen Mietvertrag des Praxisvorgängers ist – will man, wie in aller Regel, am Standort bleiben – stets darauf zu achten, dass

- die Räume behördlicherseits als Zahnarztpraxis nutzbar sind,
- der Übernahmevertrag nur unter der Bedingung eines wirksamen Mietvertrags (Einstieg in den bestehenden Vertrag oder Neuverhandlung) abgeschlossen wird.

Banken

In aller Regel wird eine Finanzierung durch eine Bank erforderlich sein. Auch insofern muss

- eine verbindliche Regelung über die Sicherung der Finanzierung (Bürgschaft, verbindliche Zusage o. Ä.) getroffen werden,
- der Übernahmevertrag unter die Bedingung der Finanzierung gestellt werden.

Schweigepflicht

Bei den Vereinbarungen zur Übergabe der Patientenkartei muss unbedingt auf die Einhaltung der Schweigepflicht geachtet werden. Diese gilt auch zwischen Zahnärzten. Ein Vertrag, der die Wirksamkeitsvoraussetzungen nicht einhält, ist unrettbar nichtig.

Deshalb immer

- klare Verfahrensregeln für die Einholung der Zustimmung der Patienten zur Übergabe ihrer Patientenakte vereinbaren (v. a. Dokumentation einer erklärten Zustimmung),

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2019

- sog. Zwei-Schrank-Prinzip einhalten, d. h. Akten von Patienten, die der Übergabe nicht zugestimmt haben, getrennt von der laufenden Kartei in Verwahrung nehmen, im Falle digitaler Dokumentation entsprechende Sicherung vereinbaren (Passwörter).

Rückkehrverbot

Es ist – jedenfalls bei Erwerb auch des Goodwill der Praxis – unbedingt ein strafbewehrtes Rückkehrverbot für den Verkäufer zu vereinbaren. Dabei sind aber die Grenzen zu beachten, die die Gerichte gezogen haben. Räumlich hängt vieles von der Lage ab. Im Großstadtbereich mit höherer Praxisdichte und kleinerem Einzugsbereich ist weniger zulässig als bei der Landzahnarztpraxis.

- Mehr als 5 km Umkreis um den Sitz der Praxis dürften in aller Regel nicht zulässig sein. Im Zweifel eher Zurückhaltung üben. Ein örtlich zu weitreichendes Verbot ist unrettbar nichtig.
- Zeitlich ist das Verbot der Neuniederlassung des Abgebers auf zwei Jahre zu begrenzen.
- Die Höhe der Vertragsstrafe bei Zuwiderhandlung sollte schmerzhaft, aber nicht übertrieben sein.

Rechtsanwalt Anno Haak
www.lennmed.de

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2019

8.8.1.2. Die Praxisübergabe

Die Praxisübergabe – das sollten Sie mit Blick auf das Team beachten

Für das Team ist die Übergabe der Praxis mit vielen Ängsten verbunden. Es hat in der Regel viele Jahre gut und erfolgreich mit dem Praxisabgeber zusammengearbeitet. So ist ein vertrauensvolles Miteinander entstanden, in dem jeder seinen Platz in der Praxis kennt und weiß, was von ihm erwartet wird. Das ist ein sicheres Umfeld, in dem das Team sich wohl fühlt und in dem es sich daher bequem »eingenistet« hat.

Das ändert sich schlagartig mit Bekanntgabe der Praxisübergabe. Plötzlich ist nichts mehr sicher, keiner weiß so genau, was auf ihn zukommt, ob der Arbeitsplatz morgen noch so aussehen wird, wie er jetzt aussieht, was von ihm erwartet wird und wie der neue Chef/die neue Chefin so tickt. Das ruft Ängste hervor:

- Werde ich mit dem neuen Chef/der neuen Chefin klarkommen?
- Was ist, wenn nicht?

Besonders schlimm wird es, wenn der neue Chef/die neue Chefin vorhat, die Praxis komplett nach seinem/ihrem Gusto umzugestalten und womöglich noch technische Neuerungen einführen möchte. Dann werden die Ängste noch durch Fragen wie die nachstehenden verstärkt:

- Werde ich mit den Änderungen klarkommen?
- Was passiert, wenn ich das nicht kann?

Die Folge: passiver und vielleicht sogar aktiver Widerstand. Die Wahrscheinlichkeit für diese Reaktionen in der Zahnarztpraxis ist relativ groß, denn dort gibt es einen überdurchschnittlich hohen Anteil an Menschen, insbesondere in der Assistenz, die zwar anderen gerne helfen, harmoniebedürftig und sicherheitsorientiert sind, aber leider Veränderungen gegenüber nicht so sehr aufgeschlossen sind.

Aus diesem Grund ist es sehr hilfreich, wenn Abgeber und Übernehmer einander ähnlich sind in Bezug auf das Behandlungsspektrum und die Führungsgrundsätze. Denn dann gibt es neben Dingen, die der Übernehmer vielleicht ändern möchte, auch Dinge, die so bleiben, wie sie sind. Das wirkt auf das Praxisteam wie ein sicherer Hafen.

Für den Übernehmer ist es wichtig, sich der genannten Ängste bewusst zu sein und zunächst einmal daran zu arbeiten, eine Beziehung zum Team aufzubauen. Je besser Sie Ihr Team kennen, desto besser werden Sie verstehen, was Ihrem Team wichtig ist und wie es tickt. Suchen Sie daher mit jedem Mitarbeiter das Gespräch, idealerweise auf neutralem Boden wie beispielsweise einem Café, da es dort für viele einfacher ist, offener und auf Augenhöhe miteinander zu sprechen.

In dem Moment, in dem eine menschliche Basis besteht, lassen sich auch auf sanftem Weg Veränderungen initiieren. Entscheidend ist dabei die Dosis: Wenn der Übernehmer alles auf einmal, also quasi mit der Brechstange, verändern möchte, wird das auf massiven Widerstand des Teams hinauslaufen. Das Team wird aufgrund der bislang gemachten Erfahrungen »Es ist doch immer gut gelaufen« kaum Verständnis für die Änderungen aufbringen und in Widerstand gehen. Das ist für den Übernehmer eine extrem herausfordernde Situation, die sehr viel Kraft raubt, weil viel Sand im Getriebe sein wird.

Besser ist es daher, in kleinen Schritten vorzugehen und zunächst einmal das zu ändern, was dem Übernehmer am wichtigsten ist. Es hilft dabei sehr, die Mitarbeiter aktiv einzubeziehen und sie umfassend im Vorfeld in die Entscheidung einzubinden. Machen Sie dabei deutlich,

- was Sie mit der Änderung bezwecken,
- was das Team davon haben wird, wenn es diese Schritte mit Ihnen gemeinsam geht. Argumente wie das Werben um Unterstützung und die langfristige Sicherung der Arbeitsplätze wirken dabei Wunder. Denn das sind die Argumente, die vielen Mitarbeitern in der Zahnarztpraxis gerecht werden dürften.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2020

- Ergänzend dazu sollte Ihre Argumentation mit Zahlen, Daten und Fakten untermauert werden, um auch die Mitarbeiter zu überzeugen, die auf rationale Argumente Wert legen.

Hören Sie dabei aktiv auf evtl. Einwände der Mitarbeiter und spiegeln Sie die Gefühle und Bedürfnisse, die Sie heraushören. Vielleicht gelingt es Ihnen sogar, Ihnen zu zeigen, dass gerade Ihr Vorhaben dazu beiträgt, dass die Bedürfnisse der Mitarbeiter erfüllt werden. Die Mitarbeiter werden dann spüren, dass Sie sie ernst nehmen, und sich Ihnen Stück für Stück öffnen. So können Sie Schritt für Schritt Ihre eigenen Ideen umsetzen und Ihre Wunschpraxis gestalten.

Dr. Susanne Woitzik

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2020

8.8.1.3. Verkauf an investorgetragenes MVZ

Vorsicht bei der Umwandlung der Praxis in ein investorgetragenes MVZ – eine Entscheidungshilfe für Abgeber

Vielen Kollegen mit interessanten Praxis-Standorten flattert seit einiger Zeit regelmäßig Post von Investoren ins Haus, die mit einem Praxisabgabe- und Kooperationskonzept zu attraktiven Konditionen werben. Doch was ist von derartigen Angeboten zu halten? Sind sie wirklich so gut wie sie auf den ersten Blick scheinen? In diesem Artikel schauen wir einmal genauer hin:

Es fängt schon bei den Vertragsverhandlungen an. Denn der Investor bittet abgabewillige Zahnärzte in aller Regel, einen Letter of intent (LOI) zu unterzeichnen, in dem die Exklusivität der Vertragsverhandlungen zugesichert wird. Damit können während der Verhandlungen keine weiteren Gespräche mit anderen potenziellen Übernehmern mehr geführt werden. Verlaufen die Vertragsverhandlungen ergebnislos, kann viel Zeit verstrichen sein, was die Praxisabgabe weiter verzögert und zusätzlich Verkaufsdruck erzeugt. Unschön: Der Investor selbst gibt zumeist keine Exklusivitätserklärung ab und kann somit gleichzeitig auch mit weiteren Kollegenpraxen vor Ort verhandeln.

Der Investor führt nach Unterzeichnung des LOI eine sogenannte Due-Diligence-Prüfung durch und sichtet alle Verträge und Zahlenwerke der Praxis. Dabei wird z. B. festgestellt, dass

- im vorletzten Jahr aus steuerlichen Gründen Einnahmen ins Folgejahr verschoben wurden und im letzten Jahr keine entsprechende Verschiebung der Einnahmen mehr vorgenommen wurde. Diesen verschobenen Betrag zieht der Investor dann von den bislang ausgewiesenen Einnahmen ab und reduziert damit den rechnerischen Jahresgewinn.
- Lieferantenrechnungen aus dem letzten Jahr erst im aktuellen Jahr beglichen wurden und dadurch der Gewinn des letzten Jahres zu hoch ausgewiesen wurde. Auch diesen verschobenen Betrag berücksichtigt der Investor in der Folge in der Rechnung für das letzte Jahr und reduziert dadurch erneut den Jahresgewinn.
- der Mietvertrag eine Rückbauklausel enthält, die Praxis also bei Beendigung des Mietverhältnisses wieder in den ursprünglichen Zustand gebracht werden muss. Dafür bildet der Investor eine Rückstellung in entsprechender Höhe und zieht sie vom Kaufpreis ab.

Infolge der Due-Diligence-Prüfung ergibt sich somit in der Regel ein – gegenüber dem ersten Angebot – deutlich reduzierter Kaufpreis.

Darüber hinaus geht ein Investor in der Regel davon aus, dass auch der Materialbestand zum Zeitpunkt der Übernahme (das sind meist in etwa 1,75 % des Jahresumsatzes) mit dem Kaufpreis abgegolten ist. Bei Verkauf an einen Kollegen/eine Kollegin ist es üblich, dass der Materialbestand zum Übergabezeitpunkt gezählt und separat bewertet und vergütet wird.

Ebenso geht der Investor in der Regel davon aus, dass noch offene Forderungen gegenüber Patienten (insbesondere wenn die Praxis noch nicht mit einer zahnärztlichen Abrechnungsgesellschaft zusammenarbeitet, sind hohe 5–6-stellige Summen keine Seltenheit) und der KZV (in der Regel ca. 21 % des KZV-Jahresumsatzes) zum Übergabezeitpunkt an ihn übergehen. Bei Verkauf an einen Kollegen/eine Kollegin verbleiben diese Forderungen zumeist in der Hand des Praxisabgebers/der Praxisabgeberin.

Vertragsgegenstand sind häufig auch umfangreiche, nicht verhandelbare Garantien über die Richtigkeit aller Angaben gegenüber dem Investor, was den einen oder anderen überfordern dürfte und zu Problemen führt, wenn sich im Nachhinein die Unrichtigkeit von Angaben herausstellen sollte. Insofern ist hier genau Obacht zu geben, dass korrekte Angaben gemacht werden.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2020

Die Kosten für einen Vertragsabschluss mit einem Investor sind in der Regel deutlich höher als für einen Vertragsabschluss mit einem Kollegen/einer Kollegin (Anwalt, Steuerberater, ggf. Gutachter etc.).

Ein niedergelassener Zahnarzt/eine niedergelassene Zahnärztin kann seine/ihre Arbeit fachlich und persönlich eigenverantwortlich im Interesse seiner/ihrer Patienten gestalten. Die Praxisführung muss zwar wirtschaftlichen Gesichtspunkten entsprechen, ist jedoch nicht auf Gewinnmaximierung ausgerichtet. Mit dem Verkauf der Praxis ist zumeist noch eine mindestens 2-jährige Tätigkeit des Praxisabgebers/der Praxisabgeberin als angestellter Zahnarzt/angestellte Zahnärztin verbunden, häufig sogar als zahnärztlicher Geschäftsführer/zahnärztliche Geschäftsführerin der MVZ GmbH. Auch eine Minderheitsbeteiligung von 10 % an der MVZ GmbH ist häufig Vertragsbestandteil.

Die eigene Freiberuflichkeit muss somit aufgegeben und für den vereinbarten Zeitraum muss als angestellter und damit häufig gegenüber einer (kaufmännischen) Geschäftsführung weisungsgebundener Zahnarzt in der ehemals eigenen Praxis gearbeitet werden. Unter Umständen fällt das nicht leicht. Denn nicht selten werden beispielsweise die Materialien, mit denen in der Praxis gearbeitet wird, sowie das Labor, mit dem gearbeitet werden soll, vorgeschrieben. Ggf. werden auch Personalentscheidungen der Geschäftsführung (wie z. B. die Entlassung ehemaliger Mitarbeiter/innen oder Neueinstellungen) vom Praxisabgeber/von der Praxisabgeberin nicht gutgeheißen, was zusätzliche psychische Belastungen mit sich bringt.

Das Gehalt liegt häufig deutlich unter dem, was der Praxisabgeber/die Praxisabgeberin in den Vorjahren entnehmen konnte. Hinzu kommt, dass in der Regel auch ambitionierte Umsatzvorgaben gemacht werden – und zwar unabhängig vom Zahnstatus der Patienten. Der dadurch entstehende aus ethischen Bedenken resultierende Druck sollte nicht unterschätzt werden.

Vom Verkaufspreis wird in der Regel ein Einbehalt von 10 % vorgenommen.

Sollte der Praxisabgeber/die Praxisabgeberin »nur« als angestellter Zahnarzt/angestellte Zahnärztin im MVZ tätig werden, muss er/sie die Zulassung zurückgeben. Denn diese darf er/sie nur behalten, wenn er/sie auch Gesellschafter/in des MVZ wird. Wird danach z. B. von der KZV Widerspruch gegen die MVZ-Genehmigung eingelegt, dürfen weder der Praxisabgeber/die Praxisabgeberin noch das MVZ Patienten behandeln. Das bedeutet wirtschaftliche Einbußen für den Zahnarzt/die Zahnärztin und wirft große Probleme auf, wenn er/sie das Gehalt fest für seine/ihre Lebensführung eingeplant hat.

Es ist vorab unklar,

- inwieweit variable Gehaltsbestandteile realisiert werden (z. B. wenn Umsatzvorgaben am Ende nicht erreicht werden; dabei werden für den angestellten Zahnarzt – anders als in der Selbstständigkeit – nur eigene Umsätze und keine Prophylaxeumsätze berücksichtigt).
- ob der Einbehalt am Ende auch tatsächlich ausgezahlt wird. Der Investor könnte gezielt nach Gründen suchen, um eine teilweise oder auch ganze Auszahlung zu vermeiden (z. B. die Nichteinhaltung von bestimmten Vertragsbedingungen).
- wie viel der Verkauf der Minderheitsanteile am Ende der Laufzeit des Anstellungsvertrages erlösen wird.

Sollten sich Streitpunkte mit dem Investor ergeben, die vor Gericht ausgetragen werden, kommen weitere erhebliche Kosten auf den Abgeber/die Abgeberin zu.

Wenn der Praxisabgeber/die Praxisabgeberin jünger als 55 Jahre ist, kann der einmalige Steuervorteil aus dem Verkauf der Praxis nicht genutzt werden, was die Rechnung für den Praxisabgeber/die Praxisabgeberin zusätzlich negativ beeinflusst.

Mit jedem Jahr einer angestellten Tätigkeit wird der finanzielle Verlust eines jüngeren Praxisabgebers/einer jüngeren Praxisabgeberin gegenüber einer weiteren Selbstständigkeit größer, und zwar bei dem gleichzeitig möglichen Risiko einer Arbeitslosigkeit.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2020

Gleichzeitig steigt mit jedem Lebensjahr die Abhängigkeit vom Arbeitgeber, da die Finanzierung einer neuen Praxis spätestens mit Mitte 50 unattraktiv wird.

Ein gleichzeitiges Ausscheiden aus der Praxis zum Übergabezeitpunkt ist – anders als bei der Übergabe an einen Kollegen/eine Kollegin – nicht möglich.

Ebenfalls wichtig zu wissen ist, dass Investoren häufig künstlich Zeitdruck aufbauen, um zu verhindern, dass der Praxisinhaber/die Praxisinhaberin sich genauer über die vertraglichen Modalitäten informieren kann und somit eine fundiertere Entscheidung für sich treffen kann.

Schauen Sie daher sehr genau hin, wenn Ihnen ein auf den ersten Blick attraktives Angebot eines investorgetragenen MVZ vorgelegt wird, damit Ihnen unerfreuliche Überraschungen erspart bleiben.

Dr. Susanne Woitzik

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2020

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2020

8.8.1.4. Praxisübergabe innerhalb der Familie

Früher war es möglich, die Praxis an eines seiner Kinder zu verschenken. Ich denke aber, dass diese Variante in der heutigen Zeit nicht mehr oft vorkommt. Vielmehr stellt sich bei Praxisübergaben innerhalb der Familie die Frage nach Zeitpunkt, Ablauf und ggf. gemeinsamer Praxisführung.

Wenn man die Praxis an seine eigenen Kinder abgeben kann, befindet man sich in den meisten Fällen in einer glücklichen Situation. Die komplexe Suche nach einem geeigneten Nachfolger entfällt. Man möchte sein Lebenswerk in der Regel nicht irgendjemandem überlassen. Bei seinen eigenen Kindern geht man davon aus, dass die Praxis in guten Händen ist.

Dennoch sind auch hier einige Dinge zu beachten. Grundsätzlich sollte überlegt werden, ob Elternteil und Kind noch einige Zeit gemeinsam in der Praxis arbeiten wollen oder lieber ein »harter Schnitt« erfolgen soll. Beides hat Vor- und Nachteile.

Der fließende Übergang von/vom Angestellten/r zum/zur Niedergelassenen ist ein großer Vorteil. Zu erwähnen sind hier u. a.:
- Einarbeiten in die Verwaltung der Praxis
- Mitarbeitermanagement
- Tiefe Einblicke in die Abrechnung der Praxis

Dies sind wertvolle Erfahrungen, die man so »in Ruhe« machen kann.

Außerdem sollte bei einer Praxisübernahme der Tochter oder des Sohnes das Thema Familienplanung unbedingt mit in die Überlegungen einbezogen werden. Die Möglichkeit, in dieser Zeit als angestellte/r Zahnarzt/Zahnärztin in der Praxis tätig zu sein, ist nicht zu unterschätzen. Die Frage nach Berufsverbot und Mutterschutz kann familienintern besprochen und geregelt werden. Der Praxisinhaber kann über die U2-Umlageversicherung die Kosten erstattet bekommen. Die Tochter ist finanziell abgesichert und muss sich mit der Problematik eines Vertreters und dem drohenden Umsatzausfall nicht direkt auseinandersetzen.

Bei einer Übergabe in der Familie ist auch die Sicherheit des Praxisabgebers/der Praxisabgeberin zu beachten. Wenn sich die Praxisübergabe über eine längere Zeitspanne erstreckt und die Tochter/der Sohn für eine längere Phase (mehrere Jahre) angestellt ist, ist eine finanzielle Absicherung des Praxisabgebers sinnvoll und einfach möglich. Zum Beispiel kann eine Lebensversicherung über den Verkaufswert der Praxis abgeschlossen werden. Die versicherte Person ist dann in diesem Fall der/die PraxisübernehmerIn. In dieser Versicherung sind neben dem Todesfall auch andere Risiken abgesichert. Solange die Praxis nicht übernommen ist, wird der Versicherungsbeitrag von dem Praxisinhaber oder der Praxisinhaberin bezahlt, der-/diejenige ist dann auch der/die Begünstigte. Nach der Praxisübergabe wird die Versicherung dann auf das Kind umgeschrieben und ggf. weitergeführt. Dadurch wird der/die PraxisübernehmerIn selbst oder deren Partner der Begünstigte dieser Versicherung.

Auch die Praxiswertermittlung selbst kann bei einem Familienunternehmen Praxis einfacher stattfinden. Anstelle komplizierter und teurer Verfahren sind einfache und schnelle Methoden möglich. Diese sind zwar ggf. etwas weniger detailliert, auf Grund des in der Regel engen Vertrauensverhältnisses aber meistens vollkommen ausreichend.

Die kurzen Ausführungen sollen Sie dafür sensibilisieren, dass der Zeitpunkt der Praxisübergabe, auch in der Familie, gut überlegt sein muss. Ein steuervergünstigter Verkauf ist für die Praxisinhaber nur einmal im Leben möglich. Eine Veräußerung in zwei Schritten ist daher nicht zu empfehlen. Es gibt also auch bei der Übergabe in der Familie einiges zu beachten. Überlegen Sie gut, was Sie tun, und lassen Sie sich ausführlich beraten. Der Freie Verband deutscher Zahnärzte steht Ihnen mit seinen Partnern mit Kompetenz zur Seite.

drs. Hub van Rijt

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2022

8. Recht
8.8. Praxisabgabe aus rechtlicher und steuerrechtlicher Sicht
8.8.1. Praxisübernahmevertrag
8.8.1.4. Praxisübergabe innerhalb der Familie

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2022

8.8.1.5. Vertraulichkeitsvereinbarungen bei Praxisverkäufen

Bei einem Praxisverkauf oder dem Verkauf eines Gesellschaftsanteils hat der Kaufinteressent ein berechtigtes Interesse, keine »Katze im Sack« zu kaufen. Er möchte vielmehr die Praxiszahlen, die Personalsituation, die Situation beim Praxismietvertrag, die Kaufpreishöhe und vieles mehr in Erfahrung bringen, um auf dieser Basis über den Kauf zu entscheiden.

Umgekehrt möchte der Verkäufer sich absichern, dass höchstvertrauliche Praxisinterna nicht verbreitet werden. Egal, ob es zum Verkauf kommt oder nicht.

Es ist anzuraten, dass er deshalb mit dem Interessenten eine Vertraulichkeitsvereinbarung abschließt, die auch indirekt hinzugezogene Berater in die Pflicht nimmt und auch für die Zukunft fortwirkt. Das nachfolgende Muster ist als Orientierung zu betrachten.

RA Michael Lennartz

Wir weisen auf Folgendes hin:
Ein Mustervertrag dient der Orientierung und ist unbedingt auf den Einzelfall und die getroffenen individuellen vertraglichen Absprachen anzupassen. Da Verträge fortwährend Anpassungen bspw. wegen inzwischen geänderter höchstrichterlicher Rechtsprechung oder Gesetzesänderung unterliegen können, ist es unabdinglich, dass Sie als Verwender den Mustervertrag sorgfältig und eigenverantwortlich prüfen. Wir übernehmen keine Haftung dafür, dass der jeweilige Mustervertrag für den konkreten Anwendungsbereich geeignet ist. In Zweifelsfällen sollten Sie fachkundigen Rat einholen und einen Vertrag individuell erstellen lassen.

Muster Vertraulichkeitsvereinbarung

zwischen

xxxxx

– nachfolgend xxxxxxx –

und

xx xxxxxxx
Adresse
xxxxxx

– nachfolgend xxxxxxx –

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

Präambel

xxxxxxx betreibt in xxxxxx, Adresse, eine privat- und vertragszahnärztliche Zahnarztpraxis. xxxxxxx beabsichtigt den Verkauf der Zahnarztpraxis, wobei der xxxxxx als möglicher Praxisübernahmetermin angedacht ist. xxxxxxx bekundet Interesse an dem Kauf der Praxis, wobei es für die Kaufentscheidung erforderlich ist, dass er sich ein Bild von den Verhältnissen der Praxis macht (u. a. Personalsituation, mietvertragliche Situation, betriebswirtschaftliche Auswertungen, Quartalszahlen KZV). xxxxxxx wird diese internen Unterlagen zur Verfügung stellen, wobei sich xxxxxxx im Gegenzug zur strikten Vertraulichkeit unter Zugrundelegung der nachfolgenden Vereinbarung verpflichtet. Dies vorausgeschickt, vereinbaren die Parteien Folgendes:

§ 1

Vertraulichkeit

(1) Alle Informationen, Dokumente und Daten, die xxxxxxx an xxxxxxx übermittelt, sind streng vertraulich und dürfen von xxxxxxx ausschließlich in Zusammenhang mit den Vertragsverhandlungen und zur Realisierung des Praxiskaufes (u. a. Gespräche mit Banken, seinem Steuerberater, dem Vermieter und Vertragspartnern der Praxis) verwendet werden. xxxxxxx wird die vertraulichen Informationen ausschließlich zur Beurteilung der Kaufentscheidung, zur möglichen späteren Ausgestaltung und Durchführung des Praxiskaufes sowie nach erfolgtem Praxiskauf verwenden. xxxxxxx wird die vertraulichen Informationen insbesondere nicht nutzen, um sich im Wettbewerb einen geschäftlichen Vorteil gegenüber xxxxxxx zu verschaffen.
(2) xxxxxxx wird sämtliche berechtigten Personen (z. B. Angestellte, Berater), die vertrauliche Informationen zum Zwecke der Realisierung des Praxisverkaufs erhalten, über Inhalt und Umfang der Rechte und Pflichten aus dieser Vereinbarung informieren und sicherstellen, dass alle berechtigten Personen die Bestimmungen dieser Vereinbarung einhalten.
(3) Die Verpflichtung zur Vertraulichkeit gilt nicht für Informationen, Dokumente und Daten, die zum Zeitpunkt der Kenntniserlangung durch xxxxxxx bereits öffentlich bekannt waren oder ohne Bruch dieser Vereinbarung öffentlich zugänglich geworden sind (z. B. Internetauftritt der Praxis).
(4) Bei Nichtzustandekommen eines Praxiskaufes wird xxxxxxx nach Aufforderung durch xxxxxxx sämtliche Dokumente und sonstigen Trägermedien zurückgeben, zerstören oder löschen, soweit sie vertrauliche Informationen verkörpern.

§ 2

Schadensersatz

Unabhängig von einem eventuellen Schadensersatzanspruch verpflichtet sich xxxxxxx für jeden Fall des schuldhaften Verstoßes gegen § 1 dieser Vereinbarung, eine Vertragsstrafe in Höhe von ..... € zu zahlen. Die Strafe wird fällig für jeden Fall der Zuwiderhandlung. Die Parteien verzichten auf die Einrede des Fortsetzungszusammenhangs.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

§ 3

Laufzeit

Diese Vertraulichkeitsvereinbarung gilt mit Unterzeichnung für die gesamte Zeit der Gespräche über einen möglichen Praxiskauf bis zum Abschluss des Praxiskaufes. Nach ergebnisloser Beendigung dieser Gespräche gilt diese Vereinbarung auf unbegrenzte Zeit.

§ 4

Schriftform

Änderungen und Ergänzungen dieser Vereinbarung bedürfen der Schriftform; dies gilt auch für eine Änderung des Schriftformerfordernisses selbst.

§ 5

Salvatorische Klausel

Für den Fall, dass einzelne Bestimmungen dieser Vereinbarung ganz oder teilweise unwirksam oder undurchführbar sind oder werden, oder für den Fall, dass diese Vereinbarung unbeabsichtigte Lücken enthält, wird dadurch die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen dieser Vereinbarung nicht berührt. Anstelle der unwirksamen, undurchführbaren oder fehlenden Bestimmung gilt eine solche wirksame und durchführbare Bestimmung als zwischen den Parteien vereinbart, wie sie die Parteien unter Berücksichtigung des wirtschaftlichen Zwecks dieser Vereinbarung vereinbart hätten, wenn ihnen beim Abschluss dieser Vereinbarung die Unwirksamkeit, Undurchführbarkeit oder das Fehlen der betreffenden Bestimmung bewusst gewesen wäre. Die Parteien sind verpflichtet, eine solche Bestimmung in gebotener Form, jedoch zumindest schriftlich, zu bestätigen.

§ 6

Rechtswahl und Gerichtsstand

(1) Diese Vereinbarung unterliegt dem Recht der Bundesrepublik Deutschland.
(2) Ausschließlicher Gerichtsstand für alle Streitigkeiten aus oder im Zusammenhang mit dieser Vereinbarung ist das Landgericht xxxxxx.

xxxxxx, den

xxxxxxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxx

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

8.8.2. Die Abgabe der Praxis aus steuerlicher Sicht

Überlegungen zur Praxisabgabe haben durch die Regelungen des GSG, insbesondere die Zwangsabgabe der Kassenzulassung wegen Altersbegrenzung, eine erhöhte Bedeutung bekommen. Die Planungen hierzu, auch in steuerlicher Hinsicht, sollten so früh wie möglich beginnen.

Der *Praxiswert als Vermögensgut* hat in der Planung der Altersvorsorge des Zahnarztes einen hohen Anteil. Umso wichtiger ist es, den Praxisverkauf so wenig wie möglich mit Steuern zu belasten, also den Netto-Vermögenszuwachs durch steuerliche Gestaltungen zu optimieren. Dies gilt umso mehr, als die Besteuerung der Praxisabgabe aufgrund des Wahlrechts zwischen Multiplikatormodell und Steuertarifermäßigung erhebliche gestalterische Vorüberlegungen verlangen.

Eine »steueroptimale« Praxisabgabe bedeutet nicht nur die Planung des eigentlichen rechtlichen Schrittes, sondern sie beginnt mit *Gestaltungen in den Jahren davor*. Der steuerliche »Fahrplan« sieht demnach wie folgt aus:

- Steuerstrategien vor der eigentlichen Praxisabgabe
- Gestaltung des Kaufpreises
- Die Steuervergünstigung – Auf das Verhalten nach der Praxisabgabe kommt es an.

Zunächst eine Kurzdarstellung der steuerlichen Regelungen für die Praxisabgabe:

Stb./WP Gabriela R. Scholz

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

8.8.2.1. Besteuerung des Veräußerungsgewinns

Ermittlung des Veräußerungsgewinns

Der Gewinn aus der Veräußerung einer Einzelpraxis oder eines gesamten Anteils an einer Gemeinschaftspraxis gehört zu den steuerpflichtigen Einkünften des Zahnarztes (§§ 18 Abs. 3 i. V. m. § 16 EStG). Er wird wie folgt berechnet:

	Veräußerungspreis	**(Kaufpreis lt. Vertrag)**
zuzüglich	Verkehrswert von Gegenständen, die nach dem Verkauf Privatvermögen werden	(Praxisimmobilie; Pkw)
abzüglich	Buchwert des übertragenen Vermögens	
abzüglich	Kosten der Veräußerung	(Rechts- und Steuerberatung, Provisionen, Wertgutachten).
	Veräußerungsgewinn	

Der Veräußerungsgewinn wird gekürzt um einen *Freibetrag von 45.000,– €*, wenn der Veräußerer im Übertragungszeitpunkt
- das 55. Lebensjahr vollendet hat oder
- dauernd berufsunfähig ist.

Er ermäßigt sich um den Betrag, um den der Veräußerungsgewinn 136.000,– € übersteigt, sinkt also bis zu einem Gewinn von 181.000,– € auf 0,– €. Der Freibetrag wird *nur auf Antrag gewährt*, und nur *einmal* im Leben eines jeden Steuerpflichtigen.

Steuersätze

Der Veräußerungsgewinn gehört zu den *»außerordentlichen Einkünften«* nach § 34 EStG und wird damit begünstigt besteuert.

Der Veräußerungsgewinn wird nach einem Multiplikatorenmodell besteuert: »Die Einkommensteuer auf außerordentliche Einkünfte beträgt das *Fünffache* der Differenz der Steuer auf das zu versteuernde Einkommen ohne die außerordentlichen Einkünfte und der Steuer auf das zu versteuernde Einkommen *zuzüglich* 1/5 der außerordentlichen Einkünfte.«

Zum 01. 01. 2001 hat der Gesetzgeber zusätzlich den *tarifbegünstigten Steuersatz* als Alternative zum Multiplikatorenmodell eingeführt. Wenn der Praxisveräußerer älter als 55 Jahre oder dauernd berufsunfähig ist, hat er *nur einmal im Leben* das Wahlrecht, den tarifbegünstigten Steuersatz in Anspruch zu nehmen. Veräußerungsvorgänge vor dem 01. 01. 1999 werden dabei nicht gezählt.

Aktuell beträgt der ermäßigte Steuersatz 56 % des tariflichen Steuersatzes, *mindestens den Eingangssteuersatz* (2012 14 %). Er ist besonders zu beantragen.

Die Versteuerung zum begünstigten Steuersatz klingt gut, bedeutet aber nicht, dass es in jedem Falle steuerlich günstiger ist, diesen Steuersatz an Stelle des Multiplikatorenmodells zu wählen. Bei geschickter Gestaltung der steuerlichen Sachverhalte kann die Steuerbelastung auf den Veräußerungsgewinn bei Anwendung des Multiplikatorenmodells sogar im Einzelfall niedriger ausfallen als beim ermäßigten Steuersatz, wie die folgenden Beispiele zeigen.

Annahmen: Zahnarzt, 60 Jahre, Veräußerungsgewinn 2010 140.000,– €, im Übrigen nur Einkünfte aus der Praxis bis zur Veräußerung, Versteuerung nach der Grundtabelle ohne Kirchensteuer und SolZ.

Fall a) Laufende Einkünfte aus Praxistätigkeit 2010
60.000,– €

Fall b) Laufende Einkünfte aus Praxistätigkeit 2010
10.000,– €

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 01/2013

	Fall a) €	Fall b) €
Laufende Einkünfte	+ 60.000,–	+ 5.000,–
Veräußerungsgewinn	140.000,–	
./. Freibetrag	41.000,–	
außerordentliche Einkünfte (a. o. Einkünfte)	**99.000,–**	**99.000,–**
Gesamtbetrag der Einkünfte	159.000,–	109.000,–
./. Sonderausgaben, außergewöhnliche Belastungen	10.000,–	10.000,–
Zu versteuerndes Einkommen (zvE) 2007	**149.000,–**	**99.000,–**
Ermittlung der Steuerbelastung 2007 bei *Anwendung des Multiplikatorenmodells*		
1. ZvE ohne a. o. Einkünfte	+ 50.000,–	0,–
a. o. Einkünfte 99.000,– € × 1/5	+ 19.800,–	+19.800,–
Summe	69.800,–	19.800,–
Tarifbelastung darauf (Einkommensteuer)	21.402,–	2.795,–
2. Tarifbelastung auf die übrigen Einkünfte	13.096,–	0,–
3. Differenz der Steuerbelastung	8.306,–	2.795,–
4. Das 5-fache beträgt	41.530,–	13.975,–
5. zuzügl. Steuer auf anderes zvE	13.096,–	0,–
Gesamte Steuerbelastung 2007	**54.626,–**	**13.975,–**
Nachrichtlich: Durchschnittssteuersatz der a. o. Einkünfte	41,9 %	14,1 %
Ermittlung der Steuerbelastung 2007 bei Anwendung des halben Steuersatzes		
1. ZvE	149.000,–	99.000,–
2. Durchschnittssteuersatz Einkommenssteuer	36,7 %	34,0 %
3. Ermäßigter Steuersatz davon 56 %	20,6 %	19,0 %
mindestens Eingangssteuersatz	(14,0 %)	(14,0 %)
4. Einkommensteuer auf a. o. Einkünfte	20.394,–	18.810,–
5. Einkommensteuer auf laufende Einkünfte	13.096,–	0,–
7. Gesamte Einkommensteuerbelastung 2007	**33.490,–**	**18.810,–**

Im Fall b) fällt bei Wahl des Multiplikatorenmodells die Besteuerung des Veräußerungsgewinns wesentlich günstiger aus als bei Wahl des begünstigten tariflichen Steuersatzes. Welche Alternative günstiger ist, hängt allein von der Höhe der übrigen bzw. laufenden Einkünfte ab. Je niedriger die übrigen Einkünfte, desto niedriger ist auch die Besteuerung des Veräußerungsgewinns.

Durch vorausschauende Steuergestaltungen für das Jahr der Praxisveräußerung oder -aufgabe können erhebliche Steuervorteile erzielt werden.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 01/2013

8.8.2.2. Steuerersparnisse durch die Gestaltung der übrigen Einkünfte

Bei der Besteuerung der Praxisabgabe wird klar getrennt zwischen

- *laufenden Einnahmen und Ausgaben* der Praxis, die zum vollen tariflichen Satz der Steuer unterliegen, und
- *außerordentlichen Einkünften* im Zusammenhang mit der Veräußerung, die begünstigt besteuert werden.

Die Steuer auf den Veräußerungsgewinn hängt im Veranlagungsjahr des Verkaufs von den übrigen Einkünften ab, wie unser Beispiel gezeigt hat. Werden in diesem Jahr nur *geringe übrige Einkünfte* erzielt, so sinkt die Steuerbelastung auf den Veräußerungsgewinn. Es bleibt netto mehr übrig. Folgende Maßnahmen zur Einkunftsgestaltung bestehen:

Veräußerung zum Jahresbeginn

Positiv wirkt es sich in jedem Fall aus, wenn die Veräußerung *zu Beginn des Jahres* vorgenommen wird. Hier ergeben sich neben einem hohen Veräußerungsgewinn nur noch geringe laufende Einkünfte aus zahnärztlicher Tätigkeit oder aus Versorgungsrenten (besteuert mit dem niedrigen Ertragsanteil).

Beachten Sie bitte:
Im Allgemeinen muss eine *Aufgabebilanz* erstellt werden, die sämtliche Forderungen (KZV, Privatliquidation) und Verbindlichkeiten enthält. Daraus können sich noch hohe zusätzliche Einnahmen im Jahr der Veräußerung bzw. Aufgabe ergeben.

Sie können dies vielleicht vermeiden, wenn Sie für das Vorjahr bereits zur Bilanz übergehen.

Rückstellungen bilden

Die Verpflichtungen aus selbstständiger zahnärztlicher Tätigkeit sind mit der Praxisabgabe oder -aufgabe noch nicht beendet. Sie wirken je nach Einzelfall noch Jahre nach, z. B.

- Archivierung von Patientenunterlagen, wenn der Nachfolger dies nicht übernehmen kann.
- Aufbewahrungspflichten für das Finanzamt (10 Jahre).
- Erstellung von Steuererklärungen bis zum Praxisabgabejahr.

Diese Verpflichtungen sind im Allgemeinen mit Kosten verbunden, z. B. Raumkosten, Einrichtungskosten, Honoraren. Sie sind in Form einer Rückstellung bereits in der Aufgabebilanz steuermindernd zu erfassen.

Übrige Einkunftsarten nicht vergessen, z. B. Vermietung und Verpachtung

Positiv wirken sich aber auch Verluste aus Vermögensanlagen oder hohe sofort abzugsfähige Ausgaben (z. B. Erhaltungsaufwand) bei vermieteten Immobilien aus.

Da alle übrigen Einkunftsteile für die Steuerermittlung zusammengerechnet werden, wird auch ein höherer laufender Gewinn aus der Praxis kompensiert, und eine Steuerminderung wie im Fall b) wird erreicht.

Vorgezogene Anschaffungen für Anlagevermögen

Steuerlich sinnvoll ist es, wenn die *Anschaffung von Inventar und Geräten*, die der Nachfolger sowieso austauschen würde, um mindestens 2 Jahre vorgezogen wird. Es können dann die hohen anfänglichen

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

Abschreibungen genutzt werden, um die Steuerlast der letzten Praxisjahre zum vollen Steuersatz zu mindern. Die Differenz des hohen Verkehrswertes zum niederen Buchwert wird beim Verkauf begünstigt besteuert. Letztendlich verbleibt eine hohe steuerliche Ersparnis wie folgendes Beispiel verdeutlicht.

Beispiel: (Höchststeuersatz, ohne Kirchensteuer)	**Anlagenkartei €**	**Steuerersparnis ESt. 42,0 %**
Anschaffung Behandlungsstuhl Januar 2006	30.000,–	
AFA nach § 7g EStG 2006	6.000,–	2.520,–
AFA degressiv 30 % 2006	9.000,–	3.780,–
AFA degressiv 20 % 2007 auf 15.000,– €	5.600,–	1.890,–
Buchwert 31.12.2007	**9.400,–**	**8.190,–**
Auswirkung auf den Praxisverkauf	Praxisverkauf ohne Anschaffung	Praxisverkauf mit Anschaffung
Kaufpreis	150.000,–	170.000,–
Buchwert	50.000,–	59.400,–
Veräußerungsgewinn	**100.000,–**	**115.600,–**
Durchschnittsatz 25 %	25.000,–	27.650,–

Der Mehrsteuer beim Verkauf von € 2.650 steht eine Steuerersparnis im Jahr 2006 und 2007 von € 8.190,– entgegen. Die Steuer-Differenz von € 5.540,– wird zusätzlich und endgültig gespart!

Das Vorziehen von Investitionen lohnt sich auch beim Pkw, der überwiegend für die Praxis genutzt wird. Bei Verkauf der Praxis würde der Pkw üblicherweise ins Privatvermögen übernommen und wäre mit seinem Verkehrswert zu versteuern. Der obige Steuerspar-Effekt wird zwar gemindert, weil AFA auf private Nutzungsanteile nicht abzugsfähig sind und § 7g EStG nicht anwendbar ist, er bleibt aber im Grundsatz erhalten.

Möglichkeit von Ansparabschreibungen prüfen

Ein ähnlicher Effekt kann sich noch durch die Inanspruchnahme der *Ansparabschreibung nach § 7g EStG* (Gesetzesfassung vor 2007) spätestens im Jahr vor der Praxisabgabe ergeben. Die *Zinsgewinne* bei Wiederanlage der Steuerersparnisse bis zum eigentlichen Verkauf verstärken diesen Effekt.

Die Ansparabschreibung kann (bis 2 Jahre vor der geplanten Investition) mit bis zu 40 % der zukünftigen geplanten Anschaffungskosten beweglicher Wirtschaftsgüter und bis maximal € 154.000,– steuerwirksam gebildet werden. Wenn die Ansparrücklage spätestens nach 2 Jahren aufgelöst werden muss, gehört sie grundsätzlich zu den *laufenden Einkünften*.

Muss sie jedoch *aus Anlass der Praxisabgabe ohne Investition* aufgelöst werden, so gehört sie zum *begünstigten Veräußerungsgewinn* (Schreiben des Bundesfinanzministeriums vom 30.10.2007, IV B 2 – S 2139 – b/07/0001.

Bei ab 2007 nach § 7g EStG n. F. gebildeten Rücklagen ergibt sich keine Begünstigung mehr, da nun die nicht vorgenommene Investition zu einer rückwirkenden Änderung des steuerlichen Gewinns im Jahr der Bildung der Rücklage führt.

Strategien im Personalbereich

Müssen anlässlich der Praxisabgabe, eventuell auch auf Wunsch des neuen Praxisinhabers, Kündigungen an Mitarbeiter ausgesprochen werden, so sind Abfindungen, die gezahlt werden, nicht mehr steuerfrei.

Möglich ist es jedoch, anlässlich der Beendigung eines Dienstverhältnisses eine kapitalgedeckte Altersversorgung aufzustocken. Nach § 3 Nr. 63 EStG besteht die Möglichkeit, Beiträge bis zur Höhe von € 1.800,– multipliziert mit der Anzahl der Dienstjahre nachzuentrichten, soweit diese Beträge nicht in Vorjahren durch eine Direktversicherung o. Ä. ausgenutzt wurden. Dies gilt auch für einen in der Praxis beschäftigten Ehepartner. Die Beiträge können zu Lasten der laufenden Praxiseinkünfte verbucht werden und werden bei Auszahlung als laufende Rente durch den Rentenempfänger der nachgelagerten Besteuerung unterworfen.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

8.8.2.3. Die Gestaltung des Kaufpreises

Bei Verkauf der Praxis ergeben sich hinsichtlich der Kaufpreiszahlung immer die Alternativen

- Verkauf gegen Einmalzahlung oder;
- Verkauf auf Rentenbasis oder;
- Verkauf gegen Zahlung eines Teilbetrages und Verrentung eines weiteren Betrages.

Die optimale vertragliche Gestaltung muss hier in Einklang mit der persönlichen Einkommenssituation des Praxisinhabers bei unterschiedlicher Besteuerung der Modelle gefunden werden.

Beispiel:
Ein 60-jähriger Zahnarzt verkauft seine Praxis zu einem Gesamtwert von € 150.000,– oder alternativ € 200.000,– (Freibetragsberechnung). Die Steuervergünstigung der §§ 16, 34 EStG wird gewährt.

Verkauf der Praxis gegen Barzahlung

	1. Beispiel	2. Beispiel
Verkaufspreis	150.000,– €	200.000,– €
Buchwert	26.000,– €	26.000,– €
Veräußerungsgewinn	**124.000,– €**	**174.000,– €**
übersteigt	136.000,– €	136.000,– €
um	0,– €	38.000,– €
Freibetrag	45.000,– €	45.000,– €
verbl. Freibetrag	**45.000,– €**	**7.000,– €**
Veräußerungsgewinn	124.000,– €	174.000,– €
– Freibetrag	45.000,– €	7.000,– €
einkommensteuerpflichtig nach § 34 EStG	**79.000,– €**	**167.000,– €**

Verkauf der Praxis gegen Rente

Ein Kaufpreis von € 150.000,– würde bei Verrentung auf das Lebensalter des 60-jährigen Zahnarztes und einem Zinssatz von 5,5 % einer Jahresrente von rd. € 12.750,– entsprechen. Steuerlich hat der Zahnarzt bei dieser Kaufpreisgestaltung das Wahlrecht,

- den Veräußerungsgewinn direkt zu versteuern;
- den Veräußerungsgewinn über die jährlichen Rentenzahlungen als nachträgliche Einkünfte aus freiberuflicher Tätigkeit zu versteuern.

Alternative 1:
Der Veräußerungsgewinn kann sofort versteuert werden. Hierzu wird die vertraglich vereinbarte Rente auf den Zeitpunkt der Praxisübergabe nach versicherungstechnischer Rechnung mittels des Barwerts abgezinst, so dass sich ein Veräußerungspreis ergibt, von dem die Veräußerungskosten und der Buchwert des Praxisvermögens abgezogen werden. Es verbleibt der Veräußerungsgewinn, der um den möglichen Freibetrag nach § 16 EStG vermindert wird. Auf den verbleibenden Veräußerungsgewinn wird, falls die Voraussetzungen hierzu erfüllt sind, der ermäßigte Steuersatz nach § 34 EStG angewandt. Das Verfahren entspricht insoweit dem Verfahren wie beim Verkauf gegen Sofortzahlung (vergl. oben).

Die in den Folgejahren zufließenden Rentenzahlungen werden mit dem Ertragsanteil (entspricht dem in den Zahlungen enthaltenen Zinsanteil) gem. § 22 EStG versteuert. Der Ertragsanteil ist abhängig vom Lebensalter des Rentenempfängers bei Beginn der Rente.

Beispiel:

jährliche Rente	12.750,– €
Bei Beginn der Rente vollendetes Lebensjahr:	60
Ertragsanteil lt. § 22 EStG:	22 %
Der Einkommensteuer werden unterworfen:	12.750,– € × 22 % = 2.805,– €

Die Problematik des Modells liegt auf der Hand. Für das Jahr der Veräußerung decken die eingehenden Zahlungen in Höhe der Rente in der Regel noch nicht einmal die Steuern. In Folgejahren können sich eventuell Vorteile ergeben, da bei sonst geringen Einkünften die Rentenzahlungen im Einzelfall völlig steuerfrei bleiben. In den meisten Fällen dürfte die Sofortversteuerung nicht empfehlenswert sein.

Alternative 2:
Die Rentenzahlungen können aber auch als nachträgliche Praxiseinnahme betrachtet werden. Ein steuerpflichtiger Gewinn entsteht in diesem Falle erst dann, wenn die Rentenzahlungen zuzüglich etwaiger Veräußerungskosten den Buchwert des Praxisvermögens übersteigen.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

Beispiel wie vorher:

jährliche Rente	12.750,– €
2 Jahre × 25.500,– € =	25.500,– €
Buchwert des Praxisvermögens = Eigenkapital	**24.000,– €**
steuerpflichtig	1.500,– €
einkommensteuerpflichtig ab dem 3. Jahr	**12.750,– €**
und in jedem folgenden Jahr	

Freibeträge nach § 16 EStG und ermäßigter Steuersatz nach § 34 EStG werden *nicht* gewährt.

Diese Alternative ist zu empfehlen, wenn in den Folgejahren das Einkommen aus anderen Einkunftsquellen, z. B. Einkünfte aus Kapitalvermögen, Vermietung, so niedrig ist, dass die Rentenzahlungen im Endeffekt unbesteuert oder gering besteuert bleiben.

Verkauf gegen festen Barpreis und Rente

Der Gesamtkaufpreis wird hier gesplittet in einen sofort zahlbaren Betrag und eine lebenslängliche Rentenzahlung. Der *Barpreis* wird nach dem Grundmodell im Jahr des Verkaufs versteuert. Für den *Rentenbetrag* hat der Veräußerer wiederum das Wahlrecht zur Direktversteuerung oder späteren Versteuerung als nachträgliche Einkünfte.

Der Freibetrag gem. § 16 Abs. 4 EStG wird höchstens in Höhe des durch den festen Barpreis realisierten Veräußerungsgewinns gewährt.

Die Buchwerte des Betriebsvermögens sind im Zeitpunkt der Veräußerung vom Barpreis abzuziehen. Ein etwaiger Gewinn entsteht im Zeitpunkt der Veräußerung und ist vollständig nach § 34 EStG tarifbegünstigt, wenn der veräußernde Praxisinhaber seine freiberufliche Tätigkeit vollständig aufgibt. Beteiligt sich der Praxisveräußerer an einer Gemeinschaftspraxis, an die er seine Praxis veräußert, so wird die Tarifvergünstigung des § 34 EStG für den Anteil am Veräußerungsgewinn nicht gewährt, der dem Anteil des Praxisveräußerers am Vermögen der Gemeinschaftspraxis entspricht.

Beispiel:
Annahmen: Veräußerer älter als 55 Jahre. Versteuerung der Rente als nachträgliche Einnahmen.

Fester Barpreis	50.000,– €
Barwert der Rente	100.000,– €
Buchwerte	26.000,– €
Im Zeitpunkt der Veräußerung sind zu versteuern:	
Barpreis	50.000,– €
./. Buchwerte	26.000,– €
Veräußerungsgewinn	**24.000,– €**
fiktive Berechnung des Freibetrages (wie bei Sofortversteuerung)	
Barpreis	50.000,– €
+ Barwert Rente	100.000,– €
	150.000,– €
./. Buchwerte	26.000,– €
Veräußerungsgewinn	124.000,– € (unschädlich 136.000,– €)
Freibetrag =	45.000,– €
Höchstens (Barpreis ./. Buchwerte)	24.000,– €
Veräußerungsgewinn	24.000,– €
./. Freibetrag	24.000,– €
steuerpflichtiger Veräußerungsgewinn	**0,– €**

Die Rentenzahlungen werden wie in Alternative 2 des Rentenverkaufs versteuert.

Mit dieser Gestaltungsform können Steuerzahlungen auf den Kaufpreis für das Jahr der Veräußerung vermieden werden und gleichzeitig die Steuerbegünstigung durch Ausnutzung des gewährten Freibetrages optimiert werden.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

8.8.2.4. Die Gewährung der Steuervergünstigungen – Auf das richtige Verhalten nach Praxisabgabe kommt es an!

Bei Veräußerung der gesamten Praxis wird auf Antrag der Freibetrag des § 16 (4) EStG (derzeit € 45.000,–) und der begünstigte Steuersatz des § 34 EStG gewährt.

Voraussetzung hierfür ist, dass nach den vertraglichen Regeln und der tatsächlichen Durchführung die gesamte Praxis mit allen wesentlichen Grundlagen in einem Akt auf den Nachfolger übertragen wird und die Tätigkeit im bisherigen Wirkungskreis für eine gewisse Zeit eingestellt wird.

In der Rechtsprechung der Finanzgerichte sind die Fälle dokumentiert, in denen durch ungünstige Verhaltensweisen des veräußernden Zahnarztes nachträglich die Steuerbegünstigung des Praxisverkaufs zurückgenommen wurde, mit der fatalen Folge, dass nun die normale tarifliche Steuer auf den Praxisverkauf fällig war und ein Freibetrag nicht gewährt wurde. Hier ist besondere Vorsicht geboten.

Schädlich ist

- die Fortführung der Privatpraxis bei Veräußerung der Kassenpraxis.
- der Verkauf einzelner Praxisgegenstände, während die zahnärztliche Tätigkeit mit dem gleichen Patientenstamm fortgeführt wird.
- der Verkauf der Praxis und die sofortige Eröffnung einer anderen Praxis in räumlicher Nähe. Die Tätigkeit im bisherigen örtlich begrenzten Wirkungskreis muss wenigstens für eine gewisse Zeit eingestellt werden (BFHE 116,8/ BStBl II 75, S. 661).
- die Zugewinnung neuer Patienten in nicht unerheblichem Umfang (BMF-Schreiben vom 28.07.2003, IV A6S 2242 – 4/03), auch wenn dadurch die unten genannte Grenze von 10 % der bisherigen Einnahmen nicht überschritten wird.

Unschädlich ist

- die Eröffnung einer neuen Praxis außerhalb des bisherigen Einzugsbereichs (BFH vom 30.06.1991). Die Mitnahme von Teilen des Praxisinventars ist für die Steuerbegünstigung unschädlich (FG Düsseldorf, EFG 85, S. 449).
- die Fortführung der bisherigen freiberuflichen Tätigkeit in einem geringen Umfang. Eine Tätigkeit von geringem Umfang ist gegeben, wenn die Einnahmen daraus weniger als 10 % der durchschnittlichen Einnahmen in den letzten 3 Jahren vor der Praxisveräußerung ausmachen, so die BFH-Entscheidungen vom 07.11.1991 (BStBl. 1992, Teil II, Seite 457).
- die Tätigkeit als Arbeitnehmer oder freier Mitarbeiter des neuen Praxisinhabers, dann also für Rechnung des Nachfolgers (BFH vom 18.04.1994, BStBl. II, 94,924/6).
- die Tätigkeit als Betriebszahnarzt in einem Unternehmen.
- als Vertreter des Truppenzahnarztes der Bundeswehr.

Die angeführten Beispiele zeigen, wie notwendig eine vorherige sorgfältige Planung des Praxisverkaufs ist. Verkaufstrategie und Steuerplanung müssen unter Einbeziehung des Steuerberaters und Rechtsberaters auf die persönliche Einkommenssituation des Zahnarztes abgestimmt werden, um den Verkauf insgesamt optimal zu gestalten.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

8.8.2.5. Die entgeltliche Aufnahme eines Partners

Die Praxisabgabe durch Veräußerung der gesamten Praxis bedeutet in der Regel einen tiefgreifenden Einschnitt in die Lebensumstände des Zahnarztes. Es kann viele Gründe geben, warum man diese Änderung nicht in einem Schritt vollziehen, sondern sich nach und nach »zurückziehen« will. Dann ist die Aufnahme eines Partners die gebotene Lösung.

Als Gründe für die Aufnahme eines Partners sind vorstellbar

- Ein langsamer oder schrittweiser Rückzug in den Ruhestand ist geplant.
- Die »Veräußerbarkeit« der Praxis soll auch bei drohender Entziehung des Kassensitzes aus Altersgründen erhalten bleiben.
- Ein weiterer Kassenzahnarzt-Sitz soll besetzt werden.

Gemeinschaftspraxis und Praxisgemeinschaft

Die *Gemeinschaftspraxis* ist der Zusammenschluss mehrerer Zahnärzte zu einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts. Die Gesellschaft tritt nach außen hin unter einem Namen auf (ein Praxisschild, eine KZV-Nummer). Einnahmen und Ausgaben werden zunächst der Gemeinschaft zugerechnet und dann auf die Beteiligten verteilt. Eigentümer von materiellen und immateriellen Werten ist die Gemeinschaft.

Die *Praxisgemeinschaft* wird definiert als Zusammenschluss mehrerer selbstständiger Zahnärzte zur gemeinschaftlichen Nutzung von Praxisräumen, Personal sowie apparativer oder sonstiger Einrichtungen. Im Gegensatz zur Gemeinschaftspraxis erfolgt die Behandlung von Patienten und die Abrechnung der Honorare getrennt und auf eigene Rechnung des einzelnen Zahnarztes (jeder selbstständige Zahnarzt hat bei der KZV eine eigene Abrechnungsnummer).

Folglich wird bei der Praxisgemeinschaft auch *kein Anteil am Goodwill* oder Patientenstamm, dem wesentlichen Vermögen einer zahnärztlichen Berufstätigkeit, übertragen. Im Zusammenhang mit diesem Thema soll diese Gesellschaftsform daher nicht weiter betrachtet werden.

Aufnahme eines Juniorpartners in die Gemeinschaftspraxis

Soll ein Juniorpartner in die Zahnarztpraxis aufgenommen werden, so wird er in der Regel eine Zahlung für den vom Senior aufgebauten Praxiswert leisten müssen (unentgeltliche Übertragungen an familienangehörige Nachfolger sollen hier nicht betrachtet werden).

Diese an sich »klassische« Gestaltung wurde durch einen regelrechten Schlingerkurs in der Steuergesetzgebung und Rechtsprechung der letzten Jahre verkompliziert. Auch der jetzige Rechtsstand führt nicht zu einer Vereinfachung der Gestaltung. Denn je nachdem, zu welchem Zeitpunkt und in welcher Weise diese Zahlung vom Junior geleistet wird, ist sie für den Senior *steuerbegünstigt oder zum normalen Steuersatz zu versteuern*.

Denkbar sind folgende *Alternativen*:

a) Kauf eines Praxisanteils mit Zahlung ins Privatvermögen des Seniors.
b) Einbringung der Praxis in die GbR und Zahlung des Juniors ins Praxisvermögen (»Einbringungsmodell«).
c) Einstieg mit einer kleinen Beteiligung und stufenweiser Praxiserwerb (Mehrstufenmodell).
Hinweis: steuerbegünstigt nur bis 31.12.2001!
d) Begründung einer Gemeinschaft und Begünstigung des Seniors über die Gewinnverteilung.

An einem *Beispielfall* sollen diese Alternativen dargestellt werden. Der Wert der bisherigen Einzelpraxis soll sich wie folgt ermitteln:

Buchwert des Anlagevermögens lt. Anlagenkartei	50.000,– €
+ Stille Reserven (den Buchwert übersteigender Wert der Sachanlagen)	50.000,– €
+ Immaterieller Praxiswert (Goodwill/Patientenstamm)	150.000,– €
Wert der Praxis	**250.000,– €**

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

a) Kauf eines Praxisanteils und Zahlung ins Privatvermögen

Will der Senior dem Junior eine Beteiligung am Wert der Praxis von 50 % einräumen, so müsste der Junior € 125.000,– an den Senior zahlen. Die Zahlung würde in dessen Privatvermögen fließen.

Diese Konstellation wird vom derzeitigen Steuerrecht »bestraft«. Die Veräußerung ist nicht steuerbegünstigt, weil es nicht zur Aufdeckung aller stillen Reserven kommt, wie es der Zielsetzung der Steuerbegünstigung entspricht. Der Freibetrag des §16 Abs. 4 EStG von derzeit 45.000,– € und der begünstigte Steuersatz des § 34 EStG werden nicht gewährt. Dies hat der Große Senat des Bundesfinanzhofs (BFH) in seinem Urteil vom 18.10.1999 (GrS 2/98) nochmals bestätigt. Er stellt fest, dass die entgeltliche Aufnahme eines Sozius in eine Einzelpraxis nicht als steuerbegünstigte Veräußerung zu beurteilen ist.

Netto ergibt sich für den Senior dann folgender Gewinn:

		Netto-Zufluss
Senior Veräußerungsgewinn	→	
Veräußerungserlös	125.000,– €	125.000,– €
abzüglich Buchwert der veräußerten Werte (½ von 50.000 €)	25.000,– €	
abzüglich eventuelle Veräußerungskosten (Rechtsanwalt, Anzeigen etc.)	– nach Fall –	
Veräußerungsgewinn	**100.000,– €**	
	→	
Versteuert mit Steuersatz 44,3 %*	44.300,– €	– 44.300,– €
Abschreibungsvolumen ohne Veräußerung:	50.000,– €	
nach Veräußerung:	25.000,– €	
AFA-Verlust (= Gewinnerhöhung)	25.000,– €	
	→	
versteuert mit Steuersatz 51 %*	11.075,– €	– 11.075,– €
Netto-Zufluss beim Senior gesamt:		**69.625,– €**

* Einkommensteuer 42 % zuzüglich Solz, zusammen rund 44,3 %

Nach dem Verkauf entfallen auf den Senior noch 50 % vom Vermögen der Praxis (€ 125.000,–), und 50 % des bisherigen Buchwertes. Der Junior kann seinen Anteil am Vermögen von € 125.000,– zu den üblichen Regeln abschreiben.

Vor- und Nachteile

++ sofortige Verfügbarkeit des Kaufpreises
- - geringer Netto-Erlös

b) Das Einbringungsmodell

Die Einbringung einer Einzelpraxis in eine Gemeinschaftspraxis erfolgt grundsätzlich zum Teilwert. Der steuerliche »Teilwert« der Praxis dürfte in der Regel dem Veräußerungspreis der Praxis entsprechen und sich aus dem Übertragungsvertrag der Partner ergeben. In unserem Beispielfall bringt der Senior seine Einzelpraxis mit einem Teilwert von € 250.000,– und der Junior € 250.000,– in bar in die Gemeinschaftspraxis ein. Die Zahlung des Juniors steht je nach den Beteiligungsverhältnissen beiden Partnern zu und kann zunächst nicht ins Privatvermögen des Seniors gezahlt werden.

Die »Bereicherung« des Seniors ist in Werten *vor Steuern* dieselbe, wie bei der oben dargestellten Alternative des Verkaufs eines Praxisanteils und Zahlung ins Privatvermögen.

Wert der vom Senior eingebrachten Sachwerte	250.000,– €
Einzahlung des Juniors ins Praxisvermögen	250.000,– €
Wert der Praxis nach Einbringung	**500.000,– €**
davon Anteil des Seniors am bisherigen Sachwert	125.000,– €
Anteil des Seniors am Geldvermögen	125.000,– €
	250.000,– €

Das Steuerrecht eröffnet nun nach § 24 Umwandlungssteuergesetz verschiedene Möglichkeiten, wie die Gesellschafter ihr Praxisvermögen in der neuen Gemeinschaftspraxis bewerten, und knüpft daran unterschiedliche Steuerfolgen für den Senior. Der gewählte Wertansatz ist in der steuerlichen Eröffnungsbilanz der Gemeinschaftspraxis zu dokumentieren. Möglich sind im Einzelnen

– Buchwert (hier € 50.000,–)
– Teilwert (hier € 250.000,–)
– Zwischenwert (hier zwischen € 50.000,– und € 250.000,–)

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

Bei Wahl des *Buchwertansatzes* ergeben sich zunächst keine steuerlichen Folgen. Wie nachfolgendes Beispiel aber deutlich macht, entsteht infolge der Einbringung beim Senior ein »negatives Abschreibungsvolumen«, so dass letztendlich über die »Zeitschiene« der Netto-Zufluss des Seniors beim Buchwertansatz dem des Teilwertansatzes entspricht, unter der Prämisse identischer Steuersätze.

Wird der *Teilwert als Wertansatz* zugrunde gelegt, bedeutet das die volle Aufdeckung der stillen Reserven der bisherigen Einzelpraxis zum Zeitpunkt der Einbringung. Dies wird *steuerlich* begünstigt bei Erfüllung bestimmter Voraussetzungen durch die Gewährung des Freibetrages nach § 16 Abs. 4 EStG und die Anwendung des begünstigten Steuersatzes nach § 34 EStG. Die Aufdeckung der stillen Reserven ist jedoch nur insoweit begünstigt, als der Senior nicht an der Gemeinschaftspraxis beteiligt ist.

Der Ansatz des *Zwischenwertes* ist steuerlich »uninteressant«, da dann in jedem Fall zum vollen Steuersatz zu versteuern ist. Diese Alternative wird hier nicht weiter dargestellt.

Die steuerlichen Folgen am Beispiel:

	Ansatz des Buchwertes	**Ansatz des Teilwertes**
Ansatz in der Eröffnungsbilanz der Gemeinschaftspraxis	50.000,– €	250.000,– €
abzüglich Buchwert in der Einzelpraxis	50.000,– €	50.000,– €
	0,– €	**200.000,– €**

Weitere Einnahmen: Übrige laufende Einkünfte des Jahres € 100.000,–. Alleinstehender Zahnarzt, keine Kirchensteuer.

a) Buchwert

		Netto-Zufluss
Senior Veräußerungsgewinn		
Veräußerungserlös	0,– €	
Geldvermögen der Praxis	125.000,– € → [125.000,– €]	
Abschreibungsvolumen		
ohne Veräußerung:	**50.000,– €**	
nach Veräußerung:		
Der neue Praxiswert wird in der EB-Bilanz aktiviert zu	250.000,– €	
abzüglich Buchwerte vor Einbringung	50.000,– €	
Mehrwert nach Einbringung	**200.000,– €**	
Dieser Wert ist vom Senior zu neutralisieren«, um insgesamt die Buchwerte fortzuführen (»negatives AFA-Volumen«)	– 200.000,– €	
Abschreibungsvolumen		
Ohne Veräußerung	– 50.000,– €	
Nach Veräußerung		
a) AFA-Volumen aus der Bilanz der Gemeinschaft, davon auf den Senior entfallend 50 %	125.000,– €	
b) negative AFA des Seniors **75.000,– €**	– 200.000,– €	
AFA-Verlust (= Gewinnerhöhung)	125.000,– € →	
– p. a. 25.000,– €, Einkünfte dann 125.000,– € p. a.		
Versteuert mit Steuersatz 44,3 %*	55.375,– €	– 55.375,– €
Netto-Zufluss beim Senior gesamt:	**69.625,– €**	

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

b) Teilwert

		Netto-Zufluss Senior
Veräußerungsgewinn (Verkehrswert abzügl. Buchwerte)	200.000,– €	
Steuer des Seniors auf die Aufdeckung der stillen Reserven zum **vollen Steuersatz (44,3 %)** auf den 50 %-Anteil (100.000,– €) an der Gemeinschaftspraxis	44.300,– € →	– 44.300,– €
zum **begünstigten Steuersatz (24,8 %)***		
auf die 50 % veräußerten Anteil	13.640,– € →	– 13.640,– €
(100.000,– € abzüglich Freibetrag 45.000,– € = 55.000,– €)		
Entnahme-Recht am anteiligen Geldvermögen der Praxis	125.000,– € →	[125.000,– €]
Nettozufluss im Jahr der Veräußerung		67.060,– €
Abschreibungsvolumen **ohne Veräußerung:**	**50.000,– €**	
nach Veräußerung: Der neue Praxiswert wird in der Eröffnungsbilanz aktiviert zu	250.000,– €	
»negatives AFA-Volumen«	– entfällt –	
davon auf den Senior entfallend 50 %	125.000,– €	
AFA-Volumen nach Veräußerung	**125.000,– €**	
zusätzliche AFA in den folgenden Jahren insgesamt (= Gewinnminderung)	75.000,– €	
Versteuert mit Steuersatz 44,3 %*	33.225,– €	33.225,– €
Netto-Zufluss beim Senior gesamt:		**100.285,– €**

* Die Einbringung der Einzelpraxis zu Teilwerten ist für den Senior nach § 34 EStG steuerlich begünstigt, soweit er nicht als Mitunternehmer an der Gemeinschaftspraxis beteiligt ist. Im Beispielfall 50 %. Ab 2001 hat er für diesen Teil ein Wahlrecht zwischen dem Multiplikatormodell und unter bestimmten Voraussetzungen (älter 55 Jahre oder dauernd berufsunfähig) dem halben tariflichen Steuersatz. Die anderen 50 % muss er mit dem »normalen« Steuersatz versteuern. Ob eine Steuerbegünstigung durch die Teilwerteinbringung rechnerisch vorliegt, hängt ganz wesentlich von den übrigen laufenden Einkünften im Einbringungsjahr ab.

Im Beispiel wurde die Einbringung (der Verkauf von 50 % der Praxis oder € 125.000,–) insgesamt mit ca. 20 % Steuer belastet, weil die Steuerbegünstigung in Anspruch genommen wurde.

Die Höhe der Steuerbelastung im Einzelfall hängt ab von

- der Gewährung des persönlichen Freibetrages von einmalig € 45.000,–.
- der Möglichkeit einmalig zum halben tariflichen Steuersatz zu optieren.
- der Höhe der übrigen Bestandteile des zu versteuerndem Einkommens im Einbringungsjahr. Geringe laufende Einkünfte oder Verluste aus sonstigen Einkunftsarten können die Steuerbelastung positiv beeinflussen.

Insgesamt ist das Einbringungsmodell steuerlich zwar interessant, aber durch die vorgelagerte Steuerbelastung und nachgelagerte Steuerentlastung schwierig zu gestalten. Auch hat der Zahnarzt ab 2001 nur noch einmal im Leben die Möglichkeit, den halben Steuersatz des § 34 EStG zu wählen.

c) Einstieg mit einer kleinen Beteiligung und stufenweiser Praxiserwerb (Mehrstufenmodell)

In der Vergangenheit wurde oft der Weg über ein so genanntes »Mehrstufenmodell« gewählt, um eine niedrige Steuerbelastung zu erreichen. In einem ersten Schritt wurde ein kleiner Anteil der Praxis an den neuen Partner veräußert, was zu einem laufenden Gewinn führte. Danach konnte ein weiterer Teil des Praxisvermögens begünstigt nach §§ 18, 34 EStG veräußert werden.

Im Unternehmensteuerfortentwicklungsgesetz vom 20.12.2001 wurde der begünstigte Verkauf von Teilen eines Mitunternehmeranteils gestrichen. Begünstigt ist nur noch der Verkauf des gesamten Mitunternehmeranteils.

Beispiel:
A und B sind zu je 50 % an einer Gemeinschaftspraxis beteiligt. Möchte A jetzt seinen Anteil begünstigt verkaufen, so muss er seine gesamten 50 % Praxisanteil veräußern, um in den Genuss des Freibetrags, des halben Steuersatz bzw. der Fünftel-Regelung zu gelangen. Verkauft er nur einen geringeren Teil, z. B.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

40 %, so ist dieser Verkauf laufender Gewinn und nicht begünstigt.

Das Mehrstufenmodell ist daher aus steuerlicher Sicht nicht mehr empfehlenswert.

d) Begründung einer Gemeinschaft und Begünstigung des Seniors über die Gewinnverteilung

Sie möchten einen Junior in die Praxis aufnehmen, um sich dann nach einem absehbaren Zeitraum ganz aus der Praxis zurückzuziehen. Gewünscht ist materiell eine 50%-Beteiligung. Diese ist ab 01.01.2002 über das Mehrstufenmodell nicht mehr steuerbegünstigt darstellbar. Sie möchten auch für die Aufnahme des Juniors im Einbringungsmodell keine Steuern zahlen (siehe S. 8ff.). Welche Möglichkeiten gibt es?

1. Die Gewinnvorab-Lösung

Eine Alternative zum Mehrstufenmodell ist die sog. »Gewinnvorab-Lösung«. Beteiligen Sie den Junior nur mit einem geringen Prozentsatz von z. B. 5 % am Praxisvermögen, um die Gemeinschaftspraxis formell herzustellen. Diese Übertragung ist bei Ihnen als laufender Gewinn einkommensteuerpflichtig.

Die Beteiligungsverhältnisse 5 %/95 % müssen jetzt so lange bestehen bleiben, bis der Senior sich ganz aus der Praxis zurückzieht. Jeder weitere anteilige Verkauf wäre laufender, nicht begünstigter Gewinn. In dem Moment, in dem der Senior ganz aus der Praxis ausscheidet, verkauft er dem Junior seinen gesamten Praxisanteil von 95 %. Dieser Verkauf ist begünstigt mit dem Freibetrag i. H. v. 45.000,– € nach Vollendung des 55. Lebensjahrs und auf Antrag dem halben Steuersatz bzw. unter Anwendung der Fünftel-Methode.

Die Gewinnverteilung wird nun unabhängig von der Vermögensbeteiligung vertraglich vereinbart. Der Senior stellt unentgeltlich seinen 95%-Anteil am Praxisvermögen zur Verfügung und erhält dafür ein Gewinnvorab. Das Gewinnvorab ist nicht steuerbegünstigt, aber einfach zu handhaben und aufgrund der nur einmal im Leben gewährten Steuerbegünstigung nach §§ 16, 34 ESTG (Freibetrag und halber Steuersatz) durchaus attraktiv.

Beispiel einer solchen Gewinnverteilung:

	EUR	Senior EUR	Junior EUR
Gesamtgewinn	250.000,–		
Abzüglich Gewinnvorab des Seniors	– 80.000,–	80.000,–	
a) Restgewinn zu gleichen Teilen	170.000,–	85.000,–	85.000,–
Gesamtgewinn Alternative a)	**250.000,–**	**165.000,–**	**85.000,–**
b) Restgewinn abzüglich Tätigkeitsvergütung			
z. B. nach Arbeitszeit	– 100.000,–	40.000,–	60.000,–
Restgewinn zu gleichen Teilen	70.000,–	35.000,–	35.000,–
Gesamtgewinn Alternative b)	**250.000,–**	**155.000,–**	**95.000,–**

Der angemessene Gewinnvorab kann durch eine Praxisbewertung und die Prognose der zukünftigen Gewinne im Gemeinschaftspraxisvertrag festgelegt werden.

Mögliche Gestaltungen des Gewinnvorab für den Senior:

- Der Senior erhält x Jahre lang y % vom Gewinn.
- Der Senior erhält immer einen Mindestgewinn von x %, und zwar auch im Verlustfall.
- Der Senior erhält x Jahre lang eine Verzinsung seines Vermögens als Gewinnvorab.

Vermeiden Sie feste Beträge als Gewinnvorab! Die Finanzverwaltung hat in solchen Fällen schon den Vorabgewinn in Kaufpreisraten umgedeutet. Diese waren dann als Veräußerungsgewinn zu Beginn der Gemeinschaftspraxis steuerpflichtig, und zwar zum vollen Steuersatz (so FG München, EFG 1990, S. 316).

Vorteil der Gewinnvorab-Lösung:

- Einfach durchführbar.
- Der Senior versteuert nur das, was auch als sein entnahmefähiger Gewinn vorhanden ist.
- Der Junior wird nicht durch zusätzliche Darlehensaufnahmen belastet.

Nachteil:

- Je nach Dauer der Gemeinschaft zahlt der Junior zu viel/zu wenig für den Einstieg in die Gemeinschaft,

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

da er bei Ausstieg des Seniors ja noch 95 % des Vermögens erwerben muss.
- Ein fester Betrag für die Übernahme der verbleibenden 95 % am Praxisvermögen kann nicht von Beginn an vereinbart werden (Kaufpreisraten!). Die Wertveränderung bis zum Ausstieg des Seniors ist für beide Parteien ein Risiko.

2. Die stufenweise Aufstockung der Beteiligung

Häufig wird auch der stufenweise Erwerb von geringen Anteilen am Praxisvermögen über mehrere Jahre empfohlen.

Beispiel:
Der Senior hat eine Einzelpraxis im Wert von € 200.000,– und beteiligt einen jungen Zahnarzt zunächst im ersten Jahr mit 5 % an seiner Praxis gegen Zahlung von € 10.000,–.

In den darauf folgenden Jahren erwirbt dann der Junior jährlich jeweils 5 % der Praxis bis zur Erreichung der gewünschten 50 %. Die Zahlungen werden jeweils mit seinem Gewinnanteil verrechnet und stehen dem Senior zu, der diesen zusätzlichen Gewinnanteil als laufenden, nicht begünstigten Ertrag zu versteuern hat.

Vorteil der stufenweisen Aufstockung:
- Wie oben: der Senior versteuert nur das, was ihm tatsächlich zufließt. Diese Form der stufenweisen Veräußerung führt oft, aufgrund der geringeren Progression gegenüber dem sofortigen Verkauf von 50 %, zu einem günstigeren Ergebnis beim Senior.
- Wie oben: der Junior wird beim Einstieg in die Praxis nicht durch die Finanzierung belastet.
- Der Junior erwirbt von Beginn an Vermögen an der Praxis.

Nachteil:
- Der Senior verschenkt die Steuervorteile auf den Verkauf der ersten 50 % am Praxisvermögen. Er versteuert diese zum vollen Einkommensteuersatz anstatt zum halben.

Aber Achtung, Steuerfalle droht:
Die Rechtslage ist nicht eindeutig. Oft wurde von der Finanzverwaltung unterstellt, dass diese Regelungen nur getroffen wurden, um den gesamten 50 %-Anteil zu verkaufen und um die sofortige Versteuerung des Verkaufs zu umgehen. Dies würde dazu führen, dass die Veräußerung des gesamten Beteiligungserlöses im Erstjahr mit dem vollen Steuersatz und ohne Vergünstigung versteuert werden müsste.

Weitere Entscheidungen diesbezüglich bleiben noch abzuwarten. Wählt der Zahnarzt diese Variante, so muss er sich über dieses Risiko im Klaren sein.

3. Der Junior beteiligt sich mit größeren Anschaffungen

Häufig stehen in älteren Praxen größere Investitionen im Bereich der Behandlungstechnik an, die der Senior im Hinblick auf den baldigen Ruhestand aufgeschoben hat. Der Juniorpartner kann diese Wirtschaftsgüter auch alleine erwerben und sie der Gemeinschaft unentgeltlich zur Nutzung zur Verfügung stellen. Wirtschaftlich haben dann beide, Junior und Senior je nach angedachter Beteiligung einen vergleichbaren Vermögensbeitrag geleistet.

Beispiel:
Der Senior veräußert 5 % seines Praxisvermögens von € 200.000 an den Junior. Dieser zahlt € 10.000,– an den Senior (voll einkommensteuerpflichtig). Zusätzlich erwirbt er einen Behandlungsstuhl und sonstige größere Wirtschaftsgüter für € 90.000,–. Wirtschaftlich entspricht beides zusammen einer Beteiligung von 50 %. Der Junior hat Abschreibungsvolumen von € 100.000 für beide Anschaffungen, der Senior muss jedoch nur die Zahlung von € 10.000,– versteuern.

Ein Gewinnvorab für die Zurverfügungstellung des übrigen Praxisvermögens an den Senior ist in diesem Fall nicht notwendig. Zwischenlösungen sind je nach Investition des Juniors denkbar.

Vorteil der alleinigen Investition durch den Junior
- Keine Versteuerung eines Veräußerungsgewinns durch den Senior (bis auf die 5 %).
- Der Junior ist durch die auf ihm lastende Finanzierung der Investition gebunden und eventuell stärker am Erfolg der Praxis interessiert.
- Steuerlich und vertraglich einfach zu gestaltende Lösung.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

Nachteil:

- Die Neuinvestitionen bleiben im Alleineigentum des Juniorpartners. Falls die Gemeinschaft sich trennt, so nimmt er diese Wirtschaftsgüter mit oder verkauft sie an den Senior.
- Die Bewertung zum Zeitpunkt der endgültigen Veräußerung durch den Senior ist schwierig, da die Erstinvestition des Juniors wirtschaftlich berücksichtigt werden muss.

In allen diesen Fällen sollte strikt darauf geachtet werden, dass **keine finanziell bindenden Regelungen für die spätere Übertragung der restlichen Praxisanteile** an den Juniorpartner getroffen werden. Die Finanzverwaltung deutet solche Verträge zu gerne als Kauf der gesamten Praxis auf Raten. Dies könnte zu einer Versteuerung der stillen Reserven bei Vertragsbeginn führen, und zwar zum vollen Einkommensteuersatz, da der Senior ja später noch in der Praxis tätig ist.

Machbar und steuerlich unschädlich ist allerdings ein vertraglich vereinbartes Vorkaufsrecht für den Junior-Partner, falls der Senior seinen verbleibenden Praxisanteil veräußert. Der Praxiswert ist auf diesen Zeitpunkt neu zu ermitteln; dabei können die Berechnungsmethoden unschädlich vertraglich vorher festgelegt werden.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

8.8.2.6. Praxisabgabe, Bildung von Kooperationen und Umsatzsteuer

Bei Verkauf einer Praxis oder Aufnahme von Gesellschaftern in eine bestehende Praxis gegen Entgelt ist immer auch die Frage der Umsatzsteuer zu bedenken. Folgende Spezialvorschriften des Umsatzsteuergesetzes sind zu prüfen:

Umsatzsteuervorschriften im Zusammenhang mit Praxisübertragungen

1. Die sogenannte **»Geschäftsveräußerung im Ganzen« (GiG)** unterliegt nicht der Umsatzsteuer. Eine Geschäftsveräußerung im Ganzen liegt nur vor, wenn (1) alle wesentlichen Grundlagen eines Unternehmens (2) an einen anderen Erwerber für dessen Unternehmen übertragen werden, um (3) dem Erwerber die Fortsetzung einer bisher durch den Veräußerer ausgeübten Tätigkeit zu ermöglichen, und (4) dies der Erwerber tatsächlich tut. Alle Voraussetzungen (1)–(4) müssen erfüllt sein.

2. Liegt eine solche »Geschäftsveräußerung im Ganzen« **nicht** vor, so muss für **jedes einzelne übertragene Wirtschaftsgut untersucht werden, ob das anteilige Entgelt umsatzsteuerpflichtig ist.** Bei Gegenständen hängt das von der Verwendung ab: Wurden während der gesamten Nutzungsdauer keine bzw. nur geringe steuerpflichtige Umsätze (bis 5 % der gesamten Umsätze; § 4 Nr. 28 UStG) ausgeführt, so bleibt auch der Verkauf umsatzsteuerfrei, ansonsten ist der Verkauf umsatzsteuerpflichtig mit derzeit 19 % (Beispiel: Laborgegenstände, Praxis-PKW, Verwaltungsinventar).

Der Goodwill im Umsatzsteuerrecht

Der Praxiskaufpreis enthält immer die Werte der einzelnen materiellen Wirtschaftsgüter und den – in der Regel weit bedeutsameren – immateriellen Wert oder Goodwill einer Praxis (für den Patientenstamm, die Organisation, die gute Lage usw.). Nach einer EUGH-Entscheidung aus 2009 ist die Übertragung immaterieller Werte (Firmenwert, Kundenstamm oder, wie in der Entscheidung Lebensversicherungsverträge) keine »Lieferung«, sondern eine »sonstige Leistung«. Damit ist die Steuerbefreiung nach § 4 Nr. 28 UStG nicht mehr anwendbar.

Folge:
Das Entgelt für Goodwill ist umsatzsteuerpflichtig, sofern keine Geschäftsveräußerung im Ganzen vorliegt. Aufgrund der erheblichen Auswirkungen hat das Bundesfinanzministerium eine Nichtanwendung der Regelung bis 30. 06. 2011 beschlossen.

Umsatzsteuerbefreiung für den Goodwill nur noch bei »Geschäftsveräußerung im Ganzen«
Bei Praxisverkauf, Bildung von Berufsausübungsgemeinschaften und auch Gesellschafterwechseln wird man zukünftig verstärkt darauf achten müssen, dass eine »Geschäftsveräußerung im Ganzen« vorliegt, sonst kann es für den Veräußerer teuer werden: aus dem Entgelt für den Goodwill ist nunmehr Umsatzsteuer abzuführen!

Darauf sollten Sie achten, wenn Sie eine Umsatzsteuer auf Teile des Praxiskaufpreises vermeiden wollen:
- Bei Veräußerung einer Praxis müssen **alle für die Fortführung der Praxis wesentlichen Bestandteile** an **einen Erwerber** übertragen oder vermietet werden. Eine Zurückbehaltung von wesentlichen Bestandteilen oder ein Verkauf an andere Personen ist steuerschädlich.

Beispiel:
Zahnarzt Dr. Sommer veräußert seine Praxis für 150.000,– €, davon 100.000,– € Goodwill, an einen Kollegen, und eröffnet eine neue Praxis im gleichen Ort. Es liegt keine »Geschäftsveräußerung im Ganzen« vor, da Dr. Sommer nicht den gesamten immateriellen Wert (Patientenstamm) übertragen hat. Vom Kaufpreis sind 50.000,– € umsatzsteuerfrei, aber 100.000,– € umsatzsteuerpflichtig. Dr. Sommer müsste dem Kollegen 19.000,– € Umsatzsteuer berechnen, will er keinen Verlust machen.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 01/2013

- Eine Teilbetriebsveräußerung kann ebenfalls eine »Geschäftsveräußerung im Ganzen« sein. Allerdings muss der veräußerte Teil organisatorisch und wirtschaftlich vom zurückbehaltenen Praxisteil getrennt sein, z. B.: Veräußerung einer Zweigpraxis. Nicht steuerbefreit: Zurückbehaltung der Privatpraxis bei Veräußerung der Kassenpraxis, die Behandlung des gleichen Patientenstamms an anderem Ort. In diesen Fällen würde auch der einkommensteuerliche Freibetrag und ermäßigte Steuersatz nicht gewährt, eine doppelte Strafe.
- Auch bei Gründung von Berufsausübungsgemeinschaften durch Einbringung der bisherigen Praxen sind diese Grundsätze zu beachten. Denn die veräußernde Praxis gilt nach dem Umsatzsteuergesetz als ein Unternehmer ebenso wie die erwerbende BAG. Werden in solchen Fällen wesentliche Bestandteile zurückbehalten, z. B. das zuvor betriebene Praxislabor, so liegt keine Geschäftsveräußerung im Ganzen vor.
- *Hinweis:* Auch wenn keine Zahlungen geleistet werden, so sieht das Finanzamt in der Einbringung einen Tausch der alten Praxiswerte gegen die neuen Gesellschaftsrechte an der BAG. Auch hier müssen alle wesentlichen Praxiswerte übertragen werden, will man Umsatzsteuer vermeiden.
- Umsatzsteuerliche Kleinunternehmer (steuerpflichtige Umsatzgrenze 17.500,– €) sind nicht betroffen: wird Anlagevermögen veräußert, und dazu gehört der Praxiswert, so wird dies den Umsätzen nicht hinzugerechnet.

Empfehlung:
Prüfen Sie im Vorfeld einer Praxisübertragung die Frage der Umsatzsteuerpflicht. Lassen Sie sich im Zweifel vom Finanzamt bestätigen, dass die Praxisübertragung die Voraussetzungen eine Geschäftsveräußerung im Ganzen erfüllt.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 01/2013

8.8.2.7. Kooperationsmodell freiberufliche Zahnarztpraxis

Kooperationsmodell freiberufliche Zahnarztpraxis: mehr Wirtschaftlichkeit, Bürokratieentlastung und Stärkung der Wettbewerbsfähigkeit

Die freiberuflichen Zahnarztpraxen erwarten in den nächsten Jahren tiefgreifende Veränderungen. Mehr als 10.000 angestellte Zahnärztinnen und Zahnärzte sind in Deutschland zu verzeichnen – Tendenz weiter steigend. Angesichts eines weiter ansteigenden Anteils von Zahnärztinnen gibt es einen Trend hin zu Teilzeitarbeit. Mit Beteiligung von Fremdkapital entstehen bundesweite MVZ-Zahnarztketten, die in Wettbewerb mit kleineren Praxiseinheiten treten. Für klassische Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften wird es immer belastender die überbordende Bürokratie zu bewältigen und wettbewerbsfähig zu sein. Zusätzlich wird es für kleine Praxiseinheiten immer schwerer werden, die Praxis im Sinne einer Altersvorsorge zu verkaufen. Schon bald werden die Jahrgänge der Babyboomer in den Verkäufer-Markt treten, was das Verhältnis Kaufinteressenten zu Praxisverkäufern maßgeblich beeinflussen wird.

Realistische Einschätzung erforderlich

In dieser besonderen Gemengelage muss sich jeder Praxisinhaber kritisch selbst fragen, ob und inwieweit er zukunftsfähig aufgestellt ist. Er muss auch prüfen, ob er erforderlichenfalls auch Strukturveränderungen in seiner Praxis bis hin zu einem Zusammenschluss mit Kolleginnen und Kollegen angeht. Bei dieser Selbstprüfung wird es unterschiedliche Ergebnisse geben. Die hochspezialisierte Einzelpraxis oder profitable Mehrbehandlerpraxis mit Spezialisierungen und Prophylaxe-Abteilung, langfristigem Mietvertrag in attraktivem Umfeld wird zu einem positiven Ergebnis kommen. Die kleinere Praxis mit hohem Konkurrenzdruck, ohne Erweiterungsmöglichkeit und problematischen Praxisräumen (z. B. keine Barrierefreiheit) und unattraktivem Umfeld muss sich fragen, wie die immer weiter überbordende Bürokratie überhaupt noch gestemmt werden kann und wie man wettbewerbsfähig bleibt. Zusätzlich wird ein späterer Praxisverkauf nicht einfach werden.

Synergien schaffen – Skalierungseffekt

Gerade für kleinere Praxiseinheiten wird es zukünftig immer bedeutender werden gemeinsame Synergien zu nutzen. Wenn man noch primär Patienten behandeln möchte, ist es schlicht nicht mehr leistbar, die den Praxisinhaber treffenden und wachsenden Verpflichtungen – z. B. die europäische Datenschutzgrundverordnung – zu bewältigen. Hier gilt es gerade über genossenschaftliche Strukturen attraktive Pakete zur Entlastung der Praxen zu schnüren, z. B. bei QM, im Hygiene-Bereich, Datenschutz, gemeinsame Geräte- und Personalnutzung oder Auslagerung von Funktionen.

Die Umsetzung von administrativen Anforderungen und Sicherstellung von Funktionen über Auslagerungen können den Aufwand pro Praxis oder pro Praxisinhaber deutlich senken, wenn diese gemeinschaftlich organisiert sind. Ideal erscheint es aber, wenn diese Aufgaben lediglich kostendeckend mit kleinem Sicherheitszuschlag vertraglich vereinbart werden. Eine zielorientierte Gruppe von Praxen kann solche Strukturen, auch mit Hilfe einschlägiger Berater, nutzen, um optimale Auslastungen bei kostengünstigen Belastungen zu erreichen. Anstelle externer Auftragnehmer mit deren Renditeerwartungen tritt dann eine Kostenumlage an diese Stelle. Der Wettbewerb zwischen den Teilnehmern wird dadurch nicht beeinflusst. In Großstrukturen nennt sich dieser Effekt Skalierung.

Zusammenführung von Zahnarztpraxen – nachweislich mehr Wirtschaftlichkeit

Es kann sehr viel Sinn machen, dass kleinere Praxiseinheiten zusammengeführt und damit wirtschaftlicher und zukunftssicher gemacht werden. Im Kern bilden dann Praxen eine überörtliche Berufsausübungsge-

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2019

meinschaft mit mehreren Praxisstandorten, die über die Kooperation zu einer größeren Praxis »verschmelzen«. Denkbar ist dabei auch, dass nicht mehr prosperierende Zahnarztpraxen geschlossen werden und lediglich jeweils der Patientenstamm überführt wird. Eine Variante kann auch sein, einen zukunftsfähigen neuen Standort zu begründen, in den dann bestehende Zahnarztpraxen implementiert werden. Auch dadurch können Praxisanteile veräußerbar werden, die zuvor in veralteten Strukturen nie einen Käufer gefunden hätten.

Die Vorteile der Zusammenlegung von Praxen sind nicht theoretisch. Die ABZ eG in München hat bereits mehrere solche Projekte begleitet, wobei sehr positive Ergebnisse zu verzeichnen waren.

Die ABZ eG (Abrechnungs- und Beratungsgesellschaft für Zahnärzte eG, München) hat in großen Städten, die von Überversorgung und hartem Wettbewerb geprägt sind, schon mehrere solcher Optimierungsprojekte mit unterschiedlichen Zielsetzungen beraten und begleitet.

Zwei Varianten haben sich abgezeichnet.

1. Es gibt eine kleine Gruppe von Kollegen (zum Teil subspezialisiert), die sich vorstellen können, auch gemeinsam eine größere Versorgungsstruktur aufzubauen. Dabei wurde ein neuer, moderner Standort gewählt und der Umzug aus den alten Praxisimmobilien abgestimmt.

Oder

2. Es gibt eine groß dimensionierte Praxis (Räume) mit einem Kollegen, der fair kooperieren möchte. In dessen Umfeld werden dann Altersabgaben, für den Einzelbetrieb eigentlich zu kleine Praxen oder Praxen, die einen Standortwechsel durchführen müssen, identifiziert und zusammengeführt.

Seitens der ABZ eG konnten mit mehreren realisierten Projekten in Zahlen deutliche Vorteile nachgewiesen werden:

– Der Umsatz pro Zahnarzt ist gestiegen, der Gewinn noch deutlich mehr,
– die Kosten pro Kopf sind deutlich gesunken (Miete, Invest, Personal),
– Anstellung von Assistenten wurde zum Teil erst dadurch möglich,
– Vertretung geschieht in der Praxis. Urlaub und Fortbildung viel leichter planbar,
– der fachliche, kollegiale Austausch ist unmittelbar möglich,
– der Anteilserwerb an der Gemeinschaft ist sehr attraktiv geworden,
– die Rufbildung im regionalen Umfeld mit mehreren Kollegen ist einfacher möglich,
– die Arbeitsbelastung pro Zahnarzt ist trotzdem gesunken.

Realisierung »Praxisverschmelzung«

Die Zusammenführung von Zahnarztpraxen ist eine recht komplexe Angelegenheit, bei der eine enge Abstimmung der Berater in den Bereichen Betriebswirtschaft, Recht und Steuern erforderlich ist, damit das Projekt gelingen kann. Folgende Punkte sind dabei u. a. zu bedenken:

- Ermittlung, ob ein tragfähiges Miteinander möglich ist. Das Miteinander muss mehr Stärke ergeben als nur die Summe der einzelnen Stärken. Alle Kollegen müssen in der Organisation des Miteinanders einen Vorteil sehen, der nicht zu Lasten der anderen funktioniert. Hier entstehen lange vor der vertraglichen Festsetzung die Ideen zur Arbeitsorganisation (verteilte Behandlungszeiten, Personalkonzept usw.), Subspezialisierung, Verteilung der Verantwortlichkeiten. Die ABZ eG hat in den realisierten Fällen an dieser Stelle die Moderation und Zielorientierung übernommen.
- Abstimmung des Konzepts: Praxisgemeinschaft, Gemeinschaftspraxis, vorgezogene Altersabgabe durch Einbringen verbunden mit Anstellung usw.
- Bewertung der einzelnen Zahnarztpraxen nach einheitlichem Verfahren. Werden in der Folge unterschiedliche Werte durch abweichende Investitionsanteile ausgeglichen, entstehen ungleiche Anteile, gibt es einen Verkauf im Zusammenhang mit der Anstellung usw.
- »Due-Diligence-Prüfung« – Die teilnehmenden Praxen werden »gecheckt« (z. B. anhängige Wirtschaftlichkeitsprüfungen, finanzielle Situation, Laufzeit Praxismietverträge, Arbeitsverträge). Due-Diligence-Prüfungen analysieren Stärken und Schwächen des

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2019

Objekts sowie die entsprechenden Risiken und spielen eine wichtige Rolle bei der Wertfindung des Objektes.

- Steuerliche Gestaltung
  Die angesprochene Zusammenführung von Praxen ist als Schaffung eines gemeinsamen Praxisstandortes am Sitz einer der beteiligten Praxen denkbar oder an einem neuen, attraktiveren Standort. Eine losere Verbindung ist denkbar, wenn zunächst nur gemeinsame Funktionen wie Marketing, Personalwesen, Empfang, Labor, Hygiene etc. für alle Praxen geschaffen werden.
  Die Einbringung der eigenen Praxis in eine gemeinsame Gesellschaft – hier bieten sich z. B. die (überörtliche) Berufsausübungsgemeinschaft oder ein Genossenschaftsmodell an – ist steuerlich grundsätzlich dem Verkauf der Praxis gleichzusetzen mit der Folge, dass der Unterschied zwischen Verkaufspreis – der besteht in dem Wert des erhaltenen Anteils an der gemeinsamen Gesellschaft – und dem Wert, mit dem das eingebrachte Praxisvermögen noch in der Buchhaltung steht, der Einkommensteuer unterworfen werden muss (»Aufdeckung der stillen Reserven«). Eine Versteuerung wird man in aller Regel vermeiden wollen; denn es fließt ja in diesen Fällen kein Geld, mit dem die Steuern gezahlt werden könnten. Unter bestimmten Voraussetzungen lässt sich die Einbringung der Praxis steuerneutral gestalten. Je nach Alter des Praxisinhabers und Lage des Falles könnte es aber auch vorteilhaft sein, die Versteuerung aktiv herbeizuführen. Hier muss individuell gerechnet und abgewogen werden.
  Ist die Zusammenführung (zunächst) nur in einer loseren Form geplant, bietet sich eine Praxisgemeinschaft am gemeinsamen Standort an, also die Fortführung der Partnerpraxen unter Nutzung der angesprochenen gemeinsamen Funktionen. In diesen Fällen wird es bei sachgerechter Gestaltung nicht zur Aufdeckung stiller Reserven und damit zu Einkommensteuerzahlungen kommen; allerdings bieten solche Gestaltungen Angriffsfläche für Umsatzsteueransprüche des Finanzamtes, die es abzuwehren gilt. Auch umsatzsteuerlich sollten gewünschte Gestaltungen daher im Vorhinein sorgfältig geprüft werden.
- Rechtliche Umsetzung
  Bei der Zusammenführung von Zahnarztpraxen ist zunächst das Vertragszahnarztrecht zu beachten (Bildung einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft, ggfs. Verlegung eines Vertragszahnarztsitzes an einen anderen Praxisstandort). Entscheidend ist weiter die Abstimmung eines Kooperationsvertrages, bei dem insbesondere Augenmerk auf die Gewinnverteilung, die Beteiligungsverhältnisse und Ausscheidensregelungen zu legen ist. Weiter müssen sämtliche Verträge der einzelnen Praxen – vom Mietvertag bis zur Praxissoftware – zusammengeführt werden. Hierbei sind auch einige Verträge zu kündigen. Zusammengelegt und möglichst vereinheitlicht werden müssen auch die Arbeitsverträge der einzelnen Praxen. Hier bietet sich besonders die Chance klare Regelungen für die Zukunft zu treffen.

Ein Schritt weiter – Genossenschaftsmodell

Denkbar und realisierbar ist auch, dass sich Zahnärztinnen und Zahnärzte in der Form einer Genossenschaft zusammenschließen und diese die Leistungen im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung erbringt. Nach § 95 Abs. 1 a 2. HS SGB V sind MVZ nicht nur in der Rechtsform einer Personengesellschaft oder GmbH, sondern auch in der Rechtsform einer eingetragenen Genossenschaft möglich. Analog zur MVZ GmbH als Träger könnte auch die Genossenschaft als MVZ Träger von einzelnen MVZ im Rahmen eines Verbundes sein. Die bei der GmbH erforderliche selbstschuldnerische Bürgschaft der Gesellschafter ist bei einer Genossenschaft nicht obligatorisch.

Ein Genossenschaftsmodell könnte gerade für die Versorgung im ländlichen Bereich ein Denkansatz sein, indem Praxen (die nicht nachbesetzt werden können) von einer Genossenschaft erworben und gemeinschaftlich betrieben werden. Die Mitgliedschaft in einer Genossenschaft kann dabei wesentlich unkomplizierter ablaufen als die Beteiligung an einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts. Eine zahnärztliche Genossenschaft könnte auch additiv zu einem bestehenden Praxismodell betrieben werden. Denkbar ist auch, dass eine bestehende Praxisstruktur in eine Genossenschaft umgewandelt wird, sofern dies vorteilhaft ist und auch steuerlich Sinn macht.

Ob Genossenschaft oder andere Formen der Berufsausübung. Einerseits ist es ein Zug der Zeit, dass grö-

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2019

ßere Praxisstrukturen oder vernetzte Praxen Vorteile nutzen können, die den Aufwand pro Praxis oder pro Zahnarzt vermindern. Andererseits ist es nicht zwingend, dass effektives Arbeiten zunehmend in Anstellung für Zahnärzte organisiert wird. Arbeitsteilung, Spezialisierung und Kooperation können Zahnärzte auch in selbstgetragenen Einrichtungen, als Eigentümer und Freiberufler realisieren. Letzteres verlangt eine veränderte Sicht in der Art der Berufsausübung. Die Autoren möchten zur Suche nach dem selbstbestimmten Weg mit anregen.

Autoren:
RA Michael Lennartz,
lennmed.de Rechtsanwälte, Bonn

Dr. Hartmut Ohm,
Vorstandsvorsitzender ABZ eG, München

StB/WP Dipl.-Kfm. Michael Laufenberg,
Laufenberg Michels & Partner mbB, Köln

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2019

8.8.2.8. Praxiskooperationen – Checkliste

Checkliste Praxiskooperationen

Ausgangssituation

- Einzelpraxis – Einbindung Partner
- Bestehende Kooperation (Gemeinschaftspraxis, Praxisgemeinschaft)

Ziele und Motive der Kooperation

- Einbindung Kollege, spätere Verwertung Gesellschaftsanteil
- Mehr Wirtschaftlichkeit durch Kostenteilung, Synergien und Arbeitszeitmodelle
- Neuausrichtung, da nach Analyse Praxis nur schwer veräußerlich ist (z. B. Einstieg mit Ausgleich über Gesellschaftsanteil nach Bewertung; Bildung neuer Standort mit Kollegen; Bildung überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft; Bildung Praxisgemeinschaft)
- Sicherstellung der Versorgung im ländlichen Bereich, z. B. durch überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft und/oder genossenschaftliche Strukturen
- Konzept, um Praxis stufenweise und mit Zeitschiene zu verkaufen
- Bildung weiterer Standorte/Zweigstellen

Umsetzung

- Ausrichtung an festgesetzten Motiven und Zielen
- Erstellung Konzept, wobei Deutsche Zahnärztegenossenschaft (DZG) Unterstützung bietet
- Hinzuziehung Experten (BWL, Steuern, Recht)
- Erstellung Ablaufplan
- Einbindung vorhandener Kollege/Suche nach an Kooperation interessiertem Kollegen (z. B. über das Internetangebot der FVDZ und Young Dentists der Initiative des FVDZ und der DGZMK); Anzeige in zahnärztlichen Medien

Abstimmung wesentlicher Punkte

- Bewertung der Praxis/des vorhandenen Gesellschaftsanteils (z. B. über die Deutsche Zahnärztegenossenschaft und ihre Partner)
- Rentabilität der Praxis (Umsatzentwicklung, Konkurrenzsituation)
- Analyse und erforderlichenfalls Anpassung bestehender Gesellschaftsvertrag für die Aufnahme neuer Partner
- Einbeziehung Kollege über Gesellschaftsvertrag; Übertragung des Anteils über Anteilskaufvertrag mit Zustimmung bisheriger Partner
- Fixierung, wie Kooperation gelebt werden soll, und Vertragseckpunkte (z. B. Gewinn- und Verlustbeteiligung; zukünftige Einbindung Familienangehörige; Erfordernis Ehevertrag; Entscheidungen bei Personal; Ausscheidensregelungen; Beteiligungsverhältnisse; Vollmachten; Datenschutz/Nutzung Patientenakte; Eintritt in Mietvertrag und weitere Verträge)

RA Michael Lennartz

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2020

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2020

8.8.2.9. Formen der Berufsausübung

Formen der Berufsausübung – ein Überblick

Ist die grundsätzliche Entscheidung für die gewünschte Expansion und damit die Kooperation gefallen, stehen Überlegungen zur Struktur an.

Auf welche Art und Weise soll der Zusammenschluss geschehen und welche Auswirkungen hat das geplante Kooperationsmodell? Die Möglichkeiten sind vielfältig und sollten im Vorfeld gründlich analysiert und hinsichtlich der Auswirkungen auf die Praxis überprüft werden. Hier ist der Zahnarzt in seiner Rolle als Unternehmer gefragt.

Einzelpraxis und Kooperationen
»Die Einzelpraxis ist ein Auslaufmodell.« Diese für den zahnärztlichen Bereich häufig anzutreffende apodiktische Feststellung ist und bleibt falsch. Auch wenn sich junge Existenzgründer häufig für die kooperative Berufsausübung entscheiden, liegt laut KZBV-Jahrbuch 2019 die Zahl der Einzelpraxen bei 82,5 % (Stand 2018). Mit einer **Einzelpraxis** lassen sich über erweiterte Möglichkeiten der Anstellung angestellter Zahnärztinnen und Zahnärzte (nach dem Bundesmantelvertrag-Zahnärzte bis zu vier Vollzeitangestellte pro Vertragszahnarzt) zwischenzeitlich auch größere Praxiskonzepte mit Spezialisierungen verwirklichen.

Auf niedrigem Niveau steigt die Zahl der **Gemeinschaftspraxen** stetig. Zu verzeichnen ist, dass sich die Landschaft der Niedergelassenen im steten Wandel befindet. Seit Juli 2015 können rein zahnärztliche medizinische Versorgungszentren begründet werden. Im Lichte dieser Entwicklungen sollen nachstehend die aktuell bestehenden Möglichkeiten zahnärztlicher Kooperationen aufgezeigt werden.

Entscheidung für eine Kooperation
Jede partnerschaftliche Kooperation bedeutet eine Beschränkung der wirtschaftlichen Handlungsfreiheit. Selbst der relativ lockere Zusammenschluss zur reinen Kostenteilung (Praxisgemeinschaft) bedingt rechtliche Bindungen zum Beispiel über einen gemeinsamen Mietvertrag. Die Entscheidung für eine Kooperation sollte unbeschadet der rechtlichen Fragen in erster Linie basierend darauf getroffen werden, wie individualistisch man persönlich veranlagt ist. Entscheidet man sich nach reiflicher Überlegung für eine Zusammenarbeit, hat der Zahnarzt die Wahl unter einer Vielzahl unterschiedlicher Kooperationsformen.

Die Berufsausübungsgemeinschaft (früher: Gemeinschaftspraxis)
Der Zusammenschluss zur gemeinschaftlichen Berufsausübung will gut überlegt sein. Dass damit eine gleichsam »eheähnliche« Bindung eingegangen wird, ist fast noch untertrieben. Während Ehepartner Verträge auch ausschließlich im eigenen Namen schließen können, werden die Behandlungsverträge mit Patienten immer durch die Gemeinschaftspraxis geschlossen. Für jeden Behandlungsschritt des Partners steht man mit gerade. Waren die Partner vor dem Zusammenschluss bereits niedergelassen, werden auch Ansprüche gegen die vorherigen Einzelpraxen auf die Gemeinschaftspraxis übergeleitet. Bei dieser engen Bindung ist ein hohes Grundvertrauen zwischen den Beteiligten unerlässlich.

Der auf der Hand liegende Vorteil ist die **Verbesserung der Kostenstruktur**, vor allem die bessere Auslastung von Praxisinventar. Über Schichtarbeitsmodelle besteht die Möglichkeit, Abendsprechstunden anzubieten. Die Flexibilisierungen des Zulassungsrechts der letzten Jahre bergen viele Chancen. Über die hälftige Zulassung lassen sich Familie und selbstständige Niederlassung bei gleichzeitiger Teilung des Kostenapparates besser vereinbaren. Die überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft ÜBAG (auch über KZV-Grenzen hinweg) bietet die Möglichkeit zur »Filialbildung«, die sonst nur über Zweigpraxen oder ausgelagerte Praxisräume möglich wäre.

Zudem besteht auch für kleine Praxen die Möglichkeit, über **ÜBAG-Konstruktionen** zu fusionieren, wobei die Einzelstandorte (zunächst) aufrechterhalten werden können. Dies kann z. B. interessant sein, wenn ein Mietvertrag noch über Jahre läuft.

Hierdurch lassen sich durchaus sinnvolle **Synergieeffekte** erzielen. Von verschiedenen Spezialisierungen und einer Zusammenführung des Patientenstamms bis hin zu Vorteilen im Personal- und Abrechnungsbereich (Einsatz der Mitarbeiter an verschiedenen Standorten, Konzentration im Abrechnungsbereich).

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2020

Auch im Hinblick auf die Schwierigkeiten, sehr kleine Praxen später verkaufen zu können (z. B. weil Hygiene-Standards schwer erfüllbar sind oder keine Barriere-Freiheit gegeben ist), kann eine ÜBAG oder eine Auflösung des Standortes zwecks **Fusion** mit einem Kollegen eine Lösung mit Zukunftsperspektive sein. Man könnte auch überlegen, mit mehreren Kolleginnen und Kollegen einen **gänzlich neuen Standort** im Wege einer Fusion zu errichten. Dies ist unbedingt von fachlich spezialisierten und versierten Steuerberatern und Rechtsanwälten zu begleiten (u. a. steuerneutrale Gestaltung unter Beachtung des Umwandlungsgesetzes, Bewertung der Gesellschaftsanteile, Zusammenführung des Personals). Der Aufwand kann sich für die Zukunftssicherung aber durchaus lohnen.

Die Praxisgemeinschaft
Hier handelt es sich um eine sogenannte Organisationsgemeinschaft. Die Kostenteilung findet auch hier statt und bietet klare wirtschaftliche Vorteile und Synergien. Dadurch, dass die beteiligten Praxen mit zwei und mehr Stempeln abrechnen, ist die Senkung des Verwaltungsaufwandes überschaubar. Durch die erforderliche strikte Trennung der Karteien entsteht zudem die Situation, dass die bei der Gemeinschaft angestellten zahnmedizinischen Mitarbeiter Zugriff auf beide Patientenkarteien haben, während die Zahnärzte nur in ihre eigenen Unterlagen Einsicht nehmen können. Die losere Bindung ermöglicht allerdings eine unkompliziertere Auflösung der Partnerschaft.

Laborgemeinschaft
Auch auf Teile der Berufsausübung beschränkte Kooperationen sind möglich. Klassischer Fall ist die Laborgemeinschaft. Dabei teilen sich mehrere Praxen die Infrastruktur eines Zahnlabors und können so zahntechnische Leistungen selbst erbringen, die sich womöglich mit einem allein betriebenen Praxislabor nicht rechnen würden. Allerdings ist das Modell nur von begrenzter Attraktivität. Nach Auffassung der BZÄK und KZBV sind die im Labor tätigen Zahntechniker bei den beteiligten Praxen anzustellen. Die relativ hohe Belastung mit Personalkosten trägt der Zahnarzt damit auslastungsunabhängig allein. Eine Tätigkeit für andere Zahnärzte ist wie im Eigenlabor nicht erlaubt.

Das MVZ
Das seit 2015 mögliche rein zahnärztlich tätige MVZ (Z-MVZ) hat durch die zum Teil erfolgte Beteiligung von Fremdinvestoren zu einer grundlegenden Diskussion und Kritik geführt. Der Gesetzgeber hat zwischenzeitlich die Gründung von Z-MVZ durch Fremdinvestoren erschwert. Gleichwohl gibt es zwischenzeitlich größere Einheiten mit Beteiligung von Fremdkapital, wobei es für freiberufliche Strukturen wichtig ist, dass sie im Wettbewerb mit diesen Einheiten gestärkt werden. Der FVDZ hat hierzu die Deutsche Zahnärzte Genossenschaft initiiert, die konkrete Hilfestellungen und Vorteile für freiberufliche Praxen bietet.

MVZ selbst können als GmbH und als Gesellschaft gegründet werden. Da jeder Vertragszahnarzt ohnehin bis zu vier Zahnärzte vollzeitig budgetwirksam beschäftigen kann (und sich die Beschäftigungsmöglichkeit in einer Gemeinschaftspraxis entsprechend potenziert), ist auch mit der klassischen Einzelpraxis und Gemeinschaftspraxis ein Wachstum über die Anstellung anderer Zahnärzte möglich. Berücksichtigt man z. B. den erhöhten Gründungs- und Betriebsaufwand einer GmbH (notarielle Beurkundung und Eintragung in das Handelsregister, Mindestkapital 25.000 €, Bilanzierung) bei gleichzeitig – im Ergebnis – nicht verbessertem Haftungsregime, macht das MVZ als GmbH im Regelfall keinen Sinn. Auch ein MVZ in der Form einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts wird wegen der ohnehin bestehenden Möglichkeit der Anstellung von Zahnärzten regelmäßig keine greifbaren Vorteile bringen.

Lohnt sich eine Expansion?
Bei allen »Expansionswünschen« sollte man auch gegenrechnen, ob sich der Aufwand großer Einheiten wirklich lohnt. Mit Hilfe von Controlling-Instrumenten kann man sehen, wie sich die Praxiszahlen entwickelt haben und wo man im Vergleich zu anderen Praxen steht. Entscheidend ist dabei nicht die Größe der Einheit, sondern der Gewinn und der persönliche Einsatz, der zu leisten ist.

Kooperation – Vorsicht Falle
Auf die Kooperation zu verzichten ist besser als ein schlecht gemachter »Kooperationsdeal«. Auf die bekannten rechtlichen und steuerlich sehr unangeneh-

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2020

men Auswirkungen von ominösen »Junior-Beteiligungsmodellen« (z. B. keine Verlustbeteiligung, »Gehaltsfixum«) zur Erprobung junger Partner sei schlaglichtartig verwiesen. Die Konsequenzen bei Scheinsozietäten reichen von empfindlichen Honorarrückforderungen über den Vorwurf der Scheinselbstständigkeit mit Nachforderungen von Beiträgen zur Sozialversicherung bis zu straf- und disziplinarrechtlichen Folgen. Insoweit ist es ganz entscheidend, dass vor Beginn einer Kooperation die Weichen korrekt gestellt werden. So sollten z. B. klare Regelungen für die Beteiligung am Gewinn und Verlust der Gesellschaft getroffen werden.

Die Gewinnverteilung

Am Anfang einer jeden Kooperation steht die zentrale Frage, wie der erwirtschaftete Jahresüberschuss zwischen den Partnern aufgeteilt wird. Es gibt sehr viele verschiedene Ansätze zur Gewinnverteilung. Einige davon werden hier erläutert und deren Vor- und Nachteile aufgezeigt.

Es genügt in der Regel nicht, den steuerlichen Praxisgewinn nach herkömmlichen Mustern zu ermitteln und den Praxisinhabern einfache betriebswirtschaftliche Auswertungen zur Verfügung zu stellen. Es werden vielmehr transparente, individuelle und vor allem differenzierte Verteilungsmodelle benötigt.

In der **Praxisgemeinschaft** erhält jeder Partner seine eigenen Einnahmen. Hier besteht die Herausforderung lediglich darin, die gemeinsamen Kosten fair aufzuteilen. In der Berufsausübungsgemeinschaft ist es nicht so einfach.

In der Vergangenheit wurden die Gewinne bei **Gemeinschaftspraxen** häufig in Ermangelung geeigneter Informationssysteme oder in Unkenntnis über weitere Möglichkeiten fix verteilt, indem der Gewinn durch die Anzahl der Partner geteilt wurde. Die Devise lautete: »Einer für alle und alle für einen«. Der Gemeinschaftsgedanke wurde dabei stark hervorgehoben.

Aber da der Leistungsanreiz für den einzelnen Partner weitestgehend fehlte und heute dank moderner Buchhaltungssysteme differenzierte Verteilungsmodelle zur Verfügung stehen, wird die fixe Gewinnverteilung kaum noch genutzt. Diese Erkenntnis schließt aber nicht aus, dass es in bestimmten Praxiskonstruktionen sinnvoll sein kann, trotzdem einen Teil des Gewinnes bzw. der Einnahmen pauschal zu verteilen. Zusammenfassend kann man sagen, dass alle Verteilungsarten, die den gesamten Gewinn nach der Leistung verteilen, eine differenzierte Berücksichtigung der verschiedenen Einflussfaktoren verhindern. Deshalb wird die Verteilung des gesamten Gewinns nach Leistung den modernen Praxisstrukturen nicht gerecht und es empfiehlt sich, ein differenziertes Gewinnverteilungsschema einzurichten.

RA Michael Lennartz

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2020

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2020

8.8.2.10. Auswirkungen des Gesetzes zur Modernisierung des Personengesellschaftsrechts

Auswirkungen des Gesetzes zur Modernisierung des Personengesellschaftsrechts (MoPeG) auf die zahnärztliche Berufsausübungsgemeinschaft

Mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Modernisierung des Personengesellschaftsrechts (MoPeG) zum 01.01.2024 wurde u. a. das Recht der Gesellschaften bürgerlichen Rechts (GbR) vollständig überarbeitet. Da gerade zahnärztliche Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) üblicherweise in der Rechtsform einer GbR gegründet werden, ist infolge der Gesetzesänderung von einem nicht unerheblichen Regelungsbedarf bezüglich bestehender sowie auch zukünftiger BAG-Gesellschaftsverträge auszugehen. Insbesondere im Zusammenhang mit bereits bestehenden BAG-Gesellschaftsverträgen ist zu beachten, dass das MoPeG auch auf diese Anwendung findet, wenn der Gesellschaftsvertrag nicht ausdrücklich Bezug auf die alte Rechtslage vor dem 01.01.2024 nimmt. Zugleich führt das MoPeG Regelungen ein, von denen in einem Gesellschaftsvertrag nicht abgewichen werden darf. Eine Unterlassung einer Vertragsanpassung an diese Vorgaben könnte demnach zu einer Teilnichtigkeit des Gesellschaftsvertrags führen. Eine Überprüfung bestehender BAG-Gesellschaftsverträge ist daher in der Regel zwingend geboten.

Die wichtigsten Neuerungen im Überblick:

I. Rechtsfähigkeit der GbR

Durch das MoPeG wird erstmalig die Rechtsfähigkeit der GbR gesetzlich festgeschrieben. Es wird nun zwischen der rechtsfähigen Gesellschaft und der nicht rechtsfähigen Gesellschaft unterschieden. Eine rechtsfähige Gesellschaft ist immer dann anzunehmen, wenn die Gesellschaft nach dem gemeinsamen Willen der Gesellschafter am Rechtsverkehr teilnehmen soll. Dies ist bei einer zahnärztlichen Berufsausübungsgemeinschaft der Fall.

II. Eintragung in das Gesellschaftsregister

Für die vorgenannte rechtsfähige Gesellschaft besteht künftig die Möglichkeit, sich in ein Gesellschaftsregister eintragen zu lassen. Mit der Eintragung in das Gesellschaftsregister ändert sich der Namenszusatz der zahnärztlichen Berufsausübungsgemeinschaft von GbR zu eGbR (eingetragene Gesellschaft bürgerlichen Rechts).

Die Eintragung in das Gesellschaftsregister ist zwar grundsätzlich freiwillig, doch ist diese nun zwingende Voraussetzung dafür, wenn die zahnärztliche Berufsausübungsgemeinschaft z. B. Grundstücke oder Gesellschaftsanteile an anderen in einem Register eingetragenen Gesellschaften erwerben möchte. Dies gilt für den Erwerb sämtlicher Rechte, für die eine Pflicht zur Eintragung in einem öffentlichen Register besteht.

Ein weiterer Nebeneffekt der Eintragung in das Gesellschaftsregister ist die erleichterte Umwandlungsfähigkeit nach dem Umwandlungsgesetz (UmwG). Hiernach kann eine bestehende zahnärztliche Berufsausübungsgemeinschaft eGbR nun insbesondere ohne Zwischenschritte direkt in eine GmbH umgewandelt werden.

Eine solche Umwandlung hätte nun z. B. den Vorteil, dass zur Gründung eines MVZs im Anschluss nur noch eine MVZ-Zulassung beantragt werden müsste. Gleichwohl können auch die Gesellschaftsanteile der GbR weiterhin in eine bestehende MVZ GmbH eingebracht werden, ohne die GbR in das Gesellschaftsregister eintragen zu müssen.

Für eine Fortführung der zahnärztlichen Berufsausübungsgemeinschaft in der Rechtsform der GmbH ist jedoch zu beachten, dass weiterhin die länderspezifischen Berufsordnungen und das Kammergesetz für die Heilberufe zu beachten sind. So verbietet z. B. das bayrische Heilberufe-Kammergesetz weiterhin die Führung einer zahnärztlichen Praxis in der Rechtsform einer GmbH.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2024

Im Zusammenhang mit der Eintragung in das Gesellschaftsregister ist jedoch zu beachten, dass eine Rückgängigmachung der Eintragung grundsätzlich nicht mehr möglich ist. Eine Löschung aus dem Gesellschaftsregister ist in der Regel nur noch durch eine Liquidation der Gesellschaft möglich, d. h. durch eine Auflösung der Gesellschaft.

III. Geschäftsführungs- und Vertretungsbefugnis, Beschlussfassung

Die Geschäftsführung und Vertretung steht allen Gesellschaftern nur gemeinschaftlich zu. Abweichende Regelungen sind weiterhin vertraglich möglich. Jedoch ist in diesem Zusammenhang zu berücksichtigen, dass, durch das MoPeG nun eine gesetzliche Notgeschäftsführungsbefugnis jedes einzelnen Gesellschafters eingeführt wurde. Hiernach wird festgelegt, dass, wenn alle geschäftsführungsbefugten Gesellschafter verhindert sind, jeder Gesellschafter nun das jeweilige Geschäft vornehmen kann, wenn mit dem Aufschub eine Gefahr für die Gesellschaft oder das Gesellschaftsvermögen verbunden ist. Eine Vereinbarung im Gesellschaftsvertrag, welche dieses Recht ausschließt, ist unwirksam.

In diesem Zusammenhang noch ungeklärt ist die Frage, ob diese Notgeschäftsführungsbefugnis auch bzgl. solcher Erklärungen Anwendung findet, die gegenüber den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen abzugeben sind.

Auch hinsichtlich der Beschlussfassung gilt, dass Gesellschafterbeschlüsse der Zustimmung aller stimmberechtigten Gesellschafter bedürfen. Hiervon können gleichwohl abweichende Regelungen getroffen werden.

IV. Kündigung und Auflösung der Gesellschaft

Wesentliche Neuerungen wurden insbesondere hinsichtlich der Kündigung und Auflösung der Gesellschaft eingeführt.

So führt beispielsweise der Tod eines Gesellschafters oder dessen Kündigung nicht mehr zur Auflösung der Gesellschaft, sondern nur noch zum Ausscheiden des jeweiligen Gesellschafters aus der Gesellschaft. In diesem Fall wächst der Anteil des ausscheidenden Gesellschafters an der Gesellschaft den übrigen Gesellschaftern in der Regel im Verhältnis ihrer Anteile zu. Verbleibt hingegen nur noch ein Gesellschafter, erlischt die Gesellschaft ohne Liquidation. Das heißt, das Gesellschaftsvermögen geht zum Zeitpunkt des Ausscheidens des vorletzten Gesellschafters im Wege der Gesamtrechtsnachfolge auf den verbleibenden Gesellschafter über.

Im Detail wurden durch das MoPeG drei Arten von Kündigungen eingeführt. Es wird nun zwischen der Kündigung der Mitgliedschaft, § 725 BGB (Austrittskündigung), der Ausschließung eines Gesellschafters aus wichtigem Grund, § 727 BGB (Hinauskündigung) sowie der Kündigung der Gesellschaft, § 731 BGB (Auflösungskündigung) unterschieden.

Hierbei führt insbesondere die Auflösungskündigung zu einer Auflösung der Gesellschaft. Hiernach kann ein Gesellschafter die Gesellschaft jederzeit aus wichtigem Grund ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, wenn ihm die Fortsetzung der Gesellschaft nicht zuzumuten ist. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere vor, wenn ein anderer Gesellschafter eine ihm nach dem Gesellschaftsvertrag obliegende wesentliche Verpflichtung vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt hat oder wenn die Erfüllung einer solchen Verpflichtung unmöglich wird. Eine Vereinbarung, die die vorgenannte Auflösungskündigung ausschließt oder »zuwider« beschränkt, ist jedoch unwirksam.

Aufgrund der unterschiedlichen Rechtsfolge der Kündigungsarten bedarf es gleichwohl konkreter Regelungen und Definitionen des Kündigungsrechts in den Gesellschaftsverträgen unter Achtung der vorgenannten Grenzen der Auflösungskündigung.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2024

V. Haftung der Gesellschafter

Durch das MoPeG wurde nunmehr auch die Regelung zur Haftung der Gesellschafter für Gesellschaftsverbindlichkeiten gesetzlich festgeschrieben. Nach § 721 BGB haften die Gesellschafter für die Verbindlichkeiten der Gesellschaft den Gläubigern als Gesamtschuldner persönlich. Eine entgegenstehende Vereinbarung ist Dritten gegenüber unwirksam. Gemäß § 721a BGB haftet auch der Gesellschafter, der in eine bestehende Gesellschaft eintritt, nach dem gleichen Maßstab für die vor seinem Eintritt begründeten Verbindlichkeiten der zahnärztlichen Berufsausübungsgemeinschaft.

VI. Gewinn- und Verlustbeteiligung, Gesellschaftsvermögen

Hinsichtlich der Gewinn- und Verlustbeteiligung sieht die gesetzliche Regelung nunmehr vor, dass sich diese vorrangig nach den vereinbarten Beteiligungsverhältnissen zu richten hat. Sind keine Beteiligungsverhältnisse vereinbart worden, richtet sich die Beteiligung nach dem Verhältnis der vereinbarten Werte der Beiträge. Sind auch die Werte der Beiträge nicht vereinbart worden, hat jeder Gesellschafter ohne Rücksicht auf den Wert seines tatsächlichen Beitrags einen gleichen Anteil am Gewinn und Verlust.

Insbesondere die Beteiligung anhand der Werte der Beiträge ist jedoch mit einem erhöhten Konfliktpotenzial verbunden, da eine Abgrenzung zwischen den Beiträgen in Form einer kapitalmäßigen Einlage und den Beiträgen in Form der Einbringung der Arbeitskraft oftmals schwerfällt und mit Unsicherheiten verbunden ist.

Es empfiehlt sich daher, im Gesellschaftsvertrag die Beteiligungsverhältnisse festzuschreiben, um vorgenannte Unsicherheiten und Ungleichbehandlungen zu vermeiden.

Hinsichtlich des Gesellschaftsvermögens als solches bestimmt die gesetzliche Regelung weiter, dass die Beiträge der Gesellschafter sowie die für oder durch die Gesellschaft erworbenen Rechte und die gegen sie begründeten Verbindlichkeiten nunmehr Vermögen der Gesellschaft sind.

VII. Öffnung der Personenhandelsgesellschaften für die freien Berufe

Durch das MoPeG wird nun auch den Gesellschaften, deren Zweck die gemeinsame Ausübung freier Berufe durch ihre Gesellschafter ist, die Möglichkeit eröffnet, die Gesellschaft in der Rechtsform der OHG, KG oder GmbH & Co. KG auszuüben, sofern dies das Berufsrecht zulässt.

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt wird jedoch berufsrechtlich die Führung einer zahnärztlichen Praxis in den vorstehenden Rechtsformen als unvereinbar mit dem zahnärztlichen Beruf angesehen.

Es wird abzuwarten sein, ob zukünftig eine Anpassung der berufsrechtlichen Zulässigkeit an die gesellschaftsrechtliche Zulässigkeit erfolgen wird.

RA Philipp Ungeheuer
lennmed.de Rechtsanwälte
www.lennmed.de

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2024

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2024

8.8.3. Personalübernahme beim Praxisverkauf – Was ist zu beachten?

Wenn ein Betrieb oder Betriebsteil durch Rechtsgeschäft auf einen anderen Inhaber übergeht, so tritt dieser nach § 613a BGB in die Rechte und Pflichten aus den im Zeitpunkt des Übergangs bestehenden Arbeitsverhältnissen ein. Bislang wurde allgemein angenommen, dass es sich bei dem Verkauf einer Arzt- oder Zahnarztpraxis um einen Betriebsübergang handelt, womit der Praxiskäufer nahtlos in die Rechte und Pflichten der im Zeitpunkt des Praxiskaufs bestehenden Arbeitsverhältnisse eintritt. Folge ist, dass eine Kündigung des Arbeitsverhältnisses aus Anlass des Praxiskaufes sowohl für den bisherigen Praxisinhaber als auch für den Praxisübernehmer unwirksam ist, wobei das Recht zur Kündigung des Arbeitsverhältnisses aus anderen Gründen hiervon unberührt bleibt, § 613a Abs. 4 BGB.

Informationspflichten bei Betriebsübergang

Bei der Qualifizierung des Praxisverkaufs als Betriebsübergang treffen den Praxisabgeber und den Praxisübernehmer besondere Aufklärungspflichten. Sie müssen die betroffenen Arbeitnehmer vor dem Übergang der Praxis in Textform über

- den Zeitpunkt oder den geplanten Zeitpunkt des Übergangs;
- den Grund für den Übergang;
- die rechtlichen, wirtschaftlichen und sozialen Folgen des Übergangs für die Arbeitnehmer und
- die hinsichtlich der Arbeitnehmer in Aussicht genommenen Maßnahmen

informieren.

Der Arbeitnehmer hat dabei das Recht, dem Übergang des Arbeitsverhältnisses innerhalb eines Monates nach Zugang der Unterrichtung schriftlich zu widersprechen. Der Widerspruch kann dabei sowohl gegenüber dem Praxisverkäufer als auch dem Praxiskäufer erklärt werden.

Nach einem Urteil des Bundesarbeitsgerichtes (BAG) vom 19.02.2009 (8 AZR 176/08) ist es nicht erforderlich, dass der Arbeitnehmer sein Widerspruchsrecht begründet oder hierfür einen sachlichen Grund anführt. Die Ausübung des Widerspruchsrechts kann nach dieser Entscheidung zwar im Einzelfall rechtsmissbräuchlich sein. Zulässig sei es aber, wenn der Beschäftigte mit dem Betriebserwerber über den Abschluss eines Arbeitsvertrages zu besseren Bedingungen verhandeln möchte. Dem Arbeitnehmer stehe es dabei frei, nach dem Widerspruch mit dem Betriebsveräußerer oder dem Betriebserwerber über ein Arbeitsverhältnis auf neuer Grundlage zu verhandeln.

Folgen eines Widerspruches

Im Rahmen eines Betriebsüberganges muss der Praxisverkäufer bedenken, welche Folgen ein Widerspruch seines Mitarbeiters gegen den Betriebsübergang für ihn haben kann. Nach einem Urteil des BAG vom 19.03.1998 (8 AZR 139/97) ist die Rechtsfolge eines wirksam erklärten Widerspruchs der Fortbestand des Arbeitsverhältnisses bei dem bisherigen Arbeitgeber, da die Rechtsfolge des Betriebsüberganges für das Arbeitsverhältnis nicht eintrete. Folge ist, dass der Praxisverkäufer das Arbeitsverhältnis mit dem Arbeitnehmer aus betrieblichen Gründen ordnungsgemäß kündigen muss, da er nach dem Verkauf der Praxis keine Arbeitsmöglichkeit für den Arbeitnehmer hat. Bei einem Praxisverkauf sollte daher die Unterrichtung der Mitarbeiter möglichst frühzeitig erfolgen.

Sofern der Verkauf der Praxis innerhalb einer sehr kurzen Zeitspanne erfolgt, kann sich für den Praxisverkäufer im Falle eines Widerspruches die Situation ergeben, dass er u.U. noch monatelang Gehalt fortzahlen muss, obwohl er tatsächlich nicht in der Lage ist, dem Arbeitnehmer überhaupt einen Arbeitsplatz anzubieten. In einer solchen Konstellation könnte man daran denken, eine außerordentliche Kündigung aus wichtigem Grund gemäß § 626 BGB zu erklären. Gegen eine solche außerordentliche Kündigungsmöglichkeit spricht aber, dass auch dringende betriebliche Gründe, zu denen auch eine Betriebsstilllegung gehört, in aller Regel keine ordentliche Kündigung

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 12/2011

rechtfertigen, da der Arbeitgeber das Wirtschaftsrisiko u. a. nach einem Urteil des BAG vom 09. 07. 1981 (2 AZR 788/78) zu tragen hat.

Bei Praxisverkauf immer Betriebsübergang?

Aus einer aktuellen Entscheidung des BAG vom 22. 06. 2011 (8 AZR 107/10) ist zu folgern, dass es keinen Automatismus gibt, wonach der Verkauf einer Arztpraxis stets als Betriebsübergang zu werten ist.

In dem vom BAG entschiedenen Fall beendete eine Internistin ihre Praxistätigkeit altersbedingt, wobei sie ihr Praxisinventar z. T. entsorgte und im Keller ihres Privathauses einlagerte. Darüber hinaus veräußerte sie – was unzulässig ist – isoliert ihre »Kassenzulassung« an einen Kollegen, wobei im Kaufvertrag pro forma die Übertragung von geringwertigen Gegenständen der Arztpraxis vereinbart wurde. Der »Praxiskäufer« wurde nach »Übertragung der Praxis« im Wege einer Verlegung des Vertragsarztsitzes an einem anderen Ort tätig.

In der vorliegenden Konstellation verneint das BAG einen Betriebsübergang, wobei es die Arztpraxis vorliegend als einen sogenannten »betriebsmittelarmen Betrieb« qualifiziert, bei dem die Erreichung des Betriebszweckes im Wesentlichen auf der menschlichen Arbeitskraft beruht und die materiellen und immateriellen Betriebsmittel eine untergeordnete Rolle spielen. Trotz materieller Betriebsmittel, ohne die eine Arztpraxis nicht betrieben werden könne, stünde die Patientenbetreuung durch den Arzt und die nichtärztlichen Praxismitarbeiter im Mittelpunkt der betrieblichen Tätigkeit. Das BAG kommt dabei zu dem Ergebnis, dass die Arbeit einer Arztpraxis in der Regel durch die dort tätigen Personen und nicht durch die vorhandenen Betriebsmittel geprägt wird. Ausnahmen von diesem Grundsatz könnten dann vorliegen, wenn eine Arztpraxis vor allem durch die vorhandenen medizinischen Geräte und weniger durch die dort tätigen Ärzte geprägt sei und die Praxis vor allem wegen der medizinischen Untersuchungs- bzw. Behandlungsgerätschaften aufgesucht werde (z. B. radiologische oder nuklearmedizinische Praxen).

Aus dieser Entscheidung ergibt sich, dass es spezielle Einzelfälle, wie den vorliegenden Fall, geben kann, in denen bei einem Praxisverkauf kein Betriebsübergang stattfindet. Der vorliegende Fall ist allerdings sehr speziell, da weder Praxisräume, Patientenkartei noch maßgebliche Praxiseinrichtungen an den Übernehmer übergeben wurden. Aus diesem Grunde ist bei einer »klassischen Praxisübergabe« Vorsicht geboten, diese Entscheidung des BAG zu Grunde zu legen. Vielmehr ist es erforderlich, zu prüfen, ob nicht von einem Betriebsübergang auszugehen ist, insbesondere wenn, wie in einer Zahnarztpraxis üblich, im umfangreichen Maße Gerätschaften übertragen werden. Entscheidend ist hierbei die Betrachtung des Einzelfalles.

In aller Regel werden der Praxisverkäufer und Praxiskäufer trotz dieser Entscheidung des BAG auf der »sicheren Seite« stehen, wenn sie davon ausgehen, dass es sich bei dem Verkauf einer Zahnarztpraxis um einen Betriebsübergang handelt, der zu einer Einschränkung des Kündigungsrechtes und den besonderen Informationspflichten gegenüber den Arbeitnehmern führt.

RA Michael Lennartz

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 12/2011

8.8.4. Rechtliche Gestaltung der Praxisabgabe, alternative Modelle bei »unverkäuflichen Praxen«

Bei dem Abschluss eines Praxisübernahmevertrags sind einige Punkte sowohl aus Veräußerer- als auch aus Erwerbersicht zu beachten.

Als Veräußerer sollten Sie zunächst folgende Unterlagen zusammenstellen:
- Mietvertrag
- alle laufenden praxisrelevanten Verträge
- aktuelle Arbeitsverträge sowie ein aktuelles Lohnjournal
- Inventarverzeichnis
- Betriebswirtschaftliche Auswertungen (BWA) der letzten drei Jahre
- Gewinnermittlungen der letzten Jahre
- Quartalsabrechnungen der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV)

Zudem ist darüber nachzudenken, ein Gutachten über den Wert der Praxis erstellen zu lassen. Dabei sind Faktoren wie die Personalsituation, das Inventar, die Lage der Praxis (EG, Barrierefreiheit, Parkplätze etc.), die Patientenstruktur (Therapiespektrum, Anzahl GKV- und PKV-Patienten) sowie die Rentabilität der Praxis (Umsatzentwicklung, Konkurrenzsituation) miteinzubeziehen.

Bigpoints bei der Praxisabgabe

Wichtige Punkte bei einem Praxisverkauf sind erfahrungsgemäß u. a.:

- **Praxisfinanzierung**
  In aller Regel wird eine Finanzierung durch eine Bank erforderlich sein, worum Sie sich als Erwerber frühzeitig kümmern sollten. Zudem sollte aus Sicht des Veräußerers eine verbindliche Regelung über die Sicherung der Finanzierung (Bürgschaft, verbindliche Zusage o. Ä.) getroffen werden und der Übernahmevertrag unter die Bedingung der Finanzierung gestellt werden.

- **Mietvertrag**
  Beim Mietvertrag ist zu beachten, dass die Räumlichkeiten als Zahnarztpraxis nutzbar sind, also die notwendigen behördlichen Genehmigungen vorliegen. Liegen diese nicht vor, so sind sie schnellstmöglich zu beantragen. Es besteht die Möglichkeit, sowohl in den Mietvertrag des Veräußerers einzutreten – sofern der Vermieter dem zustimmt – als auch einen neuen Mietvertrag mit dem Vermieter zu schließen.

- **Arbeitsverträge**
  Lassen Sie sich als Erwerber frühzeitig das aktuelle Lohnjournal sowie die Arbeitsverträge sämtlicher Arbeitnehmer (FZA, Reinigungskraft etc.) vorlegen. Klären Sie dabei, welcher Arbeitnehmer möglicherweise vorher ausscheiden wird oder bereits neu eingestellt wurde. Zudem sind die Arbeitnehmer vom Veräußerer auf die Praxisübernahme gem. § 613a BGB hinzuweisen. Zu beachten ist, dass die Mitarbeiter ein Widerspruchsrecht haben, ggf. also nicht alle Arbeitnehmer vom Erwerber übernommen werden können.

- **Laufende Verträge**
  Als Erwerber sollten Sie sich alle praxisbezogenen laufenden Verträge (EDV-Anlage, Praxissoftware, Telefonanschluss etc.) vorlegen lassen. Besprechen Sie gemeinsam, in welche Verträge der Erwerber – sofern die Vertragspartner dem zustimmen – eintreten möchte.

- **Inventarverzeichnis**
  Wichtig ist zudem die Vorlage des Inventarverzeichnisses über sämtliche Praxisgegenstände, die übertragen werden sollen. Etwaige private Gegenstände (Laptop, Lesebrille etc.) sind aus der Liste zu entfernen.

- **Zulassung des Erwerbers**
  Bei dem Antrag auf Zulassung sollte vorab geklärt werden, wann die Zulassungsgremien tagen und wann der Antrag auf Zulassung zu stellen und die Unterlagen einzureichen sind. Außerdem ist bei einer Neuniederlassung ein polizeiliches Führungszeugnis vorzulegen, welches in der Regel rund sechs Wochen Vorlaufzeit bedarf und deswegen rechtzeitig vom Erwerber gestellt werden sollte.

- **Patientenkartei**
  Im Praxisübernahmevertrag ist eine Regelung bezüglich der Übernahme der Patientenakten notwendig. Dabei ist vor allem auf die Einhaltung der

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2022

Schweigepflicht zu achten. Es sollten also klare Absprachen hinsichtlich der Einwilligungen der Patienten getroffen werden. Zudem sollte ein separater Auftragsdatenverarbeitungsvertrag vereinbart werden, um der neuen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) gerecht zu werden.

Wie gehe ich vor? Schritt für Schritt …

Gewinnung von Interessenten
Der entscheidende Punkt, ist eine potenzielle Käuferin oder einen potenziellen Käufer für die Praxis zu gewinnen. Am elegantesten ist selbstverständlich eine vorherige Anstellung in der Praxis und ein anschließender nahtloser Verkauf. Denkbar ist auch, dass ein bisheriger Kooperationspartner den Anteil kauft und damit z. B. seinen Gesellschaftsanteil aufstockt.

Alternativ besteht die Möglichkeit, auch über Praxisbörsen nach Interessenten zu suchen, (anonymisierte) Anzeigen zu schalten, Depots anzusprechen oder Praxisvermittler einzuschalten. Beide letzteren Möglichkeiten sollte man aber mit Vorsicht angehen, da die Praxis nicht zu sehr in den Medien kommen sollte und der Eindruck erweckt wird, dass etwa wie »Sauerbier« angeboten wird. Empfehlenswert ist sowohl für den Käufer als auch für den Verkäufer, dass Provisionsabreden genau geprüft werden.

Einigung über Kaufpreis
Ganz entscheidend ist immer, dass man möglichst frühzeitig Einigung über den Kaufpreis erzielt. Es macht keinen wirklichen Sinn, Verträge auszuformulieren, wenn über diesen wesentlichen Punkt keine Klarheit herrscht. Um den Kaufpreis zu fixieren, muss die Praxis mit allen einbezogenen Verträgen und den Praxiszahlen untersucht werden. Dabei ist es in jedem Fall sinnvoll, dass eine Vertraulichkeitsvereinbarung getroffen wird, die auch bei einem Verhandlungsabbruch fortgilt. Diese Prüfung ist essenziell und auch für die Preisfindung wichtig.

Parallele Verhandlung
Wichtig ist auch, dass der Mietvertrag und der Kaufvertrag parallel verhandelt werden. Einem Käufer nützt der Kauf der Praxis nichts, wenn er nicht in einen soliden Mietvertrag einsteigen kann.

Der Teufel steckt im Detail – Hobbyjuristen fehl am Platze

Der Verkauf einer Praxis ist mit Musterverträgen in aller Regel schwer zu bewerkstelligen, da es eine Fülle von Detailpunkten gibt, die zu klären sind, um das ganze Projekt nicht anfechtbar zu machen. Typische Punkte sind z. B.:
- Kaufpreisabsicherung durch Bürgschaft
- Absicherung des Kaufpreises über Versicherungslösung
- Freistellung von Schulden
- Verfahren bei späteren Nachbesserungen
- Ablöse von Leasingverträgen
- Übertragung von Rechten an der Website
- Unzulänglichkeiten bei bestehenden Arbeitsverträgen

Genau wie ein Laie besser keine Zahnmedizin ausführt (wäre auch nach dem Zahnheilkundegesetz strafbewährt), empfiehlt es sich, einen Anwalt beratend einzubinden, der sich auch mit den weiteren Experten (u. a. Steuerberater, Praxisbewerter, Praxisplaner) abstimmt, um das Projekt gezielt zum Erfolg zu bringen. Den »Hobbyjuristen« zu spielen, kann auch teuer werden, wenn das Projekt aufgrund von Fehlern scheitert oder später Ärger verursacht. Skeptisch sollte man auch werden, wenn ominöse Praxisberater und Praxisvermittler Musterverträge aus der Schublade zaubern.

Die unverkäufliche Praxis – Alternativen

Für klassische Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften wird es immer belastender, die überbordende Bürokratie zu bewältigen und wettbewerbsfähig zu sein. Zusätzlich wird es für kleine Praxiseinheiten immer schwerer werden, die Praxis im Sinne einer Altersvorsorge zu verkaufen. Schon jetzt treten die Jahrgänge der Babyboomer in den Verkäufer-Markt ein, was das Verhältnis Kaufinteressenten zu Praxisverkäufern maßgeblich beeinflussen wird.

Realistische Einschätzung erforderlich
In dieser besonderen Gemengelage muss sich jeder Praxisinhaber kritisch selbst fragen, ob und inwieweit er zukunftsfähig aufgestellt ist. Er muss auch prüfen, ob er erforderlichenfalls auch Strukturveränderungen

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2022

in seiner Praxis bis hin zu einem Zusammenschluss mit Kolleginnen und Kollegen angeht. Bei dieser Selbstprüfung wird es unterschiedliche Ergebnisse geben. Die hochspezialisierte Einzelpraxis oder profitable Mehrbehandlerpraxis mit Spezialisierungen und Prophylaxe-Abteilung, langfristigem Mietvertrag im attraktiven Umfeld wird zu einem positiven Ergebnis kommen. Die kleinere Praxis mit hohem Konkurrenzdruck, ohne Erweiterungsmöglichkeit und problematischen Praxisräumen (z. B. keine Barrierefreiheit) und unattraktivem Umfeld muss sich fragen, wie die immer weiter überbordende Bürokratie überhaupt noch gestemmt werden kann und wie man wettbewerbsfähig bleibt. Zusätzlich wird ein späterer Praxisverkauf nicht einfach werden.

Die Praxisschließung

Bitter ist die Erkenntnis, dass eine Praxis keinen Markt findet und unverkäuflich ist. Anzeigen haben keine Wirkung gezeigt, bei Praxisbörsen gab es kein Interesse und auch der Praxisvermittler scheiterte.

Gründe können z. B. sein:
- Praxis würde bei einer »Praxisbegehung durchfallen«; auch räumlich könnte keine Abhilfe geschaffen werden
- Hohe Konkurrenzsituation, niedriger Gewinn, »Alterspraxis«
- Strukturschwache Region
- Praxispersonal fehlt

Wenn nach kritischer Betrachtung ein Verkauf Illusion ist, muss man sich – nolens volens – Gedanken um die Abwicklung der Praxis machen.

Wichtige Punkte bei der Abwicklung sind dabei:
- Frühzeitige Kündigung Mietvertrag, prüfen, ob (meist teure) Rückbauverpflichtung besteht
- Rechtzeitige Kündigung des Praxispersonals, das noch sehr lange gesetzliche Kündigungsfristen abhängig von der Beschäftigungsdauer haben kann
- Kündigung von sonstigen Verträgen
- Organisation der Verwahrung der Patientenakten durch den Praxisabgeber, sofern kein Kollege für die Verwahrung im Rahmen eines Verwahrungsvertrages unter Beachtung des Datenschutzes gewonnen werden kann
- Möglicher Verkauf/Entsorgung des Inventars

Alternativen zur Praxisschließung

Eine Praxisschließung ist auch bei per se unverkäuflichen Praxen nicht die einzige – traurig stimmende – Variante. Mit Vorlauf lassen sich auch alternative Modelle zur Verwertung der Praxis fahren, wobei die Details rechtlich ausgestaltet werden müssen.

Als Alternativen kommen u. a. in Betracht:
- Aufgabe des (suboptimalen) Standorts und Verlegung in besseren Praxisstandort eines benachbarten Kollegen. Dies kann z. B. in Form einer Praxisgemeinschaft (bessere Kostenstruktur) oder Bildung einer Berufsausübungsgemeinschaft erfolgen (man erhält dann auf Basis einer Bewertung einen Gesellschaftsanteil). Vorteil ist, dass die Chancen für einen späteren Verkauf z. B. an Mitgesellschafter in besseren Räumen steigen. Zudem auch bessere Auslastung der Ressourcen für aufnehmenden Kollegen.
- Aufgabe des Standorts und Bildung einer Übergangssozietät mit verbindlichem Praxisverkauf an benachbartem Standort eines Kollegen
- Aufgabe der Praxis von mehreren Kollegen und Verschmelzung der Praxen an einem neuen Standort (Berufsausübungsgemeinschaft) oder Nutzung neuer Räume in Form einer Praxisgemeinschaft
- Praxisschließung, aber attraktive Anstellung bei benachbartem Kollegen, der auch Verwahrung der Patientenakten auf Dauer übernimmt. Langfristiger Arbeitsvertrag, der für einen rechtlich zulässigen Zeitraum nicht gekündigt werden kann. Vorteil ist auch, dass weiter Beiträge beim Versorgungswerk mit Arbeitgeberbeteiligung eingezahlt werden können, sofern hierfür die Vorraussetzungen bestehen.

Fazit

Eine Praxisabgabe ist sicher kein Selbstläufer mehr, wobei die Erfolgsaussichten heterogen sind. Planung und Vorlauf sind wichtig und im Detail gibt es einiges zu beachten. Auch bei einer schwer verkäuflichen Praxis gibt es Alternativen, wobei die Zeitschiene und frühzeitiges Agieren wichtig sind.

RA Michael Lennartz
www.lennmed.de

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2022

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2022

8.8.5. Schwierigkeiten bei Praxisverkauf – Alternativen zur Praxisschließung

Wenn der wohlverdiente Ruhestand naht, stellt sich die Frage, was passiert mit der Praxis, den Patienten und den Mitarbeitern?

Je eher man sich Gedanken macht und mit den Vorbereitungen beginnt, desto wahrscheinlicher wird der Erhalt des Praxiswertes. Zu Beginn sollte eine Bestandsaufnahme erfolgen: Ist die Praxis verkäuflich? Ist eine Umstrukturierung vor Verkauf erforderlich? Rechnet sich die Umstrukturierung? Rechnet sich der Verkauf?

Bestandsaufnahme

Aktuell treten die Babyboomer in den Verkäufermarkt ein, wodurch das Verhältnis Kaufinteressenten zu Praxisverkäufern maßgeblich beeinflusst wird. Eine Praxis mit hohem Konkurrenzdruck, ohne Erweiterungsmöglichkeit, mit problematischen Praxisräumen oder in strukturschwacher Region muss prüfen, ob ein späterer Praxisverkauf realistisch ist. Nach kritischer Bestandsaufnahme und erfolglosen Verkaufsbemühungen (z. B. über Praxisbörsen oder Praxisvermittler) muss über eine Praxisabwicklung nachgedacht werden.

Ist dann aber »das Umdrehen des Schlüssels« alternativlos? Gerade im Hinblick auf die Verwahrverpflichtung der Patientenakten (regelmäßig zehn Jahre) unter Beachtung des Datenschutzes sollte über Alternativen oder ergänzende Maßnahmen nachgedacht werden.

Verkauf Patientenstamm

Vorsicht geboten ist bei einem isolierten Verkauf des Patientenstammes. Hierzu ist eine aktuelle Entscheidung des BGH ergangen. Der Bundesgerichtshof stellt hierbei klar, dass es im konkreten Fall nach § 8 Abs. 5 der Berufsordnung für Bayrische Zahnärzte untersagt ist, für die Zuweisung von Patienten oder Untersuchungsmaterial ein Entgelt oder eine sonstige wirtschaftliche Vergünstigung zu fordern, sich versprechen oder gewähren zu lassen oder selbst zu versprechen oder zu gewähren. Unter »Zuweisung« sei jede Einwirkung auf Patienten mit der Absicht zu verstehen, deren Wahl unter Ärztinnen und Ärzten oder anderen Leistungserbringern zu beeinflussen. Sowohl die Um- und Weiterleitung der Patienten als auch ein Empfehlungsschreiben stellen hiernach eine unzulässige Zuweisung dar, was den isolierten Verkauf eines Patientenstamms unzulässig macht. Diese Entscheidung gilt nicht nur in Bayern, sondern bundesweit.

Alternativen zur Praxisschließung

Mit Vorlauf lassen sich aber auch alternative Modelle zur Verwertung der Praxis fahren:

1. Neuorientierung Standort

- Aufgabe des (suboptimalen) Standorts und Verlegung in besseren Praxisstandort eines benachbarten Kollegen
- Dies kann z. B. in Form einer Praxisgemeinschaft (bessere Kostenstruktur) oder Bildung einer Berufsausübungsgemeinschaft erfolgen (man erhält dann auf Basis einer Bewertung einen Gesellschaftsanteil).
- Vorteil ist, dass die Chancen für einen späteren Verkauf z. B. an Mitgesellschafter in besseren Räumen steigen. Damit verbunden ist dann auch eine bessere Auslastung der Ressourcen für aufnehmende Kollegen.

2. Bildung Kooperation

- Aufgabe des Standorts und Bildung einer Übergangssozietät mit verbindlichem Praxisverkauf an benachbarten Standort eines Kollegen
- Nutzung neuer Räume in Form einer Praxisgemeinschaft

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2024

- Aufgabe/Beibehaltung Standort und Verlegung an Standort eines Kollegen

- Aufnahme eines Kollegen und Bildung einer Berufsausübungsgemeinschaft, womit man einen Baustein für den späteren Verkauf der Praxis oder eines Gesellschaftsanteils schaffen kann

3. Verschmelzung

- Es kann Sinn machen, dass kleinere Praxiseinheiten zusammengeführt und damit wirtschaftlicher und zukunftssicher gemacht werden. Im Kern bilden dann Praxen eine überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft mit mehreren Praxisstandorten, die über die Kooperation zu einer größeren Praxis »verschmelzen«.

- Die Vorteile einer Zusammenlegung von Praxen sind nicht nur theoretisch. Die ABZ eG in München hat bereits mehrere solcher Projekte begleitet, wobei sehr positive Ergebnisse zu verzeichnen waren:

  Zwei Varianten haben sich abgezeichnet:

  a) Es gibt eine kleine Gruppe von Kollegen (zum Teil subspezialisiert), die sich vorstellen können, auch gemeinsam eine größere Versorgungsstruktur aufzubauen. Dabei wurde ein neuer, moderner Standort gewählt und der Umzug aus den alten Praxisimmobilien abgestimmt.

  b) Es gibt eine groß dimensionierte Praxis (Räume) mit einem Kollegen, der fair kooperieren möchte. In dessen Umfeld werden dann für den Einzelbetrieb eigentlich zu kleine Praxen, die einen Standortwechsel durchführen möchten, identifiziert und zusammengeführt.

4. Weiterarbeit???

Auch wenn es zunächst seltsam klingt, auch diese Alternative kann – mit entsprechenden Veränderungen selbstverständlich – eine Überlegung wert sein:

- Möglichkeit, vollen Versorgungsauftrag auf eine halbe Zulassung zu reduzieren, womit nicht mehr im vollen Umfang gearbeitet werden muss

- Anstellung von bis zu zwei in Vollzeit beschäftigten angestellten Zahnärzten mit halber Zulassung möglich

In der Zahnmedizin werden aktuell die meisten Praxen weitergeführt, nur ca. 10 % aller Praxen werden geschlossen. In jedem Fall lohnt es sich, nicht aufzugeben, sich zu informieren und Unterstützung vom Freien Verband nachzufragen. Ebenso wie damals bei der Existenzgründung unterstützt der Verband auch bei einem »guten Ausstieg«.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2024

8.9. Allgemeine Rechtstipps

8.9.1. Unerlaubte Werbung in der Zahnarztpraxis

Es kann schon sehr lästig werden, wenn man in der Praxis mit Werbeanrufen, Werbepost und Telefaxen bombardiert wird. Man ist allerdings nicht machtlos, um sich gegen derartige »Angriffe« zur Wehr zu setzen. Angesichts der Papierflut in manchen Briefkästen, wird sich auch der Baumbestand freuen, der nicht abgeholzt werden muss.

Die »Robinsonliste«

Auch als Zahnarzt hat man die Möglichkeit sich in die sogenannte »Robinsonliste« eintragen zu lassen, um sich vor unerwünschter Werbung zu schützen (www.robinsonlist.de). Der Eintrag in die Liste, die u.a. von der Initiative »Freiwillige Selbstkontrolle der Werbetreibenden im Internet« mitgetragen wird, bewirkt Schutz vor unverlangter Werbung in den Bereichen Briefpost, Telefax, Email, Mobilfunk und Festnetztelefon. Allerdings nur vor Werbung durch Unternehmen, die Ihre Adressbestände mit der Robinsonliste abgleichen, um Werbebelästigungen zu vermeiden. Einen 100 % Schutz bietet aber auch diese sehr sinnvolle Einrichtung nicht (z. B. Werbung aus dem Ausland).

Telefonwerbung

Zu unterscheiden ist zwischen Telefonwerbung gegenüber Verbrauchern und Gewerbetreibenden (worunter in diesem Fall auch Zahnärzte fallen), die aber immer sehr lästig werden kann (z. B. sonntägliche Anrufe einer Telefonfirma). Die spontane Gegenwehr könnte natürlich darin liegen, dass man dem Gegenüber sagt, man wäre gleich wieder am Telefon (den Hörer aber einfach liegen lässt). Richtig effektiv ist dies aber nicht. Wichtig ist es deshalb sich über seine Rechte in diesem Bereich zu informieren.

Ohne ausdrückliche Einwilligung, die das sogenannte Gesetz zur Bekämpfung unerlaubter Telefonwerbung verlangt, ist Telefonwerbung gegenüber Verbrauchern grundsätzlich nicht gestattet, da es sich um einen nachhaltigen Eingriff in die Privatsphäre des Einzelnen handelt. Eine bereits bestehende Geschäftsbeziehung (man ist z. B. Kunde bei einem Weinhändler) rechtfertigt keine Werbeanrufe, für die eine ausdrückliche Zustimmung erforderlich ist. Man sollte auch bei einer Vertragsunterzeichnung sehr genau schauen, welche Felder man ankreuzt (z. B. wollen Sie zukünftig über Innovationen unseres Unternehmens telefonisch informiert werden – Ja oder Nein?).

Auch gegenüber Gewerbetreibenden ist Telefonwerbung – ohne ausdrückliche Einwilligung – grundsätzlich verboten. Im Gegensatz zur Situation bei Verbrauchern kann Telefonwerbung bei einer sogenannten »mutmaßlichen Einwilligung« trotzdem zulässig sein (z. B. wenn es sich um den Anruf einer Dentalfirma mit Bezug zur Praxis handelt oder eine ständige Geschäftsbeziehung besteht). Der Anrufende muss das Telefonat bei einer »mutmaßlichen Einwilligung« aber zügig beenden, wenn der Praxisinhaber oder dessen Mitarbeiter kein Interesse haben. Selbstverständlich kann auch hinterfragt werden, ob überhaupt eine mutmaßliche Einwilligung vorliegt, wobei eine Rufnummernunterdrückung immer unzulässig ist.

E-Mail-/Telefaxwerbung

Die Zusendung von E-Mail-Werbung ist bei Verbrauchern und Gewerbetreibenden generell nicht zulässig, sofern keine vorherige ausdrückliche Einwilligung vorliegt. Zum einen wird beim Empfänger Arbeitszeit »geraubt« (Time is money). Zum anderen wird in das Persönlichkeitsrecht des Verbrauchers eingegriffen. Anders als bei Werbeanrufen reicht eine mutmaßliche Einwilligung nicht aus. Man sollte bei dem Ausfüllen von Formularen im Internet (z. B. bei einer Reisebuchung) sehr genau schauen, was man ausfüllt. Ein Häkchen am falschen Ort kann hier lästig werden.

Auch die nicht erbetende Telefax-Werbung ist grundsätzlich unzulässig, die u. a. Kosten bei dem Empfänger verursacht (u. a. Papier, Toner, Strom). Die Werbung ist generell nur bei dem Vorliegen einer ausdrücklichen Einwilligung zulässig.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

Gegenwehr durchaus sinnvoll

Bisweilen ist es natürlich nicht einfach gegen unerlaubte Werbung vorzugehen, wenn z. B. die Spam-Flut aus dem Ausland kommt. Wenn man aber – durchaus entnervt – gegen den Anruf des Anlageberaters mit den tollen Tipps oder lästige Telefaxwerbung vorgehen möchte, bietet insbesondere das Wettbewerbsrecht – von der Abmahnung bis zur einstweiligen Verfügung – sehr wirksame Instrumente um gegen diese Belästigungen vorzugehen. Man sollte die Erfolgsaussichten aber von einem spezialisierten Rechtsanwalt überprüfen lassen, da eine Rechtsauseinandersetzung neben Chancen auch finanzielle Risiken bergen kann, die sich dem Laien nicht direkt erschließen.

RA Michael Lennartz

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

8.9.2. Unseriöse Anzeigen- und Adressbuchverlage

Werbung mit unerwarteten Folgen. Arztpraxen im Visier unseriöser Anzeigen- und Adressbuchverlage

Werbung ist auch in Arztpraxen mittlerweile unverzichtbar und ein alltägliches Geschäft. Die Schaltungen von Anzeigen in Printmedien oder von Adresseinträgen in Ärzteverzeichnissen werden jedoch von vielen Praxisinhabern nebenbei erledigt oder an Angestellte delegiert. Diesen Umstand machen sich seit einigen Jahren vermehrt unseriöse Anzeigen- und Adressbuchverlage zunutze, um Arztpraxen mittels Überrumpelung und bewusster Täuschung völlig überteuerte und meist auch werbewirkungslose Anzeigenverträge zu verkaufen. Dabei stellen Praxis-Anzeigen, Adressen-Verzeichnisse oder Arztbücher in Form von Zeitschriften, Broschüren, Internetverzeichnissen oder in sonstigen Formen grundsätzlich zunächst nicht zu beanstandende Formen der Werbung dar. Dieser Beitrag befasst sich jedoch ausschließlich mit solchen Anzeigenverträgen, die durch arglistige Täuschung der Anzeigenverlage oder deren Vertreter zustande kommen.

Gängige Täuschungsmethoden

Das zentrale Element dieser Täuschungen besteht stets darin, dem Praxisinhaber eine Unterschrift unter einem nach formalen Gesichtspunkten rechtsgültigen und in jedem Fall kostenpflichtigen schriftlichen Auftrag abzugewinnen. In der Regel steht bei solchen Anzeigenverträgen die von dem Verlag geschuldete Leistung und damit der wirtschaftliche Nutzen der Werbung für den Arzt in einem offensichtlich und deutlich unangemessenen Verhältnis zu dem geschuldeten Anzeigenpreis. Solche Verträge kommen regelmäßig nur dadurch zustande, dass dem Arzt eine Auftragserteilung bei Unterschrift gar nicht bewusst oder jedenfalls die tatsächliche inhaltliche Ausgestaltung des Anzeigenvertrages nicht zur Kenntnis gelangt ist. Da bei dieser Art Verträge der Aufbau einer langfristigen Kundenbindung ohnehin ein völlig illusorisches Ziel darstellt, enthalten die Verträge vielfach versteckte Multiplikatoren in Form von Laufzeit- und Periodenklauseln aufgrund derer sich die vermeintlich geltenden Anzeigenpreise vervielfachen.

Solche Aufträge gehen üblicherweise per Telefax oder auch per Post unaufgefordert in der Praxis ein. Parallel dazu kann ein Anruf durch einen Verlagsmitarbeiter erfolgen. In der Variante der Täuschung durch einen Anzeigenvertreter erscheinen diese mit oder ohne Terminvereinbarung vor Ort, vorzugsweise jedoch dann, wenn ohnehin Stress herrscht. Wichtig ist für den Verlag in allen Fällen eine rechtsgültige Unterschrift des Praxisinhabers oder einer anderen zeichnungsberechtigten Person unter dem Anzeigenauftrag.

Die vom Verlag angestrebte Täuschung beruht dabei im Wesentlichen auf zwei Säulen der Formulargestaltung. Zum einen wird versucht zu verschleiern, dass es sich überhaupt um einen erstmaligen Auftrag oder Ersteintrag handelt. Zum anderen wird versucht, die teilweise erheblichen Kosten in den Vertragsbedingungen zu verschleiern.

Erzeugung von Zeitdruck

Zentraler Ausgangspunkt all dieser Bemühungen ist zunächst die Erzeugung von Zeit- oder Termindruck. Der Inserent soll möglichst nicht lange nachdenken, sondern schnell unterzeichnen. Demzufolge ist es immer extrem eilig, wenn der Call-Agent anruft oder der Vertreter vor der Türe steht. Der Redaktionsschluss oder Drucktermin war schon gestern, wenn nicht sofort unterzeichnet wird, fällt die Anzeige aus. Der Kollege aus dem Nachbarort hat gerade abgesagt, eine einzige Anzeigenfläche wäre noch frei, es muss aber sofort zugesagt werden, sonst kommt ein anderer Kollege zum Zug. Die Druckerei will sich den Korrekturabzug für den in einer Stunde ablaufenden Drucktermin nochmal bestätigen lassen. Dem Inserenten wird ein kostenloser Eintrag als alleiniger Referenzkunde angeboten, der Auftrag muss aber sofort erteilt werden. Die Varianten sind so zahlreich wie die Märchen aus 1001 Nacht, haben aber eines gemeinsam, nämlich den Inserenten vom Durchlesen des umfangreichen Auftragstextes abzuhalten.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

Die Kölner Masche oder Telefaxmasche

Die bekannteste dieser Betrugsmaschen nennt sich aufgrund ihres geographischen Ursprungs »Kölner Masche«, sie wird aber seit Jahren bundesweit praktiziert. Im Kern geht es darum, durch unverlangte Übersendung eines Telefaxes, welches bereits mit Praxisdaten und eventuell einer Anzeigenvorlage versehen ist, einen vermeintlichen Bezug zu einem alten Anzeigenauftrag herzustellen. Der Empfänger soll in Verkennung der tatsächlichen Situation dazu gebracht werden, einen vermeintlichen früheren oder tatsächlich früheren Auftrag bei einem anderen Verlag nochmals durch Unterschrift zu bestätigen und ausführen zu lassen. Dabei wird von dem Verlag meistens in einem das Telefax begleitenden Anruf behauptet, es handele sich um einen Korrekturabzug oder die Wiederholung des letztjährig bereits erteilten Auftrages. Ist der oder einer der Praxisinhaber gerade im Urlaub wird auch gerne behauptet, die Auftragserteilung sei bereits mündlich genehmigt worden, lediglich schriftlich müsse der Auftrag noch bestätigt werden. Besonders perfide ist die Masche zu behaupten, der bereits bestehende Auftrag würde sich automatisch weiter verlängern, wenn er nicht zur Beendigung unterzeichnet werde. Plausibel gemacht wird dies durch einen handschriftlichen Vermerk wie »läuft nach Beendigung automatisch aus«.

Die Branchenbuchmasche

Sehr erfolgreich scheint auch die sogenannte »Branchenbuch-Masche« zu sein. Hierbei werden zunächst farbliche Elemente und Überschriften bewusst zur Irreführung eingesetzt. So assoziieren viele Empfänger mit einem in einer bestimmten Schriftart und einem gelben länglichen Rechteck hinterlegten Überschrift »Branchenbuch – Ihre Stadt« automatisch die »Gelben Seiten« der DeteMedien GmbH (frühere Deutsche Telekom). Es folgen in aller Regel deutlich hervorgehobenen Überschriften wie »Ihr Eintrag«, »Ihr Korrekturabzug«, »Ihr Änderungswunsch«, »Ihre Registrierung« oder ähnliches mittels derer dem Empfänger der Eindruck vermittelt wird, mit einem bereits in wechselseitiger Abstimmung befindlichen dringlichen Vorgang zu tun zu haben. Teilweise wird an dieser Stelle auch mit einer vermeintlichen Kostenlosigkeit geworben durch Hinweise wie »kostenlose Aufnahme bei Google« oder »Datenänderungen kostenlos«. In unmittelbarer Nähe zu diesen Überschriften findet sich sodann stets ein weiterer durch graphische Elemente wie Umrandungen oder Tabellen hervorgehobener Bereich, in dem bereits Adressdaten, sowie teilweise Kommunikationsdaten, Internetdaten und etwa Spezialisierungen eingetragen sind. Durch die an dieser Stelle enthaltene Aufforderung zur Überprüfung, Ergänzung und Korrektur manchmal auch provozierende absichtliche Fehler, wie Aufnahme einer Arztpraxis in die Rubrik Putzhilfen/Gebäudereinigung, wird der Empfänger zusätzlich unter Handlungsdruck gesetzt, das Formular abzuändern. Vervollständigt wird das Formular durch ein Unterschriftenfeld, in dessen unmittelbarer Nähe nochmals ein Hinweis auf die dringende Rücksendung des Formulars an eine Telefaxnummer erbeten wird. Auch hier findet sich oft der Hinweis darauf, dass die Rücksendung kostenfrei sei. Allerdings bezieht sich das nur auf die Verwendung der angegebenen 0180-Telefaxnummer. Was dem Empfänger verborgen bleiben soll, steht in einem in relativ kleiner Schrift und in Blocksatz gehaltenem zusätzlichen Absatz, der sich ganz unauffällig und scheinbar schon fast zufällig auf dem Formular befindet. In den ersten und letzten Zeilen dieses Absatzes stehen meistens völlig unverfängliche Nichtigkeiten, wie etwa ein ausführlicher Hinweis auf das Bundesdatenschutzgesetz. Versteckt in dem Absatz findet sich aber immer der Hinweis auf die Eintragungskosten, die von dem Inserenten zu tragen sind. Es versteht sich von selbst, dass die kostenlose Änderung der Daten eben nicht für die erstmalige Aufnahme der Daten in das Verzeichnis gilt und auch die vermeintlich kostenlose Anmeldung bei Google nur eine unbedeutende kostenlose Zusatzleistung zu dem kostenpflichtigen Adressbucheintrag darstellt.

Die caritative Masche

Ein weiterer relativ verbreiteter Trick besteht darin, dem potenziellen Inserenten einen caritativen oder sozialen Zweck der Werbung vorzuspiegeln. Durch die vermeintliche Unterstützung der örtlichen Kinderkrippe, des Jugendheimes, Drogensüchtiger, Leukämiepatienten oder der Polizeigewerkschaft bei Ihrer Präventionsarbeit wird ein moralischer Rechtfertigungsdruck im Fall einer abschlägigen Antwort erzeugt, dem man sich als Auftraggeber nur schwer entziehen kann. Tatsächlich wird bei solchen Verträgen, wenn überhaupt, dann nur ein Bruchteil der Werbeeinnahmen dem behaupteten Zweck zugeführt. Primär verbleibt das Anzeigenhonorar bei dem Vertreter und dem Verlag. Ersichtlich wird das immer dann, wenn sich aus den Vertragsbedingungen nicht

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

ergibt, welcher konkrete Betrag dem sozialen oder caritativen Zweck zugeführt wird. Wissenswert ist in dem Zusammenhang, dass allein die Vertreterprovisionen ohne weiteres bis zu 40% des Anzeigenpreises oder mehr betragen können.

Die Vertretermasche

Die perfideste und gleichzeitig gefährlichste Masche stellt jedoch die »Vertreter-Masche« dar. Diese Masche ist noch nicht sehr verbreitet, aber die Methode wird sich sicherlich weiter verbreiten, weil ihr kaum etwas entgegenzusetzen ist. Hierbei erscheint ein Anzeigenvertreter persönlich in der Praxis, um die Wiederholung einer Anzeige im örtlichen Bürgermagazin zu besprechen. Der Anzeigenvertreter hat die Broschüre und die Anzeige dabei, sodass der gesamte Vorgang völlig unverfänglich erscheint. Sodann werden im Detail alle Anzeigenformalitäten besprochen, wie die Laufzeit des Vertrages, die Anzahl der jeweiligen Ausgaben und die Kosten jeder Einzelausgabe mit den Gesamtkosten pro Jahr. Während des Gespräches trägt der Vertreter alle Absprachen handschriftlich in das Auftragsformular ein, zumindest vermittelt er diesen Anschein. Tatsächlich hat der Auftrag mit einer örtlich erscheinenden Broschüre der Gemeinde oder Stadt nicht das mindeste zu tun. Alles was der Anzeigenvertreter mündlich zugesagt hat, war reines Geplänkel. Keine der Absprachen hat irgendeinen Niederschlag in dem Auftrag gefunden. Der Anzeigenvertreter hat schlichtweg handschriftlich dasjenige nochmal auf dem Auftrag notiert, was dort ohnehin schon vorformuliert war und das hat nichts, aber auch gar nichts mit den mündlich getroffenen Absprachen zu tun. Da die Unterschrift nach dem mündlichen, sehr ausführlichen Verkaufsgespräch nur noch eine reine Formsache ist, verzichten viele Inserenten darauf, sich den ohnehin recht umfangreichen Vertragstext nochmals durchzulesen, bzw. verhindert das der Anzeigenvertreter gezielt, indem er beispielsweise das Formular wieder an sich nimmt, um etwas zu ergänzen oder einen Praxisstempel darauf anzubringen.

Kostenvervielfachung

Da die Verlage natürlich wissen, dass kein Kunde, der einigermaßen bei Verstand ist, ein solches Vertragsverhältnis über einen längeren Zeitraum freiwillig aufrecht erhalten würde, enthalten die Verträge eine Reihe von Zusatzkosten oder Multiplikatoren mittels derer die finanziellen Verpflichtungen für den Inserenten vervielfacht werden. So sind in den Verträgen in aller Regel neben den reinen Anzeigenkosten weitere Preisbestandteile wie Farbkosten, Satzkosten, Verteilungskosten und ähnliches enthalten, die per se bereits zu einer nicht unerheblichen Erhöhung der Kosten führen. Daneben enthalten die Verträge in aller Regel Mindestlaufzeiten von 2 bis 5 Jahren sowie Klauseln, wonach pro Jahr mehrere jeweils für sich kostenpflichtige Ausgaben erscheinen. Ein vermeintlich einmaliger Anzeigenpreis kann sich so schnell um das 4 bis 12-fache erhöhen.

Prävention

Prävention ist sicherlich die beste Methode, um sich wirksam vor dieser Art von Betrügereien zu schützen. Immer dann, wenn unangekündigt und unter Zeitdruck irgendein Schriftstück unterschrieben werden soll, sollten Angestellte und Praxisinhaber äußerst vorsichtig agieren und den Vorgang sorgfältig und umfassend prüfen. Klare Vorgaben innerhalb der Praxis sollten regeln, wer welche Art von Verträgen, Korrekturabzüge, etc. zu prüfen und unterzeichnen hat. Der wichtigste Rat lautet, nicht vorschnell zu unterschreiben und bei behaupteten Absprachen mit Kollegen diese immer zu überprüfen.

Verteidigungsmöglichkeiten

Ist ein solcher Auftrag einmal unterzeichnet, berufen sich Adressbuchverlage stets auf die Prinzipien der Einhaltung üblicher kaufmännischer Gepflogenheiten und auf die formale Beweiskraft des schriftlichen Vertrages als Urkunde. Die Geltung mündlicher Absprachen und Vereinbarungen ist dabei nach den schriftlichen Vertragsbedingungen so gut wie immer ausgeschlossen.

Der Arzt steht nun vor der Entscheidung, die Forderung anzuerkennen oder sich zur Wehr zu setzen. Letzteres ist in den allermeisten Fällen durchaus zu empfehlen.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

Rechtsnatur der Verträge

Verträge über die Veröffentlichung und Verbreitung von Anzeigen sind Werkverträge (BGH in NJW 1984, 2406; OLG Frankfurt in NJW-RR 1988, 945; Oberlandesgericht Düsseldorf MDR 1972, 688; Rath-Glawatz, Engels, Dietrich »Das Recht der Anzeige«, 3. Auflage, Teil 1 – Rz 97).

Widerrufsmöglichkeit

Verträge sind grundsätzlich bindend und nicht widerrufbar. Ein Widerrufsrecht wird ausschließlich privaten Verbrauchern in bestimmten Ausnahmesituationen eingeräumt. Ärzte sind Freiberufler und damit keine Privatverbraucher. Die Verträge werden regelmäßig auch für die Praxis und damit im Rahmen der beruflichen Tätigkeit abgeschlossen. Ein Widerrufsrecht steht Ärzten daher in solchen Fällen nicht zu.

Ordentliche Kündigungsmöglichkeit oder Rücktritt

Eine ordentliche Kündigung der Verträge ist in diesen Anzeigenverträgen für eine bestimmte Mindestlaufzeit durch entsprechende Klauseln immer ausgeschlossen. Diese Ausschlüsse sind im Allgemeinen wirksam, da eine direkte Anwendung des § 309 Nr. 9 BGB in Verträgen mit Unternehmern wegen § 310 BGB nicht in Betracht kommt. Der Begriff des Unternehmers nach § 14 BGB umfasst dabei auch Freiberufler, die innerhalb ihres beruflichen Tätigkeitskreises handeln (Palandt, Kommentar zum BGB, Rn 1 ff zu § 14 BGB).

Freie Auftraggeberkündigung

Im Werkvertragsrecht existiert mit § 649 BGB eine besondere, begründungsfreie und stets zulässige Kündigungsmöglichkeit des Auftraggebers. Es kann sinnvoll sein, eine solche Kündigung zu erklären. Eine generelle Empfehlung, von diesem Recht Gebrauch zu machen, kann aber nicht gegeben werden, weil der Verlag in einem solchen Fall nach § 649 S.2 BGB seinen vollen Vergütungsanspruch behält. Dieser kann jedoch um ersparte Aufwendungen und einen anderweitig erzielten Erwerb zu kürzen sein. Ob sich die Kündigungsmöglichkeit nach § 649 BGB durch allgemeine Geschäftsbedingungen ausschließen lässt, ist rechtlich nicht abschließend geklärt. In dieser Frage empfiehlt sich die Einholung eines anwaltlichen Rates.

Anfechtung wegen arglistiger Täuschung

Eine solche Anfechtung nach § 123 BGB muss innerhalb eines Jahres ab Kenntnis von einer Täuschung erklärt werden. Die Frist ist nicht verlängerbar. Als Notbehelf kann bei Fristablauf jedoch oft noch auf § 305 c BGB zurückgegriffen werden. Heiß umstritten ist die Frage, ob ein Unternehmer oder Freiberufler sich überhaupt auf eine arglistige Täuschung berufen kann, wenn sich aus dem unterzeichneten Formular, formal betrachtet, der Umfang der vereinbarten Kosten klar und unzweideutig ergibt.

Ein Teil der Rechtsprechung und demzufolge leider auch viele Anwälte stehen unter Verweis auf ein BGH-Urteil aus dem Jahr 1951 auf dem Standpunkt, dass ein Unternehmer und damit auch der Arzt eine schriftliche Erklärung vor einer Unterzeichnung genau lesen muss. Wird dies versäumt, haftet der Unterzeichner für alle rechtlichen Folgen, die sich aus dieser Erklärung ergeben.

Diese Auffassung hält nicht nur der Verfasser für falsch, ihr wurde schon im Jahr 2005 vom Bundesgerichtshof nachdrücklich widersprochen (Urteil BGH vom 22.02.2005 – X ZR 123/03). Diese Rechtsauffassung des BGH ist auch in den Folgejahren immer wieder und zunehmend von Instanzengerichten aufgegriffen worden. Maßgeblich ist allein, ob die Täuschung das Ziel des Verlages ist, ob also unter Vorspiegelung vertragsgemäßen Verhaltens gezielt eine Schädigung des Empfängers beabsichtigt ist. Und in diesen Fällen spielt es keine Rolle, ob der Getäuschte seinen Irrtum durch Fahrlässigkeit im Umgang mit eigenen Angelegenheiten erst ermöglicht oder nur begünstigt hat. Die Anfechtung wegen arglistiger Täuschung kennt kein Mitverschulden. Ein unter arglistiger Täuschung zustande gekommenes Rechtsgeschäft ist unter keinen Umständen schützenswert, einem solchen Rechtsgeschäft ist nach dem

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

Grundgedanken unserer Rechtsordnung zwingend die Wirksamkeit zu versagen (Urteil BGH vom 22.02.2005 – X ZR 123/03; Urteil OLG Frankfurt vom 26.03.2009 – 6 U 242/08; Beschluss des LG Fulda vom 20.02.2009 und 25.03.2009 – 1 S 177/08; Beschluss OLG Frankfurt 1. Strafsenat vom 17.12.2010 – 1 Ws 29/09).

In tatsächlicher Hinsicht kann der Beweis einer absichtlichen Täuschung durch den Verlag oder seines Anzeigenvertreters allerdings schwierig sein. Der Ausgang solcher Verfahren ist in aller Regel nicht sicher vorhersehbar.

Unbestimmtheit des Vertragsangebotes

Mit diesem für den Laien eigentlich eher nichtssagenden Einwand können tatsächlich die meisten Forderungen aus Anzeigenverträgen bislang erfolgreich zurückgewiesen werden. Dies liegt wesentlich in einer Haupteigenart betrügerischer Anzeigenverträge begründet, nämlich der Diskrepanz zwischen Preis und Werbeleistung. Denn um sich nicht dem offensichtlichen Vorwurf des Betruges aussetzen zu müssen, bieten die Anzeigenverlage im Rahmen ihrer Verträge zwar formal besehen dem Inserenten eine Gegenleistung an. Jedoch legen Anzeigenverlage sich bei der Erbringung dieser Gegenleistung nicht konkret fest. Die zu erbringende Leistung wird in aller Regel verklausuliert, mit diversen Vorbehalten versehen und möglichst weit auslegbar definiert, damit die Herstellungskosten gering und die Profite möglichst hoch ausfallen.

Das wiederum widerspricht einem ganz wesentlichen rechtlichen Grundgedanken des Werkvertragsrechtes, wonach die von dem Verlag zu erbringende Werbeleistung in ihren wesentlichen Zügen konkret festgelegt sein muss. Ein Vertrag, dem es an dieser Bestimmtheit mangelt, ist nach bundesweit nahezu einhelliger Rechtsprechung schlichtweg unwirksam, daran ändert auch eine Unterschrift des Auftraggebers nichts (Urteil BGH vom 30.06.1995 – V ZR 184/94; Urteil LG Mainz vom 17.06.1997 – 6 S 281/96; Urteil des LG Lüneburg vom 28.03.2006 – 5 S 107/05; Urteil des LG Mönchengladbach vom 07.04.2006 – 2 S 172/05; Urteil des LG Wuppertal vom 05.06.2008 – 9 S 237-07; Urteil des LG Bamberg vom 31.07.2008 – 3 S 33/08; Beschluss LG Bad Kreuznach vom 21.05.2010 – 1 S 1/10; Beschluss des LG Hannover vom 27.12.2010 – 9 S 58/10).

Fazit

Prävention durch Aufklärung und Information sollte jeder Arzt mit seinem Praxisteam regelmäßig durchführen. Kommt es dennoch zur Unterzeichnung eines betrügerisch erschlichenen Anzeigen- oder Adressbuchvertrages, ist die frühzeitige Einschaltung eines Rechtsanwaltes zu empfehlen, damit eine von Beginn an sachgerechte und damit erfolgversprechende Abwehr der Forderungen des Verlages erfolgen kann.

wdc

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

8.9.3. Arzneimittelverordnung durch den Zahnarzt

Die Verordnung von Arzneimitteln für Patienten durch den Zahnarzt gehört zum Praxisalltag. Obwohl es sich also um eine Routine handelt, liegen doch z. T. komplexe rechtliche Rahmenbedingungen zugrunde, über die nachfolgend ein Überblick gegeben werden soll.

I. Öffentlich-rechtliche Aspekte der Arzneimittelverordnung an Patienten

1. Verordnungsberechtigung

Die Verordnungsberechtigung des Zahnarztes in Bezug auf verschreibungspflichtige Arzneimittel ergibt sich aus der zahnärztlichen Approbation. Die Approbation als Zahnarzt berechtigt zur Ausübung der Zahnheilkunde. Da nach den gesetzlichen Vorgaben die Ausübung der Zahnheilkunde die berufsmäßige auf zahnärztlich wissenschaftliche Erkenntnisse gegründete Feststellung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten ist, berechtigt die zahnärztliche Approbation nur zur Ausübung der Heilkunde im Zusammenhang mit Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten. Daraus ergibt sich, dass der Zahnarzt aufgrund des Umfangs seiner Approbation Arzneimittel für andere Zwecke als die Heilung, Linderung oder Verhütung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten nicht verordnen darf, da dies eine unzulässige Ausübung der Heilkunde darstellte.

Mit dieser oder ähnlichen Herleitungen wird immer wieder vertreten, der Zahnarzt dürfe nur Arzneimittel verordnen, die dem zugelassenen Anwendungsgebiet nach die Heilung, Linderung oder Verhütung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten oder mit entsprechenden Beeinträchtigungen im Zusammenhang stehenden Beschwerden – wie z. B. Schmerzzustände – erfassen, verordnen. Dies ist jedoch in dieser Pauschalität nicht zutreffend. Der Zahnarzt darf grundsätzlich jedes Arzneimittel verordnen, auch wenn dessen Zulassung eine entsprechende Indikation nicht erfasst, sofern die Verordnung erfolgt, um die Heilung, Linderung oder Verhütung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten oder mit diesen in Zusammenhang stehende Beeinträchtigungen zu erreichen.

Der Zahnarzt ist im Rahmen seiner Therapiefreiheit nicht an den Umfang der arzneimittelrechtlichen Zulassung gebunden. Der Umfang der zahnärztlichen Approbation schließt damit keineswegs sog. Off-Label-Anwendungen von Arzneimitteln aus, die nicht für eine zahnmedizinische Indikation zugelassen sind, jedoch für eine solche aufgrund ihrer Wirkungen verwendet werden können. Die Weigerung eines Apothekers, eine zahnärztliche Verordnung über ein nicht für eine zahnmedizinische Indikation zugelassenes Arzneimittel zu beliefern, ist daher bedenklich, wenn die Möglichkeit einer Off-Label-Anwendung für eine zahnmedizinische Indikation besteht.

2. Formale Anforderungen an die Verschreibung

Für die Form der ärztlichen Verordnung verschreibungspflichtiger Arzneimittel bestehen bestimmte rechtliche Vorgaben.

a) Allgemeine Anforderungen

Eine ärztliche Verordnung über ein verschreibungspflichtiges Arzneimittel muss neben dem Namen des Zahnarztes auch dessen Berufsbezeichnung und Anschrift aufweisen. Außerdem müssen das Datum der Ausfertigung sowie der Name des Patienten und dessen Geburtsdatum angegeben werden. Daneben sind bestimmte Angaben zum verordneten Arzneimittel vorgeschrieben. Es müssen die Bezeichnung des Arzneimittels – ggf. auch bloß die Angabe des Wirkstoffes – nebst Angabe der Stärke, die Darreichungsform, die abzugebende Menge – in der Regel also die Packungsgröße, an die der Zahnarzt allerdings bei seiner Verordnung nicht gebunden ist – und die Gültigkeitsdauer der Verordnung angegeben werden. Die Verordnung ist außerdem vom Zahnarzt zu unterschreiben.

Werden Rezepturarzneimittel verordnet, muss darüber hinaus die Gebrauchsanweisung auf der Verschreibung angegeben werden.

b) Folgen fehlerhafter und unvollständiger Verschreibungen und Heilungsmöglichkeiten bei Formmängeln

Grundsätzlich müssen Apotheken auf Vorlage einer ordnungsgemäßen ärztlichen Verordnung das entsprechende Arzneimittel abgeben. Bei einer den Formvorschriften nicht genügenden Verordnung darf der Arzt das Arzneimittel grundsätzlich

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

nicht aushändigen, sodass auf eine ordnungsgemäße und vollständige Verordnung zu achten ist. Lediglich bestimmte Formmängel können geheilt werden. So führt das Fehlen der Menge des verordneten Arzneimittels nicht zur Ungültigkeit der Verordnung, sondern dazu, dass die kleinste Packung als verschrieben gilt. Ohne Angabe der Gültigkeitsdauer gilt eine Verordnung drei Monate. Wenn das Geburtsdatum des Patienten fehlt, das Datum der Ausfertigung der Verordnung oder die Darreichungsform, kann der Apotheker die Angaben in dringenden Fällen, in denen eine Rücksprache mit dem Zahnarzt nicht möglich ist, selbst auf der Verordnung ergänzen und das Arzneimittel aushändigen. Dies gilt auch für die Gebrauchsanweisung bei der Verordnung von Rezepturarzneimitteln.

c) Verordnung nicht-verschreibungspflichtiger Arzneimittel

Die Verordnung nicht der Verschreibungspflicht unterliegender Arzneimittel bedarf nicht der Einhaltung der o. g. Formvorschriften. Gesetzliche Regelungen fehlen insoweit. Allerdings sollte jede Verordnung klar und eindeutig sein, um Rückfragen und insbesondere Missverständnisse zu vermeiden. Daher empfiehlt es sich, die für die Verordnung verschreibungspflichtiger Arzneimittel bestehenden formalen Anforderungen auch bei Verordnung nicht-verschreibungspflichtiger Arzneimittel zu beachten.

d) Gesteigerte Anforderungen bei Verordnung bestimmter Arzneimittel

Bestimmte Arzneimittel unterliegen darüber hinausgehenden Anforderungen hinsichtlich der Verordnung. Dies gilt zum einen für die Verordnung Thalidomid- und Lenalidomid-haltiger Arzneimittel, für die die Verwendung besonderer Verordnungsvordrucke vorgeschrieben ist.

Zum anderen gilt dies für die Verordnung von Betäubungsmitteln, die nur auf einem sog. Betäubungsmittelrezept für Patienten verordnet werden dürfen. Betäubungsmittel dürfen außerdem nicht in beliebiger Menge durch den Zahnarzt für Patienten verordnet werden.

Der Zahnarzt darf für einen Patienten während eines Zeitraums von 30 Tagen eines der folgenden Betäubungsmittel unter Einhaltung der festgesetzten Höchstmengen verschreiben:

Buprenorphin	40 mg,
Hydrocodon	300 mg,
Hydromorphon	1.200 mg,
Levomethadon	200 mg,
Morphin	5.000 mg,
Oxycodon	4.000 mg,
Pentazocin	4.000 mg,
Pethidin	2.500 mg,
Piritramid	1.500 mg,
Tilidin	4.500 mg

Alternativ dazu darf der Zahnarzt für einen Patienten eines der weiteren in Anlage III des Betäubungsmittelgesetzes aufgeführten Betäubungsmittel verschreiben. Ausgenommen sind davon allerdings Alfentanil, Amfetamin, Cocain, Diamorphin, Dronabinol, Etorphin, Fenetyllin, Fentanyl, Levacetylmethadol, Methadon, Methylphenidat, Nabilon, Normethadon, Opium, Papaver somniferum, Pentobarbital, Remifentanil, Secobarbital und Sufentanil. Diese dürfen durch den Zahnarzt grundsätzlich nicht verordnet werden. Eine kumulative Verordnung der in Anlage III zum Betäubungsmittelgesetz genannten Betäubungsmittel und der oben aufgeführten Betäubungsmittel ist nicht zulässig.

II. Die Arzneimittelverordnung im Verhältnis zum Patienten

1. Sorgfaltspflichten gegenüber dem Patienten bei der Arzneimittelverordnung

Im Verhältnis zum Patienten ergeben sich aus dem Behandlungsvertrag dem Zahnarzt obliegende Pflichten, zu denen insbesondere Sorgfalts- und Aufklärungspflichten gehören.

Grundsätzlich sind diejenigen Arzneimittel zu verordnen, die die besten Wirkungen bei gleichzeitig günstigstem Nebenwirkungsprofil bieten. Es ist anerkannt, dass auch eine hohe Kosten auslösende Verordnung nicht aus Gründen der Wirtschaftlichkeit unterlassen werden darf. Das sozialrechtliche Wirtschaftlichkeitsgebot tritt vielmehr hinter die Pflicht zur Auswahl der medizinisch besten Therapieoption zurück.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

Im Rahmen der bestehenden Sorgfaltspflichten hat auch der Zahnarzt bei der Verordnung von Arzneimitteln bekannte Wirkungen, Nebenwirkungen und Wechselwirkungen mit evtl. weiteren vom Patienten angewendeten Arzneimitteln zu beachten und sich ggf. vor der Verordnung sachgerecht zu informieren. Diese Informationen können insbesondere bezogen werden aus den Fachinformationen der Arzneimittel, die vom pharmazeutischen Unternehmer zur Verfügung gestellt und von der für Arzneimittelzulassungen zuständigen Bundesoberbehörde genehmigt werden. Auf die im Rahmen der Fach- und Gebrauchsinformationen zur Verfügung gestellten Informationen darf der Zahnarzt sich grundsätzlich verlassen. Zu beachten hat er allerdings ggf. aktuelle Informationen, insbesondere die sog. Rote Hand Briefe, deren Lektüre unbedingt sichergestellt werden sollte. Da Fachinformationstexte beim Vorliegen neuer Erkenntnisse geändert werden, genügt es nicht, bei der erstmaligen Verordnung – und auch Anwendung – eines Arzneimittels die Fach- und Gebrauchsinformation zu lesen. Vielmehr muss dies regelmäßig im Hinblick auf etwaige Änderungen erfolgen.

Die Fachinformation wird von den pharmazeutischen Unternehmern auf Anforderung zur Verfügung gestellt. Außerdem finden sich Zusammenfassungen z. B. in der Roten Liste und in der Gelben Liste, die seit Längerem auch online zur Verfügung stehen und damit eine recht hohe Aktualität gewähren.

Im Zusammenhang mit der Verordnung von Arzneimitteln besteht die Gefahr eines zahnärztlichen Behandlungsfehlers z. B. in Form der Auswahl einer falschen Therapie. Die Rechtsprechung billigt allerdings richtigerweise dem Grundsatz der ärztlichen Therapiefreiheit folgend dem Arzt ein relativ weites Ermessen zu. Danach ist der Arzt insbesondere nicht stets auf den jeweils sichersten therapeutischen Weg festgelegt. Dies ergibt sich nicht zuletzt daraus, dass das Patienteninteresse nicht in erster Linie auf die größtmögliche Sicherheit gerichtet ist, sondern vielmehr in erster Linie auf die Befreiung von einer bestehenden Erkrankung. Sofern ein erhöhtes Risiko besteht, muss dies jedoch durch günstigere Heilungsprognosen oder aber durch besondere Sachzwänge, die sich unter Berücksichtigung des jeweiligen Einzelfalles ergeben, gerechtfertigt sein.

In Fällen, in denen Unterschiede in der konkreten Heilungsprognose zwischen verschiedenen Behandlungsalternativen nicht oder nicht in relevantem Umfang bestehen, geht die Rechtsprechung allerdings davon aus, dass der Arzt sich für die sicherere Methode entscheiden muss. Es steht ihm allerdings grundsätzlich frei, zwischen mehreren bewährten Arzneimitteltherapien mit gleichwertigen Erfolgsaussichten und Risiken frei zu wählen.

Bei bestimmten Behandlungsalternativen obliegt dem Arzt allerdings die Verpflichtung zur Aufklärung über die entsprechenden therapeutischen Behandlungsalternativen. Bestehen mehrere in gleicher Weise Erfolg versprechende und übliche Methoden nebeneinander, ist der Zahnarzt nicht verpflichtet, dem Patienten alle medizinischen Therapiemöglichkeiten darzustellen und die im konkreten Falle als zweckmäßig erachtete Medikation zu begründen. Stehen jedoch mehrere medizinisch sinnvolle und im konkreten Krankheitsfalle indizierte Therapiemöglichkeiten zur Verfügung, die für den Patienten unterschiedliche Belastungen und Risiken mit sich bringen oder deren Erfolgschancen sich eventuell nicht nur unerheblich unterscheiden, so ist der Patient über diesen Umstand aufzuklären. Der Patient muss erkennen können, dass es Behandlungsalternativen gibt.

Der Zahnarzt muss sich darüber hinaus darüber bewusst sein, dass eine Arzneimittelverordnung immer nur dann den ihm im Verhältnis zum Patienten bestehenden Pflichten genügt, wenn die Verordnung auch tatsächlich indiziert ist. Die Verordnung nicht indizierter Arzneimittel kann den Tatbestand der Körperverletzung erfüllen. Schon aus diesem Grunde ist die Ausstellung von Verschreibungen ohne vorherige Untersuchung in der Regel sehr bedenklich. Auch Verschreibungen auf Patienten-Wunsch sind rechtlich bedenklich, wenn die Verschreibung nicht medizinisch indiziert ist. Der Arzt hat sowohl nach dem Behandlungsvertrag als auch nach berufsrechtlichen Regelungen die Verpflichtung, eine missbräuchliche Arzneimittelanwendung nicht zu befördern

2. Aufklärungspflichten gegenüber dem Patienten bei der Arzneimittelverordnung

Zu den Pflichten des Zahnarztes aus dem Behandlungsvertrag im Zusammenhang mit der Arzneimittelverordnung gehört auch die Pflicht zur Aufklärung des Patienten über das Risikoprofil des Arzneimittels.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

Der bloße Hinweis an den Patienten, die Packungsbeilage zu lesen und zu beachten, wird regelmäßig nicht als ausreichend angesehen, da die Packungsbeilage das generelle Risiko-Nutzen-Profil des Arzneimittels beschreibt, nicht jedoch die für die Medikationsentscheidung des Zahnarztes relevanten Umstände des konkreten Falles. Der Zahnarzt muss daher grundsätzlich seine Medikationsentscheidung individuell erläutern. In der Regel wird davon ausgegangen, dass der Zahnarzt nicht sämtliche in der Packungsbeilage aufgeführten Risiken erläutern muss. Vielmehr muss eine Grundaufklärung erfolgen, die sich im Umfang an den Erfordernissen des individuellen Falles unter Berücksichtigung der konkreten Risiken sowie des individuellen Patienten und seines Kenntnis- und Verständnishorizonts orientieren muss.

Eine umfassende Aufklärung ist erforderlich bei der Verordnung eines Arzneimittels zur Anwendung außerhalb des zugelassenen Anwendungsgebietes. Eine solche auch als Off-Label-Anwendung bezeichnete Anwendung ist im Rahmen der ärztlichen Therapiefreiheit zulässig und kann auch erforderlich sein. Insbesondere das Arzneimittelgesetz steht dem nicht entgegen. Allerdings obliegen dem Zahnarzt gesteigerte Aufklärungspflichten im Hinblick auf die Off-Label-Anwendung. Insbesondere ist in diesen Fällen eine Aufklärung über Behandlungsalternativen mit für entsprechende Anwendungen zugelassenen Arzneimitteln erforderlich.

III. Sozialrechtliche Aspekte der Arzneimittelverordnung an Patienten

Die Verordnung von Arzneimitteln ist auch sozialrechtlich in ein recht kompliziertes System eingebettet, das in dem Bestreben der Politik, die Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems aufrecht zu erhalten, in immer kürzer werdenden Abständen reformiert und erweitert wird.

1. Verordnungsbeschränkungen durch das Sozialrecht

Während der Zahnarzt im Rahmen der Therapiefreiheit grundsätzlich in seinen Behandlungsmethoden nicht beschränkt ist, ergeben sich im Hinblick auch auf die Behandlung mit und die Verordnung von Arzneimitteln gewisse Beschränkungen aus dem sozialrechtlichen Bereich.

Zu Lasten der GKV („Kassenrezept“) dürfen grundsätzlich nur solche Arzneimittel verordnet werden, die der Verschreibungspflicht unterliegen. Der Gesetzgeber hat unter Bezugnahme auf die arzneimittelsicherheitsrechtlichen Erwägungen folgende Verkaufsabgrenzung die Erstattungsfähigkeit geregelt und andere als verschreibungspflichtige Arzneimittel von der Arzneimittelversorgung ausgeschlossen.

Erwachsenen Patienten dürfen damit in der Regel zu Lasten der GKV nur noch verschreibungspflichtige Arzneimittel verordnet werden. Für Kinder bis 12 Jahren und für in der Entwicklung gestörte Jugendliche sind neben den verschreibungspflichtigen auch die apothekenpflichtigen Arzneimittel verordnungsfähig.

Diese recht einfache Regelung wird durch zahlreiche Ausnahmen in der Handhabung deutlich erschwert.

So ist auch bei der Verordnung von Arzneimitteln für Kinder bis 12 Jahren und in der Entwicklung gestörte Jugendliche das allgemeine Wirtschaftlichkeitsgebot zu beachten, das das gesamte Recht der gesetzlichen Krankenversicherung beherrscht. Die Verordnung unwirtschaftlicher Arzneimittel – auch für Kinder und in der Entwicklung verzögerte Jugendliche – kann zu Verordnungsregressen führen. Hinweise darauf, welche Arzneimittel unwirtschaftlich sind, finden sich in Anlage III zur Arzneimittelrichtlinie, die im Internet vom Gemeinsamen Bundesausschuss veröffentlicht wird.

Daneben hat der Gesetzgeber erkannt, dass bestimmte nicht-verschreibungspflichtige Arzneimittel bei der Behandlung einiger schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten und daher ein Ausschluss der Verordnungsfähigkeit zu Lasten der GKV nicht gerechtfertigt erscheint. Der Gemeinsame Bundesausschuss stellt daher aufgrund eines entsprechenden gesetzlichen Auftrags in den Arzneimittelrichtlinien fest, welche nicht-verschreibungspflichtige Arzneimittel, die bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten, zur Anwendung bei diesen Erkrankungen mit entsprechender Begründung ausnahmsweise zu Lasten der GKV verordnet werden können.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

Ausnahmsweise zu Lasten der GKV verordnungsfähige, nur apothekenpflichtige – jedoch nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel – finden sich in Anlage I zur Arzneimittel-Richtlinie. Für den zahnärztlichen Bereich relevant ist, dass danach Antimykotika zur Behandlung von Pilzinfektionen im Mund- und Rachenraum auch dann zu Lasten der GV verordnet werden dürfen, wenn diese nicht der Verschreibungspflicht unterliegen. Dies gilt auch für synthetischen Speichel zur Behandlung krankheitsbedingter Mundtrockenheit bei onkologischen oder Autoimmun-Erkrankungen.

Unabhängig von der Einstufung als verschreibungspflichtig oder »nur« apothekenpflichtig hat der Gesetzgeber bestimmte Arzneimittel von der Erstattung durch die GKV ausgenommen. Neben den immer wieder genannten sog. Lifestyle-Arzneimitteln – zu denen Arzneimittel zur Behandlung der erektilen Dysfunktion, der Anreizung sowie Steigerung der sexuellen Potenz, zur Raucherentwöhnung, zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits gehören – sind für erwachsene Versicherte in der GKV auch Arzneimittel zur Anwendung bei sog. »Bagatellerkrankungen« von der Erstattung ausgeschlossen. Dazu gehören Erkältungsmittel, Schnupfenmittel und hustendämpfende sowie hustenlösende Arzneimittel, Abführmittel und Arzneimittel gegen Reisekrankheit.

Von besonderer Relevanz für den Bereich der zahnärztlichen Versorgung ist der Ausschluss von Mund- und Rachentherapeutika, die für erwachsene Versicherte in der GKV nicht verordnet werden dürfen, sofern sie nicht der Behandlung von Pilzinfektionen dienen. Wird entgegen der gesetzlichen Vorgaben eine Verordnung zu Lasten der GKV ausgestellt, droht dem Zahnarzt ein Verordnungsregress.

2. Aut-idem-Ersetzung

Im Bereich der Verordnung von Arzneimitteln hat insbesondere die Aut-idem-Regelung und die sie flankierenden Anreiz- bzw. Bestrafungssysteme eine einschneidende Veränderung gebracht. Nach der Aut-idem-Regelung hat der Apotheker bei Verordnungen, bei denen der Arzt ein Arzneimittel nur unter seiner Wirkstoffbezeichnung verordnet oder aber die Ersetzung des Arzneimittels durch ein wirkstoffgleiches Arzneimittel nicht ausdrücklich ausgeschlossen hat, durch ein preisgünstiges Arzneimittel zu ersetzen.

Mit Beginn des Jahres 2011 sind weitere Neuregelungen im Rahmen des Arzneimittelmarktneuordnungesetzes (AMNOG) in Kraft getreten, die die Aut-idem-Regelung noch einmal erheblich modifizieren. So kann der Austausch eines Arzneimittels jetzt auch vorgenommen werden, wenn lediglich in einem zugelassenen Teilanwendungsgebiet Übereinstimmung besteht. Es ist nicht erforderlich, dass die zugelassenen Anwendungsgebiete insgesamt übereinstimmen. Dadurch kann sich die Situation ergeben, dass der Zahnarzt ein Arzneimittel für eine bestimmte Indikation verordnet und dabei die Aut-idem-Ersetzung nicht ausschließt, sodass im Rahmen der Aut-idem-Ersetzung der Patient ein wirkstoffgleiches Arzneimittel in vergleichbarer Darreichungsform erhält, das jedoch gerade für die relevante Indikation nicht zugelassen ist.

Für den Patienten führt dies dazu, dass er das Arzneimittel außerhalb der zugelassenen Indikation und mithin jenseits des bestimmungsgemäßen Gebrauchs anwendet. Da es sich dabei nicht um eine vom Arzt veranlasste Off-label-Anwendung handelt, treffen den Arzt insoweit keine weiteren Aufklärungspflichten.

Auch die Packungsgröße ist bei der Aut-idem-Ersetzung aufgrund aktueller Neuregelungen weniger bedeutsam. Die Packungsgrößenverordnung wurde vom Gesetzgeber in einem zweistufigen System geändert. Für die Packungsgrößen, die durch die Packungsgrößenkennzeichen N1, N2 und N3 verdeutlicht werden, gelten zunächst übergangsweise bis 2012 Spannbreiten. Die Spannbreiten betragen bei N1-Packungen +/– 20%, bei N2-Packungen +/– 20% und bei N3-Packungen + 5%. Innerhalb dieser Spannen ist ein Austausch im Rahmen der Aut-idem-Ersetzung durch den Apotheker möglich. Sofern gerade aufgrund der großen Spannbreite bei Packungen der Größe N1 und N2 nicht sichergestellt ist, dass der Patient nach einer Aut-idem-Ersetzung auch tatsächlich noch die erforderliche Stückzahl der verordneten Tabletten o. ä. erhält, bleibt dem Zahnarzt, die genaue Stückzahl zu verordnen.

Die dem Apotheker obliegende Verpflichtung zum Aut-idem-Austausch resultiert unmittelbar aus der Art und Weise der Verordnung durch den Arzt. Sofern der Arzt z. B. durch das Setzen des „Aut-idem-Kreuzes“ den Austausch ausdrücklich ausschließt,

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

muss der Apotheker das namentlich verordnete Arzneimittel abgeben

2. Aut-idem und Rabattverträge

Die Aut-idem-Regelung wurde vor im Jahr 2007 ergänzt um Bestimmungen, die den Abschluss von Rabattverträgen zwischen pharmazeutischen Unternehmern und der GKV ermöglichen. Die Einführung der Rabattverträge hat sich insbesondere auch in der Patientenwahrnehmung deutlich niedergeschlagen.

Der Gesetzgeber fördert die Abgabe von Rabattvertragsarzneimitteln im Bereich der Aut-idem-Abgabe, da Apotheker verpflichtet sind, eine Aut-idem-Ersetzung durch Rabattvertragsarzneimittel vorzunehmen. Der Apotheker ist damit bei einer Aut-idem-Verordnung gezwungen zu prüfen, ob die Krankenkasse des entsprechenden Patienten für den betroffenen Wirkstoff einen Rabattvertrag abgeschlossen hat und ob dieser Vertrag für den vorliegenden Fall Anwendung findet. Für den Apotheker ist diese Regelung mit dem Risiko der sog. Retaxation – ähnlich einem Verordnungsregress – verbunden. Sofern ein Rabattvertragsarzneimittel lieferbar ist und auf eine Aut-idem-Verordnung hin statt des Rabattvertragsarzneimittels ein Nicht-Rabattvertragsarzneimittel abgegeben wird, halten sich die Krankenkassen für berechtigt, die entsprechende Rezeptposition »auf Null« zu retaxieren.

Auch das Verordnungsverhalten der Ärzte wird durch die gesetzliche Förderung der Rabattvertragsarzneimittel beeinflusst. Dies zeigte sich u. a. an der Herausnahme der Rabattvertragsarzneimittel aus dem Anwendungsbereich der sog. »Bonus-Malus-Regelung«, die zwischenzeitlich wieder gestrichen wurde. Diese Maßnahme richtete einen Verordnungsanreiz unmittelbar an die Vertragsärzte, da die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Verordnungen durch die bestehende Preisvereinbarung erreicht wurde und es keiner weiteren Wirtschaftlichkeitsprüfung bedurfte.

Ein weiterer an Vertragsärzte gerichteter Anreiz im Zusammenhang mit Rabattvertragsarzneimitteln besteht in den Regelungen zur Richtgrößenprüfung bei Verordnung von Rabattvertragsarzneimitteln. § 106 Abs. 2 S. 7 SGB V verweist ausdrücklich darauf, dass die Verantwortung für die Wirtschaftlichkeit der Verordnung von Rabattvertragsarzneimitteln durch die Rabattverträge zu gewährleisten ist und die Verantwortlichkeit für die Wirtschaftlichkeit entsprechender Verordnungen daher nicht den verordnenden Ärzten zugewiesen wird. Die Verordnung von Rabattvertragsarzneimitteln ist daher von der Richtgrößenprüfung ausgenommen, vgl. § 106 Abs. 2 S. 6 f. SGB V, wenn der Arzt im Zeitpunkt der Verordnung einem Rabattvertrag beigetreten ist. Auch ohne Beitritt zu einem Rabattvertrag profitiert der Arzt von der Verordnung von Rabattvertragsarzneimitteln. Zwar kann der Arzt einer Auffälligkeitsprüfung unterzogen werden. Die evtl. gegen den Arzt festgesetzten Regresszahlungen reduzieren sich aber um den jeweiligen Rabattbetrag.

CK

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

8.9.4. Patientengeheimnis und Datenschutz in der Zahnarztpraxis

Schon weit vor Christi Geburt war im antiken Griechenland die Bedeutung der Verschwiegenheit von Ärzten anerkannt und geläufig. Tatsächlich gilt der »Eid des Hippokrates« als eine der ersten Normen in der Geschichte des Datenschutzes überhaupt. Bis heute haben die dort kodifizierten Grundsätze ihre Wichtigkeit auch für die modernen Zahnarztpraxen nicht eingebüßt.

Durch den Einsatz von Medizintechnik auf dem Stand der Wissenschaft sowie von zeitgemäßen EDV-Anlagen werden im Rahmen der Zahnbehandlung heute eine ganze Reihe von persönlichen Daten über die Patientin bzw. den Patienten gespeichert, verarbeitet, vernetzt und dauerhaft verfügbar gehalten. Alle diese Informationen unterliegen dem Datenschutz. Insbesondere Daten über die Gesundheit von Patienten sind nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) als besonders sensible Informationen besonders geschützt. An Zahnärztinnen und Zahnärzte stellen die Gesetze jedoch noch striktere Anforderungen: § 203 Strafgesetzbuch (StGB) schützt das Vertrauensverhältnis zwischen dem Arzt bzw. der ärztlichen Einrichtung und der Patientin bzw. dem Patienten. Die hieraus folgende ärztliche Schweigepflicht ist grundlegend für das Behandlungsverhältnis und gilt umfassend überall dort, wo keine gesetzliche Pflicht zur Übermittlung von Patienten-/Behandlungsdaten an Dritte besteht. Bereits das Vorliegen eines Behandlungsverhältnisses gehört zu diesen durch die ärztliche Schweigepflicht geschützten Informationen. Nicht zuletzt im Abrechnungs- und Kontrollverfahren finden zahlreiche Datenübermittlungen an dritte Stellen statt, die für die Patientin oder den Patienten weitreichende Folgen haben können.

An ein modernes Praxisumfeld stellen Patientinnen und Patienten daher auch die Erwartung von Diskretion und der Gewährleistung eines der Sensibilität der personenbezogenen Daten angemessenen Schutzstandards. Kommt es zu schuldhaften Datenschutzverletzungen seitens der Ärztin oder des Arztes, stehen der betroffenen Person eine Reihe von Rechten, u. a. Schadensersatzansprüche zu. Neben der Strafandrohung im Falle der Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht können Verstöße gegen das BDSG von den Datenschutz-Aufsichtsbehörden überdies mit Bußgeldzahlungen bis zu 300.000,– € pro Vorfall geahndet werden und schließlich kostspielige Ablaufänderungen in der Praxis nach sich ziehen. Aus Sicht der Ärzteschaft ist der Datenschutz heutzutage daher eines der wichtigsten Themen im Zusammenhang mit Haftungsvermeidung und Compliance überhaupt.

Die folgende Checkliste stellt die »10 Gebote« des Datenschutzes in der Zahnarztpraxis im Überblick zusammen.

1. Datenerhebung in der Zahnarztpraxis

- Behandlungsräume sind so auszuwählen und zu gestalten, dass auch beiläufige oder zufällige Kenntnisnahme sensibler Informationen durch Unbefugte ausgeschlossen ist und vertrauliche Gespräche mit dem Zahnarzt in geschlossenen Räumen stattfinden können. In allen Bereichen (Empfang/Warteräumen/Behandlungsräumen) dürfen für Patienten keine Informationen zu anderen Patienten zur Kenntnisnahme eröffnet sein. Dort, wo Informationen über den Patienten ausgetauscht werden, sind ausreichende „Diskretionsbereiche“ einzurichten.
- Telefon und Telefaxgerät sind so aufzustellen und zu nutzen, dass wartende Patienten bei der Nutzung keine Kenntnis von Angelegenheiten anderer Patienten erhalten können. Das Personal sollte (auch eingehende) Telefonate so führen können, dass eine Kenntnisnahme durch im Empfangsbereich befindliche Personen ausgeschlossen ist. Eingehende Faxsendungen sind vor unbefugtem Zugriff zu bewahren. Bei der Versendung von Patientendaten per Fax ist durch geeignete Maßnahmen (z. B. regelmäßige Überprüfung programmierter Telefonnummern, telefonische Ankündigung beim Faxempfänger unmittelbar vor dem Versand) sicherzustellen, dass die Sendung ausschließlich den gewünschten und befugten Empfänger erreicht.
- Vor Beginn der Behandlung sollte es Patienten ermöglicht werden, auf freiwilliger Basis Angaben in einem Anmeldeformular/Anamnesebogen schriftlich machen.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 12/2011

2. Grundsätze der Aktenführung in der Praxis

- Patientendaten dürfen nicht unverschlossen in der Praxis aufbewahrt werden, wenn diese nicht gerade in Gebrauch sind. Nach Praxisschluss gilt das Prinzip des »Clean Desk«; sämtliche Arbeitsplätze sind aufgeräumt zu hinterlassen.
- Dies umfasst Patientenakten, Karteikarten und Röntgenbilder, aber ggf. auch Telefonnotizen, Telefaxe, Terminkalender, Patientenlisten, Briefumschläge mit Adressangaben oder Gewebe-, Blut- und Materialproben (sofern eine Möglichkeit zur Herstellung eines Patientenbezugs gegeben ist).
- Alle Aktenschränke sind nach Dienstschluss oder soweit kein Mitarbeiter bei diesen anwesend ist, verschlossen zu halten.
- Als Archiv sollte ein mit Sicherheitsschlössern verschlossener Raum gewählt werden; nur Berechtigte dürfen hier Zutritt haben.
- Die Praxis, insbesondere die Räume, in denen sich Patienten- und Abrechnungsdaten befinden, ist besonders gegen Einbruch zu sichern.

3. EDV-Einsatz und Datensicherheit

- Alle Daten in EDV-Systemen sind durch regelmäßige Updates auf dem aktuellen Software-Stand sowie umfassend durch Passwörter und andere Sicherheitsmaßnahmen (z. B. Firewalls, Virenschutz) gegen unbefugte Zugriffe und Verlust zu schützen. Das unbefugte Kopieren der Daten durch Dritte muss ausgeschlossen sein.
- Passwörter müssen einem Mindest-Sicherheitsstandard genügen (8 Zeichen, bestehend aus Buchstaben, Zahlen und Sonderzeichen) und in möglichst kurzen Zeitabständen geändert werden. Sie dürfen jeweils nur dem befugten Personal bekannt sein.
- In EDV-Systemen dürfen beim Zugriff auf Patientendaten keine Informationen zu anderen Patienten sichtbar werden. Grundsätzlich sind Bildschirme so aufzustellen, dass diese nicht von Unbefugten eingesehen werden können. Zudem sollte sich nach kurzer Zeit der Inaktivität (je nach Arbeitsplatz z. B. am Empfang u. U. schon nach 1 Minute, wenn der Rechner durch Publikum erreicht werden kann) ein passwortgeschützter Bildschirmschoner einschalten.
- Auf Patientendaten sollte grundsätzlich kein Zugriff über das Internet bestehen. Eine unverschlüsselte Übermittlung (auch per E-Mail) darf nicht erfolgen.

4. Archivierung und Löschung

- Die Patientenunterlagen müssen nach Beendigung der Behandlung sicher archiviert werden. Hierbei sind zahlreiche gesetzliche Aufbewahrungsfristen zu beachten. Für medizinische Unterlagen gilt nach § 10 Musterberufsordnung für Zahnärzte grundsätzlich eine Archivierungsfrist von mindestens 10 Jahren nach Abschluss der Behandlung. Eine längere Aufbewahrungszeit kann sich im Einzelfall ausnahmsweise insbesondere dann ergeben, falls ein Regressanspruch des Patienten möglich erscheint: In solchen Fällen wird eine Archivierung für 30 Jahre empfohlen.
- Die Archivierung kann auch elektronisch erfolgen. Auch hierbei ist durch Maßnahmen der Datensicherheit (vgl. Ziffer 3) sicherzustellen, dass die Daten revisionssicher gespeichert werden und nicht von Unbefugten gelesen sowie ferner nicht verändert oder gelöscht werden können.
- Die Vernichtung von Patientenunterlagen in Papierform und auf elektronischen Datenträgern hat stets in datenschutzkonformer Weise zu erfolgen. Dies wird durch eine Vernichtung nach den Vorgaben der DIN 32 757 (Papierform) und DIN 33 858 (elektronische Daten) jeweils mindestens auf Stufe 4 erreicht. Auch Fehldrucke und -kopien oder nicht mehr benötigte Notizen dürfen nicht über den Hausmüll entsorgt werden.

5. Ärztliche Schweigepflicht und Datenübermittlung/-zugriff an und für Dritte

- Die ärztliche Schweigepflicht (§ 203 StGB) gilt umfassend überall dort, wo keine gesetzliche Pflicht zur Übermittlung von Patienten-/Behandlungsdaten an Dritte besteht.
- Datenübermittlungspflichten an Dritte sind die gesetzliche Ausnahme, gelten z. B. gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung und den Medizinischen Dienst der Krankenkassen oder gegenüber den Finanzbehörden, soweit sich diese auf die steuerrechtlichen Verhältnisse des Zahnarztes beziehen. Mitteilungen sind ferner gesetzlich vorgeschrieben zur Verhinderung von Straftaten (§ 138 StGB) sowie nach dem Infektionsschutzgesetz, dem Krebsregistergesetz, der Röntgen-, der StrahlenschutzVO, dem Betäubungsmittelgesetz bzw. der BetäubungsmittelverschreibungsVO.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 12/2011

- In allen weiteren Fällen ist vor Übermittlung eine sehr detailliert zu formulierende Schweigepflichtsentbindung seitens des Patienten erforderlich; so auch unter Berufskollegen, bei der Übermittlung medizinischer Befunde sowie gegenüber anfragenden Privaten Krankenversicherungen, der Privatzahnärztlichen Verrechnungsstelle und außerhalb der strikten Grenzen des Sozialgesetzbuchs (SGB) auch gegenüber den Gesetzlichen Krankenkassen (die Abrechnung erfolgt über die Kassenzahnärztliche Vereinigung!).
- Jede Datenübermittlung an Dritte ist auf den Umfang der gesetzlichen Vorschrift bzw. der Schweigepflichtsentbindungserklärung begrenzt.

6. Schweigepflichtsentbindung, Belehrung und Patienteninformation

- Aus Gründen der Beweis- und Rechtssicherheit sind Erklärungen zur Schweigepflichtsentbindung grundsätzlich schriftlich vom Patienten einzuholen, sofern die weiteren Umstände dies ermöglichen.
- Die Abgabe der Erklärung muss auf der freien Entscheidung des Patienten beruhen, der umfassend über die folgenden Punkte zu belehren ist, welche auch von der abzugebenden Erklärung umfasst sein sollten:
  - Name, Anschrift und Geburtsdatum des Patienten.
  - Name, Anschrift des Arztes/der ärztlichen Einrichtung. (Wer darf Daten übermitteln?)
  - Welche Daten/Informationen aus dem Behandlungsverhältnis dürfen übermittelt werden? (So konkret wie möglich, unter Bezugnahme auf Gesundheitsdaten.)
  - Zu welchem Zweck dürfen die Daten übermittelt werden?
  - Name, Anschrift des Empfängers. (An wen dürfen die Daten übermittelt werden?)
  - Soll die Einwilligung zur Datenübermittlung nur im Einzelfall oder dauerhaft gelten?
  - Hinweis auf die jederzeitige Möglichkeit des Widerrufs mit Wirkung für die Zukunft sowie auf mögliche Folgen einer Verweigerung einer Einwilligung. (Ggf. wird dann die gewünschte Behandlung oder Teile davon unmöglich.)
  - Datum, Unterschrift.
- Der Patient verfügt über ein Einsichtsrecht in die zahnärztlichen Dokumentationen zu seiner Person; ihm ist jederzeit gemäß § 34 BDSG Auskunft über die zu seiner Person gespeicherten Daten, deren Empfänger sowie den Zweck der Speicherung zu machen.

7. Outsourcing

- Typische »Outsourcing«-Dienstleistungen für Ärzte und Zahnärzte sind etwa externe Durchführung von Schreibarbeiten, externe Honorarabrechnung/Rechnungsstellung, Wartung der EDV-Anlagen, Digitalisierung, Mikroverfilmung, Archivierung oder Vernichtung von Patientendaten.
- Ist im Rahmen der Tätigkeit seitens des jeweiligen Dienstleisters ein Zugriff auf Patientendaten nicht ausgeschlossen, ist der Vorgang nur aufgrund von ausdrücklichen gesetzlichen Ermächtigungen/Verpflichtungen zur Datenweitergabe oder auf Basis einer Einwilligung des Patienten zulässig. Ohne entsprechende Befugnis oder Einwilligung liegt grundsätzlich eine nach § 203 StGB strafbare Offenbarung von Patientendaten vor. Auch eine sog. Auftragsdatenverarbeiung stellt in den meisten Fällen keine ausreichende Befugnis zur Weitergabe der Daten an den Dienstleister dar.
- Die rechtssicherste Lösung ist daher die vorherige Einholung einer ausdrücklichen Einwilligung/Schweigepflichtsentbindungserklärung des betroffenen Patienten. Weitere Möglichkeiten sind Verschlüsselung bzw. Anonymisierung der Daten bevor der Dienstleister Zugriff hierauf nehmen kann oder die Erbringung der entsprechenden Dienstleistungen durch unmittelbar in der Praxis angestellte Personen, etwa im Rahmen einer (Teilzeit-)Anstellung.

8. Organisatorische Verpflichtung im Personalbereich

- Im Rahmen der medizinischen Tätigkeit eingesetztes Personal ist auf die bestehenden datenschutzrechtlichen Verpflichtungen im Rahmen der jeweiligen Beschäftigung umfangreich hinzuweisen und zu schulen, um ein Organisationsverschulden der Praxisleitung/Unternehmensführung zu vermeiden. Dies gilt routinemäßig und bei Einführung neuer Verfahren und Systeme.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 12/2011

- Mitarbeiter sollten schriftlich auf die Geltung des sog. Datengeheimnisses (§ 5 BDSG) sowie auf die besonderen ärztlichen Schweigepflichten hingewiesen und verpflichtet werden. Die Verpflichtungserklärungen sollten vom Mitarbeiter unterschrieben in der Personalakte aufbewahrt werden.
- Nicht-medizinisches Hilfspersonal (Reinigungskräfte, Hausmeister etc.) darf keine Zugriffsmöglichkeit auf Patientendaten haben.

9. Gemeinschaftliche Berufsausübung

- Schließen sich Zahnärzte in einer Gemeinschaftspraxis (z. B. als Gesellschaft bürgerlichen Rechts) oder in einer Partnerschaft zusammen, kommt der Behandlungsvertrag mit dem Patienten mit allen Zahnärzten gemeinschaftlich bzw. mit der Partnerschaft der Zahnärzte zusammen. In diesen Fällen vertreten sich die Zahnärzte gegenseitig und handeln im Außenverhältnis als eine datenschutzrechtlich verantwortliche Stelle. Die datenschutzrechtlichen Verpflichtungen gelten für die GbR bzw. die Partnerschaft als Gemeinschaft. Dementsprechend ist innerhalb der Praxis eine gegenseitige Schweigepflichtsentbindung nicht notwendig.
- Anders ist dies bei einer Praxisgemeinschaft, in welcher sich Einzelzahnärzte lediglich zur gemeinsamen Nutzung der Praxisräume zusammenschließen. In diesem Fall agiert jeder Teilnehmer der Praxisgemeinschaft als jeweils für den eigenen Datenbestand verantwortliche Stelle.

10. Bestellung eines Datenschutzbeauftragten (DSB) nach § 4f BDSG

- Die Praxis muss als »nichtöffentliche Stelle« einen Beauftragten für den Datenschutz bestellen, wenn dort dauerhaft mehr als 9 Personen mit der »automatisierten Verarbeitung« von personenbezogenen Daten beschäftigt sind. Hierzu sind alle Beschäftigten zu rechnen, die z. B. Zugriff auf die EDV-Systeme der Praxis nehmen (es muss nicht um Systeme zur Verwaltung medizinischer Daten handeln; Zugriff auf Programme zur Verwaltung allgemeiner Korrespondenz, Kontakten oder Terminen ist hierzu ausreichend).
- Die Position des DSB kann intern (durch eigene Mitarbeiter, auch in Teilzeit) oder extern besetzt werden.
- Der DSB muss auf die Einhaltung des BDSG und anderer Vorschriften zum Datenschutz in der Praxis hinwirken. Typischerweise übernimmt der DSB insbesondere die Kontrolle der Datenverarbeitungssysteme und erfüllt die Schulungsaufgaben gegenüber dem Personal.
- Der DSB muss fachkundig und zuverlässig sein. Er muss in fachlicher Hinsicht weisungsunabhängig von der Unternehmens.- bzw. Praxisleitung sein. Diese Anforderungen werden in der Regel insbesondere durch den hauptberuflich tätigen, externen DSB erfüllt sein; hier besteht häufig die Möglichkeit zur Beauftragung durch mehrere Praxen. Zur Gewährleistung der ordnungsgemäßen Erledigung seiner Aufgaben ist der zum (internen) DSB bestellte Mitarbeiter hinreichend von sonstigen Aufgaben freizustellen und diesem regelmäßig Fortbildungsmöglichkeiten einzuräumen. Der interne DSB genießt zur Gewährleistung der Unabhängigkeit besonderen Kündigungsschutz.

LL.M. RA Stephan Krämer

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 12/2011

8.9.5. Braucht ein Zahnarzt einen Ehevertrag?

Viele Zahnärzte aber auch andere Selbständige möchten sich mit dem Thema Ehevertrag nicht auseinandersetzen. Von der Notwendigkeit eines Ehevertrages werden sie erst dann überzeugt, wenn sie vor dem Scheidungsrichter stehen.

In vielen Köpfen geistert oft der Irrglaube herum, ein Ehevertrag bedeute zwangsweise die Übervorteilung eines Ehegatten. Weit gefehlt. Die Gerichte haben schon vor Jahren entschieden, dass Eheverträge mit einer Benachteiligung eines Ehegatten einer richterlichen Überprüfung nicht mehr standhalten und deshalb sittenwidrig sind.

Die Bedeutung eines Ehevertrages zeigt sich insbesondere auch dann, wenn mehrere Ärzte eine **Gemeinschaftspraxis** gründen. Kein Arzt oder Unternehmer sollte sich dem Risiko aussetzen, dass durch die Scheidung eines Kollegen dessen Ehegatte auf finanzielle Werte der Praxis zugreifen und sie wirtschaftlich ins Wanken oder gar zu Fall bringt. Bereits der Gesellschaftsvertrag sollte deshalb eine entsprechende Klausel enthalten, mit der die einzelnen Gesellschafter sich verpflichten, mit ihren Ehegatten einen Ehevertrag abzuschließen.

Der Abschluss eines Ehevertrages ist sowohl vor als auch während der Ehe möglich. Es kann für beide Ehegatten eine gerechte Lösung gefunden werden, ohne das wichtigste Ziel eines Ehevertrages aus den Augen zu verlieren: das **Liquiditätsrisiko zum Zeitpunkt der Scheidung muss gemindert** und der Fortbestand der Praxis gesichert werden.

Was kann ein Ehegatte aufgrund der aktuellen Gesetzeslage bei einer Scheidung verlangen?

1. Teilung des während der Ehe erwirtschafteten Vermögens **(Zugewinnausgleich).**
2. Teilung aller während einer Ehe erworbenen **Rentenanrechte.**
3. **Unterhaltsansprüche** für den Ehegatten und die Kinder.
4. Teilung des **Hausrates.**

Ein großer Teil der hier genannten Ansprüche kann außergerichtlich geklärt werden. Das Gericht muss während eines Scheidungsverfahrens lediglich über die Teilung der Rentenansprüche entscheiden, also den Versorgungsausgleich. Haben sich die Ehegatten über Unterhaltszahlungen, den Zugewinnausgleich usw. geeinigt, brauchen sie *hierfür* weder Anwälte noch Richter. Möglicherweise sind jedoch Beurkundungen durch einen Notar erforderlich.

Wie sieht die Gesetzeslage aus?

1. Zugewinnausgleich
Haben die Ehegatten keine anderweitige Regelung getroffen, leben sie im gesetzlichen Güterstand der Zugewinngemeinschaft. In diesem Fall wird das Vermögen, das jeder vom Tage der Hochzeit bis zur Zustellung des Scheidungsantrages erwirtschaftet hat, unter den Ehegatten ausgeglichen. Dabei wird ein Vergleich zwischen Anfangs- und Endvermögen angestellt. Ist das Endvermögen höher als das Anfangsvermögen, liegt ein Zugewinn vor. Nach der neuen Gesetzeslage gehen auch die Schulden, die bei Eheschließung bestanden, als negatives Anfangsvermögen mit in die Berechnung des Zugewinns ein.

Der Zugewinnausgleich berechnet sich zum einen aus dem Anfangsvermögen, das am Tage der Hochzeit vorhanden war. Hinzukommt sogenanntes **privilegiertes Anfangsvermögen**. Darunter fallen alle Zuwendungen, die ein Ehegatte ohne Gegenleistung von Dritten erhalten hat, zum Beispiel Geldschenkungen, Grundstücke, anderweitige Sachzuwendungen oder ein Erbe.

Hat ein Ehegatte während der Ehezeit ein Grundstück von seiner Großmutter geerbt und ist dieses Grundstück noch bei der Scheidung in seinem Eigentum, müsste es mit seinem Wert im Anfangsvermögen *und* im Endvermögen eingestellt werden. Bei Bargeldschenkungen, die am Ende der Ehe nicht mehr vorhanden sind, erfolgt eine Berücksichtigung *nur* im Anfangsvermögen.

Hat beispielsweise ein Ehegatte am Tage der Hochzeit ein Vermögen von 0,– € und am Ende der Ehe (Zustellung des Scheidungsantrages an den Ehepartner) ein Vermögen von 150.000,– €, müsste ein Zugewinnausgleich in Höhe von 75.000,– € erfolgen. Hat

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 12/2011

der Ausgleichspflichtige aber während der Ehe von seiner Schwester einen Geldbetrag von 100.000,– € geschenkt bekommen und ist dieses Geld am Ende der Ehezeit ausgegeben, werden die geschenkten 100.000,– € so angesehen, als ob der Beschenkte am Tag seiner Hochzeit ein Vermögen von 100.000,– € und nicht von 0,– € gehabt hätte. Damit wäre sein Anfangsvermögen 100.000,– € und sein Endvermögen ebenfalls 100.000,– €. Folge: ein Zugewinnausgleich ist nicht zu zahlen.

2. Versorgungsausgleich

Der Versorgungsausgleich soll für eine gerechte Teilung der in der Ehezeit erworbenen Rentenanrechte zwischen den Ehegatten sorgen. Erfahrungsgemäß werden die Auswirkungen des Versorgungsausgleichs jedoch völlig unterschätzt!

Denn alle Rentenanwartschaften, die von den Ehegatten während der Ehe angesammelt wurden, werden geteilt, wobei auch Anwartschaften bei privaten Rentenversicherern hierzu zählen.

Das bedeutet: Solange der Scheidungsantrag noch nicht gestellt ist, fließen die Versorgungsanrechte weiterhin in den gemeinsamen Topf. Auch der Umstand, dass die Ehegatten vor der Scheidung bereits seit mehreren Jahren getrennt voneinander leben, hat keinen Einfluss auf diese Regelung.

Während sich der Versorgungsausgleich bei einer Doppelverdienerehe, in der beide Ehegatten immer gearbeitet und ungefähr gleich viel verdient haben, kaum auswirkt, sieht dies in langjährigen Ehen mit nur einem berufstätigen Ehegatten anders aus. War beispielsweise nur der Ehemann berufstätig, während die Ehefrau die Kinder versorgte und somit keine eigenen Anrechte ansammeln konnte, muss der Ehemann die Hälfte seiner erworbenen Anwartschaften abgeben. Von seiner Ehefrau erhält er in diesem Fall bis auf kleine Beträge wegen Kindererziehungszeiten nichts.

3. Unterhalt

a) Ehegattenunterhalt

Der Unterhaltsanspruch richtet sich nach den Einkommens- und Vermögensverhältnissen der Ehegatten. Es gibt keine festen Bedarfssätze wie beim Kindesunterhalt. Maßgebend sind die Einkünfte, die während der Ehe von den Ehegatten erzielt wurden. Unterhaltshöhe und Unterhaltsdauer sind von individuellen Faktoren abhängig. Dabei ist auch der Grund des Unterhaltsbegehrens entscheidend, ob beispielsweise Unterhalt wegen Alters, wegen Krankheit, wegen der Betreuung der gemeinsamen Kinder usw. begehrt wird. Der Richter trifft immer eine Einzelfallentscheidung.

Leben die Ehegatten getrennt voneinander und sind noch nicht geschieden, ist der sogenannte **Trennungsunterhalt** geltend zu machen, nach Rechtskraft der Scheidung der **Nachscheidungsunterhalt**.

Beim nachehelichen Unterhalt gilt der Grundsatz der wirtschaftlichen Eigenverantwortung. Das heißt, der Unterhaltsberechtigte soll bzw. muss grundsätzlich für seinen Lebensunterhalt selbst aufkommen. Beim Trennungsunterhalt kann der Ehegatte nur unter wesentlich engeren Voraussetzungen auf eine eigene Erwerbstätigkeit bzw. auf eine Ausdehnung der Erwerbstätigkeit verwiesen werden. Die Auswirkungen auf die jeweilige Unterhaltshöhe sind weitgreifend und in jedem Einzelfall unterschiedlich.

Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass für die Dauer eines Jahres nach der Trennung der haushaltsführende Ehegatte nicht verpflichtet ist, überhaupt einer Tätigkeit nachzugehen. Dem Ehegatten wird zugebilligt, sich zu orientieren und einen Job zu suchen. Hat er nach einem Jahr keinen neuen Arbeitsplatz gefunden, wird ihm ein fiktives Einkommen zugerechnet. Sein Unterhaltsanspruch verringert sich dementsprechend um die Höhe dieses fiktiven Einkommens.

b) Kindesunterhalt

Grundsätzlich besteht gegenüber minderjährigen unverheirateten und volljährigen unverheirateten Kindern, die sich in einer Berufsausbildung befinden, eine Pflicht zu Kindesunterhaltszahlungen. Dies gilt unabhängig davon, ob es sich um eheliche oder nichteheliche Kinder handelt.

Minderjährigenunterhalt hat derjenige zu zahlen, der das Kind nicht betreut. Der andere, der betreuende Elternteil, kommt seiner Unterhaltspflicht bereits

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 12/2011

durch seine Pflege- und Erziehungsleistungen nach; er leistet Naturalunterhalt. Die Höhe des Barunterhaltes richtet sich nach der Lebensstellung der Eltern, also nach dem Einkommen des Barunterhaltspflichtigen. Maßgebend ist hierbei grundsätzlich die **Düsseldorfer Tabelle**. Die Tabelle unterscheidet einerseits nach dem Alter des Kindes und andererseits nach der Einkommenshöhe des Unterhaltspflichtigen. Je älter das Kind und je höher das Einkommen des Pflichtigen, desto höher der Unterhalt.

Beim **Volljährigenunterhalt** haben sich beide Elternteile an den Unterhaltszahlungen zu beteiligen. Die jeweiligen Haftungsanteile der Mutter und des Vaters richten sich nach dem Verhältnis ihres jeweiligen Einkommens. Verdient der Vater demnach wesentlich mehr als die Mutter, muss er sich stärker an den Unterhaltszahlungen beteiligen als die Mutter.

4. Hausrat
Der Hausrat ist hälftig aufzuteilen; die persönlichen Gegenstände darf jeder Ehegatte behalten.

Tipps für die Gestaltung von Eheverträgen

1. Die Vereinbarung eines modifizierten Zugewinnausgleichs
Beim modifizierten Zugewinnausgleich wird das Vermögen der Eheleute mit Ausnahme der Praxis geteilt. Diese Regelung ist für Selbstständige von großer Bedeutung. Oftmals wird der Wert einer Praxis von einem Gutachter sehr hoch angesetzt. Ein unrealistischer Wert, der auf dem Markt nicht zu erzielen ist, denn eine gutgehende Praxis sagt noch nichts über die Liquiditätsreserve aus.

Besonders im Fall einer Gemeinschaftspraxis ist der modifizierte Zugewinnausgleich sehr wichtig. Denn nur so kann verhindert werden, dass der Ehegatte eines Kollegen auf das Praxisvermögen zugreifen kann.

Diese Möglichkeit mag ungerecht erscheinen, da ein Ehegatte dem anderen oft „den Rücken freigehalten“ und in der Praxis unterstützt hat. Deshalb gilt es, Kompensationen zu schaffen, indem zum Beispiel anderweitiges Vermögen zu Eigentum übertragen wird. So könnte beispielsweise das gemeinsam bewohnte und im Miteigentum beider stehende Eigenheim zum Alleineigentum des einen Ehegatten werden. Möglich wäre auch die Verpflichtung zum Abschluss einer Kapitallebensversicherung.

2. Regelungen über Rentenansprüche
Besonders in den sogenannten Hausfrauenehen, in denen ein Ehegatte seinen Beruf wegen der Betreuung der Kinder aufgibt und in der Praxis unentgeltlich mitarbeitet, ist es wichtig, dass beide eigene Rentenanwartschaften ansammeln. So kann beispielsweise ein Ehegatte verpflichtet werden, für den anderen eine private Rentenversicherung abzuschließen. Ferner ist die Tätigkeit des Ehegatten durch eine Anstellung in der Praxis entsprechend zu vergüten, so dass der Ehegatte eigene Rentenanrechte erwerben kann.

Auf den ersten Blick bleibt so aufgrund der Bedienung von Versicherungen weniger Geld im Portemonnaie. Für den Fall der Fälle bietet dies jedoch eine gewisse Sicherheit. Geht in der Ehe alles gut, haben sich die Ehegatten gemeinsam durch die zusätzliche Rentenversicherung ein schönes Polster fürs Alter geschaffen, von dem dann beide Ehegatten profitieren können.

Die Verpflichtungen gegenüber dem Ehegatten, eine private Zusatzrente abzuschließen, kann im Ehevertrag geregelt werden.

3. Vereinbarungen zu Unterhaltszahlungen
Aufgrund der zur Zeit unsicheren und uneinheitlichen Rechtslage, inwieweit ein Ehegatte an den anderen Unterhalt zu leisten hat, sollte eine individuelle, partnerschaftliche Regelung im Ehevertrag getroffen werden. Gerade im Hinblick auf den Betreuungsunterhalt kann beispielsweise bestimmt werden, welcher Unterhalt bis zu welchem Alter der Kinder gezahlt werden soll. Dabei kann auch geregelt werden, dass die nunmehr bestehende gesetzliche Verpflichtung, fremd betreuen zu lassen, um einer Erwerbstätigkeit nachzugehen, nicht gelten soll. Stattdessen soll der betreuende Ehegatte das Recht erhalten, die Kinder weiterhin selbst zu betreuen ohne arbeiten zu gehen.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 12/2011

Auch in einer kinderlosen Ehe kann der Ehevertrag eine Bestimmung enthalten, in welcher Höhe für welchen Zeitraum Ehegattenunterhalt geleistet werden soll. Sind die Einkommensverhältnisse der Ehegatten ähnlich, können Unterhaltsansprüche ausgeschlossen werden.

Merke:
Vereinbarungen zum Ehegattenunterhalt können nur für den nachehelichen Unterhalt, also für die Zeit nach Rechtskraft der Scheidung getroffen werden. Für den Trennungsunterhalt ist dies nur sehr eingeschränkt möglich. Gleiches gilt für den Kindesunterhalt.

4. Regeln zum Hausrat
Es kann vereinbart werden, dass derjenige, der im Eigenheim wohnen bleibt, Möbel usw. behalten darf und dafür dem anderen eine Abfindung zahlt. Möglich ist auch eine Regelung, wer welche Hausratsgegenstände behalten kann.

Schlussbetrachtung

Der Abschluss eines Ehevertrages schafft für beide Ehegatten eine gewisse Sicherheit, falls die Ehe scheitern sollte. Jahrelange Gerichtsverfahren mit einhergehenden hohen Kosten können so vermieden werden. Die Befürchtung, dass die existenzielle Grundlage im Fall einer Scheidung zerstört wird, lässt sich so entkräften.

Jeder Patient ist mit regelmäßiger Prophylaxe gut beraten. Dieser Rat gilt auch für Eheleute: Mit einem Ehevertrag lässt sich für beide Ehegatten gleichermaßen Vorsorge für die Zukunft treffen.

Britta Werthmann
Fachanwältin Familienrecht, Fachanwältin Steuerrecht

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 12/2011

8.9.6. Vorbei mit der Schnüffelei / GEZ–Was sich ab 2013 alles ändert

Die gute Nachricht vorweg: Die Zeiten, als Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der GEZ unangemeldet in Ihren Praxen auftauchten, von Ihnen möglicherweise betriebene Rundfunkgeräte akribisch erfassten und mit einer entsprechenden GEZ-Gebühr belegten, gehören seit Anfang des Jahres der Vergangenheit an.

Ob dadurch dann alles besser wird, sei dahingestellt. Auf jeden Fall wird es anders.

Seit 2013 zahlt dann jeder Selbständige und Freiberufler, aber geräteunabhängig. Entscheidend für die Berechnung der neuen Rundfunkgebühr sind dann die Anzahl der Betriebsstätten, der Mitarbeiter sowie der betrieblich genutzten Kraftfahrzeuge. Das bedeutet, dass sich die Anzahl der Geräte, die zum Empfang bereitgehalten werden, nicht auf den Beitrag auswirkt.

Was versteht man unter einem Rundfunkgerät?

Zu den Rundfunkgeräten zählen alle Geräte, mit denen Rundfunkprogramme (Radio- oder Fernsehprogramme) unabhängig vom Empfangsweg empfangen oder aufgezeichnet werden können. Dazu gehören neben herkömmlichen Radios und Fernsehgeräten auch neuartige Rundfunkgeräte (z. B. Rechner, die Rundfunkprogramme ausschließlich über Angebote aus dem Internet wiedergeben können, PDA und Mobiltelefone mit UMTS oder Internetanbindung).

Ebenso gebührenpflichtig sind an Radios und Fernsehgeräte angeschlossene Lautsprecher oder Monitore, wenn sie als gesonderte Hör- oder Sehstellen betrieben werden. (Quelle: www.gez.de).

Was bedeutet »zum Empfang bereithalten«?

»Zum Empfang bereithalten« bedeutet nicht zwingend, dass diese Geräte tatsächlich auch betrieben werden müssen. Entscheidend ist, dass diese Geräte geeignet sind, Rundfunkprogramme wiederzugeben.

Was ist eine Betriebsstätte?

Eine Betriebsstätte ist laut Rundfunkstaatsvertrag jede zu einem eigenständigen, nicht ausschließlich privaten Zweck bestimmte oder genutzte ortsfeste Raumeinheit oder Fläche innerhalb einer Raumeinheit. Dabei gelten mehrere Raumeinheiten auf einem Grundstück oder auf zusammenhängenden Grundstücken, die demselben Inhaber zuzurechnen sind, als eine Betriebsstätte.

Der Gesetzgeber hat die Beitragspflicht zudem grundsätzlich grundstücksbezogen ausgestaltet. Mehrere Raumeinheiten auf einem oder auf unmittelbar zusammenhängenden Grundstücken gelten als eine Betriebsstätte, wenn sie von einer Inhaberin oder einem Inhaber zum gleichen Zweck genutzt werden. Grundstücke werden nur dann als zusammenhängend betrachtet, wenn zwischen ihnen mindestens eine punktuelle Verbindung besteht (z. B. eine Fußgängerbrücke über eine Straße, die zwei Grundstücke verbindet).

Die Grundstücksbezogenheit wird besonders relevant, wenn Praxen zusätzlich ein Praxislabor betreiben, wozu sie nach § 11 der Berufsordnung der Zahnärztekammer Niedersachsen (BO) berechtigt sind. Dort heißt es »Der Zahnarzt ist berechtigt, **im Rahmen seiner Praxis** ein zahntechnisches Labor zu betreiben … Das zahntechnische Labor kann auch in angemessener räumlicher Entfernung zu der Praxis liegen.«

Eine weitere denkbare Konstellation ist der sog. Prophylaxeshop.

Beides sind Varianten, die wir nachstehend für Sie unter die Lupe genommen haben.

Das Praxislabor
Der Zahnarzt darf vor dem berufsrechtlichen Hintergrund »im Rahmen seiner Praxis« ein Zahnarztlabor betreiben (s. o.). Insofern stellt sich durchaus die Frage, ob für dieses zahntechnische Labor eine GEZ-Gebührenpflicht anfällt.

Dies ist zu bejahen, wenn es sich dabei um eine eigene Betriebsstätte handelt. Hierfür ist zunächst ausschlaggebend, ob dieses Labor (angemessen) räumlich von der Praxis getrennt ist oder nicht.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2013

Ist es räumlich getrennt, liegt eine weitere Betriebsstätte vor. Das bedingt eine entsprechende Gebührenpflicht.

Ist das Labor hingegen räumlich nicht getrennt, kommt es darauf an, ob der gleiche Zweck verfolgt wird. Davon ist im Fall der Zahnarztpraxis auszugehen, da beide, Praxis und Labor, schlussendlich der zahnmedizinischen Behandlung des Patienten dienen. Dann dürfte eine Gebührenpflicht zu verneinen sein.

Der Prophylaxeshop
Anders sieht es aus, betrachtet man den sog. Prophylaxeshop. Für den Betrieb eines solchen Shops gibt es keine berufsrechtlichen Regelungen, er muss vielmehr bereits aus diesen Gründen von der Praxis gänzlich getrennt betrieben werden. In der Regel wird er auch von Dritten geführt.

Auch die Frage der Zweckverfolgung stellt sich hier: Ein Prophylaxeshop dient eben gerade nicht primär der zahnmedizinischen Behandlung, verfolgt damit also nicht den gleichen Zweck wie eine zahnärztliche Praxis. Daher ist nach unserer Auffassung davon auszugehen, dass insofern eine eigene Gebührenpflicht entsteht.

Firmenfahrzeug
Ein »Firmenfahrzeug«, das heißt ein betrieblich genutztes Fahrzeug, ist pro Betriebsstätte beitragsfrei und bereits im GEZ-Rundfunkbeitrag enthalten. Für jedes weitere Auto muss gezahlt werden. Dafür fällt dann ein Drittelbetrag pro Monat an, das heißt 5,99 €. Bei mehreren Betriebsstätten ist pro Betriebsstätte ein Kraftfahrzeug beitragsfrei.

Höhe der Beitragspflicht

Ausschlaggebend für die Höhe des zukünftigen Rundfunkbeitrages ist – wie bereits erwähnt – die Anzahl der Mitarbeiter. Dabei werden Inhaberin bzw. Inhaber der Praxis nicht mitgerechnet.

Folgende Staffelung findet seit 2013 Anwendung:

Bis 8 Mitarbeiter	5,99 €/Monat
9 bis 19 Mitarbeiter	17,98 €/Monat
20 bis 49 Mitarbeiter	35,96 €/Monat
50 bis 249 Mitarbeiter	89,90 €/Monat
250 bis 499 Mitarbeiter	179,80 €/Monat
500 bis 999 Mitarbeiter	359,60 €/Monat
1.000 bis 4.999 Mitarbeiter	719,20 €/Monat
5.000 bis 9.999 Mitarbeiter	1.438,40 €/Monat
10.000 bis 19.999 Mitarbeiter	2.157,60 €/Monat
ab 20.000 Mitarbeiter	3.236,40 €/Monat

Fazit

Eine Zahnarztpraxis, die nicht mehr als acht Personen beschäftigt, wird insofern regelmäßig Kosten in Höhe von 5,99 €/Monat haben, also lediglich ein Drittel des bisherigen Betrages. Auch der Prophylaxeshop schlägt lediglich mit weiteren 5,99 €/Monat zu Buche, wenn dort auch nicht mehr als acht Personen beschäftigt werden. Nur zum Vergleich: Zurzeit werden Kosten in Höhe von 17,98 € erhoben.

So, wie es sich derzeit abzeichnet, werden also viele Praxen geringere GEZ-Gebühren zahlen als bisher.

Und das ist doch auch mal etwas Positives – oder?

Heike Nagel
Assistentin des Justitiars
Zahnärztekammer Niedersachsen

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2013

8.9.7. Bewertungsportale – Wie wehre ich mich gegen unzutreffende Bewertungen?

Das Internet ermöglicht seinen Nutzern, sich unkompliziert und unmittelbar zu Erlebnissen etc. im alltäglichen Leben zu äußern. Manche Äußerungen sind hilfreich und positiv, manche unsinnig, andere wiederum negativ oder gar verletzend. Bewertungsportale bieten grundsätzlich eine gute Möglichkeit, sich einerseits zu informieren und andererseits die eigene Reputation aufzubauen und interessierten Patienten zur Kenntnis zu bringen. Die Bewertungsmöglichkeiten sind – jedenfalls zunächst – unbegrenzt. Entsprechend kann ein »falscher« Blick oder der »falsche« Ton binnen kürzester Zeit eine vernichtende Bewertung hervorrufen, die eine enorme Reichweite haben kann.

Immer mehr Behandler sehen sich mit Äußerungen konfrontiert, die sich nicht nur wirtschaftlich, sondern auch berufsrechtlich auswirken können. Was also tun, wenn man mit einer reputationsschädigenden Bewertung konfrontiert wird?

Die nachfolgenden Ausführungen sollen einen Überblick zu den rechtlichen Grundlagen geben und Handlungsmöglichkeiten aufzeigen. Das Nachstehende gilt für Bewertungsportale im Allgemeinen (Google, jameda, Sanego etc.).

Was darf ich als Bewerter?
Das Grundrecht der Meinungsfreiheit gibt jedem das Recht, seine Meinung in Wort, Schrift und Bild frei zu äußern und zu verbreiten, und zwar zunächst einmal unabhängig von der »Qualität« oder der Richtigkeit bzw. Vernünftigkeit der Äußerung.

Es wird zwischen Meinungsäußerungen und Tatsachenbehauptungen unterschieden, da diese rechtlich unterschiedlich behandelt werden. Wie eine Äußerung rechtlich zu bewerten ist, hängt von vielen Faktoren ab und ist immer anhand einer Gesamtschau der konkreten Umstände im Einzelfall zu beurteilen. Dabei werden der gesamte Aussagegehalt (nicht isolierte Bestandteile) und der objektive Sinn der Äußerung aus Sicht eines unvoreingenommenen Durchschnittslesers betrachtet.

Als Faustregel gilt:

Tatsachenbehauptungen sind innere und äußere Vorgänge, die dem Beweis zugänglich sind und sich damit als wahr oder unwahr feststellen lassen.

Meinungsäußerungen sind subjektive Ansichten bzw. Auffassungen, die durch das Element der Stellungnahme gekennzeichnet und nicht dem Beweis zugänglich sind. Art. 5 Abs. 1 GG schützt Meinungsäußerungen selbst dann, wenn sie hart, ausfällig oder polemisch sind.

Bei der Frage, ob gegen eine Bewertung vorgegangen werden kann, kommt es also zunächst maßgeblich auf die in der Bewertung enthaltenen Äußerungen und der rechtlichen Einordnung der Äußerungen an.

Sind Meinungsäußerungen immer zulässig?
Das Grundrecht Meinungsfreiheit gilt nicht grenzenlos. Dort, wo Rechte anderer berührt werden, findet das Grundrecht seine Grenzen. Je nachdem, welches Recht des anderen betroffen ist, ist die Äußerung per se unzulässig oder aber es ist eine Abwägung der widerstreitenden Interessen durchzuführen.

Dabei gilt im Grundsatz zunächst:

- Wahre Tatsachenbehauptungen fallen unter die Meinungsäußerungsfreiheit und müssen abgesehen von Extremfällen hingenommen werden.
- Falsche Tatsachenbehauptungen unterfallen nicht dem Schutz von Art. 5 GG und sind in der Regel unzulässig.
- Meinungsäußerungen sind jedenfalls immer dann unzulässig, wenn sie die Grenze zu Formalbeleidigungen (»A****«) und Schmähkritik (Diffamierung einer Person) überschreiten oder einen Angriff auf die Menschenwürde darstellen. In diesen Fällen erfolgt keine Interessenabwägung, da die bloße Ehrbeeinträchtigung des Betroffenen im Vordergrund steht.
- Soweit eine Äußerung nicht per se zulässig oder unzulässig ist (s. o.), findet regelmäßig eine Abwägung zwischen den widerstreitenden Interessen statt. Das bedeutet konkret, dass überprüft werden muss, welche Interessen im jeweiligen Einzelfall stärker wiegen.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

Bei Internetbewertungen stehen sich typischerweise zwei Rechtspositionen gegenüber: das Recht des von der Äußerung Betroffenen auf Schutz seiner Persönlichkeit (Art. 1 Abs. 1, Art. 2 Abs. 1 GG, ggf. i. V. m. Art. 12 Abs. 1 GG; Art. 8 EMRK) und das Recht des Bewertenden auf Meinungsfreiheit (Art. 5 Abs. 1 GG und Art. 10 EMRK). Das bedeutet konkret, dass stets überprüft werden muss, welche Interessen im jeweiligen Einzelfall stärker wiegen.

Welche Pflichten treffen Portalbetreiber?
Portalbetreiber sind als sog. Host-Provider grundsätzlich nicht verpflichtet, fremde Bewertungen proaktiv vor Veröffentlichung auf eventuelle Rechtsverletzungen zu überprüfen, sie müssen aber aktiv werden und auf die Klärung bzw. Löschung rechtswidriger Sachverhalte hinwirken, wenn sie Kenntnis hiervon erlangen. Zudem müssen Portalbetreiber nach einem Hinweis auch Vorsorge treffen, dass es möglichst nicht zu weiteren gleichartigen Rechtsverletzungen des Bewertenden kommt.

Wie reagiert man richtig auf Negativbewertungen?
- Sinnvollerweise sollte die Bewertung inklusive der zugehörigen URL in irgendeiner Form gesichert werden (Screenshot, Ausdruck etc.).
- Bewertungen sollten mit Blick auf die berufsrechtliche Schweigepflicht insbesondere nicht unter Darstellung der Behandlung (Anamnese, Diagnose, Prognose und Therapieregime) oder unter Preisgabe persönlicher Daten des Patienten kommentiert werden. Sofern man dennoch kommentieren möchte, sollte der Kommentar immer eng am Text bleiben. Eine aufgeregte Kommentierung führt nicht weiter und kann im Worst Case mehr Aufmerksamkeit als die eigentliche Bewertung erzeugen.
- Strafanzeigen führen häufig, auch wenn der Inhalt beleidigend oder verleumderisch sein sollte, nicht weiter.
- Eine Meldung der Bewertung erfolgt regelmäßig über ein von dem jeweiligen Portalbetreiber vorgehaltenes Online-Formular. Die »Monierung«, die dort übermittelt wird, muss zwingend so aussagekräftig begründet werden, dass der Portalbetreiber auf Basis der Monierung unschwer erkennen kann, dass eine offensichtliche Rechtsverletzung vorliegt. Zutreffende tatsächliche und rechtliche Ausführungen sind dringend zu empfehlen. Auch sollte der Behandlungskontakt bestritten werden, soweit sich die Identität des Bewertenden für den Betroffenen nicht ohne Weiteres aus der Bewertung ergibt.
- In der Regel empfiehlt sich eine anwaltliche Vertretung, da die Einordnung der in Rede stehenden Äußerungen einer detaillierten Prüfung bedarf und Kenntnisse der Berufsordnungen und des Vertragsarztrechts unverzichtbar sind.

Zusammenfassung:

- Bewertungsportale sind berechtigt, personengebundene Daten zu erfassen, zu speichern und zu übermitteln, daher besteht regelmäßig kein Anspruch auf Löschung der eigenen Daten. Grund dafür ist, dass ein Bewertungsportal nach der Rechtsprechung eine von der Rechtsordnung gebilligte und gesellschaftlich erwünschte Funktion erfüllt.
- Der Bewertete kann nicht gegen jede ihm unliebsame Bewertung vorgehen, als Marktteilnehmer muss er sich grundsätzlich Kritik gefallen lassen, auch wenn sie polemisch oder überzogen ist.
- Es besteht grundsätzlich kein Anspruch auf Herausgabe von persönlichen Daten des Bewertenden.
- Im Falle einer rechtsverletzenden Bewertung hat der Betroffene einen Unterlassungs- und Beseitigungsanspruch gegen den Portalbetreiber.
- Ist der Bewertende bekannt, kann er im Wege einer Abmahnung direkt auf Unterlassung und Beseitigung in Anspruch genommen werden. Unter Umständen kann auch ein Anspruch auf Schadensersatz bestehen.
- Monierung muss einen sog. qualifizierten Hinweis enthalten, um spezifische Prüfpflichten des Portalbetreibers zu begründen.
- Hat ein Portalbetreiber einmal einen Prüfprozess durchgeführt und die Löschung abgelehnt, wird eine zweite Prüfung auch auf Forderung eines später eingeschalteten Anwaltes in der Regel abgelehnt.

Rechtsanwältin Bita Foroghi LL.M. oec.
www.lennmed.de

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

8.9.7.1. Urteil »Bewertungsportal IV« kommt wohl

Das OLG Köln hat in teilweiser Übereinstimmung mit dem LG Bonn das Urteil des Bundesgerichtshofes (BGH) vom 20.02.2018 (»Bewertungsportale III«) zum möglichen Anspruch auf Profillöschung gegen das Portal Jameda fortgeschrieben.

Der BGH hatte damals entschieden, dass eine gegen ihren Willen bei Jameda geführte Ärztin die Löschung ihres Profils verlangen kann. Die Entscheidung wich im Ergebnis von dem genau andersherum lautenden Urteil des BGH vom 23.09.2014 (Az.: 358/13) ab. In der Begründung stand sie indes in gerader Linie der bis dato ergangenen Rechtsprechung. Streitentscheidend bleibt die Abwägung zwischen dem Grundrecht des gegen seinen Willen gespeicherten Arztes auf informationelle Selbstbestimmung einerseits und den Kommunikationsgrundrechten (insbes. Meinungsfreiheit) von Jameda und seinen Nutzern andererseits. Nur ging diese Abwägung anders als 2014 in 2018 zulasten von Jameda aus.

Denn 2018 bot Jameda die Möglichkeit an, gegen Vergütung auf den Profilen nicht zahlender örtlicher Konkurrenten beworben zu werden, während man sich von dieser Werbung auf dem eigenen Profil freikaufen konnte. Der BGH war der Auffassung, dass Jameda damit die »Rolle als neutraler Informationsmittler« verlasse, und bejahte deshalb einen Löschanspruch.

Den Gedanken, dass eine Kommerzialisierung der Empfehlungen auf einem Ärzteportal zu einem Löschanspruch von Nicht-Kunden führen kann, schrieb das OLG Köln nun in den Verfahren zweier Zahnärzte fort (Az.: 15 U 126/19 und 15 U 89/19). Anders als das Landgericht befand das OLG aber nicht die gesamte Ausgestaltung für unzulässig, sondern unterzog einzelne Funktionen einer entsprechenden Prüfung. Unzulässig sind demnach

- die Bewerbung örtlicher Konkurrenz auf dem Profil, von der man sich als Kunde »freikauft« (war bereits nach besagtem BGH-Urteil abgeschafft worden)
- unterschiedliche bildliche Darstellung von Kunden und anderen Ärzten
- Hinweis auf Fachbeiträge anderer Ärzte auf dem Profil, von dem man sich als Kunde »freikauft«
- Werbung auf Basisprofilen auf Spezialisierungen von Konkurrenten

Das OLG hat die Revision zum BGH für beide Parteien zugelassen. Dort wird ggf. nun über die genaue Reichweite des Löschanspruchs zu entscheiden sein.

RA Michael Lennartz
RA Anno Haak, LL.M. Medizinrecht
lennmed.de Rechtsanwälte

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2020

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2020

8.9.8. Verwendung von Bildern auf der Praxiswebsite

Bei der Verwendung von Bildern auf der Praxiswebsite ist Vorsicht angebracht, da eine unerlaubte Verwertung von Bildmaterial im Internet eine Urheberrechtsverletzung darstellt. Der Rechteinhaber kann bei einer unautorisierten Verwendung von Bildern die Abgabe einer strafbewehrten Unterlassungs- und Verpflichtungserklärung wegen unberechtigter öffentlicher Zugänglichmachung des Bildwerkes einfordern. Zusätzlich kann der Rechteinhaber die unverzügliche Beseitigung der auf der Website gespeicherten Dateien und zudem die Zahlung eines pauschalen Schadensersatzbetrages und seiner Rechtsanwaltskosten verlangen.

Nutzungsrechte müssen geklärt werden
Bei der Erstellung und dem Betreiben der Praxiswebsite ist generell darauf zu achten, dass die erforderlichen Nutzungsrechte für die verwendeten Bilder und Werke (z. B. Texte) erworben werden und der Name des Urhebers angegeben wird. Deswegen sollte man sich unbedingt die Nutzungsrechte einräumen lassen. Neben kostenpflichtigen Angeboten im Bereich der Bilddatenbanken hält auch die vom FVDZ mitgetragene Initiative proDente e. V. in Köln für Zahnärztinnen und Zahnärzte ein umfangreiches Bildarchiv vor, das von den Praxen kostenfrei genutzt werden kann. Nähere Informationen zu diesem Angebot erhält man unter www.prodente.de.

Bilder von Mitarbeitern
Vorsicht ist auch bei dem Einstellen von Bildern der Praxismitarbeiter auf die Praxiswebsite angebracht. So hat beispielsweise das Landesarbeitsgericht Hessen mit Urteil vom 24. 01. 2012 (Aktenzeichen 19 SaGa 1480/11) entschieden, dass das Persönlichkeitsrecht eines Arbeitnehmers verletzt wird, wenn ein Arbeitgeber persönliche Daten und Fotos ausgeschiedener Arbeitnehmer weiter auf seiner Homepage präsentiert. Im konkreten Fall beantragte eine Anwältin eine einstweilige Verfügung auf Löschung des verbliebenen Mitarbeiterporträts auf der Kanzleiwebsite.

Generell und auch bei der Präsentation von Praxismitarbeitern auf der Praxiswebsite zu beachten ist die Regelung des § 22 Kunsturhebergesetzes (KunstUrhG), wonach Bildnisse regelmäßig nur mit Einwilligung des Abgebildeten verbreitet oder öffentlich zur Schau gestellt werden dürfen. Die Einwilligung gilt dabei im Zweifel als erteilt, wenn der Abgebildete dafür, dass er sich abbilden ließ, eine Entlohnung erhielt (z. B. Model).

Einwilligungserklärung
Nach § 23 Abs. 1 KunstUrhG dürfen Bilder bzw. Bildnisse in bestimmten Ausnahmefällen zwar auch ohne die nach § 22 erforderliche Einwilligung veröffentlicht werden, wenn die Personen nur Beiwerk zu einem fotografierten Objekt sind. Dies ist aber eng auszulegen (z. B. Fotografie des Brandenburger Tores, wobei einige Personen auf dem Bild sind). Nach einer Entscheidung des Landesarbeitsgerichtes Frankfurt (Aktenzeichen 7 Ca 1649/12) bedarf es bei der Abbildung von Mitarbeitern bei Mitarbeitern aber immer einer schriftlichen Einwilligung.

Widerruf
Nach den Hinweisen des Landesdatenschutzbeauftragten Niedersachsen vom 05. 09. 2009 muss dabei jede Einwilligungserklärung auf die jeweilige Situation angepasst sein und darüber informieren, zu welchem Zweck die Einwilligung erteilt wird (z. B. Vorstellung Praxisteam im Internet) und darüber aufklären, welche Risiken ggf. für die eigenen Daten entstehen können (z. B. missbräuchliche Nutzung der Fotos durch Dritte). Zusätzlich muss die Dauer der Gültigkeit der Einwilligungserklärung festgelegt werden. Die Erklärung muss zudem einen Hinweis enthalten, dass die Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann (Fotos werden von der Homepage genommen und keine neuen Fotos eingestellt). Generell zu beachten ist, dass die Einwilligung des Mitarbeiters in eine Bildverwendung auch z. B. bei Druckerzeugnissen (z. B. Praxisbroschüre) widerrufen werden kann. In der Praxis sollte man daher besser von einer gezielten Abbildung von einzelnen Mitarbeitern absehen, um nicht Gefahr zu laufen, dass eine Praxisbroschüre beim Weggang eines Mitarbeiters neu gedruckt werden muss.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 02/2014

Gruppenfotos
Haben bei der Veröffentlichung eines Gruppenfotos alle auf dem Foto abgebildeten Personen in die Veröffentlichung eingewilligt, führt der spätere Widerruf einer einzelnen Person grundsätzlich nicht dazu, dass das Bild entfernt werden muss.

RA Michael Lennartz

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 02/2014

8.9.9. Praxislabor, Praxislaborgemeinschaften und Outsourcing-Labor

Gegenstand der zahnärztlichen Behandlung kann auch die Erbringung zahntechnischer Leistungen durch den Zahnarzt selbst sein, wobei er berufsrechtlich berechtigt ist ein Praxislabor, was auch Eigenlabor bezeichnet wird, zu betreiben. Einem Zahnarzt ist es zudem erlaubt sich an einem gemeinschaftlichen zahntechnischen Labor mehrerer Zahnarztpraxen zu beteiligen (BGH, NJW 80, 1337). In § 11 der Musterberufsordnung der BZÄK heißt es hierzu wörtlich: »Der Zahnarzt ist berechtigt, im Rahmen seiner Praxis ein zahntechnisches Labor zu betreiben oder sich an einem gemeinschaftlichen zahntechnischen Labor mehrerer Zahnarztpraxen zu beteiligen. Das Zahnarztlabor kann auch in angemessener räumlicher Entfernung zu der Praxis liegen.«

Praxislabor als Teil der Zahnarztpraxis
Auch dem Vertragszahnarzt ist der Betrieb eines Praxislabors möglich, was sich aus § 88 Abs. 3 S. 1 SGB V ergibt, wonach die Preise für zahntechnische Leistungen, die von einem Zahnarzt erbracht werden, die Preise gewerblicher Laboratorien um mindestens fünf Prozent unterschreiten müssen. Auch nach § 33 Abs. 1 Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte (Zahnärzte-ZV) ist Zahnärzten der Betrieb eines zahntechnischen Gemeinschaftslabors möglich.

Überörtliche Laborgemeinschaft
Die Konstruktion einer überörtlichen Praxislaborgemeinschaft ist vom Landessozialgericht Schleswig-Holstein bereits in seinem Urteil vom 07. 06. 1994 (Az: L 6 Ka 25/93) grundsätzlich für zulässig erachtet worden. Diese Konstruktion ermöglicht es dem Zahnarzt Personal, Infrastruktur und Anschaffungen synergiemäßig zu nutzen, wobei aber sehr strikt darauf zu achten ist, dass der Schweigepflicht genügt wird, dass gesonderte Arbeitsverträge abgeschlossen werden und eine getrennte Abrechnung und Materialbewirtschaftung erfolgt. Folgende Punkte kann man dieser Entscheidung entnehmen:

- Eine räumliche Trennung des Praxislabors von der Zahnarztpraxis ist möglich.
- Auf die Eigentumsverhältnisse an den Laborgeräten kommt es nicht an.
- Eine gemeinsame Nutzung von Laborgeräten ist zulässig.
- Die gemeinsame Beschäftigung mehrerer Zahntechniker bzw. sonstiger Hilfskräfte durch verschiedene Zahnärzte in der Form einer Laborgemeinschaft ist zulässig, wobei die in dieser gefertigten zahntechnischen Arbeiten für jeden an ihr beteiligten Zahnarzt in dessen Praxislabor gefertigt werden.
- Entscheidend für das LSG ist, dass jeweils ein bestimmter Zahntechniker für einen Zahnarzt unselbstständig tätig wurde, den dieser fachlich anleitete und überwachte.

Auslagerung Praxislabor
Denkbar ist der Betrieb in ausgelagerten in Praxisnähe befindlichen Räumen, in denen die erforderliche Infrastruktur an Geräten mit den Räumlichkeiten angemietet wird. Auch hier muss in jedem Fall der zahnärztlichen Schweigepflicht Beachtung geschenkt werden, wobei der Einsatz eigenen weisungsgebundenen Praxispersonals erfolgt. Bei der Zurverfügungstellung von Fremdpersonal ist sehr genau zu prüfen, ob der Einsatz u. a. im Hinblick auf den Gesichtspunkt »unzulässiger Arbeitnehmerüberlassung« und die zahnärztliche Schweigepflicht überhaupt möglich ist. Hier ist eine genaue rechtliche Prüfung derartiger Konstruktionen unbedingt nötig.

Bei dieser Konstruktion ist eine Abstimmung mit der zuständigen KZV und Zahnärztekammer erforderlich, da es sich um anzeigepflichtige ausgelagerte Praxisräume handelt. § 24 Abs. 5 Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte (Zahnärzte-ZV) führt hierzu aus: »Erbringt der Vertragszahnarzt spezielle Untersuchungs- und Behandlungsleistungen an weiteren Orten in räumlicher Nähe zum Vertragszahnarztsitz (ausgelagerte Praxisräume), hat er Ort und Zeitpunkt der Aufnahme der Tätigkeit seiner Kassenzahnärztlichen Vereinigung unverzüglich anzuzeigen.«

Outsourcing-Praxislabor? Beispiel Fräszentren
Im Gegensatz zu typischen Praxislaborgemeinschaften, die in räumlicher Nähe zu den Zahnarztpraxen betrieben werden, gibt es Konstruktionen, um ein Praxislabor unter Nutzung zur Verfügung gestellter sachlicher und personeller Infrastruktur auszulagern. Derartige Konstruktionen sind genau und kritisch zu prüfen, was eine Entscheidung des Sozialgerichtes Berlin zeigt. In dem Eilverfahren wurde ein sogenann-

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2014

tes Eigenlaborzentrum (ELZ) summarisch unter die Lupe genommen. Wörtlich führt das Sozialgericht Berlin in seinen Entscheidungsgründen u. a. aus:

»Die von der Antragsgegnerin (Anm. KZV Berlin) geäußerten Bedenken sind jedenfalls bei summarischer Prüfung auch begründet. Unter Zugrundelegung der (…) von ihr vorgelegten (aktuellen) Vertragsmuster … handelt es sich bei den im ELZ der Antragstellerin gefertigten zahntechnischen Leistungen nicht um solche im Sinne des § 88 Abs. 3 Satz 1 SGB V, die von einem Zahnarzt erbracht werden«.

(…)

»Zusammengefasst stellt sich das Geschäftsmodell aus Sicht des Zahnarztes so dar, dass dieser die zahntechnischen Leistungen ohne eigene Investitionen und ohne eigenes unternehmerisches Risiko wie von einem Fremdlabor erhält, dass er aber – anders als beim Fremdlabor – den ihm faktisch von der Antragstellerin eingeräumten Rabatt von 20 % auf die Abrechnungssumme selbst für sich verbuchen kann. Dies stellt letztlich nichts anderes als eine unzulässige Umgehung der Verpflichtung dar, Preisnachlässe, Rabatte, Umsatzbeteiligungen etc. an die Krankenkassen bzw. an die Versicherten weiterzugeben (vgl. § 16 Abs. 2 lit. a EKV-Z).«

Auch wenn es sich bei den Ausführungen des Sozialgerichtes Berlin nur um eine summarische und nicht abschließende Betrachtung handelt, zeigt sich gleichwohl, dass bei dem »Outsourcing« eines Praxislabors sehr genau geschaut werden muss, dass die Kriterien für einen zulässigen Hilfsbetrieb der Praxis eingehalten werden.

RA Michael Lennartz, Bonn

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2014

8.9.10. Vollmachten für den Ernstfall

Warum ist rechtzeitige und vorausschauende Vorsorge für die Zahnarztpraxis wichtig?

I. Einleitung/Ist eine Vorsorgevollmacht überhaupt notwendig?

II. Form, Reichweite und Wirksamkeit
1. Reichweite und Umfang
2. Formfreiheit und Ausnahmen
3. Die Vollmachtsurkunde
4. Zeitliche Dauer der Vollmacht
5. Vorteile der notariellen Beurkundung

III. Person des Vertreters

IV. Vollmacht über den Tod hinaus

V. Missbrauchsgefahren und -kontrolle

VI. Das Zentrale Vorsorgeregister

I. Ist eine Vorsorgevollmacht überhaupt notwendig?

Jeder freiberuflich Tätige, ob allein oder in Zusammenarbeit mit anderen, sollte mittels einer Vorsorgevollmacht Regelungen für den Fall treffen, dass er vorübergehend oder dauerhaft an der Fortführung seines Betriebs gehindert ist.

Sind entsprechende Regelungen nicht getroffen, ist das Betreuungsgericht gehalten, im Rahmen eines gesetzlichen Betreuungsverfahrens einen Betreuer zu bestellen, der die anstehenden Aufgaben übernimmt. Ein solcher Betreuer kann viele weitreichende Entscheidungen jedoch nur mit Genehmigung des Betreuungsgerichtes treffen. Abgesehen davon, dass eine betreuungsgerichtliche Entscheidung im Einzelfall einen beträchtlichen Zeitverlust bedeuten kann, haben Betreuungsgerichte auch kaum Einblick in die Führung einer Zahnarztpraxis. In der Praxis ist die Aufrechterhaltung des Betriebs bei Anwendung der gesetzlichen Bestimmungen daher kein leichtes Unterfangen.

Eine Vorsorgevollmacht ist nicht nur für allein tätige Zahnärzte sinnvoll, sondern auch im Falle von Berufsausübungsgemeinschaften oder anderen Zusammenschlüssen. Für den Krankheits- oder Pflegefall muss sichergestellt werden, dass eine Vertrauensperson die Rechte des Vollmachtgebers auf Gesellschafterebene, etwa bei der Gewinnverteilung oder Gewinnverwendung, wahrnimmt.

Mit einer Vorsorgevollmacht kann diesen Unwägbarkeiten effizient vorgebeugt werden.

Dabei gibt es für Zahnärzte im Vergleich zu Privatpersonen bei der Errichtung einer Vorsorgevollmacht einige Besonderheiten zu beachten.

II. Form, Reichweite und Wirksamkeit

1. Reichweite und Umfang

Der Vollmachtgeber/Vertretene bevollmächtigt eine andere Person (den Bevollmächtigten oder Vertreter), in bestimmten Situationen alle oder bestimmte Aufgaben für ihn zu erledigen. Die Vollmacht kann umfassend sein oder auf einzelne Aufgabenkreise, wie zum Beispiel die Gesundheitssorge oder die Vermögenssorge, beschränkt werden.

Eine Vollmacht ist die durch ein Rechtsgeschäft erteilte Vertretungsmacht. Der »Vertreter«/»Bevollmächtigte« kann für den »Vertretenen«/»Vollmachtgeber« handeln.

Über den Umfang der Vollmacht kann der Vollmachtgeber frei entscheiden. Denkbar ist die Erteilung einer Vollmacht einerseits nur für bestimmte Bereiche (etwa die Berufsausübung), andererseits bis hin zur umfassenden Generalvollmacht. Es ist empfehlenswert, eindeutige Regelungen in die Vollmachtsurkunde aufzunehmen. Keinesfalls sollte eine Vollmacht sich darauf beschränken, auf einem Formular bestimmte Punkte anzukreuzen. Ggf. sollten zur Klarstellung ausdrückliche Verbote aufgenommen werden, z. B. dass der Vertreter bestimmte Rechtsgeschäfte wie etwa Schenkungen nicht vornehmen darf oder nicht berechtigt ist, Verpflichtungsgeschäfte einzugehen oder zu erfüllen.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2016

Für den Fall, dass verschiedene Vertrauenspersonen in privaten und beruflichen Belangen bevollmächtigt werden sollen, ist die Errichtung verschiedener Vollmachten möglich. Dabei ist aber unbedingt darauf zu achten, dass die Abgrenzung der Befugnisse beider Bevollmächtigten klar aus den Vollmachten hervorgeht. Eindeutig geregelt werden sollte z. B., welcher Vertreter Gesellschafterrechte im Falle einer Beteiligung, die zum Privatvermögen gehört, wahrnehmen soll.

Eine Besonderheit ist bei der Reichweite einer Vollmacht jedoch unbedingt zu beachten:

Gesetzlich sind sogenannte »In-sich-Geschäfte«, also ein Rechtsgeschäft, welches der Vertreter mit sich selbst schließt und somit auf beiden Seiten des Vertrages auftritt, im Grundsatz unwirksam, § 181 BGB. Bevollmächtigt also ein Zahnarzt einer aus zwei Berufsträgern bestehenden Gemeinschaftspraxis seinen Praxiskollegen als Vertreter, so darf der Vertreter den Vollmachtgeber nicht bei einem Vertrag mit sich selbst vertreten. Es ist ihm beispielsweise nicht gestattet, vom Vollmachtgeber etwas zu erwerben oder sich schenken zu lassen, wenn er auf der einen Seite für sich selbst und auf der anderen Seite als Vertreter des Vollmachtgebers tätig wird.

In der Vollmacht kann der Vollmachtgeber den Bevollmächtigten vom Verbot dieser »In-sich-Geschäfte« befreien. Dies kann bei Einhaltung der Formvorschriften (notarielle Beurkundung) selbst für Grundstücksgeschäfte angeordnet werden.

2. Formfreiheit und Ausnahmen

Vollmachten sind vom Grundsatz her nicht formgebunden und können daher auch mündlich oder durch schlüssiges Verhalten erteilt werden.

Die Vollmacht kann durch Erklärung gegenüber dem Bevollmächtigten erteilt werden oder durch Erklärung gegenüber dem Dritten, dem gegenüber die Vertretung stattfinden soll. Wird die Vollmacht durch Erklärung gegenüber einem Dritten erteilt, bleibt sie diesem gegenüber in Kraft, bis ihm das Erlöschen durch den Vollmachtgeber wieder angezeigt wird. Gegenüber dem Bevollmächtigten kann die Vollmacht jederzeit widerrufen werden.

Soweit nur die Vermögenssorge betroffen ist, kann die Vollmacht formfrei erteilt werden. Hierbei stellt sich jedoch das Problem der Nachweisbarkeit. Im Ernstfall nutzt es dem Bevollmächtigten nicht, eine (mündlich erteilte) Vollmacht zu haben, deren Bestand er Dritten gegenüber nicht nachweisen kann.

Es gibt jedoch für wichtige Teilbereiche Formvorschriften, die unbedingt eingehalten werden müssen: Soll die Vollmacht auch die Befugnis des Bevollmächtigten, in Untersuchungen des Gesundheitszustands, in eine Heilbehandlung oder in einen ärztlichen Eingriff einzuwilligen, bei dem die begründete Gefahr besteht, dass der Vollmachtgeber aufgrund der Maßnahme stirbt oder einen schweren oder längerdauernden gesundheitlichen Schaden erleidet, bedarf die Vollmacht als nichtvermögensrechtliche Angelegenheit der Schriftform.

Generell ist es sinnvoll, eine Vollmacht in schriftlicher Form zu erteilen, damit der Vertreter die Bevollmächtigung zweifelsfrei nachweisen kann. Auch die notarielle Errichtung der Vollmacht ist sinnvoll, da durch den Notar bestätigt wird, dass der Vollmachtgeber persönlich die entsprechende Vollmacht erteilt hat. Anderenfalls kann der Bevollmächtigte gegebenenfalls gegenüber Versicherungen, Banken oder sonstigen Beteiligten in Beweisnot geraten, wenn diese die (eigentlich wirksame) Vollmacht zu Unrecht nicht akzeptieren wollen.

Dringend anzuraten ist eine notarielle Vollmacht, wenn der Vertreter auch Verfügungen über Immobilien/Grundstücke treffen soll. Zwar kann eine einfache schriftliche Vollmacht durchaus ausreichen, einen Vertrag über ein Grundstücksgeschäft abzuschließen. Allerdings kann die notwendige Umschreibung im Grundbuch nicht vorgenommen werden, da hierzu die öffentliche Beurkundung oder Beglaubigung der entsprechenden Erklärung erforderlich ist.

3. Die Vollmachtsurkunde

Wird die Vollmacht wie empfohlen schriftlich oder notariell erteilt, wird die Vollmachtsurkunde dem Vertreter ausgehändigt. Der Vertreter weist durch Vorlage der Urkunde seine Bevollmächtigung nach. Dritten gegenüber bleibt die Vollmacht wirksam, solange die Vollmachtsurkunde vorgelegt werden kann.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2016

4. Zeitliche Dauer der Vollmacht
Eine Vollmacht kann unbefristet oder auch befristet erteilt werden. Bei einer unbefristeten Vollmacht führt der Tod des Vollmachtgebers nicht automatisch zum Erlöschen der Vollmacht. Gleichwohl können nach dem Tod des Vollmachtgebers dessen Erben die Vollmacht widerrufen.

Eine Vollmacht kann bis zu einem bestimmten Datum oder Ereignis befristet werden. Bei einer Befristung ist jedoch unbedingt darauf zu achten, dass die auflösende Bedingung der Vollmacht (also der Ablauf der Befristung) klar formuliert ist.

Eine Vollmacht kann jederzeit widerrufen werden, wenn nichts anderes vereinbart ist. Im Falle des Widerrufs der Vollmacht muss unbedingt die Rückgabe der Vollmachtsurkunde verlangt werden, da der Vertreter sich im Außenverhältnis sonst unter Umständen auf den Anschein der Vollmachtsurkunde berufen kann. Gibt der Vertreter die Vollmachtsurkunde nicht heraus, ist ggf. eine gerichtliche Kraftloserklärung durchzuführen, § 176 BGB.

5. Vorteile der notariellen Beurkundung
Eine notarielle Beurkundung sorgt dafür, dass der Wille des Vollmachtgebers auch tatsächlich in die Vollmacht einfließt. Der Notar klärt über die einzelnen Bestimmungen auf, so dass durch dieses Verfahren gesichert wird, dass der Vollmachtgeber umfassend unterrichtet ist und sich später niemand (oder nur unter erschwerten Bedingungen) darauf berufen kann, der Vollmachtgeber habe die Bedeutung und Tragweite seiner Erklärungen nicht erfasst.

Bei Beurkundungen ist der Notar zudem verpflichtet, die Geschäftsfähigkeit des Vollmachtgebers zu prüfen, § 11 BeurkG. Das gibt der beurkundeten Vollmacht einen »Vertrauensvorsprung«. Es ist zwar möglich, auch gegen die Feststellung des Notars die mangelnde Geschäftsfähigkeit (und damit Unwirksamkeit der Vollmacht) nachzuweisen, dies ist in der Praxis aber nicht einfach, so dass eine gewisse Vermutung für die Richtigkeit der Feststellung der Geschäftsfähigkeit spricht.

Seit Juli 2005 gibt es über die notarielle Beurkundung hinaus die Möglichkeit, die Vorsorgevollmacht durch die Betreuungsbehörde (diese bestimmt sich nach dem jeweiligen Landesrecht; in der Regel wurde diese Aufgabe den Landkreisen bzw. kreisfreien Städten übertragen) beglaubigen zu lassen, § 6 Abs. 2 BtBG. Da die Betreuungsbehörden in den ersten Jahren jedoch nur beglaubigen und nicht auch beraten durften, wurde von der Möglichkeit nur wenig Gebrauch gemacht. Nach wie vor sind die meisten Betreuungsbehörden weder personell noch fachlich zu qualifizierten Beratungen in der Lage, so dass die sicherste Variante die notarielle Beurkundung ist.

III. Person des Vertreters

Der Vertreter sollte zweckmäßigerweise eine Vertrauensperson des Vollmachtgebers sein. Der Vollmachtgeber kann im Grundsatz frei entscheiden, wen er bevollmächtigen will. Einschränkungen sind jedoch zu beachten, wenn die eigene Berufsausübung als Zahnarzt betroffen ist:

Nach dem § 10 der MBO-ZÄ (entsprechend in den einzelnen Zahnärztekammern umgesetzt) ist ein Zahnarzt verpflichtet, für eine entsprechende Vertretung zu sorgen, wenn er selbst während seiner angekündigten Behandlungszeiten nicht zur Verfügung steht. Er muss demnach ebenfalls einen Zahnarzt als Vertreter benennen und sich zudem vergewissern, dass dieser über die fachlichen und persönlichen Voraussetzungen verfügt. Eine Höchstdauer der Vertretung sieht das Berufsrecht nicht vor, sondern knüpft diese an die bestehende Approbation.

Anders ist dies bei vertragszahnärztlichen Leistungen. Hier ist zwar ebenfalls erforderlich, dass der Vertreter persönlich geeignet ist. Dies ist der Fall, wenn es sich ebenfalls um einen Vertragszahnarzt handelt oder der Vertreter im Zahnarztregister eingetragen ist (§ 32 Abs. 1 Satz 5 Zahnärzte-ZV). Diese Regelungen sind zeitlich jedoch auf eine Dauer von drei Monaten innerhalb von zwölf Monaten befristet. Im Falle einer längeren Verhinderung an der persönlichen Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit kommt entweder das Ruhen der Zulassung oder deren Entzug in Betracht. In Einzelfällen können diese Zeiträume durch die Kassenzahnärztliche Vereinigung verlängert werden.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2016

Der Vollmachtgeber kann zwar entscheiden, wen er bevollmächtigen will. Ergeben sich jedoch Anhaltspunkte, dass der Bevollmächtigte nicht geeignet oder nicht in der Lage ist, die ihm übertragenen Aufgaben auszufüllen, kann die Anordnung einer Betreuung notwendig sein. Bestehen erhebliche Zweifel an der Redlichkeit des Bevollmächtigten, ist die Anordnung einer Betreuung durch das Gericht trotz Vorsorgevollmacht denkbar.

IV. Vollmacht über den Tod hinaus

Wie schon erwähnt, führt der Tod des Vollmachtgebers nicht zwangsläufig zum Erlöschen der Vollmacht, wenngleich dies oftmals der Fall sein dürfte.

Um im Todesfall des Vollmachtgebers die Praxis zunächst weiterführen zu können, ist es im Zweifel daher ratsam, im Rahmen der Vollmachtserteilung ausdrücklich klarzustellen, dass der Vertreter über den Tod hinaus berechtigt sein soll. Mit einer solchen Regelung lässt sich auch ein mögliches Handlungsvakuum, welches ansonsten zwischen dem Tod des Vollmachtgebers und Beginn der Handlungsfähigkeit seiner Erben (ggf. müssen diese beispielsweise geraume Zeit auf die Erteilung eines Erbscheins warten oder die Erbfolge an sich ist strittig) herrschen würde, verhindern.

V. Missbrauchsgefahren und -kontrolle

Bei einer Vollmacht sind das Außen- und das Innenverhältnis zu unterscheiden. Das Außenverhältnis betrifft das Verhältnis des Vertreters gegenüber Dritten, das Innenverhältnis die Beziehung zwischen Vollmachtgeber und Vertreter.

Im Außenverhältnis kann der Vertreter (ggf. unter Vorlage der Original-Vollmachtsurkunde) im Rahmen der sich aus der Vollmachtsurkunde ergebenden Grenzen wirksam Verfügungen treffen. Dritte dürfen also auf den Umfang der Vollmacht, wie er sich aus der Vollmachtsurkunde ergibt, vertrauen.

Im Innenverhältnis kann der Vollmachtgeber dem Vertreter zusätzliche Vorgaben erteilen oder auch Beschränkungen festlegen. Überschreitet der Vertreter seine Vertretungsmacht im Innenverhältnis, hat dies im Außenverhältnis für die Wirksamkeit seines Handelns jedoch nicht unbedingt eine Bedeutung.

Auch die vollständige oder nicht näher bestimmte Befreiung des Vertreters von der gesetzlichen Regelung des In-sich-Geschäftes birgt Missbrauchsgefahren. Empfehlenswert ist daher eine eindeutige Festlegung, in welchen Bereichen dem Vertreter In-sich-Geschäfte gestattet sein sollen.

Kann der Vollmachtgeber den Vertreter nicht mehr überwachen, kann das Betreuungsgericht prüfen, ob eine Betreuung anzuordnen ist. Will der Vollmachtgeber gerade diese gerichtliche Anordnung vermeiden, kann er selbst einen Kontrollbevollmächtigten bestellen.

Der Kontrollberechtigte kann dann den Bevollmächtigten selbst überwachen und ggf. auch dessen Vollmacht widerrufen.

Eine Bestellung eines Kontrollbetreuers für den Fall, dass der Vollmachtgeber nicht selbst einen Kontrollberechtigten bestimmt, kommt u. a. in Betracht, wenn

- der Betroffene den konkreten, durch Tatsachenbehauptungen erhärteten Verdacht äußert, der Vertreter habe Geld veruntreut,
- konkrete Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass der Vertreter nicht mehr entsprechend der Vereinbarung und dem Interesse des Vollmachtgebers handelt.

Eine Anregung zur Bestellung eines Kontrollbetreuers kann hierbei nicht nur vom Vollmachtgeber, sondern auch von dessen Angehörigen ausgesprochen werden.

VI. Das Zentrale Vorsorgeregister

Die Bundesnotarkammer führt ein Zentrales Vorsorgeregister. Dort können öffentlich beurkundete, öffentlich beglaubigte und privatschriftliche Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen registriert werden.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2016

Das Register dient der schnellen und zuverlässigen Information der Betreuungsgerichte über Vorsorgeurkunden (Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen). Behandelnde Ärzte, Kliniken oder Krankenhäuser können **keine Einsicht** in das Vorsorgeregister nehmen. Die Einsicht erfolgt nur durch die Betreuungsgerichte.

Eine Eintragung ist schriftlich zu beantragen, die Gebühren der Eintragung beginnen bei 18,50 €. Bei institutionellen Nutzern (z. B. Notaren oder Rechtsanwälten) oder bei Nutzung elektronischer Übermittlung ermäßigen sich die Gebühren. Wird mehr als eine Person bevollmächtigt, erhöht sich die Gebühr um jeweils 3,00 €.

Die Online-Registrierung ist unter

https://www.zvr-online.de/zvr/Meldung.aspx

möglich. Nach Eintragung wird eine Eintragungsbestätigung übersandt. Außerdem wird eine ZVR-Card übermittelt. Diese Karte sollte gegebenenfalls mit den Urkunden aufbewahrt werden, die täglich mitgeführt werden.

RA Martin Heinemeyer,
Fachanwalt für Familienrecht, Bonn
Eimer Heuschmid Mehle
überregionale Rechtsanwaltssozietät

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2016

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2016

8.9.11. Vorsorgevollmacht

Praxis-Vorsorgevollmacht und Patienten- und Betreuungsverfügung – ein »Muss« für jeden Praxisinhaber

Schon heute können durch sog. Vorsorgevollmachten wirksame Bevollmächtigungen vorgenommen werden, um die beschriebenen Problemlagen vorab zu meistern und zu jeder Zeit selbstbestimmt handlungsfähig zu bleiben.

Eine solche Vollmacht sollte für den beruflichen Bereich, also in Praxisangelegenheiten, und auch für die privaten Belange, dann kombiniert mit einer Patienten- und Betreuungsverfügung, vorgehalten werden. Ergänzend zu dem Beitrag Kapitel 8.9.10. »Warum ist rechtzeitige und vorausschauende Vorsorge im Praxisbetrieb wichtig?« einige grundlegende Informationen zu speziellen Situationen in der Zahnarztpraxis, für die eine Praxis-Vorsorgevollmacht wichtig ist und zur auch für Zahnärztinnen und Zahnärzte relevanten Patienten- und Betreuungsverfügung.

I. Situationen und Beispiele für Praxis-Vorsorgevollmacht

Auch wenn in Ihrem Gesellschaftsvertrag möglicherweise Vertretungsregelungen im Krankheitsfall enthalten sind, werden diese Regelungen ggf. nicht der Situation gerecht, dass Sie längere Zeit in der Praxis ausfallen. Auch wenn Sie als »Einzelkämpfer« eine Praxis betreiben, sollten Sie regeln, was in Ihrer Praxis geschieht, wenn Sie länger ausfallen.

- *Vollmachtsituation, Bevollmächtigung, Eingrenzung und Entzug der Vollmacht*
  Zunächst sollte die Vollmachtsituation möglichst genau und nicht nur allgemein beschrieben werden.

  Formulieren Sie zu allgemein: »Wenn ich nicht mehr in der Lage bin Entscheidungen zu treffen«, hilft das ggf. nicht weiter.

  Richtig wäre beispielsweise: »Sollte ich durch Krankheit, Unfall oder andere Ereignisse für eine nicht nur vorübergehende Zeit nicht mehr in der Lage sein Entscheidungen für bzw. in der Praxis zu treffen.«

  Benennen Sie zusätzlich zu dem Bevollmächtigten immer auch einen Ersatzbevollmächtigten. Dieser tritt dann ein, wenn der Bevollmächtigte ausfallen sollte. Sind Sie in einer Einzelpraxis tätig, könnten Sie die Bevollmächtigungen auch aufteilen. Für die Arbeitsentscheidungen in der Praxis einen versierten Kollegen. Für die Verwaltungsarbeiten (bspw. Bankgeschäfte etc.) jemanden, dessen Tätigkeitsgebiet das ist.

  Legen Sie fest, unter welchen Bedingungen und mit welchem Verfahren einem Bevollmächtigten die Vollmacht entzogen werden kann (z. B. unlauteres Verhalten, Gesundheitszustand).

  Zudem sollten Sie festlegen, welche Entscheidungen in Praxisangelegenheiten der Bevollmächtigte treffen darf.

  Beispiel:
  – Personalentscheidungen,
  – Entscheidungen in Bezug auf den Praxismietvertrag,
  – Entscheidungen in Bezug auf laufende Verträge der Praxis (Werbung, Telefon, Wartezimmerliteratur …).

  Auch Entscheidungen, die nicht getroffen werden dürfen, sollten Sie klar benennen. So kann beispielsweise bestimmt werden, dass der Bevollmächtigte nicht befugt ist, die Steuerberatung der Praxis in andere Hände zu geben, Entscheidungen über die Verlegung des Praxisstandortes oder der Anstellung anderer Zahnärzte zu treffen.

- *Bankkonto*
  Besonders wichtig ist, dass dezidierte Regelungen hinsichtlich des Bankkontos getroffen werden. Stimmen Sie sich hierzu ggf. mit Ihrer Hausbank ab. Klar definiert sein sollte, wer, wann und wie über das Konto verfügen kann.

- *Vorsicht Postgeheimnis*
  Aufgrund der Gewährleistung des Postgeheimnisses sollten Sie Regelungen vorsehen, wer Ihre Post (z. B. vom Finanzamt und der KZV) zu welchem Zeitpunkt öffnen darf.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2017

- *Patientenverfügung, Testament und Betreuung*
  Über eine Patientenverfügung (und ggf. ein Testament) sowie eine private Vorsorgevollmacht, also eine Vollmacht in anderen als die Praxis betreffenden Angelegenheiten, sollten Sie zusätzlich nachdenken. Es sollten in der Praxis-Vorsorgevollmacht auch Ausführungen über eine Betreuung enthalten sein.

- *Keine Fremdbestimmung durch Betreuungsgericht*
  Für den Fall, dass auch eine Veräußerung Ihrer Praxis oder Ihres Gesellschaftsanteils erforderlich ist, ist ggf. eine Genehmigung des Betreuungsgerichtes erforderlich (§ 1822 Nr. 3 BGB).

  Bestimmen Sie hier besser selber, wer der Bevollmächtigte sein soll!

  Wichtig wäre in diesem Zusammenhang gerade Regelungen über die Berufsunfähigkeit zu treffen, damit Sie ggf. ohne die Einschaltung eines Gerichtes auskommen.

  Beachten Sie:
  Treffen Sie keine Regelungen, bestimmt das zuständige Betreuungsgericht möglicherweise eine fremde dritte Person, die Sie ggf. gar nicht mit Praxisangelegenheiten betraut wissen wollen.

- *Geltungsvoraussetzung und Geltungsdauer*
  Es sollten in der Praxis-Vorsorgevollmacht auch Ausführungen über Geltungsvoraussetzung und -dauer enthalten sein.

  Beispiel:
  Geltungsvoraussetzung könnte bspw. sein, dass ein Original der Praxis-Vorsorgevollmacht vorgelegt wird.

  Tipp:
  Erstellen Sie immer mehr als nur eine Vorsorgevollmacht und legen Sie die Anzahl der Exemplare fest.

- *Gesellschaftsvertrag und auch Praxissituation überprüfen*
  Sind Sie in einer Berufsausübungsgemeinschaft tätig, sollten Sie auch die aktuellen Regelungen Ihres vorhandenen Gesellschaftsvertrages in den Blick nehmen.

  Insbesondere die Regelungen der Vertretung im Krankheitsfall, bei Berufsunfähigkeit und Tod sollten Ihren aktuellen Vorstellungen, Wünschen und Zielen entsprechen.

- *Scheidung*
  Im Fall der Scheidung sollten Regelungen auch im Gesellschaftsvertrag vorhanden sein, die einen Zugriff auf die Konten der Praxis durch den »Ex-Partner« verhindern.

- *Todesfall*
  Im Todesfall hat sich in der Praxis eine versicherungstechnische Lösung bewährt, die (nach Bedarf) sicherstellt, dass die Erben das Erforderliche erhalten und die Gesellschafter sich nicht den unkalkulierbaren Reaktionen einer Erbengemeinschaft ausgesetzt sehen.

  Beachten Sie:
  Geht es um das Ausscheiden aus einer Praxis, können Sie, um Streit auch zu Lebzeiten über die Wertbestimmung eines Gesellschaftsanteils zu vermeiden, festlegen, wie die Praxisbewertung für diesen Fall erfolgt.

PRAXISHINWEIS | Ihre Vollmacht nutzt nur, wenn im Notfall auch bekannt ist, dass es sie gibt.

II. Vorsorgevollmacht, Patienten- und Betreuungsverfügung für private Belange

Im Blick auf die erforderlichen medizinischen Eingriffe hat der Gesetzgeber mit einem Gesetzentwurf zur Notfallvertretung für Ehegatten Ende Mai 2017 reagiert (BT-Drs. 18/12427). Hier ist eine Berechtigung des Ehegatten zur Vertretung in medizinischen Angelegenheiten (Gesundheitssorge) vorgesehen. Am Ende bedeutet das aber nur einen »Tropfen auf dem heißen Stein«, da nur die Vertretung in medizinischen Krisenfällen vom Gesetzentwurf erfasst wird.

In der privaten Vorsorgevollmacht können Sie Bestimmungen, insbesondere zur Patientenverfügung und Betreuungsverfügung, integrieren. So ist gewährleistet, dass alles Wesentliche in einem Dokument geregelt ist.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2017

- *Bevollmächtigte, Vollmachtsituation, Umfang der Vollmacht*
  Zunächst sollten Sie einen Bevollmächtigten oder mehrere Bevollmächtigte, die bzw. der in der von Ihnen festzulegenden Weise entscheidet, benennen.

  Beispiel:
  Es entscheidet gegenseitig immer der Ehegatte. Wenn dieser nicht erreichbar ist, die Kinder einstimmig, gemeinschaftlich.

  Sodann sollten Sie die Situation, in der die Vollmacht gilt, möglichst genau beschreiben.

  Beachten Sie:
  Nicht alle Situationen können Sie ganz genau beschreiben, aber je detailreicher Sie schildern, desto besser.

  Beschreiben Sie in der Vollmacht auch, wie weit der Umfang der Vollmacht gehen soll.

  Beispiel:
  Wenn Sie einer Person in Bezug auf bestimmte Regelungsinhalte besonders vertrauen, kann diese für einen bestimmten Aufgabenkreis vorgesehen werden. Eine gesonderte Begründung, warum Sie eine Person bevollmächtigen, müssen Sie nicht geben, können es aber.

- *Vermögenssorge/Vertretung*
  Wenn Sie beispielsweise in der eigenen Immobilie bleiben wollen und ggf. Ihr Vermögen verwertet werden darf, sollte das Inhalt der Vollmacht sein.

  Beachten Sie:
  Immer dann, wenn eine Verfügung auch über vorhandenes Grundvermögen möglich sein soll, ist eine notarielle Vollmachtsurkunde erforderlich!

- *Vertretungen und Prozessführung*
  Sie können festlegen, welchen Umfang die zulässige Vertretung haben soll und ob es ggf. Einschränkungen für den Bevollmächtigten gibt.

  Beispiel:
  Soll beispielsweise ein Heimvertrag nur durch den Ehegatten und die Kinder gemeinschaftlich abgeschlossen werden können, wäre das hier regelbar.

- *Aufenthaltsbestimmung/Postangelegenheiten/freiheitsentziehende Maßnahmen*
  Weiterhin können Sie regeln, wer im »Falle eines Falles« Ihren Aufenthaltsort bestimmen darf. Wegen der erforderlichen Beachtung des Postgeheimnisses ist es auch erforderlich, dass eine Regelung aufgenommen wird, wer Ihre Post öffnen darf.

  Beachten Sie:
  Für freiheitsentziehende Maßnahmen (Bauchgurt etc.) bzw. Unterbringung benötigen Sie die vorherige Genehmigung des zuständigen Gerichtes.

- *Patientenverfügung*
  Der Bundesgerichtshof hat mit Entscheidung vom 06. 07. 2016 (Aktenzeichen: XII ZB 61/16) klargestellt, dass es bei der Patientenverfügung nicht ausreicht, festzulegen, dass »keine lebensverlängernden Maßnahmen ergriffen werden sollen«. Einzelnen Maßnahmen sowie die Umstände, unter denen diese zu unterbleiben haben, müssen in der Patientenverfügung jeweils benannt werden.

  In einer Entscheidung vom 08. 02. 2017 (Az. XII ZB 604/15) hat das Gericht nun seine Sichtweise fortgeführt. Sind die Ausführungen des Verfügenden nicht konkret genug, ist der Wille des Verfügenden auch durch Auslegung zu ermitteln.

  Tipp:
  Je mehr Sie in der Patientenverfügung niederlegen, desto einfacher wird es im Streitfall sein, Ihren Willen zu ermitteln.

  Im Rahmen der Patientenverfügung könnten Sie zu Punkten wie Lebensführung/Wiederbelebung Ausführungen machen.

  Sie sollten sich fragen: Was ist für Sie ein Leben, das Sie führen wollen?

  Beispiele:
  – Für mich ist ein Leben mit Einschränkungen (bspw.: Ausfall der Funktionsfähigkeit von Gliedmaßen wie Armen oder Beinen) denkbar, auch wenn ich dauerhaft auf fremde Hilfe angewiesen bin.
  – Soll eine Wiederbelebung durchgeführt werden oder nicht?

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2017

Beispiele (Fortsetzung):
– Regelungen und Bestimmungen zu künstlicher Ernährung, Schmerzmedikation, medizinischen Eingriffen, Pflegemaßnahmen, der Familienanamnese, tatsächlicher und/oder seelsorgerischer Betreuung können aufgenommen werden.

Ansonsten ist es ratsam niederzulegen und sicherzustellen, dass die Bevollmächtigten in geführten Gesprächen aktuell über die einzuleitenden Konsequenzen und Maßnahmen unterrichtet sind.

- *Geltungsvoraussetzungen*
  Zudem sollten Sie Geltungsvoraussetzungen niederlegen:

Beispiele:
Die Vollmacht gilt nur, wenn die/der Bevollmächtigte ein Original der x-mal ausgefertigten und paraphierten Originale dieser Vollmacht vorlegen kann. Die Vollmacht bleibt in Kraft, wenn ich nicht mehr lebe.

Beachten Sie:
Der letzte Satz soll auch die Möglichkeit absichern, dass der Bevollmächtigte im Falle Ihres Versterbens handeln kann.

- *Betreuerbestellung und Testament*
  Weisen Sie zur Sicherheit auch darauf hin, dass nach der gesetzlichen Regelung des § 1896 Absatz 2 BGB die Bestellung eines Betreuers oft entbehrlich ist, soweit eine Bevollmächtigung besteht.

  Weisen Sie ggf. auch darauf hin, dass ein Testament besteht und wo das ggf. zu finden ist.

- *Datum, Ort und Unterschrift*
  Abschließend sollten Sie die Vollmacht mit Datum, Ort und Unterschrift versehen. Sie können auch regelmäßig die Vollmacht bestätigen.

PRAXISHINWEIS | Ihre Vollmacht nutzt Ihnen nur, wenn im Notfall auch bekannt ist, dass es sie gibt. Die Bundesnotarkammer hat ein zentrales Vorsorgeregister errichtet – unter www.vorsorgeregister.de können Sie Ihre Vollmacht registrieren lassen.
Das Register wird im ganzen Bundesgebiet im Notfall abgefragt. Die Online-Registrierung kostet für Privatpersonen aktuell 13,– € und ist auch gegen Aufpreis postalisch möglich – die Anmeldung kann auch direkt vom Rechtsanwalt und Notar vorgenommen werden.

In der Praxis hat sich auch eine Lösung bewährt, bei der alle Beteiligten, also sowohl der Vollmachtgeber als auch die Bevollmächtigten wie auch ein Notar oder Rechtsanwalt, ein Original der Vorsorgevollmacht vorhalten.

Tipp:
Denken Sie daran, einen Hinweis, wie ggf. beim Organspendeausweis, bei sich zu tragen.

RA Michael Lennartz
lennmed.de Rechtsanwälte

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2017

8.9.12. Checkliste Vorsorgevollmachten für Zahnärzte

Checkliste Vorsorgevollmachten für Zahnärzte

✔ = erledigt

A. Praxis-Vorsorgevollmacht

- ◯ Gibt es eine Praxis-Vorsorgevollmacht für Situationen, in denen der Zahnarzt unvorhergesehen länger ausfällt?
- ◯ Ist die Vollmachtsituation, in denen der/die Bevollmächtigte handeln soll, hinreichend beschrieben?
- ◯ Ist eine bevollmächtigte Person benannt?
- ◯ Ist ein Ersatzbevollmächtigter benannt?
- ◯ Ist der Umfang der Bevollmächtigung festgelegt (beispielsweise Mitarbeiterverträge, Mietverträge usw.)?
- ◯ Ist die Bevollmächtigung bezüglich der Bankkonten ausreichend und gilt sie über den Tod hinaus?
- ◯ Ist die Bevollmächtigung mit dem beziehungsweise mit den Kreditinstituten abgestimmt?
- ◯ Ist eine Bevollmächtigung hinsichtlich der Post (KZV, Kammer etc.) vorhanden (Fernmeldegeheimnis!)?
- ◯ Umfasst die Bevollmächtigung den digitalen Datenverkehr (Mail, Internetauftritt, Social Media ...)?
- ◯ Sind Zugänge und Passwörter hinterlegt?
- ◯ Soll die Bevollmächtigung auch Betreuung umfassen?
- ◯ Ist der Umfang im Fall der Betreuung festgelegt?
- ◯ Passt die Vorsorgevollmacht zu den Regelungen des Gesellschaftsvertrages?

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Fortsetzung Checkliste Vorsorgevollmachten für Zahnärzte

- ◯ Sind die Regelungen für den Krankheitsfall ausreichend?
- ◯ Ist die Regelung im Fall der Berufsunfähigkeit ausreichend?
- ◯ Sind die Regelungen im Scheidungsfall abgestimmt (Verhinderung des Zugriffs auf Praxiskonten etc.)?
- ◯ Sind Regelungen für den Todesfall vorhanden?
- ◯ Sind Geltungsvoraussetzungen der Vorsorgevollmacht festgelegt? (Beispielsweise Original oder eine notarielle beglaubigte Kopie muss vorgelegt werden)
- ◯ Ist die Geltungsdauer begrenzt, oder gilt die Vorsorgevollmacht unbegrenzt?
- ◯ Ist Bevollmächtigten bekannt, dass es eine Praxis-Vorsorgevollmacht gibt?
- ◯ Ist deren Hinterlegungsort der Vorsorgevollmacht niedergelegt?

B. Vorsorgevollmacht, Patienten- und Betreuungsverfügung für private Belange

- ◯ Gibt es eine private Vorsorgevollmacht für Situationen, in denen der Zahnarzt unvorhergesehen länger ausfällt?
- ◯ Ist die Vollmachtsituation, in denen der/die Bevollmächtigte handeln soll, hinreichend beschrieben? (beispielsweise schwerer Unfall, schwere Krankheit ...)
- ◯ Ist eine bevollmächtigte Person benannt?
- ◯ Ist eine ersatzbevollmächtigte Person benannt?
- ◯ Ist der Umfang der Bevollmächtigung festgelegt (beispielsweise Verträge, Mietverträge, Steuererklärungen usw.)?
- ◯ Ist die Bevollmächtigung bezüglich der Bankkonten ausreichend und gilt sie über den Tod hinaus?
- ◯ Ist die Bevollmächtigung mit dem beziehungsweise mit den Kreditinstituten abgestimmt?

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Fortsetzung Checkliste Vorsorgevollmachten für Zahnärzte

- ◯ Ist eine Bevollmächtigung hinsichtlich der Post vorhanden (Fernmeldegeheimnis!)?
- ◯ Umfasst die Bevollmächtigung den digitalen Datenverkehr (Mail, Social Media …)?
- ◯ Sind Zugänge und Passwörter hinterlegt?
- ◯ Soll die Bevollmächtigung die Vermögenssorge umfassen?
- ◯ Soll die Bevollmächtigung die Bestimmung des Aufenthaltsorts umfassen?
- ◯ Ist der Wunsch des Aufenthaltsorts niedergelegt?
- ◯ Soll die Bevollmächtigung auch die Einwilligung in freiheitsentziehende Maßnahmen möglich machen? (Gegebenenfalls ist die Einholung eines Beschlusses des Betreuungsgerichtes erforderlich)
- ◯ Ist eine Patientenverfügung gewünscht?
- ◯ Wenn Regelungen zur Patientenverfügung gewünscht sind, sind diese festgelegt? (mögliche Regelungsinhalte z. B. Wiederbelebung, künstliche Ernährung, Schmerzmedikation)
- ◯ Soll die Bevollmächtigung auch die Betreuung umfassen?
- ◯ Ist der Umfang im Fall der Betreuung festgelegt?
- ◯ Sind Geltungsvoraussetzungen der Vorsorgevollmacht festgelegt? (Beispielsweise Original oder eine notarielle beglaubigte Kopie muss vorgelegt werden)
- ◯ Ist die Geltungsdauer begrenzt, oder gilt die Vorsorgevollmacht unbegrenzt?
- ◯ Ist bekannt, dass es eine Vorsorgevollmacht gibt und ist deren Hinterlegungsort niedergelegt?

RA Michael Lennartz
lennmed.de Rechtsanwälte

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

8.9.13. Checkliste Ausfall des Praxisinhabers

Checkliste Ausfall des Praxisinhabers*

I. EINZELPRAXIS ☑ = erledigt

1. Kürzerer Ausfall

1.1. PRAXIS

- ◯ *Vollmachten prüfen, ggf. einholen*
- ◯ *Vertretung durch andere Praxis*
- ◯ *Vertreter einstellen*
  - ◯ Anzeige an KZV (bei Vertretungen länger als eine Woche)
  - ◯ vertragliche Situation klären (Anstellung und bei kürzeren Ausfällen freie Mitarbeit prüfen)
    - ◯ befristet
      - ◯ bis drei Monate (bei u.a. Krankheit kann Vertretung innerhalb von 12 Monaten bis zur Dauer von 3 Monaten erfolgen)
      - ◯ bei Schwangerschaft bis 12 Monate nach der Entbindung nach Anzeige bei KZV möglich
    - ◯ unbefristete Assistenz nach Genehmigung durch KZV
      - ◯ Vertreter muss Vorbereitungszeit nachweisen können
      - ◯ Beschäftigung als Entlastungsassistent oder angestellter Zahnarzt (Abklärung mit KZV, auch Budgetsituation) (Entlastungsassistent z.B. wegen Elternzeit oder bei Pflegebedürftigkeit eines Angehörigen)
- ◯ *Behandlungsfälle abschließen (durch Vertreter) und abrechnen*
- ◯ *Zahlungsverkehr prüfen*
  - ◯ Zahlungseingänge
  - ◯ Ausgaben
  - ◯ Löhne
  - ◯ Steuerberater hinzuziehen

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Fortsetzung Checkliste Ausfall des Praxisinhabers

- ◯ *Verträge prüfen*
  - ◯ Versicherungen
    - ◯ Ausfallversicherung
    - ◯ Berufshaftpflicht (Einbeziehung Vertreter, Nachweis Versicherung durch Vertreter)
    - ◯ Unfallversicherung – Leistung möglich?
    - ◯ Krankenversicherung: Tagegeld? Ab wann? Im Vorfeld: ausreichend?
  - ◯ Arbeitsverträge
    - ◯ Personalstand prüfen
    - ◯ Reduktion Überhang Personal durch ggf. Urlaub o. Ä.

1.2. PERSÖNLICH

- ◯ *Vollmachten prüfen, ggf. einholen*
- ◯ *Meldung an Versicherungen*
  - ◯ Krankenversicherung
  - ◯ Unfallversicherung
  - ◯ Tagegeld

2. Ausfall länger oder dauerhaft durch Krankheit/Tod

2.1. PRAXIS

- ◯ *Vollmachten prüfen, ggf. einholen*
- ◯ *Praxis bewerten lassen, Option Praxisverkauf überlegen*
- ◯ *Vertreter einstellen*
  - ◯ Anzeige KZV; bei langfristigem Ausfall Abklärung mit KZV – Ruhen der Zulassung
  - ◯ Arbeitsvertrag oder freie Mitarbeit prüfen
    - ◯ befristet
      - ◯ bis drei Monate (bei u. a. Krankheit kann Vertretung innerhalb von 12 Monaten bis zur Dauer von 3 Monaten erfolgen)
      - ◯ bei Schwangerschaft bis 12 Monate nach der Entbindung nach Anzeige bei der KZV möglich

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Fortsetzung Checkliste Ausfall des Praxisinhabers

- ◯ Anstellung nach Genehmigung durch KZV/Vertretung
  - ◯ Vertreter muss Vorbereitungszeit nachweisen können
  - ◯ Beschäftigung als angestellter Zahnarzt mit KZV abstimmen (Budgetsituation); bei Tod Abklärung Gnadenquartal und Vertretung mit KZV
  - ◯ ggf. angestellter Zahnarzt nach Antrag und Genehmigung durch Zulassungsausschuss
- ◯ *Behandlungsfälle abschließen (durch Vertreter) und abrechnen*
- ◯ *Zahlungsverkehr prüfen*
  - ◯ Zahlungseingänge
  - ◯ Ausgaben
  - ◯ Löhne
  - ◯ Steuerberater hinzuziehen
- ◯ *Verträge prüfen*
  - ◯ Versicherungen
    - ◯ Ausfallversicherung
    - ◯ Berufshaftpflicht und Haftpflicht des Vertreters
    - ◯ Rechtsschutzversicherung (u. a. auch Streitigkeiten mit Versorgungswerk und privater BU-Versicherung?)
    - ◯ Unfallversicherung – Leistung möglich?
    - ◯ Lebensversicherung
    - ◯ Tagegeld Krankenversicherung (ausreichend?)
    - ◯ Kündigung nicht notwendiger Verträge
  - ◯ laufende Verträge Anpassungsbedarf – Kündigung erforderlich (Fristen)
    - ◯ Serviceverträge
    - ◯ Mietvertrag
    - ◯ Versorgung (Strom etc.)
    - ◯ Telefon
    - ◯ öffentliche Lasten

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Fortsetzung Checkliste Ausfall des Praxisinhabers

- ◯ Lesemappe
- ◯ Abonnements
- ◯ Finanzierungen/Kredite/Leasing
- ◯ Kündigung nicht notwendiger Verträge

◯ Arbeitsverträge

- ◯ Personalstand prüfen
- ◯ ggf. Kündigungen aussprechen

◯ *Datenschutz beachten, Archivierung Patientenkartei*

◯ *Praxisaufgabe/-abgabe*

- ◯ Rechtsberatung einholen
- ◯ Nachfolger/Übernehmer suchen (finden)
- ◯ Kontakt KZV und Zahnärztekammer
- ◯ Verzicht Zulassung etc.

2.2. PERSÖNLICH

◯ *Vollmachten prüfen, ggf. einholen*

◯ *Meldung an Versicherungen*

- ◯ Krankenversicherung
- ◯ Unfallversicherung
- ◯ Lebensversicherung
- ◯ Tagegeld Krankenversicherung

◯ *Verträge prüfen*

- ◯ Abwicklung (z. B. Kredite, Arbeitsverträge o. Ä.)
- ◯ Kündigung

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Fortsetzung Checkliste Ausfall des Praxisinhabers

2.3. IM TODESFALL

- ◯ *Praxis*
  - ◯ Finanzamt benachrichtigen
  - ◯ Gesundheitsamt
  - ◯ KZV
  - ◯ Zahnärztekammer, Versorgungswerk (u.a. Witwenrente)
  - ◯ Versicherungen
  - ◯ Gericht
  - ◯ laufende Verpflichtungen abwickeln (Kredite, Finanzierungen etc.)
  - ◯ Kündigung aller Verträge
- ◯ *Persönlich*
  - ◯ Gericht/Erbschein
  - ◯ Versicherungen
  - ◯ Verträge kündigen/umschreiben
  - ◯ Lasten abwickeln

II. GEMEINSCHAFTSPRAXIS, PRAXISGEMEINSCHAFT, PARTG, GBR O.Ä.

1. Kürzerer Ausfall

1.1. PRAXIS

- ◯ *Vollmachten prüfen, ggf. einholen*
- ◯ *Vertretung durch andere Praxis*
- ◯ *Vertretung durch Partner der Praxis (Abklärung KZV, u.a. Budgetsituation, Erfordernis Einstellung zusätzlicher Zahnarzt abklären)*
- ◯ *Vertreter einstellen*
  - ◯ Abstimmung KZV

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Fortsetzung Checkliste Ausfall des Praxisinhabers

- ◯ Arbeitsvertrag
  - ◯ vertragliche Situation klären (Anstellung und bei kürzeren Ausfällen freie Mitarbeit prüfen)
    - ◯ bis drei Monate (bei u. a. Krankheit kann Vertretung innerhalb von 12 Monaten bis zur Dauer von 3 Monaten erfolgen)
    - ◯ bei Schwangerschaft bis 12 Monate nach der Entbindung nach Anzeige bei der KZV möglich
  - ◯ Anstellung nach Genehmigung durch KZV/Vertretung
    - ◯ Vertreter muss Vorbereitungszeit nachweisen können
    - ◯ Beschäftigung als angestellter Zahnarzt mit KZV abstimmen (Budgetsituation)
    - ◯ ggf. angestellter Zahnarzt nach Antrag und Genehmigung durch Zulassungsausschuss
- ◯ *Behandlungsfälle abschließen (durch Vertreter) und abrechnen*
- ◯ *Zahlungsverkehr prüfen*
  - ◯ Zahlungseingänge
  - ◯ Ausgaben
  - ◯ Löhne
  - ◯ Steuerberater hinzuziehen
- ◯ *Verträge prüfen*
  - ◯ Kooperationsvertrag (Berufsausübungsgemeinschaft) – Regelungen bei Ausfall – Vertretungsregelung
  - ◯ Versicherungen
    - ◯ Ausfallversicherung
    - ◯ Berufshaftpflicht (Einbeziehung Vertreter, Nachweis Versicherung durch Vertreter)
    - ◯ Unfallversicherung – Leistung möglich?
    - ◯ Krankenversicherung: Tagegeld? Ab wann? Im Vorfeld: ausreichend?

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Fortsetzung Checkliste Ausfall des Praxisinhabers

- ◯ Arbeitsverträge
  - ◯ Personalstand prüfen
  - ◯ Reduktion Überhang Personal durch ggf. Urlaub o. Ä.
- ◯ laufende Verträge – Personalstand prüfen

1.2. PERSÖNLICH

- ◯ *Vollmachten prüfen, ggf. einholen*
- ◯ *Meldung an Versicherungen*
  - ◯ Krankenversicherung
  - ◯ Unfallversicherung
  - ◯ Lebensversicherung
  - ◯ Tagegeld
- ◯ *Verträge prüfen*

2. Ausfall länger oder dauerhaft durch Krankheit/Tod

2.1. PRAXIS

- ◯ *Vollmachten prüfen, ggf. einholen*
- ◯ *Praxis bewerten lassen*
- ◯ *Vertretung durch „Partner" der Praxis – Klärung mit KZV, u. a. Budgetsituation, Einstellung angestellter Vertreter; Erfordernis Ruhen der Zulassung*
  - ◯ zeitlich begrenzte Vertretung (Regelungen Gesellschaftsvertrag); Erfordernis Ruhen der Zulassung nach längerem Ausfall prüfen
  - ◯ bei Tod – Gnadenquartal mit KZV abklären
  - ◯ Übernahme Anteile – Verkauf Anteile an Externe?
  - ◯ Steuerberater hinzuziehen
  - ◯ Rechtsberatung einholen
- ◯ *Behandlungsfälle abschließen (durch Vertreter) und abrechnen*

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Fortsetzung Checkliste Ausfall des Praxisinhabers

- ◯ *Zahlungsverkehr prüfen*
  - ◯ Zahlungseingänge
  - ◯ Ausgaben
  - ◯ Löhne
  - ◯ Steuerberater hinzuziehen
- ◯ *Verträge prüfen*
  - ◯ Versicherungen
    - ◯ Berufshaftpflicht
    - ◯ Versorgungwerk – Prüfung Berufsunfähigkeit/private BU-Versicherung? Witwenrente
    - ◯ Unfallversicherung – Leistung?
    - ◯ Lebensversicherung (Abklärung bei Tod; im Vorfeld u. a. Berechtigter noch aktuell?
    - ◯ Tagegeld Krankenversicherung
    - ◯ Sterbegeld
    - ◯ Kündigung Gesellschaftsvertrag? Folgen abklären.
  - ◯ laufende Verträge
    - ◯ Mietvertrag
    - ◯ Versorgung (Strom etc.)
    - ◯ Telefon
    - ◯ öffentliche Lasten
    - ◯ Lesemappe
    - ◯ Abonnements
    - ◯ Finanzierungen/Kredite/Leasing
    - ◯ Umschreibung/Übernahme Gesellschaftsanteil/Nachfolger nach Genehmigung durch Vertragspartner
    - ◯ Kündigung nicht notwendiger Verträge/Umschreibung (z. B. bei Fortführung als Einzelpraxis)

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Fortsetzung Checkliste Ausfall des Praxisinhabers

- ◯ Personalstand prüfen
  - ◯ ggf. Kündigungen aussprechen
  - ◯ Personalübernahme/Arbeitsverträge umschreiben
- ◯ *Teilweise oder vollständige Abgabe/Aufgabe*
  - ◯ Rechtsberatung einholen
  - ◯ Nachfolger/Übernehmer suchen (finden)
  - ◯ Anträge KZV
  - ◯ Verzicht Zulassung
- ◯ *Im Todesfall*
  - ◯ Finanzamt benachrichtigen
  - ◯ Gesundheitsamt
  - ◯ KZV
  - ◯ Zahnärztekammer
  - ◯ Versicherungen
  - ◯ Gericht (u.a. Erbschein)

2.2. PERSÖNLICH

- ◯ *Vollmachten prüfen, ggf. einholen*
- ◯ *Meldung an Versicherungen*
  - ◯ Krankenversicherung
  - ◯ Unfallversicherung
  - ◯ Lebensversicherungen
  - ◯ Tagegeld – Krankenversicherung
  - ◯ Sterbegeld
- ◯ *Verträge prüfen*
  - ◯ Abwicklung (z.B. Kredite o.Ä.)
  - ◯ Kündigung

*** Hinweis:**
Diese Übersicht dient zur Orientierung und sollte individuell an die Praxisbesonderheiten angepasst werden.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Checkliste Ausfall des Praxisinhabers – Vorbeugende Maßnahmen

Tipp:
Übersichten anlegen, prophylaktisch und vorbeugend,
Ansprechpartner festlegen und/oder informieren

1. VOLLMACHTEN ☑ = erledigt

- ◯ 1.1. Generalvollmacht
- ◯ 1.2. Beschränkte Vollmachten für einzelne Bereiche
- ◯ 1.3. Kontenvollmacht
- ◯ 1.4. Eng gefasste Einzelfallvollmachten
- ◯ 1.5. Testament / Verfügungen zu Lebzeiten / von Todes wegen
- ◯ 1.6. „To-do-Liste“ für Bevollmächtigte, Beauftragte, Ansprechpartner erstellen

2. VERSICHERUNGEN

2.1. Praxisversicherungen

- ◯ a) Ausfallversicherung – Betriebsunterbrechungsversicherung ausreichend?
- ◯ b) Berufshaftpflicht
- ◯ c) Rechtsschutzversicherung (z. B. Streitigkeiten mit Versorgungswerk und privatem BU-Versicherer abgedeckt?)
- ◯ d) Unfallversicherung
- ◯ e) Sonstige Versicherungen

2.2. Persönliche Versicherungen des Praxisinhabers

- ◯ a) Lebensversicherung – ausreichend, korrekter Bezugsberechtigter?
- ◯ b) Versorgungswerk – vorzeitige Rente?
- ◯ c) Krankengeld / Tagegeld – ausreichend? Erhöhung möglich?
- ◯ d) Berufsunfähigkeit – private BU-Versicherung?
- ◯ e) Sterbefall, -geld
- ◯ f) Hausratversicherung – ausreichend?
- ◯ g) Gebäudeversicherung (Feuer, Strom, Hagel etc.) – ausreichend?
- ◯ h) Kfz-Versicherungen
- ◯ i) Sonstige Versicherungen

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Fortsetzung Checkliste Ausfall des Praxisinhabers – Vorbeugende Maßnahmen

3. VERTRÄGE

3.1. Praxisverträge

- ◯ a) Miete – Vorzeitige Kündigung bei Tod und BU möglich?
  Einstieg Nachfolger möglich?
- ◯ b) Gesellschafts-, Partnerschaftsverträge – Berücksichtigung Ausfall Partner,
  Abfindung, Steuern etc.?
- ◯ c) Telefon
- ◯ d) Finanzierungen – Absicherung bei Ausfall?
  Ablösung und Umfang Vorfälligkeitsentschädigung?
- ◯ e) Leasing

Wichtig!

1. Steuerberater hinzuziehen
2. Rechtsberatung einholen
3. Versicherungsberater hinzuziehen – Spezialisten hinzuziehen
4. ALLE relevanten Dokumente kompakt archivieren!
5. Vorsorgevollmachten und digitales Testament erstellen

RA Michael Lennartz
lennmed.de Rechtsanwälte

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

8.9.13.1. Todesfall – vorbeugende Maßnahmen

Checkliste Todesfall – vorbeugende Maßnahmen

- ○ Zugriff auf Praxis-Unterlagen sicherstellen (Praxisvertrag, ggfs. Gesellschaftsvertrag, Mietvertrag, Leasingverträge, Darlehensverträge, Verträge betr. laufende Kosten/Betriebsmittel, Arbeitsverträge, Schlüsselverzeichnis, Kontaktdaten von Vertragspartnern, Beratern, Zahnärztekammer, KZV etc. und Patienten), ggfs. zusätzlich digital (z. B. USB-Stick)

- ○ Zugriff auf Praxis-Konten und -Software (»digitaler Nachlass«) sicherstellen (Bankvollmacht/en, Zugangsdaten), ggfs. zusätzlich digital (z. B. USB-Stick)

- ○ Fortführung der Praxis regeln (kurz-/mittel-, langfristig), um Stillstand zu vermeiden (Generalvollmacht an Vertrauensperson), da Zulassung mit Tod endet

- ○ Rechtsnachfolge bzgl. Praxis regeln (Unternehmertestament, bei Gemeinschaftspraxis unter Berücksichtigung gesellschaftsvertraglicher Beschränkungen); anderenfalls geht Einzelpraxis nach gesetzlicher Erbfolge auf die Erben oder Erbengemeinschaft über (d. h. ohne Testament auf Ehegatten und Kinder bzw. bei Fehlen auf Eltern und deren Abkömmlinge, ggfs. sonstige Verwandte); problematisch bei Fehlen einer zahnärztlichen Approbation des/der Erben; wichtig: Erhalt der wirtschaftlichen Einheit der Praxis durch Optimierung der Erbschaftssteuerlast, ggfs. Vermeidung/Minimierung von Pflichtteils-/Pflichtteilsergänzungsansprüchen durch lebzeitige Regelung

- ○ Zugriff auf Testament sicherstellen (Hinterlegung bei dem für den Wohnsitz zuständigen Amtsgericht, dadurch Erfassung im Zentralen Testamentsregister); wird ein Testament nicht »gefunden«, gilt grundsätzlich gesetzliche Erbfolge

- ○ ggfs. Ehevertrag, Erb-/Pflichtteilsverzichtsvertrag; ohne ausdrückliche Regelung steht dem Ehegatten, auch wenn die Praxisnachfolge geregelt ist, als Erbe seinem Erbteil entsprechend bei gesetzlicher Erbfolge betragsmäßig ein Anteil an der Praxis zu (neben Kindern 50 %); bei Enterbung ist der Ehegatte zumindest pflichtteilsberechtigt; sonst Risiko, dass zur Erfüllung der Ansprüche Praxis verwertet werden muss, wenn übriges Vermögen nicht ausreichend

- ○ Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung

- ○ Zugriff auf Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung sicherstellen (beim Zentralen Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer möglich)

- ○ Unternehmervollmacht (Ermächtigung des Bevollmächtigten, einen Stellvertreter für die Praxis einzusetzen)

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Fortsetzung Checkliste Todesfall – vorbeugende Maßnahmen

- ○ Bei Gemeinschaftspraxis: ohne anderweitige Regelung nach gesetzlichen Vorschriften »automatisch« Auflösung der Gesellschaft mit dem Tod eines Gesellschafters; daher ggfs. im Interesse einer Fortführung des Betriebes im Gesellschaftsvertrag ausdrücklich Fortsetzung im Todesfall durch die verbleibenden Gesellschafter und Übernahme des Gesellschaftsanteils durch diese (gegen Abfindungszahlung an den/die Erben) regeln oder alternativ – bei Vorliegen einer zahnärztlichen Approbation – Unternehmensnachfolge durch (z. B. einen von mehreren) Erben regeln (sog. Nachfolgeklausel oder qualifizierte Nachfolgeklausel); nicht nachfolgeberechtigter Erbe (z. B. Ehegatte, wenn der Gesellschaftsvertrag nur Abkömmlinge als Nachfolger vorsieht) rückt mit dem Tod des Gesellschafters nicht in die Gesellschaft/Praxis ein;
  Risiko für die verbleibenden Gesellschafter der Haftung mit Privatvermögen für Verpflichtungen aus Verträgen der Praxis mit Dritten (Miet-, Leasingverträge etc.), kein Sonderkündigungsrecht der Erben z. B. bzgl. Dauermietvertrag bei Fehlen einer entsprechenden Regelung

- ○ Checkliste für Hinterbliebene/Erben vorbereiten (s. u.)

Checkliste Todesfall/nachträgliche Maßnahmen für Erben

- ○ Meldung Todesfall beim Standesamt, das für den letzten Wohnsitz zuständig ist, innerhalb von 24 Stunden, falls Versterben außerhalb eines Krankenhauses (kann auch Hinterbliebener erledigen, der nicht Erbe ist)

- ○ Information an Zahnärztekammer, KZV, Versorgungswerk, Versicherungsgesellschaften etc.

- ○ ggfs. Erbschein beantragen (wenn kein notarielles Testament/keine Vollmachten existieren), damit Bankgeschäfte, Vertragskündigungen und Nachfolgeregelung vorgenommen werden können

- ○ ggfs. für vorübergehende Vertretung Genehmigung bei KZV einholen

- ○ ggfs. ausreichende Berufshaftpflichtversicherung für Vertreter sicherstellen/prüfen

- ○ Prüfung, ob Kündigung von Arbeitsverhältnissen (enden – anders als Zulassung – nicht mit dem Tod des Praxisinhabers)

RA Michael Lennartz
lennmed.de Rechtsanwälte

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

8.9.14. Digitales Testament

Absicherung der Zahnarztpraxis erforderlich

Ein Internetanschluss, eine E-Mail-Adresse, ein Account bei Twitter, Facebook, Google und Co, die Abwicklung der Bankgeschäfte und Kennwörter für die Abrechnung gehören heute zum Leben und zum Praxisalltag dazu. Auch eine Praxiswebsite mit der entsprechenden Domain, unter der das Leistungsspektrum der Praxis abgebildet ist, ist für die Zahnarztpraxis mittlerweile Standard. Dass bei Facebook Neues aus der Praxis kommuniziert wird, ist nichts Ungewöhnliches mehr.

Zugänge zum World Wide Web, Daten auf Datenträgern der Praxis, gespeicherte private Daten im Internet und auf Clouddiensten, Codes vom Mobiltelefon, Tablets und Software, Vertragsabschlüsse im Internet und auch die Zahlung über Paypal und andere Dienste prägen immer mehr den Praxisalltag und den Privatbereich.

Mithin umfasst der digitale Nachlass alle Rechtsverhältnisse im Hinblick auf die IT-Systeme einschließlich des gesamten Datenbestandes. Was aber geschieht im Falle des Todes mit dem »Leben im Netz«? Spezielle Regelungen für die digitale Identität bzw. den digitalen Nachlass kennt das deutsche Recht nicht, weshalb es erforderlich ist aktiv zu werden. Versäumnisse können gravierende Folgen bis zur Handlungsunfähigkeit von Erben und z. B. Praxispartnern haben.

Gesetzliche Regelung

Im Fall des Todes gehen Rechte und Pflichten auf den bzw. die Erben über. In § 1922 BGB ist geregelt, dass mit dem Tode einer Person (Erbfall) deren Vermögen (Erbschaft) als Ganzes auf eine oder mehrere andere Personen (Erben) übergeht.

Vererblichkeit des digitalen Nachlasses nicht eindeutig

Ob der Facebook-Account (hier stellvertretend genannt für den digitalen Nachlass) und damit auch dessen Inhalte nach den erbrechtlichen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches als Teil des Nachlasses zu behandeln ist, ist in der erbrechtlichen Literatur umstritten. Die herrschende Meinung geht davon aus, dass eine Vererblichkeit wie bei Briefen als »verkörperte« Kommunikation des Erblassers gesehen wird.

Die Rechtsprechung des BGH (Urteil vom 05.10.2006, Aktenzeichen Az.: I ZR 277/03) unterscheidet im Rahmen des Schutzes des postmortalen Persönlichkeitsrechts zwischen vermögenswerten und ideellen Teilen. In Bezug auf den digitalen Nachlass wird bisher keine ausdrückliche Aussage zum digitalen Nachlass bzw. dessen Übergang getroffen.

Fernmeldegeheimnis verhindert unkomplizierten Zugriff

Nach einer Entscheidung des Kammergerichtes Berlin (Urteil vom 31. Mai 2017, Aktenzeichen 21 U 9/16, Revision beim Bundesgerichtshof zugelassen) können Eltern wegen des Fernmeldegeheimnisses nicht auf den Account des Kindes zugreifen. Der Schutz des Fernmeldegeheimnisses nach dem Telekommunikationsgesetz (TKG), das sich nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts auch auf E-Mails erstreckt, die auf den Servern von privaten Diensteanbietern gespeichert sind, geht dem vor. Das durch Art. 10 Grundgesetz (GG) geschützte Recht des Fernmeldegeheimnisses sei eine objektive Wertentscheidung, die auch von privaten Dienstanbietern zu achten sei.

Mit der Frage, ob der Facebook-Account und damit auch dessen Inhalte nach den erbrechtlichen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches als Teil des Nachlasses zu behandeln sind, ist damit nunmehr der Bundesgerichtshof befasst.

Digitales Testament in Papierform

Nicht zuletzt im Interesse seiner Erben und der Praxisfortführung sollte der Praxisinhaber oder Praxispartner ein schriftliches digitales Testament **in Papierform** verfassen.

Hintergrund der Papierform ist, dass niemand garantieren kann, dass ein digitales Dokument wie z. B. PDF, CD, Diskette usw. in 20–30 Jahren auf den Speichermedien noch lesbar ist. Zumal diese Medien ggf. erst später mit viel Aufwand lesbar gemacht werden müssen. Anzuraten ist Laserdruck, da dieser im Zweifel haltbarer ist als Tinte. Eine Sicherung der Accounts und Passwörter auf einem passwortgeschützten USB-Stick ist daher nur ergänzend sinnvoll.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Die Papierform klingt zwar im Zeitalter digitaler Kommunikation zugegeben etwas altmodisch, ist aber bei der zurzeit noch unsicheren Rechtslage und den bestehenden Abgrenzungsschwierigkeiten der sicherste Weg.

Handschriftliches Testament/Vollmacht über den Tod hinaus
Wie ein normales Testament muss auch das digitale Testament handschriftlich verfasst werden.

Sie können auch in Form einer Bevollmächtigung über den Tod hinaus regeln, wer den digitalen Nachlass verwalten soll. Zudem sollten Sie, für den Fall, dass der Bevollmächtigte nicht handeln kann, einen Ersatzbevollmächtigten benennen.

Beispiel – Bevollmächtigung
»Den/Die Praxispartner (Name des/der Bevollmächtigten) bevollmächtige ich, nach meinem Tod auf meinen Computer und die Internetseiten XXXXX Zugriff zu nehmen. Ist diesem/dieser das nicht möglich, soll das (Name des/der Ersatzbevollmächtigten) wahrnehmen.«

Beispiel – Testament (ergänzende Klausel)
»Ich, (vollständiger Name), geboren am (Datum), in (Geburtsort), setze hiermit (Name, Geburtstag, Anschrift) als Erben meiner digitalen Daten, Accounts und Social-Media-Profile der Praxis … ein. Dies sind: (Name des/der Bevollmächtigten).«

Hardware
Es sollten Bestimmungen enthalten sein, was mit den Endgeräten (Computer, Smartphone, Tablet etc.) und den dort gespeicherten Daten passieren soll. Differenzieren Sie ggf. zwischen Praxis und Privat.

Beispiel – Vollmacht
»Den/Die Praxispartner bevollmächtige ich, nach meinem Tod auf meinen Computer der Praxis und die Internetseiten XXXXX Zugriff zu nehmen. Ist diesem das nicht möglich, soll das (Name des Ersatzbevollmächtigten) wahrnehmen.
Mein Mobiltelefon und mein Tablet soll wegen der dort vorhandenen privaten Daten mein Ehepartner erhalten und Zugriff nehmen.«

Persönliche Daten, Apps, Abos, Streaming
Machen Sie eine Aufstellung, welche Nutzernamen und dazugehörigen Passwörter bei den verschiedenen Anbietern verwendet werden. Ein nicht abschließendes Beispiel für eine solche Zusammenstellung ist auf der gegenüberliegenden Seite abgebildet.

Im Fall, dass die Accounts aktualisiert werden, sollten Sie ggf. über ein Masterpasswort nachdenken, damit die Liste nicht ständig aktualisiert werden muss.

Löschung Profile bei Facebook, Twitter und Co.
Bei den verschiedenen Anbietern sind zurzeit noch unterschiedliche Erfordernisse gegeben, um ein Profil zu löschen oder in einen »Gedächtnismodus« schalten zu lassen.

Beispiele:

Facebook
Gefordert wird der Nachweis, dass der Erbe Familienangehöriger oder rechtsgültiger Erbe ist (Nachweis mit einem Erbschein).
Wird eine Sterbeurkunde vorgelegt, kann beantragt werden das Profil zu löschen oder es in eine Gedenkseite umzuwandeln.

Xing
Das Profil wird hier inaktiv geschaltet, wenn der Nachweis erbracht wird, direkter Angehöriger zu sein (bspw. durch Abstammungsurkunde).

Twitter
Notwendig ist ein unterzeichnetes, notariell beglaubigtes Dokument, in dem die Beziehung zum Verstorbenen, der eigene Name, E-Mail-Adresse und Kontaktdaten festgehalten sind. Daneben sind Sterbeurkunde, Erbschein oder der Nachweis der Verwandtschaft sowie eine Todesanzeige erforderlich.

GMX
Bei Vorlage des Erbscheins können die Erben das Postfach übernehmen und auf Wunsch löschen.

Yahoo
Das E-Mail-Konto wird gelöscht, wenn die Erben eine Sterbeurkunde vorlegen.

Web.de
Zugang zum E-Mail-Konto wird gewährt, wenn sich Erben per Personalausweis und Erbschein ausweisen.

Abos, Apps und Streaming
Zudem sollten Sie festhalten, welche kostenpflichtigen Abonnements zu berücksichtigen, ggf. zu kündigen sind. Umfasst sein sollten z. B. Zugänge zu Apps, Streaming-Diensten, digitalen Zeitschriften usw.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Digitaler Nachlass – Nutzerkonten (Beispiele)

Ich nutze folgende digitale Dienste (bei Bedarf ergänzen):

1. **E-Mail-Dienste:**
   Anbieter/Internetadresse: _____
   Nutzername/E-Mail-Adresse: _____
   Passwort: _____

2. **Versandhandel:**
   Anbieter/Internetadresse: _____
   Nutzername/E-Mail-Adresse: _____
   Passwort: _____

3. **Soziale Netzwerke:**
   Anbieter/Internetadresse: _____
   Nutzername/E-Mail-Adresse: _____
   Passwort: _____

4. **Bezahldienste:**
   Anbieter/Internetadresse: _____
   Nutzername/E-Mail-Adresse: _____
   Passwort: _____

5. **Eigene Homepage/Hostingdienste:**
   Anbieter/Internetadresse: _____
   Nutzername/E-Mail-Adresse: _____
   Passwort: _____

6. **Eigene Internetverkäufe:**
   Anbieter/Internetadresse: _____
   Nutzername/E-Mail-Adresse: _____
   Passwort: _____

7. **Bank:**
   Anbieter/Internetadresse: _____
   Nutzername/E-Mail-Adresse: _____
   Passwort: _____
   Sonstige Zugangsdaten (z. B. E-Tan): _____

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Online-Banking
Achten Sie darauf, dass alle für das Banking erforderlichen Daten den Bevollmächtigten bzw. erbenden Personen zugänglich sind. Nutzen Sie beispielsweise die mobileTAN, müssen erforderliche Daten zur Anmeldung auf dem PC und auch dem Mobiltelefon festgehalten werden.

Um das Mobiltelefon zu entsperren, sind ggf. weitere Daten (z. B. Code) erforderlich.

Verwahrungsort
Die festzuhaltenden Daten können beispielsweise in einem Bankschließfach oder auch bei einem Anwalt oder Notar verwahrt werden.

Datum und Unterschrift
Datum und Unterschrift sollten das Dokument abschließen, um deutlich zu machen, dass keine weiteren Bevollmächtigungen/Verfügungen folgen.

RA Michael Lennartz
lennmed.de Rechtsanwälte

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

8.9.15. Die Einbindung Dritter in die Prozesse der Praxis

Die Einbindung von Dritten in Arbeitsprozesse der zahnärztlichen Praxis wirft insbesondere im Zusammenhang mit der zahnärztlichen Schweigepflicht Probleme auf.

Erfahrungsgemäß werden etwa die Beauftragung freiberuflicher Abrechnungsspezialistinnen, die Einbindung externer EDV-Dienstleister oder die Inanspruchnahme von Inkassounternehmen nur selten schweigepflichts- und datenschutzkonform organisiert. Der Beitrag gibt einen Überblick, worauf diesbezüglich zu achten ist.

Grundsatz
Externe Dienstleister, seien es freie Mitarbeiter oder gewerbliche Unternehmen bzw. deren Angestellte, sind nicht der zahnärztlichen Schweigepflicht unterworfen. Sie sind insbesondere *»keine berufsmäßig tätigen Gehilfen«* im Sinne des § 203 Abs. 3 StGB, die ihrerseits per se der strafbewehrten Schweigepflicht unterworfen und in diese in der Regel über den Arbeitsvertrag zusätzlich eingebunden sind.

Wer Abrechnungsspezialistinnen, EDV-Dienstleistern oder Inkassounternehmen Daten seiner Patienten zugänglich macht, ist damit im Prinzip wegen Verletzung der zahnärztlichen Schweigepflicht strafbar, wenn er nicht zuvor die Einwilligung des Patienten einholt.

Entbindungserklärung einholen
Bevor man etwa die Daten einer Behandlung, sei es die Identität des Patienten, seien es die bei dem Patienten durchgeführten Maßnahmen, an einen Dritten, etwa zum Zwecke der Abrechnung, weitergibt, ist in jedem Fall eine Entbindungserklärung gegenüber dem Dritten von dem Patienten einzuholen.

Der Patient sollte eine solche Erklärung in Schriftform unterzeichnen. Er sollte mit der Erklärung darauf hingewiesen werden, dass er die Erklärung jederzeit widerrufen kann. Keinesfalls darf eine Behandlung von der vorherigen Unterzeichnung der Erklärung abhängig gemacht werden. Abgesehen von der Behandlungspflicht gegenüber gesetzlich versicherten Patienten im Bundesmantelvertrag widerspräche dies auch dem berufsrechtlichen Behandlungsgebot bei Behandlungsbedürftigkeit.

Grenzen der Entbindungserklärung beachten
Sollten einzelne Patienten der Praxis eine Entbindungserklärung unterzeichnet haben, andere – aus welchen Gründen auch immer – hingegen nicht, ist dafür Sorge zu tragen, dass externe Dienstleister nur und ausschließlich auf die Patientenakten derjenigen Patienten zugreifen können, die eine solche Erklärung unterschrieben haben.

Diese Selbstverständlichkeit bedarf nach aller Erfahrung der Betonung. Hierbei gilt es insbesondere zu beachten, dass die Dokumentation betreffend Patienten, die seit der Einbindung des externen Dienstleisters oder überhaupt noch nie in der Praxis vorstellig waren (etwa die verwahrten Karteien von Altpatienten nach einer Praxisübernahme) und sich dementsprechend bisher zu einer Entbindung nicht erklären konnten, geschützt vor dem Zugriff der oder des Dritten aufbewahrt wird.

Ergänzend: Datenschutzvorschriften beachten
Unbeschadet der Schweigepflicht ist jedenfalls bei der elektronischen Dokumentation das bis auf den heutigen Tag bisweilen stiefmütterlich behandelte Datenschutzrecht, insbesondere das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG), zu beachten.

Jeder Zahnarzt speichert und verarbeitet mithin – sogar eine besondere Art (§ 3 Abs. 9 BDSG) – personenbezogene Daten im Sinne des BDSG. Damit unterliegen seine Patienten den Schutzvorschriften des BDSG.

Grundlagen
Der Zahnarzt unterliegt damit auch dem Grundsatz der Datensparsamkeit. Alle Daten sind so wenig und so selten wie möglich zu nutzen und zu vervielfältigen. Insofern sollte von einer unbegrenzten elektronischen oder tatsächlichen Kopie von Patientenakten zum Beispiel zu Abrechnungszwecken abgesehen werden.

Zum Grundsatz der Datensparsamkeit gehört aber auch, dass personenbezogene Daten nach Möglichkeit zu anonymisieren sind, wenn dies dem Verwen-

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2017

dungszweck nicht entgegensteht. Daher sollte insbesondere bei der Einbindung freiberuflicher Abrechnungsspezialistinnen stets geprüft werden, ob es je nach Art ihrer Einbindung ausreicht, der Helferin anonymisierte Daten zur Verfügung zu stellen.

Weitergabe von Daten
Die Weitergabe der Daten, etwa an Abrechnungsspezialistinnen, ist grundsätzlich nur nach § 4 a BDSG mit schriftlicher Einwilligung des Patienten zulässig. Die Einwilligung muss gesondert für sich stehen und sich ausdrücklich auf Gesundheitsdaten beziehen.

Der Patient hat im Übrigen abgesehen von seinem Einsichtsrecht das Recht, jederzeit Auskunft über die Art und Häufigkeit der Weitergabe seiner Daten zu verlangen.

Bei der Beauftragung von Abrechnungsspezialisten, deren Betätigung auf das Erstellen und Versenden von Rechnungen beschränkt bleibt, kommt eine sogenannte Auftragsdatenverarbeitung in Betracht, die in gewisser Weise privilegiert ist, allerdings einer schriftlichen Beauftragung und der Überwachung in datenschutzrechtlicher Hinsicht bedarf, weil der Zahnarzt verantwortlich für die Einhaltung des BDSG bleibt.

Gerade bei der Beauftragung von Inkassounternehmen ist zu beachten, dass insoweit eine Funktionsübertragung vorliegen kann, die wiederum der schriftlichen Einwilligung bedarf.

Fazit

Gerade wenn in der Zahnarztpraxis freiberufliche Abrechnungsspezialistinnen oder Inkassounternehmen zur Beitreibung von Forderungen gegen säumige Schuldner eingesetzt werden, sollten die entsprechenden Verträge und die Geschäftsbeziehungen auf die Einhaltung der Schweigepflicht bzw. die wirksame Entbindung davon sowie auf die Einhaltung der Vorschriften des BDSG überprüft werden.

RA Anno Haak, LL.M.
lennmed.de Rechtsanwälte

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2017

8.9.15.1. Outsourcing in der Zahnarztpraxis – Handlungsbedarf in Sachen Schweigepflicht

Folgen und Handlungsbedarf
Mit der Neufassung des Gesetzes bedarf es nun einer ausdrücklichen, vertraglichen Einbindung dieser Externen in die zahnärztliche Schweigepflicht, will der Zahnarzt nicht die eigene Strafbarkeit riskieren. Hierzu braucht es aus Gründen der Rechtssicherheit eine schriftliche Verpflichtung zur Einhaltung der Schweigepflicht.

Es gehört inzwischen zum Alltag der meisten Praxen, dass selbstständige externe Dienstleister die Möglichkeit haben, in Patientendaten Einsicht zu nehmen. Das kann der selbstständige EDV-Dienstleister sein, der den Server einrichtet, oder der Mitarbeiter eines Kundendienstes, der per Fernwartung die Praxissoftware in Stand setzt. Dies, obwohl die Zugänglichmachung der Patientendaten an Externe streng genommen eine Verletzung der Schweigepflicht darstellte und der Externe selbst auch bei Weitergabe der Daten an Dritte nicht strafbar war. Mit der Reform werden solche Externe nunmehr der Schweigepflicht unterworfen. Indes ist nun zugleich geregelt, dass der Zahnarzt sich wegen Schweigepflichtverletzung strafbar macht, wenn er seinen Dienstleister auf dessen Schweigepflicht nicht hinweist und der Externe später Patientendaten weitergibt.

Was es im Übrigen zu beachten gilt
Nach § 203 StGB ist die Einbindung nur zulässig, wenn sie erforderlich ist. Hier ist also vorab genau zu überprüfen, ob etwa die Tätigkeit des IT-Fachmanns es tatsächlich notwendig macht, dass er oder sie in die Patientenakten Einsicht nimmt.

Für das Outsourcing der gesamten Abrechnung etwa an private Abrechnungsstellen oder Factoring-Unternehmen wird wegen der Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) bzw. ab Mai 2018 der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) neben der Einbindung des Dienstleisters u. E. auch weiterhin eine entsprechende Einwilligung der Patienten eingeholt werden müssen.

Genauer Inhalt der Reform
Mit der Reform wird in § 203 StGB nunmehr normiert, dass

- es ausdrücklich nicht strafbar ist, über Patientendaten mit seinen eigenen Angestellten zu kommunizieren (das war schon bisher unumstritten, aber nicht geregelt),
- dass die geheim zu haltenden Informationen auch an sonstige Personen weitergegeben werden dürfen, sofern sie in der Praxis mitwirken und die Weitergabe für deren Tätigkeit erforderlich ist, und
- dass solche sonstigen Personen ihrerseits strafrechtlich zu belangen sind, wenn sie diese Informationen anderen Dritten gegenüber offenbaren.

Einbindung Schweigepflicht – Muster
Die Reform ist eine überfällige Anpassung der Gesetzeslage an die tatsächlichen Abläufe einer modernen Praxis und damit grundsätzlich zu begrüßen. Es gilt aber eben auch: Ohne die angesprochene Verpflichtung hat man die eigene Strafbarkeit wegen Bruchs der Schweigepflicht nicht mehr in der Hand. Ein Muster »Belehrung und Verpflichtung zur Verschwiegenheit« finden Sie hier.

»

RA Michael Lennartz

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Muster*

Belehrung und Verpflichtung zur Verschwiegenheit

XXXX (z.B. Zahnarztpraxis XXX), ADRESSE

– im Folgenden: **Dienstberechtigter** –

belehrt

Herrn/Frau XXXXX/Firma XXXXX, ADRESSE

nachfolgend über die Verschwiegenheitspflichten aus § 203 Strafgesetzbuch und **verpflichtet** Herrn/Frau XXXXX nachfolgend zur Verschwiegenheit:

§ 1 Schweigepflicht der Berufsträger des Dienstberechtigten

Den Parteien ist bekannt, dass ärztliche und zahnärztliche Berufsträger (nachfolgend Berufsträger) des Dienstberechtigten durch gesetzliche und untergesetzliche Vorschriften verpflichtet sind, über sämtliche Tatsachen Stillschweigen zu bewahren, die diesen im Rahmen ihrer Berufsausübung bekannt werden. Den Parteien ist bekannt, dass der Bruch dieser Pflicht zur Verschwiegenheit für Berufsträger des Dienstberechtigten strafbewehrt ist (§ 203 Strafgesetzbuch, StGB).

§ 2 Schweigepflicht des Dienstleisters, Strafbarkeit des Dienstleisters bei Bruch der Schweigepflicht

(1) Herr/Frau XXXXX verpflichtet sich ausdrücklich, über sämtliche Tatsachen, die ihm/ihr im Rahmen seiner/ihrer Tätigkeit als Dienstleister für den Dienstberechtigten bekannt werden und auf die sich die Schweigepflicht der Berufsträger des Dienstberechtigten bezieht, gegenüber Dritten absolutes Stillschweigen zu bewahren. Dies gilt insbesondere bei Informationen über Patienten der Zahnarztpraxis des Dienstberechtigten (Patientengeheimnis).

Muster

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

(2) Ein Verstoß gegen die Geheimhaltungspflicht von Patientengeheimnissen ist nach § 203 StGB strafbar. Herr/Frau XXXX wird darauf hingewiesen, dass er/sie sich seit einer Änderung des § 203 StGB durch Gesetz vom 30.10.2017 (in Kraft getreten am 09.11.2017) auch selbst strafbar macht, wenn er/sie gegen die Pflicht zur Verschwiegenheit verstößt (§ 203 Abs. 4 S. 1 StGB n. F.).

§ 3 Weitere Pflichten des Dienstleisters

(1) Herr/Frau XXXXX verpflichtet sich unbeschadet der Verschwiegenheitsverpflichtung nach § 2 der vorstehenden Verpflichtung, sich von Tatsachen, auf die sich die Schweigepflicht bezieht, nur insoweit Kenntnis zu verschaffen, als dies zur Erfüllung seiner/ihrer Pflichten aus dem Dienstvertrag mit dem Dienstberechtigten erforderlich ist. Es ist Herrn/Frau XXXXX untersagt, Unterlagen, Schriftstücke, Abschriften, Ablichtungen, Daten und/oder sonstige Informationsträger unbefugten Personen innerhalb oder außerhalb der Zahnarztpraxis des Dienstberechtigten zugänglich zu machen. Diese Geheimhaltungspflicht gilt auch über das Ende des Auftragsverhältnisses hinaus.

(2) Für den Fall, dass sich Herr/Frau XXXXXX zur Erfüllung seiner/ihrer Pflichten aus dem Dienstvertrag weiterer Personen bedient, ist er/sie verpflichtet, diese weiteren Personen in Textform über die in § 2 und vorstehendem Abs. 1 aufgeführten Grundsätze zu belehren und entsprechend zur Verschwiegenheit zu verpflichten.

XXXXX, den

_____

Dienstleister

* HINWEIS ZUM MUSTER

Bei dem vorstehenden Textvorschlag handelt es sich um ein unverbindliches MUSTER. Das MUSTER erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern gibt lediglich unverbindliche Anhaltspunkte für eine mögliche Vertragsgestaltung. Das MUSTER muss deshalb individuell überprüft und den Praxisverhältnissen im Einzelfall angepasst werden. Es ersetzt keinesfalls eine Beratung durch einen Rechtsanwalt oder Steuerberater. Für die Verwendung oder Nutzung des MUSTERS haftet die jeweilige Anwenderin bzw. der jeweilige Anwender.

Muster

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

8.9.16. Videoüberwachung in der Zahnarztpraxis – zulässig oder nicht?

Auf diese Frage gibt es zwei klare Antworten: Jein und es kommt darauf an. Nachfolgend sollen die dafür relevanten Hintergründe kurz erklärt werden:

Was ist Videoüberwachung?
Wird ein Ort mithilfe von optisch-elektronischen Geräten (z. B. Videokamera) beobachtet, so spricht man von einer Videoüberwachung. Dies kann durch eine Liveübertragung der aufgenommenen Bilder auf einem Monitor erfolgen oder durch Speicherung der entsprechenden Aufnahmen auf einem dafür geeigneten Medium. In beiden Fällen ist ausschlaggebend, dass eine Beobachtung mittels passend nutzbarer Technik erfolgt. Und sobald hierdurch Personen identifizierbar aufgenommen werden, kommt das Datenschutzrecht zum Zuge. Denn es werden bei einer Videoüberwachung in dessen Sinne personenbezogene Daten erhoben, sobald Informationen über die betroffene Person geliefert werden, durch die Rückschlüsse auf deren Persönlichkeit möglich sind.

Videoüberwachung in öffentlich zugänglichen Räumen
In einer Zahnarztpraxis gibt es sogenannte öffentlich zugängliche Räume wie das unverschlossene Treppenhaus, den Praxisparkplatz, einen offenen Eingangsbereich sowie das frei zugängliche Wartezimmer. Die Videoüberwachung eines solchen Bereichs ist dann zulässig, wenn sie aktuell den Voraussetzungen des § 6 BDSG (ab dem 25. 05. 2018 § 4 BDSG) entspricht, nämlich wenn sie zur Wahrnehmung des Hausrechts oder zur Wahrnehmung berechtigter Interessen für konkret festgelegte Zwecke erforderlich ist und keine Anhaltspunkte bestehen, dass schutzwürdige Interessen der Betroffenen überwiegen. Nicht ausreichend dürfte in diesem Zusammenhang die bloße Kontrolle des Praxiseingangs per Videokamera sein. Wenn aber beispielsweise die Videoüberwachung als Schutz- oder Beweissicherungsmaßnahme im Zusammenhang mit Einbrüchen oder Vandalismus durchgeführt werden soll, könnte sie zulässig sein. Dafür ist vorab und für jeden einzelnen zu überwachenden Raum zu prüfen, ob dem nicht schutzwürdige Interessen der Betroffenen – nämlich das Recht auf informelle Selbstbestimmung und das Recht am eigenen Bild – der Videoüberwachung entgegenstehen. Falls sich in der Vergangenheit aber bereits wiederholt Einbrüche oder Vandalismus ereignet haben und absehbar ist, dass sich dies künftig mit anderen Mitteln auch nicht vermeiden lässt, so dürfte eine Überwachung mittels Video durchaus zulässig sein. Werden die Aufnahmen der Videoüberwachung dann auch gespeichert, so ist dies nach aktueller Auffassung der Aufsichtsbehörden nur für maximal 72 Stunden zulässig. Ist das allerdings wegen Praxisschließzeiten in den Ferien zu einem bestimmten Zeitraum nicht praktikabel, so dürfte im Einzelfall auch eine Speicherdauer von zehn Tagen begründet sein. Die Daten sind aber in jedem Fall unverzüglich zu löschen, sobald der ihrer Erhebung zugrunde liegende Zweck entfällt. Auch ist an dieser Stelle noch zu erwähnen, dass der Betreiber der Videoanlage dazu verpflichtet ist, seine Kontaktdaten und den Umstand der Überwachung durch geeignete Maßnahmen (z. B. Beschilderung) kenntlich zu machen. Und letztlich sind stets Maßnahmen zu treffen, die die durch Videoüberwachung gewonnenen Aufnahmen angemessen sichern.

Videoüberwachung in nicht-öffentlich zugänglichen Räumen?
In einer Zahnarztpraxis gibt es selbstverständlich auch nicht-öffentlich zugängliche Räume wie etwa Behandlungs- oder Röntgenzimmer, die nur mit Willen des Verantwortlichen von einem dafür bestimmten Personenkreis betreten werden dürfen. Die Videoüberwachung ist in diesem Fall aktuell nach der Generalklausel des § 28 BDSG jedenfalls dann bei einem berechtigten Interesse des Verantwortlichen zulässig, wenn die überwachte Person diesbezüglich explizit einwilligt (vgl. auch OVG Berlin-Brandenburg, Az. 12 B 7.16). Ab dem 25. 05. 2018 wird wahrscheinlich die Generalklausel Art. 6 Abs. 1 europäische Datenschutzverordnung (DSGVO) als übergeordnetes Recht gegenüber dem BDSG für die Videoüberwachung im nicht-öffentlich zugänglichen Raum herangezogen werden. Da die Deutung dieser Generalklausel erst ab Ende Mai 2018 in die Praxis umgesetzt werden wird, sei jedem Zahnarzt, der seine Behandlungsräume videoüberwachen will, angeraten, sich vorab diesbezüglich mit dem für ihn zuständigen Landesdatenschutzbeauftragten abzustimmen.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 04/2018

Videoüberwachung von Beschäftigten

Fehlen noch Personal-, Büro- oder Laborräume, wann ist dort eine Videoüberwachung möglich? Dies ist aktuell und zukünftig eine äußerst komplexe Frage. Grob gesagt kann eine Videoüberwachung von öffentlich zugänglichen Bereichen zulässig sein, wenn ein berechtigtes Interesse des Arbeitgebers vorliegt, keine weniger einschneidende Maßnahme möglich erscheint und die Überwachung angemessen gekennzeichnet ist. Bezüglich nicht-öffentlich zugänglicher Räume kann eine offene Videoüberwachung nur mit expliziter und freiwilliger Einwilligung des Beschäftigten in Betracht kommen. Bei Verdacht einer konkreten Straftat könnte im Einzelfall auch eine zeitlich begrenzte verdeckte Videoüberwachung nicht-öffentlich zugänglicher Räume zulässig sein, soweit diesbezüglich keine weniger schwerwiegende Maßnahme ergriffen werden kann. Umkleide- oder Toilettenräume dürfen grundsätzlich nicht videoüberwacht werden.

Fazit

Auch wenn es praktisch erscheint, ein Videoüberwachungssystem in einer Zahnarztpraxis zu installieren, so ist die Zulässigkeit unter datenschutzrechtlichen Gesichtspunkten vor Inbetriebnahme für jeden einzelnen Raum zu überprüfen. Denn bei einer unzulässigen Videoüberwachung drohen je nach Einzelfall empfindliche Bußgelder oder auch Schadensersatz- und Schmerzensgeldansprüche.

Übrigens: Wäre eine Videoüberwachung unzulässig, so sind auch Kameraattrappen nicht erlaubt, solange nicht deutlich erkennbar ist, dass es sich tatsächlich nur um eine Attrappe handelt.

RAin Walburga van Hövell

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 04/2018

8.9.17. Checkliste Ehevertrag

Gesetzliche Rechtslage (ohne Ehevertrag)

1. Vermögen

- es gilt der Güterstand der sog. Zugewinngemeinschaft
- Praxis unterliegt in vollem Umfang dem sog. Endvermögen und damit dem Zugewinnausgleich; d. h. dass der Ehegatte des Praxisinhabers im Fall einer Scheidung zu 50 % am Wert der Praxis bzw. – wenn die Praxis bei Eheschließung schon bestand – zu 50 % an der Wertsteigerung in der Ehe partizipiert (zusätzlich zu einem Ausgleich bzgl. anderer Vermögenswerte in Höhe von 50 % der Differenz der Vermögensmassen, die beide Ehegatten in der Ehe gebildet haben)
- dadurch Risiko, dass Praxis im Scheidungsfall verwertet werden muss, damit der Zugewinnausgleich bezahlt werden kann
- Zugewinnausgleichsanspruch ist Zahlungsanspruch, d. h. kann ohne abweichende Regelung nicht durch Übertragung von anderen Vermögenswerten erfüllt werden
- Zugewinnausgleichsanspruch ist im Regelfall sofort mit Rechtskraft der Ehescheidung fällig (Risiko Zwangsvollstreckung)

2. Unterhalt

- während der Trennungszeit Trennungsunterhaltsanspruch des Ehegatten, der geringere Einkünfte hat, in Höhe von grundsätzlich 3/7 der Einkommensdifferenz
- nach rechtskräftiger Ehescheidung grundsätzlich (je nach Dauer der Ehe, Aufteilung der Aufgaben in der Ehe, Ehe mit/ohne gemeinsame Kinder, Alter der Ehegatten bei Scheidung u. a.) Anspruch auf sog. nachehelichen Unterhalt in Höhe von grundsätzlich 3/7 der Differenz der Einkommen beider
- Kindesunterhalt hat derjenige Elternteil zu zahlen, bei dem die Kinder nach der Trennung nicht leben

3. Versorgungsausgleich

- Ausgleich der in der Ehezeit wechselseitig erworbenen Versorgungsanwartschaften bei allen Versorgungsträgern (Zahnärztekammer, Dt. Rentenversicherung u. a.) in Höhe von 50 % der Differenz
- von Amts wegen Übertragung von 50 % des Überschusses vom Rentenkonto desjenigen Ehegatten, der die höheren Anwartschaften gebildet hat, auf das Rentenkonto des anderen
- Auszahlung erfolgt mit Renteneintritt des Ehegatten, der Anwartschaften übertragen erhalten hat, von dessen eigenem Rentenkonto an ihn (zusätzlich zu der selbst erworbenen Altersversorgung)
- im Regelfall ist, sobald Versorgungsausgleich durchgeführt ist, keine nachträgliche Abänderung möglich (also z. B. Ausschluss gegen Zahlung einer Abfindung)

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Fortsetzung Checkliste Ehevertrag

Regelungsmöglichkeiten (mit Ehevertrag)

1. Vermögen

- ○ im Regelfall uneingeschränkt disponibel
- ○ im Interesse eines Fortbestands der Praxis, v. a. bei erheblicher Divergenz der in der Ehe gebildeten Vermögensmassen (z. B. bei »Alleinverdienerehe«), sog. modifizierter Zugewinnausgleich: sog. Anfangsvermögen und sog. privilegiertes Anfangsvermögen, d. h. Vermögen, das der Praxisinhaber bei Eheschließung schon hatte oder während der Ehe unentgeltlich erworben hat durch Schenkung oder Erbfolge, bleibt bei der Berechnung des Zugewinns entweder komplett oder in Bezug auf Wertsteigerungen in der Ehe unberücksichtigt
- ○ bei Beteiligung an Gemeinschaftspraxis ist im Regelfall gesellschaftsvertraglich vorgesehen, dass der Gesellschafter einen Ausschluss der Praxis ehevertraglich regelt
- ○ Einschränkung der Zwangsvollstreckung wegen Forderungen des (geschiedenen) Ehegatten (Nachrang der Praxis, also vorrangig Zwangsvollstreckung in übriges Vermögen), um Risiko einer Verwertung der Praxis zu minimieren

2. Unterhalt (Ehegattenunterhalt, Kindesunterhalt)

- ○ nicht uneingeschränkt disponibel
- ○ zu differenzieren: Trennungsunterhalt bis zur rechtskräftigen Scheidung, nachehelicher Unterhalt ab Rechtskraft der Scheidung
- ○ kein Verzicht auf laufenden und künftigen Trennungsunterhalt (anders: Verzicht auf rückständigen Unterhalt)
- ○ kein Verzicht zu Lasten der gemeinsamen Kinder (Betreuungsunterhalt)
- ○ kein Verzicht auf Kosten der Staatskasse
- ○ möglich: Begrenzung nachehelichen Unterhalts der Höhe und der Dauer nach
- ○ Kindesunterhalt: kein Verzicht auf laufenden und künftigen Kindesunterhalt möglich, aber (teilweise) Freistellung durch den anderen Ehegatten möglich; Verzicht auf rückständigen Kindesunterhalt möglich

3. Versorgungsausgleich

- ○ Ausschluss möglich, wenn Prognose, dass beide Ehegatten ohne Inanspruchnahme von Sozialleistungen künftig in der Lage sein werden, ausreichend eigene Altersvorsorge zu treffen (problematisch je nach Dauer der bis zum Renteneintritt verbleibenden Zeit, v. a. bei »Alleinverdienerehe«)
- ○ ggfs. Ausschluss gegen Abschluss einer privaten Lebensversicherung mit unwiderruflicher Bezugsberechtigung oder anderweitiger Altersvorsorge für den anderen Ehegatten

4. Formerfordernis

zwingend formbedürftig, d. h. muss notariell beurkundet werden

lennmed.de Rechtsanwälte

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

8.10. Neuregelung des Versicherungsvertragsrechts – Tipps für den Zahnarzt

Nachdruck mit freundlicher Genehmigung der KZV Baden-Württemberg

Zum Thema

Mit der Reform des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) wurden zum 01.01.2008 Regelungen in Kraft gesetzt, die erhebliche Auswirkungen auf das Zahnarzt-Patienten-Verhältnis haben. Leitbild des Gesetzgebers war offenbar das Bild eines unmündigen und unselbstständigen Privatpatienten. Wir haben die gesetzlichen Neuregelungen analysiert und einige Tipps für Sie erarbeitet.

1. Beratung über Leistungen sowie über Anbieter solcher Leistungen

Private Krankenversicherungen können aufgrund der Neuregelung ihren Versicherten als zusätzliche Dienstleistung eine Beratung über Leistungen für medizinisch notwendige Heilbehandlungen wegen Krankheit sowie über die Anbieter solcher Leistungen offerieren (§ 192 Abs. 3 Nr. 1 VVG).

»Beratung« bedeutet nicht, dass z. B. eine Beratung über die konkrete Indikation erfolgen kann. Die Frage, wann welche Leistungen indiziert sind, kann und darf nicht durch Versicherer beantwortet werden. Gemäß § 1 Abs. 1 Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde (Zahnheilkundegesetz) ist für die Ausübung der Zahnheilkunde eine Approbation als Zahnarzt erforderlich.

Unser Tipp
Aufgrund des Rechts auf freie Arztwahl sowie des Rechts auf Therapiefreiheit entscheiden allein der Zahnarzt und der Patient über die notwendige Behandlung. Eine Beratung durch die private Krankenversicherung ist nicht bindend.

2. Beratung über die Berechtigung von Entgeltansprüchen

Den Versicherern wurde die Möglichkeit eingeräumt, über die Berechtigung von Entgeltansprüchen zu beraten (§ 192 Abs. 3 Nr. 2 VVG).

Die Frage der Berechtigung gründet sich in aller Regel auf einen zwischen dem Zahnarzt und dem Patienten geschlossenen Behandlungsvertrag in Verbindung mit den Gebührenordnungen. Durch die Gesetzesänderung wurde den Versicherern die Befugnis eingeräumt, auf ein nicht diese betreffendes Verhältnis Einfluss zu nehmen. Der Versicherer hat nur eine vertragliche Beziehung zum Versicherungsnehmer. Dieser ist gleichzeitig Patient und schließt einen Behandlungsvertrag mit dem Zahnarzt. Die Trennung der beiden zu Grunde liegenden Vertragsverhältnisse wird aufgeweicht.

Die Beratung über die Berechtigung von Ansprüchen aus einem Vertragsverhältnis stellt die klassische Aufgabe eines Rechtsanwaltes dar. Vorschriften über die Rechtsberatung sollen hierbei auch dem Schutz des Rechtsuchenden dienen. Es soll sichergestellt werden, dass ein Rechtsuchender eine fachkundige Auskunft erhält. § 192 Abs. 3 Nr. 2 ff. VGG ermöglicht es hingegen, dass Sachbearbeiter einer Versicherung Auskünfte erteilen. Diese haben jedoch in aller Regel weder eine juristische noch eine medizinische Ausbildung.

Unser Tipp
Eine Grenze für eine Beratung über die Berechtigung von Entgeltansprüchen besteht jedenfalls dort, wo Unwahrheiten oder Unterstellungen einfließen. Gegen falsche oder unwahre Auskünfte durch die Versicherungen kann rechtlich vorgegangen werden.

3. Abwehr unberechtigter Entgeltansprüche der Leistungserbringer

Nach § 192 Abs. 3 Nr. 3 VVG kann die Versicherung »unberechtigte Entgeltansprüche« abwehren. Hierdurch wird ein Ungleichgewicht geschaffen. Als Maßnahme der Versicherung kommt bspw. die Erstattung von Rechtsverfolgungskosten in Betracht. Der Zahn-

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

arzt könnte sich aber auch, wenn z. B. der Patient Ansprüche an seine Versicherung abtritt, bei einem Rechtsstreit nicht mehr seinem Vertragspartner, dem Patienten, gegenüber sehen, sondern einem Versicherungskonzern. Da dieser in der Regel über eine entsprechende Rechtsabteilung bzw. externe Berater verfügt, wird der Leistungserbringer dazu gezwungen, selbst entsprechende Maßnahmen zu seiner rechtlichen Vertretung zu ergreifen. Einer rechtlichen Eskalation wird damit Vorschub geleistet.

Um einer solchen Einmischung in das Verhältnis zwischen Zahnarzt und Patient vorzubeugen, kann u. A. ein Abtretungsverbot zwischen Zahnarzt und Patient vereinbart werden. Der Patient kann dann etwaige Ansprüche nicht mehr an seine Versicherung abtreten, mit der Folge, dass der Zahnarzt einen Rechtsstreit nicht gegenüber einem großen Versicherungsunternehmen führen muss.

Unser Tipp
Treffen Sie mit dem Patienten folgende Vereinbarung:

Abtretungsverbot
»Die Abtretung von Forderungen des Patienten, die aus dem Behandlungsverhältnis mit dem/den Behandler/n resultieren, an Dritte ist ausgeschlossen.«

Datum, Ort

Zahnarzt Patient

Ein solches Abtretungsverbot kann übrigens auch in sog. Allgemeinen Geschäftsbedingungen vereinbart werden. Allgemeine Geschäftsbedingungen werden jedoch nur dann wirksam vereinbart, wenn hierauf ausdrücklich hingewiesen wurde und der Patient die Möglichkeit hatte, in zumutbarer Weise von ihrem Inhalt Kenntnis zu erlangen.

4. Unterstützung der versicherten Person bei fehlerhafter Leistungserbringung

Die private Krankenversicherung kann als Dienstleistung die Unterstützung des Patienten bei der Durchsetzung von Ansprüchen wegen fehlerhafter Erbringung von Leistungen anbieten (§ 192 Abs. 3 Nr. 4 VVG). Im vertragszahnärztlichen Bereich ist es bereits aufgrund der Regelung des § 66 SGB V möglich, dass der Patient bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen, die aus Behandlungsfehlern entstanden sind, unterstützt wird. Hier gilt entsprechendes wie bei der Abwehr unberechtigter Entgeltansprüche. Eine Unterstützung durch die Versicherung kann zwar nicht grundsätzlich vermieden werden, es sollte jedoch vorsorglich ein Abtretungsverbot vereinbart werden.

Unser Tipp
Treffen Sie mit dem Patienten folgende Vereinbarung:

Abtretungsverbot
»Die Abtretung von Forderungen des Patienten, die aus dem Behandlungsverhältnis mit dem/den Behandler/n resultieren, an Dritte ist ausgeschlossen.«

Datum, Ort

Zahnarzt Patient

Ein solches Abtretungsverbot kann übrigens auch in sog. Allgemeinen Geschäftsbedingungen vereinbart werden. Allgemeine Geschäftsbedingungen werden jedoch nur dann wirksam vereinbart, wenn hierauf ausdrücklich hingewiesen wurde und der Patient die Möglichkeit hatte, in zumutbarer Weise von ihrem Inhalt Kenntnis zu erlangen.

Verhaltensregeln für den Fall des Vorwurfs eines Behandlungsfehlers

Anzeigepflicht
Im eventuellen Schadensfall ist gegenüber dem Haftpflichtversicherer auf die Anzeigepflicht zu achten. Wenn Schadensersatzforderungen gegenüber dem Zahnarzt angemeldet werden, sind diese unverzüglich, jedoch spätestens innerhalb einer Woche, dem Haftpflichtversicherer zu melden. Es ist unerheblich, ob die Ansprüche letztlich begründet sind. Es spielt auch keine Rolle, ob die Ansprüche lediglich dem Grunde und (noch) nicht der Höhe nach geltend gemacht werden, also eine Bezifferung des geltend gemachten Forderungsbetrages noch nicht erfolgt ist. Sofern der Zahnarzt die Obliegenheit zur Anzeige verletzt, kann er im Versicherungsfall den Versicherungsschutz verlieren.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

Zahnmedizinisch gebotene Maßnahmen treffen
Es ist alles zahnmedizinisch Gebotene zu tun oder das medizinisch Gebotene zu veranlassen, damit sich ein eingetretener Schaden nicht weiterentwickelt und Folgeschäden verhindert werden.

Erklärungen
Soweit Schadensersatzansprüche als unberechtigt angesehen werden, ist es richtig, darauf hinzuweisen. Wahrheitswidrige Tatsachenbehauptungen sowie Kausalitäts-, Verschuldensvermutungen und Schuldzuweisungen sollten unterlassen werden. Es sollte auch kein Schuld- oder Haftungsanerkenntnis abgegeben werden. Geschieht dies ohne Zustimmung des Haftpflichtversicherers, ist ein Versicherungsschutz nicht gegeben.

Beweismittel
Die beim Zahnarzt befindlichen Beweismittel (Karteikarte, Modelle, Schriftwechsel, Röntgenaufnahmen, etc.) sind sorgfältig aufzubewahren. Aufzeichnungen dürfen keinesfalls verändert werden.

Soweit Ergänzungen oder Berichtigungen erforderlich sein sollten, müssen diese in geeigneter Weise kenntlich gemacht werden. Soweit noch erinnerlich, sollte der Zahnarzt nachträgliche Aufzeichnungen über den Behandlungsverlauf machen.

Die beim Zahnarzt befindlichen Unterlagen sind grundsätzlich zunächst nicht im Original an den Patienten oder dessen Rechtsanwalt herauszugeben. Dies gilt auch für Röntgenaufnahmen. Der Zahnarzt ist verpflichtet, dem Patienten, und bei Vorliegen einer Schweigepflichtentbindungserklärung dessen Rechtsanwalt, Einsicht in die Beweismittel zu gewähren und ggf. auf dessen Kosten Kopien bzw. Duplikate anfertigen zu lassen und an diesen herauszugeben. Allerdings muss eine Originalröntgenaufnahme ausgehändigt werden, wenn diese zur vorübergehenden Einsichtnahme, z. B. zur Vorbereitung eines Arzthaftungsprozesses, angefordert wird. Die Herausgabe der Kopien bzw. Duplikate kann nicht von der Bezahlung der zahnärztlichen Liquidation abhängig gemacht werden. Jedoch kann ein Auslagenvorschuss für die Anfertigung von Kopien/Duplikaten verlangt werden.

Ein Anspruch des Patienten auf schriftliche Bestätigung der Richtigkeit und Vollständigkeit der Unterlagen besteht grundsätzlich nicht.

5. Unmittelbare Abrechnung der Leistung mit den Erbringern

Durch § 192 Abs. 3 Nr. 5 VVG wurde den Versicherern die Möglichkeit geschaffen, die Abrechnung nach Vereinbarung mit dem Versicherten unmittelbar mit dem Zahnarzt vorzunehmen (Direktabrechnung). Die Übernahme der Zahlungsverpflichtung durch die Versicherung stellt eine Schuldübernahme dar. Diese bedarf aber für ihre Wirksamkeit einer Genehmigung durch den Zahnarzt.

Unser Tipp
Im Einzelfall kann der Zahnarzt entscheiden, ob er eine Schuldübernahme mit der Folge einer Direktabrechnung zwischen Versicherung und ihm genehmigen will.

Besonderheit

Basistarif
Eine Besonderheit gilt künftig für die im Basistarif versicherten Patienten. Aufgrund der in § 192 Abs. 7 VVG zum 01.01.2009 in Kraft tretenden Regelung kann der Zahnarzt seinen Anspruch auf Leistungserstattung auch gegen den Versicherer geltend machen, soweit der Versicherer aus dem Versicherungsverhältnis zur Leistung verpflichtet ist. Dem Zahnarzt soll ein direkter Anspruch gegen die Versicherung auf Bezahlung der Leistungen verschafft werden. Diese haftet als Gesamtschuldner neben dem Patienten.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 05/2011

8.10.1. Zusatzversicherungen

Private Zusatzversicherungen

Es gibt eine Möglichkeit, zahnärztliche Leistungen jenseits des Kassenstandards zusätzlich zu versichern. Private Krankenversicherungen bieten eine ganze Palette von Zusatzversicherungen an. Dieser zusätzliche finanzielle Aufwand für eine private Zusatzversicherung bedeutet für Sie, dass Sie eine deutlich bessere, über den Kassenstandard hinausgehende Versorgung erhalten können. Zusatzversicherungen reduzieren in unterschiedlichem Umfang die zusätzlichen Kosten für Sie als Patienten, wenn Sie eine zahnmedizinische Behandlung über den Kassenstandard hinaus möchten. Mit einer privaten Zusatzversicherung können Sie Ihren Eigenanteil an Behandlungskosten reduzieren. Da die angebotenen Tarife sehr unterschiedlich sind und einige private Versicherungen nur etwas zur Behandlung dazubezahlen, wenn im Vorfeld die gesetzliche Kasse ihren Anteil bezahlt hat, sollten Sie sich über die verschiedenen Zusatzversicherungen besonders gut informieren.

Zusatzversicherungen für Kassenpatienten auf dem Prüfstand
Die Stiftung Warentest untersucht Konditionen und Verträge der privaten Zahnersatz-Zusatzversicherungen in ihrem Heft »Finanztest«. Umfassende Informationen zum Thema gibt es auch online bei der »Stiftung Warentest«

Welche private Zusatzversicherung ist die beste?
Auch der ARD-Ratgeber Geld empfiehlt, Konditionen und Verträge der privaten Zahnersatz-Zusatzversicherungen ganz genau zu überprüfen und zu vergleichen. Laut ARD-Ratgeber Geld sollten Patienten die Angebote von Versicherungen zum Beratungsgespräch beim Zahnarzt mitbringen.

Achten Sie vor Abschluss einer Zahnersatz-Zusatzversicherung vor allem auf folgende Punkte:
- Günstig ist nicht gleich günstiger: Vermeintlich günstigere Versicherungen erstatten oft nur qualitativ eher unterdurchschnittliche Materialien
- Der Leistungskatalog, also das, was die Versicherung anbietet, variiert beträchtlich
- Die Berechnungsgrundlage des Erstattungsanspruchs sollte sich auf die Gesamtkosten, nicht auf den Festzuschuss der Krankenkasse beziehen

Ausführliche Informationen liefert der Artikel »Lohnt sich eine Zahnersatz-Zusatzversicherung?« vom ARD Ratgeber Geld.

Reine Kostenerstattungstarife privater Krankenversicherungen
Einige private Krankenversicherungen bieten spezielle Kostenerstattungstarife an. Wenn Sie als Patient vom Arzt oder Zahnarzt eine Privatrechnung bekommen, so können Sie diese sowohl bei Ihrer gesetzlichen Krankenversicherung als auch bei Ihrer privaten Krankenversicherung einreichen. Von Ihrer gesetzlichen Krankenversicherung bekommen Sie die Kassenleistung abzüglich eines Abschlages für Verwaltungskosten erstattet. Den von der gesetzlichen Krankenkasse nicht erstatteten Teil der privaten Rechnung bekommen Sie von der privaten Krankenversicherung komplett oder je nach Vertrag teilweise erstattet.

Weitere Infos zu Zusatzversicherungen finden Sie u. a. unter folgenden Adressen:
– **www.focus.de:** Ein Online-Vergleich privater Vollversicherungen und privater Zusatzversicherungen von Focus Money
– **www.de-versicherung-online.de:** Ein weiterer kostenloser Online-Vergleich von privaten Zusatzversicherungen

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

Musterschreiben für GKV-Patienten, die an »Zahnzusatzversicherungen« interessiert sind

Immer häufiger fragen GKV-Patienten in der Zahnarztpraxis nach, ob erhaltene Angebote von »Zahnzusatzversicherungen« sinnvoll sind und sich ein Abschluss lohnt. Angesichts der oft sehr verklausulierten und differenzierten Versicherungsangebote – die Versicherungsflyer sind hier nur eingeschränkt verwertbar – muss bei den Angeboten sehr sorgfältig verglichen werden. Hier empfiehlt es sich, den Patienten auf Vergleichstests, zum Beispiel von Stiftung Warentest zu Zahnzusatzversicherungen, aufmerksam zu machen. Eine individuelle Beratung ist dem Zahnarzt nicht möglich, insbesondere da er kein »Versicherungsmakler« ist.

Hilfreich für den Patienten kann es natürlich sein, dass er vor dem Abschluss einer Versicherung die »richtigen Fragen« stellt, um zumindest in einigen wesentlichen Punkten zu erfahren, was die Versicherung bietet. Typische Fragestellungen sind in dem nachfolgenden Musterbrief zusammengefasst, der vom Patienten selbstverständlich noch individuell angepasst werden kann.

Musterschreiben des Patienten an die Versicherung:

Sehr geehrte Damen und Herren,

Ihr Außendienstmitarbeiter _____ hat mir eine »Zahnzusatzversicherung« Ihrer Gesellschaft nach dem Tarif _____ vorgeschlagen. Eine eingehende Beratung zu speziellen Fragen konnte mangels Detailkenntnissen nicht erfolgen.

Da ich aber exakte Auskünfte über mögliche Erstattungshöhen benötige, bitte ich Sie um detaillierte Beantwortung folgender Fragen:

Gibt es eine Sperrfrist (nach der erst Leistungen möglich sind) nach Vertragsabschluss?
❑ Ja Wenn ja, für welchen Zeitraum _____
❑ Nein

Bezieht sich die Bezuschussung auf die Gesamtsumme der Zahnersatzrechnung oder auf den Festzuschuss der gesetzlichen Krankenversicherung? _____

Werden auch Begleitleistungen bei Zahnersatzrechnungen, für die es keinen eigentlichen zugeordneten Festzuschuss gibt (z. B. GOZ 517, GOÄ 5000, GOZ 905, GOZ 800 ff.) bezuschusst?
Wie errechnet sich dieser Zuschuss? _____

Sind Implantologische Leistungen Bestandteil der Bezuschussung ?
Wie errechnet sich dieser Zuschuss? _____

Werden die notwendigen und sinnvollen Mundhygienemaßnahmen (Professionelle Zahnreinigung) zum Erhalt meiner Zähne bezuschusst ?
Wie errechnet sich dieser Zuschuss? _____

Werden Mehrkosten nach § 28 SGB V bei zahnfarbenen dentinadhäsiven Rekonstruktionen (anstelle von Amalgam) bezuschusst?
Wie errechnet sich dieser Zuschuss? _____

Übernehmen Sie die Kosten für von Ihnen im Vorfeld veranlasste Auskünfte bei meinem Zahnarzt? _____

Mit freundlichen Grüßen

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2022

8.11. Bußgeld DSGVO

CAVE! Datenschutzverstöße können teurer werden – einheitliches Bußgeldberechnungsmodell der deutschen Datenschutzkonferenz

Nach der seit 2018 geltenden europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) kann die zuständige Aufsichtsbehörde bei Datenschutzverstößen Bußgelder von bis zu 20 Millionen € oder von bis zu vier Prozent des Vorjahresumsatzes (Art. 83 DSGVO) festsetzen. Im internationalen europäischen Vergleich sind die deutschen Datenschutzbehörden, im Gegensatz zu anderen Behörden wie beispielsweise der französischen Datenschutzbehörde (CNIL), bisher eher zurückhaltend. Jedoch hat jüngst die Datenschutzbehörde Rheinland-Pfalz gegen ein Krankenhaus wegen Verwechslung der Patientendaten ein Bußgeld in Höhe von 105.000 € festgesetzt. Nach jüngsten Presseberichten soll gegen die Telekommunikationsfirma 1&1 durch den Bundesdatenschutzbeauftragten ein Bußgeld von 9,55 Millionen € für Verstöße gegen die DSGVO verhängt worden sein. Das Unternehmen hatte wohl keine geeigneten technischen und organisatorischen Maßnahmen vorgehalten, um die Verarbeitung personenbezogener Daten systematisch zu schützen. Namen und Geburtsdatum hätten für die Authentifizierung genügt.

Gegen die Höhe des Bußgeldes wendet sich nun das Unternehmen unter anderem mit dem Argument, dass der Verstoß nur ein Einzelfall gewesen sei und damit die Festsetzung gegen das Grundgesetz verstoßen würde, insbesondere unverhältnismäßig sei. Festzuhalten bleibt, dass die Verhängung von wirksamen Bußgeldern in einer abschreckenden Höhe eine Kernforderung der Datenschutzreform war, die schließlich zur gesetzlichen Regelung geführt hat. Da die DSGVO in den maßgeblichen Bestimmungen auch festgelegt hat, dass die Strafen und Bußgelder wirksam und verhältnismäßig sein sollen, bleibt die Entscheidung der Gerichte abzuwarten.

Es ist möglich, dass die Ermittlung des Bußgeldes nach dem mit Schreiben vom 14. 10. 2019 durch die Konferenz der unabhängigen Datenschutzaufsichtsbehörden des Bundes und der Länder (DSK) veröffentlichten Konzept zur Bußgeldbemessung als unverhältnismäßig angesehen wird, oder eben nicht. Dieses Konzept wurde auch in der Taskforce Fining des Europäischen Datenschutzausschusses (EDSA) vorgestellt, aber nicht verabschiedet.

Das Konzept beinhaltet eine Berechnung des Bußgeldes in fünf Schritten:

1. Bestimmung der Größenklasse
2. Feststellung des mittleren Jahresumsatzes der jeweiligen Untergruppe
3. Bestimmung des wirtschaftlichen Grundwerts
4. Multiplikation mit einem Faktor, der die Schwere der Tatumstände abbildet
5. Anpassung dieses Wertes anhand der konkreten Umstände des Einzelfalles

Da das Verfahren zur Ermittlung des möglichen Bußgeldes sehr komplex ist, soll es nachstehend anhand eines konkreten Beispieles erläutert werden:

Sehr vereinfachtes Fallbeispiel:
Eine Zahnarztpraxis mit einem Jahresumsatz von 690.000 € hat auf der Internetpräsenz ein Kontaktformular implementiert, bei dem Terminanfragen unverschlüsselt übermittelt werden. Mit der Neugestaltung der Website wurde ein spezialisiertes Unternehmen beauftragt:

1. Ermittlung der Größenklasse:
   Umsatz bis 700.000 € = Kleinunternehmen Klasse AII (Tabelle 1 DSK)
2. Mittlerer Jahresumsatz (Tabelle 2 DSK)
   1.050.000 €
3. Wirtschaftlicher Grundwert (Tagessatz) = mittlerer Jahresumsatz, dividiert durch 360 Tage
   2.917 € (gerundet auf volle €)
4. Ermittlung des Faktors: Verstoß gegen Art. 25, 32 DSGVO, da Terminanfrage nicht verschlüsselt.
   Gefahr, dass Gesundheitsdaten, als besonders sensible Daten, unverschlüsselt übermittelt werden = schwerer Verstoß, aber nicht sehr schwer, da es um Terminanfrage, nicht aber um Anamneseübermittlung mit zwingender Übermittlung von Gesundheitsdaten geht, jedoch die Gefahr besteht, dass auch diese übermittelt werden, daher Faktor 4–6.
   6 x 2.917 € = 17.502 €

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2020

5. Anpassung des Wertes anhand konkreter Umstände des Einzelfalles:
   Wurde bspw. ein Profi mit der Neugestaltung der Website beauftragt und hat diese Neugestaltung nicht den aktuellen Anforderungen entsprochen, ist durchaus eine Minderung des Wertes denkbar.
   Im Beispiel sollen das 20% sein, da ein Profi mit der Neugestaltung beauftragt wurde.
   Damit könnte der Wert bei ca. 14.000 € liegen.

Anmerkung:
Es kommt immer auf die konkreten Umstände im Einzelfall an. Gerade weil der Erwägungsgrund 148, Satz 2 zur DSGVO bestimmt, dass bei natürlichen Personen eine Verwarnung erteilt werden kann, wenn es sich um einen geringfügigen Verstoß handelt oder falls die Geldbuße eine unverhältnismäßige Belastung bedeutet und andererseits Abschreckung eine Kernforderung der Datenschutzreform ist, ist eine Prognose nicht wirklich zuverlässig möglich. Zumal der Bundesdatenschutzbeauftragte im September 2019 äußerte, dass die Zurückhaltung der Datenschutzbehörden immer weniger werden wird und es gerade wegen des mangelnden technischen Schutzes von Daten in Deutschland Bußgelder in Millionenhöhe geben wird.

Wird ein Bußgeld wegen DSGVO-Verstößen erlassen, ist innerhalb von zwei Wochen nach Zustellung des Bußgeldbescheids Einspruch einzulegen. Hält die Behörde, nach Überprüfung, am Bußgeldbescheid fest, ist aber nicht das Verwaltungsgericht zuständig, wie man es vermuten könnte, sondern das Amts- oder Landgericht (Bußgeld über 100.000 €, § 41 Abs. 1 BDSG). Es findet das Gesetz über Ordnungswidrigkeiten sinngemäß Anwendung. Weitere Besonderheiten sind hier, dass die Akten zunächst an die Staatsanwaltschaft weitergeleitet werden. Zudem kann dann im sog. Zwischenverfahren, aber nur mit Zustimmung der Datenschutzbehörde, das Verfahren eingestellt werden (§ 41 Abs. 2 S. 3 BDSG i. V. m. § 69 Abs. 4 S. 2 OWiG). Erfolgt keine Einstellung, entscheidet der Strafrichter als Einzelrichter beim Amtsgericht oder die große Strafkammer beim Landgericht.

Es bleibt also abzuwarten, das Thema Datenschutz sollte aber im Blick auf das Thema Bußgelder nicht vernachlässigt werden. Über aktuelle Entwicklungen informieren wir an dieser Stelle.

Manfred Weigt
Rechtsanwalt
Zertifizierter externer Datenschutzbeauftragter

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2020

8.12. Praxiswissen kompakt

Prüf- und Maßnahmenpflichten niedergelassener (Zahn-)Ärzte in der Praxis

Verschiedene gesetzliche Vorschriften sehen spezifische Maßnahmen im Zusammenhang mit der Ausstattung und den Abläufen in der (Zahn-)Arztpraxis vor, die Praxisinhaber im Blick haben sollten.

Zahlreiche Geräte, Anlagen und Betriebsmittel in der Praxis müssen in regelmäßigen, zum Teil vorgeschriebenen Abständen geprüft, gewartet und ggf. geeicht werden. Maßgebliche Regelungen hierzu finden sich im Medizinproduktegesetz (MPG) in Verbindung mit der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV), in der Unfallverhütungsvorschrift Elektrische Anlagen und Betriebsmittel (DGUV V3), der Betriebssicherheitsverordnung (BetrSichV), in Klausel SK 3602 »Elektrische Anlagen« der Zusatzbedingungen zu den Allgemeinen Feuerversicherungsbedingungen (AFB).

Der Praxisinhaber ist umfänglich in der Verantwortung, so bspw. auch für das Erstellen und die Einhaltung von Hygieneplänen, der Instandhaltung der Medizinprodukte in der Praxis oder aber für eine Gefährdungsbeurteilung und entsprechende Schutzmaßnahmen.

Diese vielfältigen Maßnahmen dienen insbesondere dem Arbeits- und Gesundheitsschutz der Mitarbeiter, dem Sach- und Brandschutz (sog. VdS-Prüfungen) sowie dem Gesundheitsdatenschutz.

Der vorliegende Beitrag soll einen Überblick über wesentliche Pflichtfelder verschaffen, kann aber im vorliegenden Rahmen angesichts der Vielzahl von Gesetzen, Verordnungen keine abschließende Darstellung bieten. Es empfiehlt sich insoweit, sich regelmäßig über mögliche Pflichten zu informieren und entsprechende zeitliche Vorgaben einzuhalten, um keine haftungsrechtlichen Konsequenzen zu riskieren.

1. Medizinprodukte

Medizinprodukte sind Produkte mit medizinischer Zweckbestimmung, wie bspw. Implantate, Instrumente, Dentalprodukte, Verbandstoffe, Röntgengeräte, ärztliche Instrumente, Labordiagnostika etc., die vom Hersteller für die Anwendung beim Menschen bestimmt und die regelmäßig in Praxen anzutreffen sind.

Für bestimmte Medizinprodukte sieht die MPBetreibV sicherheitstechnische Kontrollen vor. Für Instandhaltungsmaßnahmen dürfen nur Personen beauftragt werden, die über die Sachkenntnis und die erforderlichen Mittel zur ordnungsgemäßen Ausführung verfügen. Die Kontrollen sind nach den Angaben des jeweiligen Herstellers und dem Stand der Technik durchzuführen. Soweit vom Hersteller keine sicherheitstechnischen Kontrollen vorgeschrieben sind, hat der Betreiber und Anwender des Medizinprodukts diese alle zwei Jahre nach dem Stand der Technik durchzuführen.

Für spezifische Medizinprodukte, die in Anlage 1 und Anlage 2 zur MPBetreibV aufgeführt sind, ist ein sog. Medizinproduktebuch zu führen, das der zuständigen Behörde auf Verlangen vorzulegen ist.

2. Betriebssicherheitsverordnung – BetrSichV

Nach der BetrSichV müssen Arbeitgeber, unabhängig von der Größe des jeweiligen Betriebes, die Sicherheit und den Schutz ihrer Beschäftigten gewährleisten. Praxisinhaber haben grundsätzlich vor Verwendung von Arbeitsmitteln durch Mitarbeiter eine Gefährdungsbeurteilung durchzuführen, die alle möglichen Gefährdungen bei der Verwendung des jeweiligen Arbeitsmittels berücksichtigt, und auf Basis der durchgeführten Gefährdungsbeurteilung notwendige und geeignete Schutzmaßnahmen zu treffen.

Die Ergebnisse der Gefährdungsbeurteilung sind zu dokumentieren, ebenso wie die daraus abgeleiteten Schutzmaßnahmen. Der zuständigen Behörde ist die Dokumentation auf Verlangen vorzulegen.

3. VDE-Prüfung nach DGUV V3

Die aus der BetrSichV resultierende Pflicht des Arbeitgebers beinhaltet auch die regelmäßige, wiederkehrende Prüfung der elektrischen Anlage und Elektrogeräte der Praxis, um sicherzustellen, dass von ihnen keine Gefährdungen für die Mitarbeiter ausgehen, sowie Instandhaltungsmaßnahmen nach den Anga-

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

ben des jeweiligen Herstellers. Die Anforderungen an die Prüfung regelt die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung in der DGUV V3.

Sämtliche Elektrogeräte in der Praxis, vom Staubsauger oder dem Kühlschrank im Aufenthaltsraum der Mitarbeiter über Medizingeräte in den Behandlungszimmern bis hin zu Steckdosen in der gesamten Praxis, müssen fachgerecht vor der ersten Inbetriebnahme, vor einer Wiederinbetriebnahme und in regelmäßigen Zeitabständen überprüft werden. Dabei darf die sog. VDE-Prüfung, die in der Regel eine Sicht- und Funktionsprüfung sowie elektrotechnische Messungen beinhaltet, nur von einer Fachkraft, die eine Qualifikation für die VDE-Prüfung nachweisen kann, und nach den entsprechenden DIN-Normen (Prüfnorm DIN VDE 0100-600 und DIN VDE 0105-100) durchgeführt werden.

Für die regelmäßig durchzuführenden Prüfungen gibt es keine starren Fristen. Vielmehr hat der Praxisinhaber, sofern keine spezifischen Vorgaben des Herstellers vorliegen, eigenverantwortlich im Rahmen einer Gefährdungsbeurteilung Prüfintervalle für die wiederkehrenden Prüfungen zu bestimmen, wobei die zeitlichen Abstände so zu setzen sind, dass Mängel und Fehler frühzeitig erkannt werden können. Der Prüfturnus kann dementsprechend je nach Geräteart und der individuellen Beanspruchung variieren.

Es gibt aber Richtwerte für Prüffristen (Tabelle 1A und 1B Wiederholungsprüfungen ortsfester bzw. ortsveränderlicher elektrischer Anlagen und Betriebsmittel), bei deren Einhaltung die Vorgaben der DGUV hinsichtlich Prüffrist und Prüfperson in der Regel als erfüllt qualifiziert werden:

Ortsfeste elektrische Anlagen und Betriebsmittel
Für ortsfeste elektrische Anlagen und Betriebsmittel sind die Forderungen hinsichtlich Prüffrist und Prüfperson erfüllt, wenn die in **Tabelle 1A** genannten Festlegungen eingehalten werden.

Anlage/Betriebsmittel	Prüffrist	Art der Prüfung	Prüfperson
Elektrische Anlagen und ortsfeste Betriebsmittel	4 Jahre	auf ordnungsgemäßen Zustand	Elektrofachkraft
Elektrische Anlagen und ortsfeste elektrische Betriebsmittel in »Betriebsstätten, Räumen und Anlagen besonderer Art« (DIN VDE 0100 Gruppe 700)	1 Jahr		
Schutzmaßnahmen mit Fehlerstrom-Schutzeinrichtungen in nichtstationären Anlagen	1 Monat	auf Wirksamkeit	Elektrofachkraft oder elektrotechnisch unterwiesene Person bei Verwendung geeigneter Mess- und Prüfgeräte
Fehlerstrom-, Differenzstrom- und Fehlerspannungs-Schutzschalter – in stationären Anlagen – in nichtstationären Anlagen	6 Monate arbeitstäglich	auf einwandfreie Funktion durch Betätigen der Prüfeinrichtung	Benutzer/Benutzerin

Tabelle 1A: Wiederholungsprüfungen ortsfester elektrischer Anlagen und Betriebsmittel

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

Ortsveränderliche elektrische Betriebsmittel

Tabelle 1B enthält Richtwerte für Prüffristen. Als Maß, ob die Prüffristen ausreichend bemessen werden, gilt die bei den Prüfungen in bestimmten Betriebsbereichen festgestellte Quote von Betriebsmitteln, die Abweichungen von den Grenzwerten aufweisen (Fehlerquote). Beträgt die Fehlerquote höchstens 2 %, kann die Prüffrist als ausreichend angesehen werden.

Die Verantwortung für die ordnungsgemäße Durchführung der Prüfung ortsveränderlicher elektrischer Betriebsmittel darf auch eine elektrotechnisch unterwiesene Person übernehmen, wenn geeignete Mess- und Prüfgeräte verwendet werden.

Anlage/Betriebsmittel	Prüffrist Richt- und Maximalwerte	Art der Prüfung	Prüfperson
– Ortsveränderliche elektrische Betriebsmittel (soweit benutzt) – Verlängerungs- und Geräteanschlussleitungen mit Steckvorrichtungen – Anschlussleitungen mit Stecker – Bewegliche Leitungen mit Stecker und Festanschluss	Richtwert sechs Monate, auf Baustellen drei Monate*. Wird bei den Prüfungen eine Fehlerquote <2 % erreicht, kann die Prüffrist entsprechend verlängert werden. Maximalwerte: Auf **Baustellen**, in **Fertigungsstätten** und **Werkstätten** oder unter ähnlichen Bedingungen ein Jahr. In **Büros** oder unter ähnlichen Bedingungen zwei Jahre.	auf ordnungsgemäßen Zustand	Elektrofachkraft, bei Verwendung geeigneter Mess- und Prüfgeräte auch elektrotechnisch unterwiesene Person

* Konkretisierung siehe DGUV Information 203-006 »Auswahl und Betrieb elektrischer Anlagen und Betriebsmittel auf Bau- und Montagestellen«

Tabelle 1B: Wiederholungsprüfungen ortsveränderlicher elektrischer Betriebsmittel

Als ortsfeste elektrische Betriebsmittel gelten fest installierte elektrische Geräte, die nicht leicht bewegt werden können. Als ortsveränderliche elektrische Betriebsmittel werden Elektrogeräte, die während des Betriebs bewegt oder zu einem anderen Platz gebracht werden können, während sie an den Versorgungsstromkreis angeschlossen sind, verstanden (bspw. Kaffeemaschine, Staubsauger, Drucker, Telefon etc.).

4. VdS-Prüfung

Bei der VdS-Prüfung handelt es sich um eine eigenständige Sachverständigenprüfung, die vordergründig dem Sach- und Brandschutz dient.

Versicherungsnehmer sind gemäß AFB 2010 (Allgemeine Feuerversicherungsbedingungen) regelmäßig zur Einhaltung aller gesetzlichen, behördlichen und vertraglich vereinbarten Sicherheitsvorschriften verpflichtet. Hierzu zählt die sog. VdS-Prüfung, in deren Rahmen ebenfalls regelmäßig elektrische Anlagen durch eine zertifizierte Fachkraft zu prüfen sind. Die Prüfergebnisse sind zu dokumentieren und auf Verlangen vorzulegen, insbesondere in einem Schadensfall.

Bitte beachten Sie, dass die VdS-Prüfung weder andere Prüfungen ersetzt noch durch andere Prüfungen elektrischer Anlagen und Betriebsmittel (s. o.) ersetzt werden kann.

5. IT-Sicherheitsrichtlinie nach § 75b SGB V für die vertrags(zahn)ärztliche Versorgung

Die IT-Sicherheitsrichtlinie nach § 75b SGB V regelt die Anforderungen an das IT-Sicherheitsniveau in Praxen. Von Seiten der KZBV bzw. KBV werden die Sicherheitsanforderungen für verschiedene Bereiche der Praxis-IT in einer speziellen Richtlinie (»Richtlinie zur IT-Sicherheit in der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung«) verbindlich festgelegt.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

Die IT-Sicherheitsrichtlinie ist online (https://www.kzbv.de/it-sicherheitsrichtlinie-75b-kzbv-v1-01-0121.download.e97ec0837147f4639f3b4c32e5775c84.pdf) abrufbar.

Die Richtlinie beschreibt das Mindestmaß der Maßnahmen, die ein Praxisinhaber ergreifen muss, um die IT-Sicherheit in seiner vertragszahnärztlichen Praxis zu gewährleisten. Dabei richten sich die Anforderungen nach der Größe der Praxis.

Es wird zwischen vertrags(zahn)ärztlichen Praxen mit

- bis zu fünf ständig mit der Datenverarbeitung betrauten Personen (»Praxis«),
- 6 bis 20 ständig mit der Datenverarbeitung betrauten Personen (»Mittlere Praxis«),
- über 20 ständig mit der Datenverarbeitung betrauten Personen oder eine Praxis, die in über die normale Datenübermittlung hinausgehenden Umfang in der Datenverarbeitung tätig ist (»Großpraxis oder Praxis mit Datenverarbeitung im erheblichen Umfang«) unterschieden.

Praxen mit bis zu fünf ständig mit der Datenverarbeitung betrauten Personen haben die Anforderungen aus Anlage 1 und 5 umzusetzen, soweit die Zielobjekte in der Praxis genutzt werden. Mittlere Praxen haben die Anforderungen aus Anlage 1, 2 und 5 umzusetzen, soweit die Zielobjekte in der Praxis genutzt werden. Großpraxen oder Praxen mit Datenverarbeitung im erheblichen Umfang haben die Anforderungen aus Anlage 1, 2, 3 und 5 umzusetzen, soweit die Zielobjekte in der Praxis genutzt werden. Sofern medizinische Großgeräte (bspw. Computertomograph, u. Ä.) in der Praxis zum Einsatz kommen, sind ergänzend die Anforderungen aus Anlage 4 umzusetzen.

Bitte beachten Sie, dass die in der Richtlinie festzulegenden Anforderungen dem Stand der Technik entsprechen müssen und daher regelmäßig (jährlich) an den Stand der Technik und an das Gefährdungspotenzial anzupassen sind. Informieren Sie sich regelmäßig zum Stand der Richtlinie.

Bita Foroghi,
Rechtsanwältin LL.M. oec.
www.lennmed.de

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2023

8.13. Die ePA (elektronische Patientenakte) als »ePA für alle«

Ein bürokratischer Mehraufwand ist gesichert – Vorteile für die Zahnmedizin sind unbestimmt.

Die seit 2021 eingeführte ePA soll ab Januar 2025 zur »ePA für alle« werden. Bisher mussten sich gesetzlich Versicherte dazu entscheiden, ob sie eine ePA wünschen oder nicht (opt in). Nunmehr soll jeder gesetzlich Versicherte ab Januar 2025 eine ePA als »ePA für alle« erhalten, wenn er dieser nicht widerspricht (opt out). Nachdem sich bisher nur 1 % der gesetzlich Versicherten für eine ePA entschieden haben, sollen durch die Umstellung auf die »ePA für alle« bis zum Jahr 2026 80 % der gesetzlich Versicherten eine ePA haben.

Der wesentliche Unterschied zwischen der ePA und der »ePA für alle« besteht inhaltlich darin, dass diese nunmehr automatisch bei der Nutzung im Behandlungskontext aktiviert und ab 2025 in dieser eine Medikationsliste enthalten sein wird. Das digitale Zahnbonusheft war bereits in der ePA enthalten und ist ebenso in der »ePA für alle« enthalten. Im Ergebnis ist die »ePA für alle« keine Neuerung, sondern letztlich nur eine andere Bezeichnung für die bisherige ePA, die die Versicherten zukünftig auf der Basis opt out, also wenn diese nicht widersprechen, erhalten sollen.

Der nunmehr entstehende bürokratische Mehraufwand durch die »ePA für alle« liegt darin begründet, dass aufgrund der bisherigen marginalen Verbreitung der ePA dieser in der Praxis nicht relevant wurde.

Dies wird sich nunmehr ändern. Sofern der Patient der ePA nicht widersprochen hat und auch nicht der Nutzung der ePA durch den Zahnarzt widerspricht, erhält der Zahnarzt automatisch nach Stecken der Patientenkarteikarte für 90 Tage Zugang zur ePA, muss sich mit dieser befassen und ist zu deren Befüllung verpflichtet.

Befüllungsmehraufwand

Der Mehraufwand im Zusammenhang mit Befüllung der ePA wird nach einer Schätzung des Bundesministeriums der Gesundheit, nachdem er zuvor mit drei Minuten angenommen wurde, nunmehr mit einer Minute pro Behandlungsfall angenommen. Hierfür erhält der Zahnarzt die Vergütung BEMA Position ePA2.

In die ePA sind, sofern der Patient nicht widerspricht, folgende Daten einzustellen:

- Verordnung und Dispensierdaten aus dem E-Rezept
- Arzt-/Zahnarztbriefe
- Daten zu Laborbefunden
- Befunddaten aus bildgebenden Verfahren
- Befundberichte aus invasiven und chirurgischen sowie nicht invasiven oder konservativen Maßnahmen
- Ergebnisse genetische Untersuchungen oder Analysen

Weiterhin sind auf Wunsch des Patienten insbesondere folgende Daten einzustellen:

- Elektronisches Zahnbonusheft
- Elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung
- Daten im Rahmen eines Disease-Management-Programms
- Daten zu Reha-Maßnahmen und Heilbehandlungen
- Daten aus der Pflege und pflegerische Versorgung
- Daten aus einer digitalen Gesundheitsanwendung

Zu welchen Maßnahmen gemäß gesetzlicher Definition Befundberichte einzustellen sind, ist nach Aussage der KZBV unklar. Insbesondere ist fraglich, ob Befundberichte zu rein konservierenden Maßnahmen einzustellen sind oder nicht. Die einzustellenden Dokumente dürfen eine Dokumentengröße von 25 MB nicht überschreiten. Damit scheidet die Einstellung hochauflösender Röntgenaufnahmen in die ePA aus. Dem Zahnarzt obliegen darüber hinaus besondere Informationspflichten gegenüber dem Patienten, wenn die Daten, die in die ePA übertragen werden sollen, hochsensible Informationen wie psychische Erkrankungen, sexuell übertragbare Erkrankungen, Schwangerschaftsabbrüche oder vergleichbare hochsensible Daten enthalten. In diesem Fall dürfen die Daten nur dann in die ePA eingestellt werden, wenn der Zahnarzt den Patienten hierüber ausdrücklich informiert hat und den Patienten auf eine Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen hat und der Patient dann nicht widersprochen hat. Dies ist durch den Zahnarzt zu dokumentieren.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2024

Mehraufwand Erstbefüllung
Es ist zu erwarten, dass Zahnärzte verstärkt mit der Aufgabe Erstbefüllung der »ePA für alle« belastet werden. Nicht jeder gesetzlich Versicherte sucht jährlich einen Arzt auf, wohingegen die meisten gesetzlich Versicherten jährlich einen Zahnarzt zur Vorsorge und zum Eintrag ins Zahnbonusheft aufsuchen.

Im Fall, dass bisher noch keine Daten in die ePA eingestellt wurden, ist der Aufwand deutlich größer, da sodann eine Erstbefüllung vorgenommen werden muss. Nach Untersuchungen zur bisherigen ePA beträgt der Aufwand für die Erstbefüllung zwischen acht und zwölf Minuten, dementsprechend erhält der Zahnarzt eine Vergütung BEMA Position ePA1 von 10 €. Diese Leistung umfasst:

- die Erfassung, Verarbeitung oder Speicherung von versorgungrelevanten zahnmedizinischen Informationen oder Angaben zum Bonusheft aus der aktuellen Behandlung des Versicherten für eine erstmalige Einrichtung,
- fach- und sektorenübergreifende Dokumentation in der elektronischen Patientenakte auf Verlangen des Versicherten,
- die Prüfung, ob erhebliche therapeutische Gründe oder erhebliche Rechte Dritter einer Übermittlung in die elektronische Patientenakte entgegenstehen,
- die Prüfung und gegebenenfalls Ergänzung der zu den Dokumenten gehörenden Metadaten,
- die Einholung der Einwilligung des Versicherten in den Zugriff auf Daten in dessen elektronischer Patientenakte.

Aktuell gibt es die verschiedensten Schulungs- und Informationsschriften sowie Videos der gematik zur »ePA für alle« und deren Nutzung, aber keine solche, die genau den Aufwand deren Erstbefüllung beschreibt.

Die »ePA für alle« ersetzt keine zahnärztliche Patienten-Dokumentation
Die »ePA für alle« ist eine patientengeführte elektronische Akte, die die Zahnärzte und Ärzte befüllen müssen, wenn der Patient dem nicht widerspricht. Der Patient kann darüber hinaus selbstständig Daten in die ePA einstellen und auch eingestellte Daten löschen.

Der Zahnarzt muss nach wie vor selbst eine eigene Patientenakte führen. Mit der »ePA für alle« erhält der Zahnarzt lediglich die Möglichkeit, auf nicht durch ihn erhobene Befunde und erstellte Behandlungsunterlagen zuzugreifen. Da der Patient Daten in der ePA löschen kann beziehungsweise auch die Einstellung bestimmter Daten in die ePA vermeiden kann, hat dies zur Folge, dass sich der Zahnarzt nicht auf die Vollständigkeit des Inhaltes der ePA verlassen kann. Die ePA ersetzt nicht die Anamnese und Befragung des Patienten zu dessen bisherigen Krankheitsverlauf durch den Zahnarzt.

Mehraufwand Sichtung der ePA
Da die ePA eine weitere Informationsquelle für den Zahnarzt darstellt über Medikation und andere darin enthaltene Dokumente, ist der Zahnarzt verpflichtet, wenn der Patient dem nicht widerspricht, diese auf behandlungserhebliche Daten wie z. B. Allergien, Vorerkrankungen oder Arzneimittelwechselwirkungen zu sichten. Für den Zahnarzt bedeutet dies, dass er neben der Anamnese durch Befragung des Patienten darüber hinaus auch die elektronische Patientenakte sichten muss. Eine gesetzliche Regelung zum genauen Umgang mit der ePA, insbesondere ob sich der Zahnarzt abschließend auf das Ergebnis der Befragung des Patienten oder Sichtung der ePA zur Durchführung der Anamnese verlassen kann, obwohl durch einige Ärzteverbände seit 2021 gefordert, ist bisher nicht geschaffen worden. Nach Ansicht der KZBV sei der Zahnarzt nicht verpflichtet, die ePA regelmäßig zu sichten. Dies würde nur dann gelten, wenn sich nach Anamnese ergäbe, dass weitere Unterlagen in der ePA stehen könnten. Eine gesetzliche Regelung, aus der sich diese Entpflichtung des Zahnarztes herleiten lässt, wird jedoch nicht benannt. Im Zweifelsfall ist somit der Zahnarzt bis zu einer obergerichtlichen Rechtsprechung hierzu im vollen Haftungsrisiko, wenn er die ePA nicht sichtet.

Es gibt keine Volltextsuche zum Inhalt der ePA. Eine Suche kann lediglich über Metadaten, wie Ersteller des Dokuments, Datum des Dokuments und ggf. ICD-Code, erfolgen. Anhand der Metadaten kann dann der Zahnarzt das jeweilige Dokument abrufen und hochladen. Obwohl es die ePA bereits seit 2021 gibt, soll eine Volltextsuche voraussichtlich erst im Jahr 2026 eingeführt werden. Der Mehraufwand für Sichtung und Suche in der ePA ist im Rahmen der Be-

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2024

gründung des Gesetzes nicht erfasst worden, wird aber in praxi anfallen, ebenso wie der weitere Schulungsaufwand für Zahnärzte und Mitarbeiter im Umgang mit der ePA.

Durch die ePA sollen Daten für Forschung und sonstige Zwecke Dritter gesammelt werden

Bereits im Sommer 2025, also vor Einführung der Volltextsuche für Zahnärzte und Ärzte, soll die Möglichkeit dafür geschaffen werden, dass die Daten aus der ePA zu Forschungszwecken von Dritten genutzt werden können. Hierzu sollen die Daten aus der ePA anonymisiert an das Forschungszentrum Gesundheit am Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte weitergeleitet werden, welches dann auf Antrag bei Vorliegen eines öffentlichen Interesses, wie beispielsweise Forschung, Verbesserung der Versorgung, Qualität und Sicherheit, aber auch Statistik und Gesundheitsberichterstattung, die Daten anonymisiert weiterleitet.

Im Ergebnis ist festzuhalten, dass die ePA in jedem Fall zu bürokratischem Mehraufwand für die behandelnden Zahnärzte und Ärzte führt. Ärzte und Zahnärzte sollen als weitere Dienstleistung eine Akte des Patienten befüllen, deren Inhalt sodann auch für Forschungszwecke Dritter genutzt werden soll.

Ob sich aus der ePA konkrete Vorteile im Rahmen der zahnmedizinischen Versorgung ergeben, bleibt offen.

Der bürokratische Mehraufwand für den Zahnarzt lässt sich vermeiden, wenn der Patient der Nutzung der ePA durch den Zahnarzt widerspricht. Hierzu reicht die Abgabe einer Erklärung gegenüber dem Zahnarzt. Diese sollte allerdings dokumentiert werden, entsprechende Formulare lassen sich mit weniger Verwaltungsaufwand erstellen. Ob dies von Arzt und Patient gewünscht ist, mag allerdings jeder selbst entscheiden.

Dirk Wachendorf

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2024

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2024

8.14. Sprachbarrieren in der Praxis

Die Behandlung fremdsprachiger Patienten – Sprachbarrieren und ihre Bewältigung

I. Einwilligung des Patienten setzt ordnungsgemäße Aufklärung voraus; keine ordnungsgemäße Aufklärung ohne Sprachkenntnisse

Vor Durchführung einer medizinischen Maßnahme, insbesondere eines Eingriffs in den Körper oder die Gesundheit, ist ein Zahnarzt nach § 630d Abs. 1 Satz 1 BGB verpflichtet, die Einwilligung des Patienten einzuholen. Eine solche Einwilligung kann jedoch nur wirksam erteilt werden, sofern der Patient ordnungsgemäß aufgeklärt worden ist.

Eine ordnungsgemäße Aufklärung setzt nach § 630e Abs. 1 BGB voraus, dass der Zahnarzt den Patienten über sämtliche für die Einwilligung wesentliche Umstände aufgeklärt hat. Dazu gehören insbesondere Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose oder die Therapie. Daneben ist auch auf Alternativen hinzuweisen, wenn mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Methoden zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen können.

§ 630e Abs. 2 BGB bestimmt, dass diese Aufklärung mündlich, rechtzeitig und für den Patienten verständlich erfolgen muss.

Verletzt ein Zahnarzt die vorgenannte Aufklärungspflicht, kann dies nicht nur zu zivilrechtlichen Schadensersatzforderungen seitens des Patienten führen, sondern ggf. auch zu strafrechtlichen Konsequenzen, da eine ohne Einwilligung durchgeführte Behandlung – mangels ordnungsgemäßer Aufklärung – in der Regel eine strafrechtlich relevante Körperverletzung darstellt. Auch die Verhängung von Disziplinarmaßnahmen durch die jeweils zuständige Landeszahnärztekammer ist möglich.

Die Beweislast für das ordnungsgemäße Aufklärungsgespräch liegt vollständig auf der Seite des Zahnarztes.

Aufgrund der vorgenannten nicht unerheblichen rechtlichen Konsequenzen stellt sich gerade im Zusammenhang mit fremdsprachigen Patienten und den oftmals nicht unerheblichen Sprachbarrieren die Frage, wie ein Zahnarzt solche Patienten ordnungsgemäß und rechtssicher vor dem Beginn einer Behandlung aufklären kann, da eine Aufklärung nach § 630e Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 BGB gerade auch für den Patienten verständlich sein muss.

Welche Anforderungen genau für nicht Deutsch sprechende Patienten gelten, ist jedoch im Gesetz nicht näher konkretisiert. Auch in der Gesetzesbegründung für das im Jahr 2013 in Kraft getretene Patientenrechtegesetz heißt es hierzu vage:

> *»Verständlich heißt, dass die Aufklärung für den Patienten sprachlich verständlich sein muss. Bei Patienten, die nach eigenen Angaben oder nach der Überzeugung des Behandelnden der deutschen Sprache nicht hinreichend mächtig sind, hat die Aufklärung in einer Sprache zu erfolgen, die der Patient versteht. Erforderlichenfalls ist eine sprachkundige Person oder ein Dolmetscher auf Kosten des Patienten hinzuzuziehen.« (BGBl 17/10488, S. 25)*

II. Anforderungen an die Aufklärung

Nach der Rechtsprechung muss ein Arzt bzw. Zahnarzt sich im Rahmen seiner Aufklärungspflicht versichern, dass der Patient in der Lage ist, seiner medizinischen Aufklärung zu folgen, aber auch, dass der Patient die für eine ordnungsgemäße Behandlung erforderlichen Angaben machen kann. Andernfalls hat der Arzt bzw. der Zahnarzt die Behandlung abzulehnen oder für einen entsprechenden Sprachmittler zu sorgen, sodass der Patient dem Aufklärungsgespräch inhaltlich folgen kann (vgl. KG, Urt. v. 08.05.2008, Az.: 20 U 202/06; OLG Köln, Urt. v. 09.12.2015, Az.: 5 U 184/14). Als Sprachmittler kann hierbei ein professioneller Dolmetscher, ein sprachkundiger Angehöriger oder ein für eine Übersetzung geeignetes Mitglied des Krankenhaus- bzw. Praxispersonals herangezogen werden (OLG Köln, Urt. v. 09.12.2015, Az.: 5 U 184/14).

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2024

Beherrscht der Patient hingegen die deutsche Sprache, darf der Arzt darauf vertrauen, dass er nachfragt, wenn er einzelne Begriffe nicht versteht. Der in Deutschland aufgewachsene und die deutsche Sprache beherrschende Ausländer steht insoweit einem Deutschen, der ebenfalls nicht immer die medizinischen Fachwörter versteht, gleich. Ist der Patient in einer insgesamt verständlichen Weise aufgeklärt worden, ist es seine Sache, dem Arzt mitzuteilen, wenn er etwas nicht verstanden hat, und um Erläuterung zu bitten (OLG Karlsruhe, Urt. v. 11.09.2002, Az. 7 U 102/01).

Nach Auffassung des OLG Karlsruhe soll dies auch für ausländische Patienten mit ausreichenden Sprachkenntnissen der deutschen Sprache gelten. Gibt ein ausländischer Patient, der offenbar der deutschen Sprache ausreichend mächtig ist, während des Aufklärungsgesprächs nicht zu erkennen, dass er die Aufklärung nicht verstanden hat, und verlangt er auch nicht die Zuziehung eines Dolmetschers oder wenigstens eines deutsch sprechenden Familienangehörigen, so kann der Arzt vielmehr davon ausgehen, dass die erteilte Einwilligung in den Eingriff wirksam ist (OLG Karlsruhe, Urt. v. 09.04.2014 – 7 U 121/13).

1. Weitreichende Überprüfungspflicht bei der Hinzuziehung von Angehörigen als Sprachmittler

Gerade im Zusammenhang mit der in der Praxis häufig anzutreffenden Übersetzung durch sprachkundige Angehörige stellt die Rechtsprechung jedoch strenge Ansprüche an den aufklärenden Behandler.

Hiernach muss der Behandler bei erkennbaren Sprachschwierigkeiten des Patienten in geeigneter Weise überprüfen, ob der als Dolmetscher agierende Familienangehörige seine Erläuterungen verstanden hat. Hierzu muss der Behandler sich zumindest einen ungefähren Eindruck von den sprachlichen Fähigkeiten des Übersetzers verschaffen, er muss durch eigene Beobachtung feststellen, dass dem Patienten der Inhalt des Gesprächs übersetzt wird, und er muss aus der Art der Übersetzung (insbesondere der Länge der Übersetzung) den Schluss ziehen können, dass eine vollständige Übersetzung vorliegt. Zum Schluss muss der Arzt sich durch Rückfrage an den Patienten einen Eindruck davon verschaffen, ob dieser die Aufklärung auch verstanden hat. Hat der aufklärende Arzt Zweifel, ob der Patient seine Ausführungen verstanden hat, oder muss er solche Zweifel haben, ist er gehalten, sich der Hilfe eines Dolmetschers zu bedienen, von dessen ausreichenden Sprachfähigkeiten er hinreichend sicher ausgehen kann (OLG Köln, Urt. v. 09.12.2015, Az.: 5 U 184/14; OLG Köln, Urt. v. 23.01.2019, Az. 5 U 69/16).

Im vorliegenden Zusammenhang ist jedoch auch zu beachten, dass für die Hinzuziehung eines Dolmetschers wiederum die Zustimmung des Patienten erforderlich ist. Soweit der Patient die Hinzuziehung eines Dolmetschers verweigert, ist daher die jeweilige Behandlung nicht durchzuführen, sofern es sich nicht um eine Notfallbehandlung handelt. Entsprechendes gilt auch für den Fall, dass der Patient die Kosten für den Dolmetscher nicht bezahlen möchte.

Im Rahmen seiner Überprüfungspflicht kann sich der Behandler auch Aufklärungsbögen in der jeweiligen Fremdsprache oder Piktogrammen als Hilfsmittel bedienen. Auch die Bundeszahnärztekammer hat hierzu ein Piktogrammheft für die Zahnarztpraxis veröffentlicht. Solche Hilfsmittel ersetzen jedoch nicht die mündlich zu erfolgende Aufklärung im Sinne des § 630e BGB.

2. Notfall/Akuter Schmerzfall

In Notfällen bzw. bei einem akuten Schmerzfall muss der Arzt bzw. Zahnarzt entscheiden, ob es sich um eine aufschiebbare Behandlung oder um einen eilbedürftigen Notfall handelt, der sofort behandelt werden muss. Liegt eine unaufschiebbare Behandlung vor, kann nach § 630e Abs. 3 BGB eine Aufklärung entbehrlich sein. Im Allgemeinen ist festzuhalten, dass je dringlicher der Behandlungsbedarf, desto geringer sind die Anforderungen an die Aufklärung.

Sobald die Behandlung jedoch aufschiebbar ist – auch bei einem akuten Schmerzfall –, ist nach den vorgenannten Grundsätzen sicherzustellen, dass der Patient in der Lage ist, die Aufklärung zu verstehen und ihr zu folgen.

Da die Beweislast für das ordnungsgemäße Aufklärungsgespräch vollständig auf der Seite des Arztes bzw. Zahnarztes liegt, hat dieser entsprechend auch

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2024

sorgfältig zu dokumentieren, weswegen eine nicht aufschiebbare Behandlung angenommen wurde, um dies in einem Gerichtsverfahren ggf. beweisen zu können.

III. Übernahme von Dolmetscherkosten

Wie auch bereits der Gesetzesbegründung für das im Jahr 2013 in Kraft getretene Patientenrechtegesetz zu entnehmen ist, erfolgt die Hinzuziehung eines Dolmetschers auf Kosten des Patienten und nicht zu Lasten des Arztes (BGBl 17/10488, S. 25).

1. Keine Kostenübernahme durch die Krankenkasse

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts besteht seitens des Patienten auch kein Anspruch auf Übernahme der Dolmetscherkosten gegenüber den Krankenkassen. Versicherte können auch dann, wenn eine Verständigung zwischen ihnen und dem Arzt nicht möglich ist, nicht verlangen, dass auf Kosten der gesetzlichen Krankenkassen zur ambulanten Untersuchung oder Behandlung ein Dolmetscher hinzugezogen wird. Eine fehlende Regelung über die Hinzuziehung von Dolmetschern oder die Erstattung der dadurch entstehenden Aufwendungen im SGB V lässt nicht den Schluss zu, dass insoweit eine Gesetzeslücke besteht. Die Dolmetscherleistung *»ist nicht Teil der ärztlichen Behandlung, weil der Arzt sie aufgrund seines ärztlichen Fachwissens weder leiten noch kontrollieren und somit auch nicht verantworten kann«*. Amtssprache sei Deutsch; dies gelte auch in der GKV. Deshalb hätten die Versicherten für die Übersetzung ihrer Anliegen selbst zu sorgen (BSG, Urt. v. 10.05.1995, Az.: 1 RK 20/94; BSG, Beschl. v. 19.07.2006, Az.: B 6 KA 33/05 B).

2. Kostenübernahme im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung von Asylsuchenden

Nach Ansicht des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales sollen für Leistungsberechtigte (Migranten mit vorübergehendem oder unbestimmt dauerndem Aufenthalt in Deutschland, Geduldete und Asylbewerber) nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) in den ersten 15 Monaten ihres Aufenthalts die Dolmetscherkosten im Einzelfall zu den Leistungen bei Krankheit nach den §§ 4 und 6 AsylbLG gehören und übernommen werden, wenn eine Behandlung aufgrund von Verständigungsproblemen nicht möglich ist (Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages, Dolmetscher im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung – Anspruch und Kostenübernahme, WD 9 – 3000 – 021/17, Ziff. 5 m.w.N.).

Anerkannt Asylberechtigte sind hingegen sozialrechtlich weitgehend gleichgestellt, sodass entsprechend den vorgenannten Grundsätzen des Bundessozialgerichts kein Anspruch auf Übernahme der Dolmetscherkosten besteht.

3. Kostenübernahme im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung von Sozialhilfeempfängern

Für Personen, die im Rahmen des SGB XII leistungsberechtigt sind, besteht im Einzelfall ein Anspruch auf Kostenübernahme nach § 73 SGB XII (Hilfe in sonstigen Lebenslagen).

RA Michael Lennartz
RA Philipp Ungeheuer, LL.M. Medizinrecht
www.lennmed.de

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2024

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2024

8.15. EuGH bezieht Position zum Fremdbesitz – Auswirkungen auf I-MVZ

Mit viel Spannung wurde die Entscheidung des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) vom 19.12.2024 (C-295/23) erwartet, das sich mit dem in der deutschen aus der Bundesrechtsanwaltsordnung (BRAO) verankerten Fremdbesitzverbot für Rechtsanwaltskanzleien befasst. Dies auch vor dem Hintergrund bestehender Investoren-MVZ (I-MVZ) im zahnärztlichen Bereich.

Der EuGH kommt zu dem Ergebnis, dass das anwaltliche Fremdbesitzverbot unionsrechtskonform ist. Zwar läge u. a. ein Eingriff in die EU-Niederlassungsfreiheit der klagenden Rechtsanwaltsgesellschaft durch das Fremdbesitzverbot vor. Dieser Eingriff sei allerdings durch zwingende Gründe des Allgemeinwesens gerechtfertigt gewesen, da insbesondere die anwaltliche Unabhängigkeit durch die durch Fremdbesitz mittelbar mögliche Einflussnahme gefährdet sein könne.

Der EuGH-Fall

In dem vom EuGH zu entscheidenden Fall gründete ein Rechtsanwalt eine haftungsbeschränkte Unternehmergesellschaft mit einem Stammkapital von 100 €, um Rechtsdienstleistungen anzubieten. Er trat 51 % der Geschäftsanteile an ein gewerbliches Unternehmen aus Österreich ab, womit der europarechtliche Bezug im Hinblick auf grenzüberschreitende Dienstleistungen geschaffen wurde. Die Zulassung der Unternehmergesellschaft wurde behördlich widerrufen. In dem folgenden Verfahren legte der Bayerische Anwaltsgerichtshof dem EuGH mit Beschluss vom 20.04.2023 die Frage vor, ob das deutsche Berufsrecht, welches seinem Wortlaut nach einem Zusammenschluss deutscher Anwälte mit Gewerbetreibenden entgegensteht, mit den europäischen Kapitalverkehrs- und Niederlassungsfreiheiten vereinbar ist.

Unabhängigkeit – Kernwert der Anwaltschaft

In einer Pressemitteilung des Deutschen Anwaltvereins wird die EuGH-Entscheidung, die nicht den Schlussanträgen des zuständigen Generalanwaltes am EuGH folgte, ausdrücklich begrüßt: »Die Unabhängigkeit ist ein entscheidender Kernwert der Anwaltschaft und diese ist – nun auch mit ausdrücklichem ›Segen‹ des EuGH hinsichtlich des Beteiligungsverbots reiner Finanzinvestoren – nicht verhandelbar«, so Rechtsanwältin Dr. h.c. Edith Kindermann, Präsidentin des DAV. »Damit Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte ihrer Rolle im Rechtsstaat nachkommen können, ist es unverzichtbar, dass sie unabhängig sind – sowohl von staatlichen Stellen als auch von rein wirtschaftlichen Interessen.«

Fremdbesitz an Zahnarztpraxen – eine unselige Entwicklung

Von den Interessenvertretern investorenbetriebener Medizinischer Versorgungszentren wurde immer wieder betont, dass eine Reglementierung der Investorenbeteiligung an Zahnarztpraxen nicht nur verfassungswidrig, sondern auch europarechtswidrig sei. Mit dem Urteil des EuGH läuft diese Argumentation sichtbar ins Leere. Auch die zahnärztliche Unabhängigkeit – zu der auch elementar die Therapiefreiheit im Sinne der Patientinnen und Patienten gehört – muss vor dem Zugriff von Fremdinvestoren geschützt werden.

Nicht nur in der Rückbetrachtung ist es verwunderlich, dass der ehemalige Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) ohne jede Not fachgruppengleiche MVZ ermöglicht hat, an denen sich über vertragsarztrechtlich zulässige Konstruktionen Fremdinvestoren beteiligen können, etwa durch den Kauf eines Krankenhauses oder einer Dialyseeinrichtung. Das berufsrechtliche Fremdbesitzverbot an Arztpraxen und Zahnarztpraxen wird damit faktisch ausgehebelt. Von Teilen der Politik und iMVZ-Interessenvertretern wird gebetsmühlenartig angeführt, es müsse Geld ins System fließen. Das Faktum, dass es für die Finanzierung auch großer Praxen (etwa im Bereich Radiologie) Banken gibt, wird ausgeblendet.

Verkannt und übersehen wird auch, dass es im Heilberufebereich bereits verschiedene Urteile – auch des EuGH – gegeben hat, die sich explizit mit der Frage der Zulässigkeit von Fremdbesitz befasst haben. Das Fremdbesitzverbot ist keine speziell anwaltliche Angelegenheit, was gerne zur vermeintlichen Relativierung der aktuellen EuGH-Entscheidung angeführt wird.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2025

8.15. EuGH bezieht Position zum Fremdbesitz – Auswirkungen auf I-MVZ

Das Bundesverfassungsgericht hatte bereits mit Urteil vom 13.02.1964 (1 BvL 17/61) entschieden, dass das Mehrbesitzverbot bei Apotheken mit dem Grundgesetz vereinbar ist, und u. a. ausgeführt:

»Die wachsende Zahl der Arzneimittelspezialitäten verlangt den wissenschaftlich gebildeten Apotheker. Nur er ist in der Lage, den Überblick über die Arzneimittel zu behalten; er kann auch dem Arzt beratend zur Seite stehen. Diese Eigenart des Berufes des selbstständigen Apothekers bringt es mit sich, dass bei ihm die Züge des freien Berufes überwiegen; es sind ihm Dienste höherer Art aufgetragen, hinter die das Streben nach Gewinn, wie es sonst der gewerblichen Wirtschaft eignet, zurücktritt. […]«

Dass diese Argumentation nicht antiquiert ist, zeigt die sogenannte Doc Morris II-Entscheidung des EuGH vom 19.05.2009 (verb. Rs. C-171/07 und C-172/07). Der EuGH kam dabei zu dem Schluss, dass Fremdbesitzverbote in Deutschland und Italien zwar eine Beschränkung der im EG-Vertrag gewährleisteten Niederlassungsfreiheit beinhalten würden. Die Beschränkungen seien aber gerechtfertigt, weil sie dem Gesundheitsschutz der Bevölkerung dienten und nicht über das Maß des hierfür Erforderlichen hinausgingen. Die Entscheidung des Gesetzgebers, den Verkauf von Arzneimitteln grundsätzlich Apothekern vorzubehalten, wurde u. a. mit deren Befähigung und ihren Pflichten, insbesondere zur personenbezogenen Beratung, begründet. Nichtapotheker böten nicht die gleichen Garantien wie Apotheker, denn sie unterschieden sich von Apothekern dadurch, »dass sie definitionsgemäß keine derjenigen der Apotheker entsprechende Ausbildung, Erfahrung und Verantwortung haben«.

Der vom früheren Bundesgesundheitsminister Lauterbach wiederholt angekündigten Eindämmung von Fremdinvestoren sind keine Taten gefolgt, obwohl die Gesundheitsministerkonferenz am 22.06.2022 das Bundesministerium für Gesundheit aufgefordert hatte, Fremdinvestoren mit ausschließlich Kapitalinteressen von der Gründung und dem Betrieb zahnärztlicher MVZ auszuschließen. Zu hoffen ist, dass dieses Thema entsprechend den Ankündigungen im Koalitionsvertrag wieder auf die politische Agenda kommt.

RA Michael Lennartz
www.lennmed.de

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2025

8.16. Bürokratieentlastungsgesetz – wichtige Änderungen im Arbeitsrecht

Gesetzgebungsverfahren und Inkrafttreten

Das Bürokratieentlastungsgesetz IV (BEG IV) wurde am 26.09.2024 vom Bundestag beschlossen. Seit dem 01.01.2025 treten wichtige arbeitsrechtliche Änderungen in Kraft:

Das BEG IV bringt für Arbeitgeber Erleichterungen mit sich. Insbesondere die Einführung der Textform als Alternative zur bisher verbreitet vorgeschriebenen Schriftform stellt eine zentrale Änderung durch das BEG IV dar. Mit dem BEG IV wird das Ziel verfolgt, Bürokratie abzubauen und Arbeitsprozesse zu digitalisieren. Dadurch soll der Verwaltungsaufwand für Unternehmen reduziert und gleichzeitig die Flexibilität und Effizienz im Umgang mit Arbeitsverhältnissen erhöht werden.

Anforderungen an die Textform und Schriftform

In vielen arbeitsrechtlichen Regelungen war bisher die Schriftform vorgeschrieben. Seit dem 01.01.2025 wird in einigen Bereichen diese Schriftform durch die Textform ersetzt. Damit ist eine eigenhändige Unterschrift nicht mehr erforderlich. Es genügt, dass dem Dokument entnommen werden kann, wer die Erklärung abgeben möchte. Nicht aufgehoben wurde die Schriftform für das Aussprechen einer Kündigung und den Abschluss eines Auflösungsvertrags (Aufhebungsvertrag).

Bei der Textform muss die Erklärung so lesbar sein, als wenn sie auf Papier abgegeben worden wäre. Sie darf nach dem Absenden nicht sofort wieder »verschwinden«, sondern muss durch die Empfangenden so lange aufbewahrt oder gespeichert werden können, dass sie während eines »für ihren Zweck angemessenen Zeitraums« zugänglich ist. Die oder der Empfangende muss zudem in der Lage sein, die Erklärung unverändert wiederzugeben. Diese Bedingungen erfüllen unter anderem E-Mails.

- Arbeitsbedingungen in Textform
  Die im sogenannten Nachweisgesetz festgelegten wesentlichen Arbeitsbedingungen können künftig in Textform abgefasst und auf elektronischem Wege an den Arbeitnehmer übermittelt werden. Voraussetzung dafür ist allerdings, dass das Dokument für den Arbeitnehmer zugänglich ist sowie gespeichert und ausgedruckt werden kann. Zudem muss der Arbeitgeber den Arbeitnehmer zur Empfangsbestätigung auffordern. Die Option, Arbeitsbedingungen weiterhin in Schriftform zu verlangen, bleibt jedoch erhalten.

- Arbeitsverträge und Änderungsverträge in Textform
  Arbeitsverträge sowie Änderungen von Arbeitsbedingungen können künftig auch in Textform abgeschlossen oder übermittelt werden. Ein schriftlicher Nachweis ist nicht erforderlich, wenn die vertraglichen Inhalte bereits in Textform vorliegen. Für Arbeitnehmer besteht jedoch weiterhin die Möglichkeit, die Ausstellung eines schriftlichen Nachweises zu verlangen. Das Schriftformerfordernis bleibt im Sinne des § 14 Abs. 4 TzBfG für befristete Arbeitsverhältnisse bestehen.

  Praxistipp: Versendet der Arbeitgeber die wesentlichen Arbeitsbedingungen bzw. den Arbeitsvertrag, der diese Angaben enthält, beispielsweise per E-Mail an den Arbeitnehmer, muss der Arbeitgeber die E-Mail mit der Empfangsbestätigungsfunktion ausstatten.

- Arbeitszeugnisse in elektronischer Form
  Zudem ist es zukünftig möglich, dass Arbeitgeber Arbeitszeugnisse in elektronischer Form ausstellen können, sofern das Zeugnis mit einer qualifizierten elektronischen Signatur versehen wird. Praktisch könnte die klassische schriftliche Ausstellung jedoch weiterhin vorherrschen, da die Anforderungen an elektronische Signaturen zeit- und kostenintensiv sein können.

- Anträge auf Elternzeit und Teilzeit in Textform
  Arbeitnehmer können Anträge auf Elternzeit oder Teilzeit seit dem 01.01.2025 in Textform stellen. Arbeitgebern ist es ebenfalls möglich, auf solche Anträge ebenfalls in Textform zu reagieren und eine mögliche Ablehnung auf diesem Weg zu begründen.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2025

- Aushangpflichten: digital statt physisch
  Informationen, die bisher physisch im Unternehmen ausgehängt werden mussten, können künftig elektronisch bereitgestellt werden. Voraussetzung dafür ist, dass alle Beschäftigten ungehinderten Zugang zu den Informationen haben, etwa über ein firmeneigenes Intranet.

- Erweiterte Arbeitgeberpflichten
  Neben den Erleichterungen führt das BEG IV auch neue Pflichten ein. Gemäß § 16 Abs. 1 ArbZG müssen Arbeitgeber ihren Beschäftigten eine Kopie des Arbeitszeitgesetzes, der geltenden Tarifverträge, Betriebs- oder Dienstvereinbarungen sowie relevanter Rechtsverordnungen bereitstellen. Neu ist zudem, dass dies nicht mehr zwingend durch Aushang erfolgen muss. Die Bereitstellung kann über die betriebsübliche Informations- und Kommunikationstechnik, wie das Intranet, erfolgen, sofern alle Beschäftigten ungehinderten Zugang haben. Diese Regelung gilt auch für das Jugendarbeitsschutzgesetz, wonach Arbeitgeber beispielsweise die Anschrift der Aufsichtsbehörde oder die Arbeitszeiten und Pausen von Jugendlichen elektronisch bereitstellen dürfen.

RA Michael Lennartz
www.lennmed.de

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 03/2025

8.17. Barrierefreiheitsstärkungsgesetz (BFSG) – Auswirkungen auf die Zahnarztpraxen

Ab dem 28.06.2025 gilt das neue Barrierefreiheitsstärkungsgesetz (BFSG). Mit diesem Gesetz soll erreicht werden, dass digitale Produkte sowie Dienstleistungen barrierefrei zugänglich sind. Dabei geht es nicht um Rampen oder Aufzüge, sondern darum, jeder Person – unabhängig von einer Beeinträchtigung – im Internet Zugang zu Dienstleistungen und Käufen zu ermöglichen. Während bisher ein Patient mit einer starken Sehbeeinträchtigung oder Blindheit die Praxis telefonisch kontaktieren musste, soll dies künftig auch über das Internet möglich sein. Das BFSG will damit jedem Menschen zukünftig die Teilhabe an den digitalen Wegen ermöglichen. Kurz gesagt: Es soll Gleichheit herstellen.

Wen betrifft das BFSG?

Das BFSG betrifft jeden sog. Wirtschaftsakteur, der Produkte auf dem Markt bereitstellt oder Dienstleistungen anbietet bzw. erbringt (§ 2 Nr. 15 BFSG). Jeder, der etwas verkauft oder eine Dienstleistung erbringt, muss dies künftig barrierefrei gestalten. Das Gesetz richtet sich dabei an Verbraucher und findet keine Anwendung im Verhältnis zwischen Unternehmern. Verbraucher ist jede natürliche Person, die ein Produkt oder eine Dienstleistung nach BFSG privat nutzt (§ 2 Nr. 16 BFSG). Für Patienten bedeutet dies: Sie handeln in der Regel in rein privaten Angelegenheiten. Bei Verbänden (z. B. Freier Verband Deutscher Zahnärzte e. V.) muss differenziert werden: Ein Zahnarzt als Mitglied handelt beruflich, Studenten meist privat. Folglich müssen auch Online-Mitgliedsanträge barrierefrei sein.

Was wird im BFSG geregelt?

Das BFSG bezieht sich sowohl auf Produkte als auch auf Dienstleistungen. Vereinfacht gesagt, gelten nach dem BFSG auch Zahnärztinnen und Zahnärzte als Dienstleister. Schon die Möglichkeit, online einen Termin zu vereinbaren, stellt eine Dienstleistung im elektronischen Geschäftsverkehr dar. Daher müssen Webseiten entsprechend barrierefrei gestaltet werden.

Auch im Bereich »Produkte« können Zahnärzte betroffen sein. Unter Produkten versteht man nicht nur klassische Verkaufsgegenstände wie einen Computer, sondern auch Selbstbedienungsterminals zum Check-in oder interaktive Geräte, die Informationen bereitstellen oder erheben. Produkte, die nach dem 28.06.2025 »auf den Markt« gebracht werden (§ 1 Abs. 2 Nr. 2 lit. cc) und dd) BFSG), fallen unter die Regelungen. Beispiele sind Tablets zur Anmeldung oder standardisierte digitale Aufklärungen, etwa für Blutspenden, Impfungen oder andere Behandlungsmethoden, sowie Apps, die zur Kommunikation oder Terminvereinbarung mit Patienten eingesetzt werden.

Nach § 38 Abs. 1 BFSG gibt es eine Übergangsvorschrift: Produkte, die bereits vor dem 28.06.2025 genutzt wurden, dürfen noch fünf Jahre lang weiterverwendet werden, auch wenn sie nicht barrierefrei sind.

Wichtige Ausnahme

Sogenannte Kleinstunternehmer (§ 2 Nr. 17 BFSG) sind von der Anwendung des Gesetzes ausgenommen. Das sind Unternehmen mit weniger als zehn Beschäftigten und einem Jahresumsatz bzw. einer Jahresbilanzsumme von höchstens 2 Mio. €. Zahnarztpraxen müssen daher prüfen, ob sie unter diese Definition fallen.

Die Berechnung der Mitarbeiterzahl ist leider nicht einfach und das BFSG enthält keine direkte Vorgabe. Zur Berechnung der Mitarbeiterzahl ist der Gesetzesbegründung zufolge der Anhang I der EU-Verordnung 651/2014 der EU-Kommission von 17.06.2014 heranzuziehen. Innerhalb dieser Verordnung (Anhang I Artikel 5 und Artikel 4 Abs. 1) wird auf Jahresarbeitseinheiten (JAE) abgestellt, wobei zwischen Vollzeit- und Teilzeitkräften unterschieden wird. Dabei entspricht eine JAE einer Vollzeitkraft. Aus der Formulierung »jeweilige Bruchteil« ergibt sich, dass eine Teilzeitkraft ihren Stunden entsprechend berücksichtigt wird.

Zu den »Mitarbeitern« gehören nach Artikel 5 der Verordnung auch mitarbeitende Eigentümer und »Teilhaber, die regelmäßig Tätigkeiten in dem Unternehmen ausüben und finanzielle Vorteile aus dem Unternehmen ziehen«.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2025

Der Schwellenwert von 2 Mio. € wird nach den Prinzipien des Artikels 4 Nr. 1 der Anlage I bestimmt. Der dafür herangezogene Umsatz wird abzüglich Mehrwertsteuer und sonstiger indirekter Steuern und Abgaben in seiner Höhe berechnet. Dabei gilt der letzte Rechnungsabschluss auf Jahresbasis als maßgebend. Die Bezeichnung »Kleinstunternehmer« verliert man aber erst, wenn man in zwei aufeinanderfolgenden Geschäftsjahren zu einer Überschreitung des Schwellenwertes kommt (Anlage I Artikel 4 Nr. 2 EU-Verordnung 651/2014). Die Verordnung spricht hier von Bilanzen. Daher muss der Artikel für die vereinfachte Gewinnermittlung (§ 4 Abs. 3 EStG) entsprechend angewendet werden. Der Gesetzgeber nämlich spricht von gewerblichen Unternehmern, die anders behandelt werden als Freiberufler (Art. 18 EStG).

Wenn man für Patienten auch ohne gesetzliche Verpflichtung Barrierefreiheit herstellen möchte, so gibt es nach § 15 BFSG die Möglichkeit, sich von der Bundesfachstelle für Barrierefreiheit als Kleinstunternehmer beraten zu lassen, um seine Dienstleistung dennoch barrierefrei anbieten zu können. Man möchte es damit Kleinstunternehmen explizit erleichtern, den Anforderungen gerecht zu werden.

Unternehmen, die unter den Anwendungsbereich des Gesetzes fallen, können nach §17 BFSG i. V. m. Anlage 4 BFSG eine Härtefall-Regelung geltend machen, sofern die Anwendung der Barrierefreiheitsanforderungen eine unverhältnismäßige Belastung darstellen würde.

Barrierefrei – wie geht das?

Produkte und Dienstleistungen sind barrierefrei, wenn sie für Menschen mit Behinderungen in allgemein üblicherweise, ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe auffindbar, zugänglich und nutzbar sind.

Diese allgemeine Formulierung wird künftig durch Gerichte konkretisiert werden müssen. Aber bis dahin enthält die Verordnung zum BFSG (BFSGV) auch genauere Vorgaben.

Nach § 12 Nr. 3 BFSGV müssen Webseiten konsistent und angemessen wahrnehmbar, bedienbar, verständlich und robust gestaltet sein.

Besonders zu beachten sind Nutzergruppen mit Seh- oder Hörbeeinträchtigungen, motorischen Einschränkungen, kognitiven oder mehrfachen Beeinträchtigungen, Lernbehinderungen und Photosensibilität. Barrierefreiheit bedeutet daher nicht nur Untertitel und Vorlesefunktionen, sondern auch angepasste Kontraste, Schriftgrößen oder reduzierte Blinkelemente.

Die tragenden Prinzipien der Barrierefreiheit orientieren sich an den Web Content Accessibility Guidelines (WCAG):

- Wahrnehmbarkeit
- Bedienbarkeit
- Verständlichkeit
- Robustheit

Informationspflichten

Dienstleister müssen nicht nur die Barrierefreiheitsanforderungen erfüllen, sondern auch Informationen hierüber bereitstellen (§ 14 BFSG i. V. m. Anlage 3 BFSG). Dazu gehören:

1. Eine allgemeine Beschreibung der Dienstleistung in barrierefreiem Format.
2. Erläuterungen, die zum Verständnis der Durchführung erforderlich sind.
3. Angaben, wie die Barrierefreiheit umgesetzt wurde.
4. Hinweise auf die zuständige Marktüberwachungsstelle.

Diese Informationen müssen für Patienten zugänglich sein, etwa auf der Website, in Apps oder über Terminals in der Praxis.

Abmahngefahr und Bußgelder

Das BFSG benennt Bußgeldvorschriften. Darin wird der Dienstleister mit einem Bußgeld bestraft, wenn er vorsätzlich oder fahrlässig eine Dienstleistung anbietet, ohne dass diese dem BFSG entspreche (§ 37 Abs. 1 Nr. 8 i. V. m. § 14 Abs. 1 BFSG – Geldbuße bis 100.000 € –), wenn der Dienstleister nicht rechtzeitig die zuständige Marktüberwachungsbehörde über die fehlende Barrierefreiheit informierte (§ 37 Abs. 1 Nr. 2 i. V. m. § 14 Abs. 4 S. 2 BFSG – Geldbuße bis

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2025

10.000 € –), wenn der Dienstleister alle erforderlichen Auskünfte gegenüber der Marktüberwachungsbehörde nicht rechtzeitig oder falsch erteilte (§ 37 Abs. 1 Nr. 6 i. V. m. § 14 Abs. 5 S. 1 BFSG – Geldbuße bis 10.000 € –).

Die zuständige Stelle ist die Marktüberwachungsstelle der Länder für die Barrierefreiheit von Produkten und Dienstleistungen und hat ihren Sitz in Magdeburg.

Zudem kann einem »Mitbewerber«, wenn eine Praxis nicht den Anforderungen des BFSG entspricht, ein Abmahnrecht zustehen. Der BGH hat z. B. entschieden, dass ein Datenschutzverstoß von Mitbewerbern abgemahnt werden kann (Urteile vom 27.03.2025, Az. I ZR 186/17, I ZR 222/19, I ZR 223/19). Denkbar ist somit, dass künftig auch Verstöße gegen das BFSG wettbewerbsrechtlich abgemahnt werden könnten, wie man es auch von einem fehlenden oder fehlerhaften Impressum kennt.

Das BFSG ist durch die Verweise auf EU-Normen sehr kompliziert geregelt. Die Definition von Barrierefreiheit lässt Interpretationsspielraum. Aufgrund fehlender Angaben zum Vollzeitäquivalent kann es für einige Zahnarztpraxen, die sich im Mitarbeiterbereich um die zehn Mitarbeiter bewegen, von großer Bedeutung sein, ob sie als Kleinstunternehmen gelten oder nicht.

RA Michael Lennartz
www.lennmed.de

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2025

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2025

8.18. Anerkennungsverfahren ausländischer Berufsqualifikationen bei Heilberufen

1. Aktuelles Prozedere bei der Anerkennung von Berufsqualifikationen von Zahnärztinnen und Zahnärzten aus Drittländern (z. B. Syrien, Ukraine)

Beantragen Personen aus Staaten außerhalb der Europäischen Union (EU) oder des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR mit Island, Norwegen, Liechtenstein und der Schweiz) in Deutschland eine zahnärztliche Approbation, dann müssen sie die Gleichwertigkeit ihrer heimatlichen Ausbildung mit dem zahnmedizinischen Ausbildungsstand in Deutschland nach § 2 Abs. 3 Satz 1 Zahnheilkundegesetz (ZHG) nachweisen. Hierzu stellt die zuständige Behörde anhand der eingereichten Dokumente und auch unter Berücksichtigung etwaiger Berufserfahrungen die Gleichwertigkeit der Ausbildung fest. Die zuständige Stelle überprüft, ob die Ausbildung der deutschen Ausbildung entspricht und ob alle weiteren Voraussetzungen vorliegen. Die Approbation kann nur erteilt werden, wenn die Ausbildung aus einem Drittstaat mit der deutschen Ausbildung gleichwertig ist. Dieses Verfahren zieht sich bisweilen über lange Zeiträume – bisweilen Jahre – hin.

Ist die Gleichwertigkeit des Ausbildungsstandes nicht gegeben (was nach meiner Erfahrung regelmäßig der Fall ist) oder ist sie nur mit unangemessenem zeitlichem oder sachlichem Aufwand durch die Approbationsbehörde feststellbar, muss gemäß § 2 Abs. 3 Satz 3, 4 ZHG ein gleichwertiger Kenntnisstand nachgewiesen werden. Dieser Nachweis wird durch das Ablegen einer Kenntnisprüfung erbracht. Die Kenntnisprüfung erstreckt sich auf den Inhalt der staatlichen Abschlussprüfung entsprechend der Approbationsordnung für Zahnärzte. Grundlage der Kenntnisprüfung kann auch ein Bescheid der Approbationsbehörde über die Feststellung der wesentlichen Unterschiede zwischen der absolvierten und der deutschen zahnmedizinischen Ausbildung nach § 2 Abs. 3 Satz 2 in Verbindung mit Abs. 2 Satz 8 ZHG sein (»Defizitprüfung«). Der Ablauf der Kenntnisprüfung richtet sich nach der Approbationsordnung für Zahnärzte. Die Kenntnisprüfung dient im approbationsrechtlichen Verwaltungsverfahren als gutachterliche Entscheidungshilfe. Ziel der Kenntnisprüfung ist es, festzustellen, ob die Approbationsbewerberin bzw. der Approbationsbewerber einen gleichwertigen Kenntnisstand i. S. von § 2 Abs. 3 Satz 2, 3 ZHG nachweisen kann.

Die Erteilung der Approbation oder einer Berufserlaubnis setzt zudem voraus, dass der Bewerber über die für die Berufsausübung erforderlichen Kenntnisse der deutschen Sprache verfügt. Die 87. Gesundheitsministerkonferenz 2014 hat sich in einem Eckpunkte-Papier darauf verständigt, welche Anforderungen an die Kenntnisse der deutschen Sprache zu stellen sind und wie diese Kenntnisse nachgewiesen werden können (u. a. Abschluss wurde in deutscher Sprache erworben, allgemeine deutsche Sprachkenntnisse auf dem Niveau B2; medizinischer Fachsprachtest auf dem Niveau C1).

2. Reformvorhaben

Mit dem Gesetzentwurf soll dem Fachkräftemangel im Gesundheitswesen entgegengewirkt werden. Ziel des Entwurfs ist, die Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen in Heilberufen zu beschleunigen.

Mit dem Entwurf (Nummer 12, § 13 Abs.1 ZHG) sollen auch die Vorgaben der EU-Richtlinie 2005/36/EG zur Möglichkeit einer partiellen Berufserlaubnis für den ärztlichen, zahnärztlichen und pharmazeutischen Beruf umgesetzt werden.

Dieser Punkt ist besonders kritisch, da damit auch Berufsgruppen unter dem Level des Zahnarztes eine teilweise Berufstätigkeit ermöglicht würde (Thema Prothetiker etc.). Die Einführung eines partiellen Berufszugangs würde mit den Regelungen des ZHG kollidieren und nicht im Einklang mit dem Erfordernis einer Berufserlaubnis oder Approbation für die Ausübung der Zahnheilkunde stehen. Eine Aufteilung in Teilbereiche der Zahnmedizin, die gesondert ausgeübt werden können, kennen das nationale Berufsrecht, die Heilberufsgesetze in den Ländern, die Approbationsordnung und das Zahnheilkundegesetz nicht. Bewusst wurde in Deutschland aus Gründen des Patientenschutzes ein einheitliches Berufsbild des Zahnarztes geschaffen und das Berufsbild des Dentisten abgeschafft.

Weiter enthält der Entwurf Regelungen zur Beschleunigung und Vereinfachung der Verfahren zur Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen.

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2025

Nach dem Entwurf soll die zuvor beschriebene Kenntnisprüfung der Regelfall werden. Die bisher verpflichtende Gleichwertigkeitsprüfung soll – auch zur Entlastung der Behörden und Beschleunigung – nur noch wahlweise angeboten werden.

Bei den Gleichwertigkeitsprüfungen geht in der Tat sehr viel Zeit verloren (u. a. umfangreiche Gutachten). Es kann aber nicht angehen, dass bei einer Kenntnisprüfung keine fundierte und valide Vorprüfung (z. B. Überprüfung von Dokumenten und Nachweisen) erfolgt, ob Qualifikationen auch tatsächlich vorliegen und nicht nur mit ominösen Diplomen behauptet werden. Keine oder eine nur »laxe« Überprüfung ist mit Patientenschutz in keiner Weise vereinbar – es muss eine Echtheitsprüfung vor der Kenntnisprüfung erfolgen. Mit der Einführung der Kenntnisprüfung als Regelfall sollen Dokumente wie Curricula künftig weder vervielfältigt noch übersetzt noch beglaubigt werden.

Nach dem Entwurf sollen die antragstellenden Personen nicht mehr in der Pflicht sein, umfangreiche Unterlagen zur inhaltlichen Gleichwertigkeit ihrer Berufsqualifikation einzureichen, wobei die zuständigen Stellen der Länder von einer aufwändigen Gleichwertigkeitsprüfung absehen können.

Hier stellt sich die Frage, ob das Beibringen von Unterlagen nicht auch eine gewisse Qualität im Sinne des Patientenschutzes darstellt (z. B. Anzahl Stunden im Studium, Aufbau, Curriculum). Die Ausbildung und Berufsbezeichnung Zahnarzt, z. B. in ehemaligen Sowjetrepubliken, muss ja nicht zwingend mit dem deutschen Standard im Einklang stehen.

Vorgesehen ist zudem, dass zukünftig in Härtefällen die Berufserlaubnis nach Nummer 12 e) (§ 13 Abs. 3b) ZHG erteilt wird, wenn vor dem 01.04.2012 erstmals eine Erlaubnis erteilt worden ist und eine Approbation nicht erteilt werden kann, weil die zahnärztliche Prüfung oder ein Abschnitt der zahnärztlichen Prüfung nach der Rechtsverordnung nach § 3 Abs. 1 ZHG endgültig nicht bestanden wurde.

Nach § 13 Abs. 3 ZHG gibt es bereits eine Regelung, wonach eine Erlaubnis ausnahmsweise im besonderen Einzelfall oder aus Gründen der zahnärztlichen Versorgung erteilt oder verlängert werden kann, womit der vorgesehene Automatismus sich nicht erschließt.

Über die weiteren Entwicklungen dieses Reformvorhabens werden wir berichten.

RA Michael Lennartz
www.lennmed.de

© FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V., 10/2025