

dens

1
2006
5. JANUAR

Mitteilungsblatt der Zahnärztekammer und
der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

KASSENZAHNÄRZTLICHE VEREINIGUNG MECKLENBURG-VORPOMMERN
WISMARSCHER STR. 304 • 19055 SCHWERIN
POSTVERTRIEBSSTÜCK • 70919 • DPAG • ENTGELT BEZAHLT



Eine Bestandsaufnahme zum Neuen Jahr

Von Wolfgang Abeln

Freitag, 16. Dezember 2005, 20.00 Uhr – Tagesschau: Meldungen vom EU-Gipfel – Großbritannien doch zu höheren Zugeständnissen bereit, Türkei: Pamuk-Prozess wird von gewalttätigen Protesten begleitet; AOK Rheinland, Hessen wie aber auch Schleswig-Holstein kündigen die Anhebung ihrer Beitragssätze im schlimmsten Fall um bis zu 0,8 Prozentpunkte an.

Als Begründung wird auf die anhaltend hohe Arbeitslosenquote, aber auch auf die hohen Arzneimittelausgaben hingewiesen. Bundesgesundheitsministerin Schmidt tritt dieser Ankündigung mit der Aussage entgegen, dass ein Überschuss in dreistelliger Millionenhöhe zu verzeichnen ist. Sie fordert, dass die vorhandenen Steuerungsmechanismen sowie die vorhandenen Finanzmittel effektiver einzusetzen sind, anstelle einer Anhebung der Beiträge.

Ihr Sprecher verweist in einer Pressekonferenz auf die hohen Vorstandsbezüge und fordert die Vorstände der Krankenkassen auf, ihren Bezügen entsprechend kompetent weitere Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen. Der Vorsitzende des AOK-Bundesverbands, Dr. Hans-Jürgen Ahrens, entgegnet, dass sich das Bundesgesundheitsministerium sachlich mit dem Thema auseinandersetzen solle.

„Was soll dieses Scharmützel?“, wird sich der eine oder andere Tagesschau-Konsument fragen.

Nun, mit den Zeilen 4436 bis 4447 des Koalitionsvertrags wird u. a. auf Sofortmaßnahmen zur Stabilisierung der Finanzentwicklung der GKV hingewiesen. „Die individuelle Verantwortung des Arztes für seine Verordnungspraxis wird gestärkt.“ Die Kenner der Szene wissen oder erraten, dass mit diesem „Angebot“ die Verantwortung für die Ausgaben bei Arzneimitteln auf den niedergelassenen Arzt abgewälzt werden soll. Sollte er seine individuelle Ausgabengrenze überschreiten, so hat er die an ihn gestellte Regressforderung auszugleichen – unabhängig vom Krankheitsbild seines Patienten.

Diese Sparmaßnahme wird im Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG), welches am 16. Dezember in erster Lesung im Bundestag zur Beratung stand, seinen Niederschlag finden.

Zurück zur Tagesschau. Beabsichtigen die Krankenkassen mit ihrer Meldung die Politiker unter Druck zu setzen, damit das AVWG schnellstmöglich verabschiedet wird?

Nachvollziehbar ist diese Variante der Interpretation, da mit einem neuen Spargesetz der vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) erhobene Vorwurf, dass die Selbstverwaltung ihre Aufgaben nicht löst, vom Tisch wäre.

Interessant ist in diesem Zusammen-



Wolfgang Abeln, Vorsitzender des Vorstands der KZV Mecklenburg-Vorpommern: „Bei der ersten Zwischenwertung steht für mich fest, dass jede über das gesetzliche Maß hinausgehende öffentliche Bestrebung, die medizinische Versorgungsqualität weiterzuentwickeln bzw. zu optimieren, bis zur Verabschiedung der nächsten Gesundheitsreform zurückgestellt werden sollte.“

hang allerdings die Geschwindigkeit, mit der die ersten Gesetzentwürfe vorliegen. Hieraus könnte der Schluss gezogen werden, dass die Ankündigung der Bundeskanzlerin, zügig zu handeln, auch dazu führen kann, dass der für 2006 angekündigte Gesetzentwurf zur Finanzreform innerhalb des ersten Halbjahres 2006 vorliegen könnte.

Was könnte für die Ärzte und Zahnärzte aus dem Koalitionsvertrag abgeleitet werden?

Folgende Punkte sind u. a. im Koalitionsvertrag aufgeführt: Mehr Wettbewerb, Reform der ambulanten Vergütung und mehr Vertragsmöglichkeiten. Des Weiteren darf natürlich die Finanzierungssystematik – Bürgerversicherung (SPD) oder Kopfpauschalssystem (Union) – nicht außer Acht gelassen werden.

Mehr Wettbewerb, mehr Vertragsmöglichkeiten

Zum einen sollen den Krankenkassen kassenartenübergreifende, z. B. BEK und AOK, und auch länderübergreifende Fusionen ermöglicht werden. Das Ziel seitens der Politiker besteht u. a. in der Reduzierung der Anzahl der Krankenkassen, von derzeit 260 auf 50 bis 60, mit der Vorstel-

lung, die Organisation effektiver zu gestalten. Ob diese neu geschaffenen Krankenkassen-„Konzerne“ effizienter arbeiten, das sei erst einmal dahingestellt. Auf jeden Fall sollen diese Konzerne die Möglichkeit haben, Einzelverträge mit Ärzten u. a. zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgungsprozesse zu schließen. Des Weiteren sollen die Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten des Versicherten durch eine erhöhte Transparenz über Angebote, Leistungen und Rechnungen erweitert werden.

Den Ärzten und Zahnärzten wird die Möglichkeit eingeräumt, eine gleichzeitige Tätigkeit in der ambulanten und stationären Versorgung wahrnehmen zu können. Eine Verbesserung der Anstellungsmöglichkeiten bei und von Vertragsärzten ist ebenfalls geplant. Die Bedarfsplanung ist zu flexibilisieren. Mit diesen Eckpunkten werden die Zugangsvoraussetzungen für Medizinische Versorgungszentren (MVZ) erleichtert.

Reform der ambulanten Vergütung

Die zurzeit anzuwendenden Budgetierungsvorgaben sollen durch Pauschalvergütungen mit der Möglichkeit von zusätzlichen Einzelvergütungen abgelöst werden, wobei das neue Vergütungssystem auch zur Erhöhung der Transparenz beitragen soll. Die Gebührenordnungen für Privatleistungen der Ärzte und Zahnärzte – die GOÄ und GOZ – sollen so angepasst werden, dass Beihilfeberechtigte und Versicherte mit Standardtarif zu bestimmten Gebührensätzen behandelt werden (siehe Editorial **dens** 12/2005).

Die Wirkung der befundorientierten Festzuschüsse beim Zahnersatz, einschließlich einer adäquaten Vergütung für zahntechnische Leistungen, muss überprüft werden.

Finanzierung der Krankenversicherung

Während die SPD deutlich Maßnahmen auf der Einnahmenseite fordert, um eine nachhaltige und gerechte Finanzierung zu sichern, hält sich die Union die unterschiedlichen Finanzierungsebenen offen. Sie führt aus, dass zur Sicherung einer nachhaltigen Finanzierung der Erhalt und die Schaffung sozialversicherungspflichtiger Beschäftigungsverhältnisse von entscheidender Bedeutung sind. Dies fordert eine aktive Arbeitsmarktpolitik.

Daneben wollen CDU und CSU aber auch die Kostenseite erneut zur Stabilisierung der Finanzierung heranziehen. Erst als dritte Maßnahme will die Union prü-

■ FORTSETZUNG AUF SEITE 2

fen, ob und ggf. in welchem Umfang durch strukturelle Veränderungen auf der Einnahmenseite der GKV Handlungsbedarf besteht.

Gemeinsam führen beide großen Parteien aus, dass ein fairer Wettbewerb zwischen privaten Krankenversicherungen und gesetzlichen Krankenkassen auf den Erhalt eines pluralen Systems und der Kasenvielfalt zielen muss.

Die freie Arzt- und Kassenwahl soll erhalten bleiben. Die SPD fordert zusätzlich, dass eine Versicherungspflicht für alle Bürger eingeführt wird, wobei Beamte und Selbstständige ein Wahlrecht zur privaten Krankenversicherung erhalten sollen.

Werden alle Ansätze simpel zusammen gemixt und die erforderliche juristische Begleitung und Abstimmung außer Acht gelassen, könnte die heutige Krankenversicherung, ab dem Jahr 2007, vereinfacht dargestellt wie folgt aussehen:

Die gesetzlichen Krankenkassen, wie aber auch die privaten Krankenversicherungen, bieten eine auf dem heutigen medizinischen Kenntnisstand basierende Grundversorgung der Bevölkerung an. Für diese Grundversorgung werden Kollektivverträge mit den K(Z)Vs geschlossen. Das heutige Vergütungssystem könnte – wie für den Zahnersatzbereich – auf ein befundorientiertes Pauschalvergütungssystem umgestellt werden. Die Vorschriften zur Budgetierung und zur Degression könnten endlich gestrichen werden. Die von den Politikern geforderte und von der Zahnärzteschaft schon lange angebotene Transparenz durch die Kostenerstattung könnte hiermit erfüllt werden. Wie es dann mit der Wirtschaftlichkeitsprüfung aussieht, auf die die Politiker, wie aber auch die Krankenkassen, mit Sicherheit nicht verzichten werden, sei dahingestellt.

Des Weiteren bieten die gesetzlichen Krankenkassen Zusatzversicherungen selber an oder kooperieren mit der privaten Krankenversicherung. Diese Zusatzversicherungen können die Versicherten wählen, wenn sie eine Behandlung von einem Arzt, Zahnarzt wünschen, der Qualitätssicherungsmaßnahmen in seiner

Praxis, in der Praxisgemeinschaft oder im Medizinischen Versorgungszentrum praktiziert, die über den heutigen Stand der Qualitätssicherung hinaus gehen. Die Ärzte bzw. Zahnärzte wiederum müssen die von ihnen über den normalen Qualitätsstand hinaus praktizierte Qualitätssicherung, z. B. Zertifizierung nach DIN, ISO usw., im Rahmen von Einzelvertragsverhandlungen den Krankenkassen gegenüber nachweisen. Dies kann natürlich auch von Zahnarztverbänden oder Medizinischen Versorgungszentren durchgeführt werden. Wenn die zuvor von den Krankenkassen aufgestellten Normen erfüllt werden, erhalten die Ärzte und Zahnärzte über die Pauschalvergütung hinaus die so genannte Einzelvergütung.

Im Rahmen des Wettbewerbs bieten die Krankenkassen neben den Zusatzversicherungen auch noch zusätzliche Leistungen an. Hierbei könnte es sich um Leistungen, wie z. B. die Wahl zwischen Sachleistungen und Kostenerstattung, Selbsthalten oder Kostenrückerstattung mit den entsprechenden Preisnachlässen handeln.

Die dritte Stufe wäre das Angebot von höherwertigen Leistungen, bis hin zu reinen kosmetischen Leistungen. Diese Ebene dürfte der privaten Krankenversicherung weiterhin vorbehalten bleiben.

Bei der ersten Zwischenwertung steht für mich fest, dass jede über das gesetzliche Maß hinausgehende öffentliche Bestrebung, die medizinische Versorgungsqualität weiterzuentwickeln bzw. zu optimieren, bis zur Verabschiedung der nächsten Gesundheitsreform zurückgestellt werden sollte. Was ich heute in der Praxis noch nicht einsetze, kann ich vielleicht in einem Jahr in Preisverhandlungen als positives Argument einbringen. Dies bedeutet aber nicht, dass die KZV in 2006 nicht wieder Seminare anbietet, die die Qualität des Beratungsgesprächs Zahnarzt – Patient unterstützt. Dies bedeutet auch nicht, dass der Unternehmer sich nicht mit den verschiedenen Angeboten zur Qualitätssicherung auseinandersetzt. Aufgrund der fehlenden Richtlinien zur Qualitätssicherung besteht aber nicht der Druck, Verträge mit einzelnen Anbietern zu schließen.

Grenzen der Eigenwerbung neu definiert

Nach einer Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts (Beschluss vom 13. Juli 2005, 1 BvR 191/05) soll es keine anreißerische Eigenwerbung darstellen, wenn ein Wirbelsäulenorthopäde von sich behauptet, er sei „die unangefochtene Nummer Eins für Bandscheibenvorfälle...mit einer sensationellen Erfolgsquote“. Die Grenze zwischen berufswidriger Werbung und sachangemessener Information hat das Gericht damit zerstört und marktschreierischer Selbstanpreisung Tür und Tor geöffnet.

Wohl als Ausfluss dieser Rechtsprechung sind jetzt verstärkt Maßnahmen der Selbstdarstellung von Zahnärzten zu beob-

achten, bei denen nicht mehr die Informationsinteressen potenzieller Patienten im Mittelpunkt stehen, sondern die sich unverbäumt aus dem Ideentopf der gewerblichen Wirtschaft bedienen.

Der Geschäftsführende Vorstand der Bundeszahnärztekammer hat sich in seiner Sitzung am 30. November 2005 mit dieser Tendenz beschäftigt und ruft die Kollegenschaft dazu auf, bei der Information von Patienten und Kollegen aus persönlicher Verantwortung gegenüber dem Berufsstand nicht blind jedem – vermeintlich zulässigen – Marketingtrend hinterher zu laufen.

aus: BZÄK-Klartext 12/05

Zöller: „Kein Beitrag zur Vertrauensbildung“

Eine falsche Interpretation des Koalitionsvertrages wirft der Gesundheitsexperte der Union, Wolfgang Zöller (CSU), Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt vor. In einem Interview mit der *Berliner Zeitung* stellte Zöller über Schmidts Äußerungen zu einer Einheitsversicherung klar: „Im Koalitionsvertrag ist ausdrücklich festgehalten, dass es einen fairen Wettbewerb zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung geben soll. Es steht gerade nicht darin, dass eine gleiche Honorierung eingeführt wird.“

Vielmehr müsse es Ärzten auch in Zukunft möglich sein, bei Privatpatienten einen höheren Gebührensatz zu nehmen. Zöller zeigte sich vom Vorpreschen Schmidts enttäuscht: „Die letzten Tage waren kein Beitrag zur Vertrauensbildung. Das hätte alles nicht sein müssen. Frau Schmidt muss doch klar sein, dass wir nur zusammen etwas erreichen können. Alleine läuft nichts. Aber das wird Frau Schmidt noch lernen.“

Aufgeschreckt durch den medialen Wirbel, den sie mit ihren Äußerungen zu einer Einheitsversicherung ausgelöst hatte, hat

Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt sich zwischenzeitlich mit internen „Hintergrundinformationen zum Thema Vergütung für ambulante ärztliche Leistungen in der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung“ an die Mitglieder der SPD-Fraktion im Bundestag gewandt. Darin erläutert sie Abrechnungsmechanismen bei GKV und PKV und leitet ihre öffentlichen Ankündigungen der Verschmelzung beider Systeme von der angeblichen Einigkeit in der Koalitionsarbeitsgruppe Gesundheit zu bestimmten Punkten ab. Angesichts der Tatsache, dass es diese Einigkeit auch nach aktuellen Aussagen sowohl des Bundesfinanzministers Peer Steinbrück als auch des CDU/CSU-Fraktionsführers Kauder und weiterer Koalitionsmitglieder nicht gibt, sich die Schmidtsche Lösung also als nicht konsensfähig erwiesen hat, klingt ein Satz des Schreibens sehr wahr: „Zusammenfassend lässt sich also feststellen, dass die Aufregung um die Weiterentwicklung der Vergütungssysteme für ambulante ärztliche Leistungen dem Diskussionsstand in der Arbeitsgruppe Gesundheit nicht gerecht wird.“ **aus: BZÄK-Klartext 12/05**

Mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen

BZÄK-Präsident unterstützt Merkel

Rückendeckung für die in ihrer Regierungserklärung proklamierten ehrgeizigen Ziele im Gesundheitswesen erhält Angela Merkel vom Präsidenten der Bundeszahnärztekammer (BZÄK), Dr. Dr. Jürgen Weitkamp: „Das von Frau Merkel versprochene Ende beständiger Notreparaturen und der neue Ansatz hin zu mehr Wettbewerb sind ein wichtiger Schritt in die Wirklichkeit.“

Weitkamp weiter: „Darüber hinaus hat die Kanzlerin von mehr Gestaltungsmöglichkeiten und der Notwendigkeit gesprochen, den Gesundheitssektor wieder zu einem Wachstumsmarkt zu machen und bei solidarischer Lastenverteilung mehr Beschäftigung und größere Generationengerechtigkeit zu schaffen. Das klingt nach neuem Realismus im Hinblick auf die notwendigen fundamentalen Korrekturen des Gesundheitssystems.“

Allerdings mahnt Weitkamp an, dass es sich bei der anstehenden Reform nicht erneut um eine Mogelpackung handeln dürfe. „Die erforderlichen Kriterien sind eine effektive Förderung des Wettbewerbs und mehr individuelle Gestaltungsmöglichkeiten für die Vertragspartner. So lässt sich der arg strangulierte Gesundheitsmarkt vielleicht wiederbeleben.“

Dies sei auch im Hinblick auf den Stellenmarkt von großer Bedeutung. „Alle in jüngster Vergangenheit an die Öffentlichkeit gedruckenen Verlautbarungen aus dem Regierungslager zur Zukunft des Gesundheitswesens müssten sich nach der Regierungserklärung erledigt haben. Wir sehen dem von Frau Merkel angekündigten Neuanfang mit großen Erwartungen entgegen.“

BZÄK

Protestaktion der Ärzte in Rostock

Öffentliche Demonstrationen und Kundgebungen der Ärzteschaft sind nach Ansicht des Vorstands der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern eine logische Folge der Unterfinanzierung des ambulanten und stationären Gesundheitswesens. Auslöser der mittlerweile bundesweiten Proteste von Fachärzten sind die erschwerten wirtschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen sowohl für niedergelassene als auch im Krankenhaus tätige Ärzte.

Die Ärztekammer sieht in dem Protest das Ventil für einen langjährigen Prozess von Unzufriedenheit, Gehaltsverlusten und Bürokratie in nahezu allen Versorgungsbereichen. Die Folgen betreffen nicht nur die Ärzte aus, sondern sie gehen auch zu Lasten der Patienten, weil sich immer mehr Kollegen durch Abwanderung auf attraktivere Arbeitsplätze im Ausland oder in der Industrie der Patientenversorgung im Bundesland entziehen. Die stetig sinkende Anzahl niedergelassener Ärzte vor allem im ländlichen Gebiet Mecklenburg-Vorpommern belegt diese Entwicklung. Auch Krankenhäuser haben Probleme, Stellen für Klinikärzte neu zu besetzen.

Der Vorstand der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern ist überzeugt, dass nur Arbeitsbedingungen, die die erbrachten Leistungen im Dienste für den Patienten gebührend würdigen, eine humane medizinische Versorgung garantieren. Dieses in der Öffentlichkeit mit Nachdruck deutlich zu machen, sei Sinn und Zweck der öffentlichen Proteste in Rostock.

Die Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern bekundet ihre Solidarität mit allen protestierenden Ärzten und wirbt dafür, das Anliegen der Ärzteschaft zu einem gesamtgesellschaftlichen zu machen.

Pressemitteilung der Ärztekammer M-V

Bundeskanzlerin Dr. Angela Merkel zur Gesundheits- und Sozialpolitik

Auszug aus der Regierungserklärung vom 30. November

„Wir sind bei der Rente und dem, was wir uns vorgenommen haben, einen ehrlichen, schwierigen, aber zukunftssträchtigen Weg gegangen.

Ich sage ganz ehrlich: Zur Wahrheit dieser Regierungserklärung gehört auch, dass uns das beim Gesundheitssystem noch nicht gelungen ist. Ich sage: „noch nicht“. Auch die Kranken sollen sich natürlich auf ein zuverlässiges Gesundheitssystem verlassen können. Sie alle wissen – darüber braucht man gar nicht hinwegzugehen –, Union und Sozialdemokraten haben mit der solidarischen Gesundheitsprämie auf der einen Seite und der Bürgerversicherung auf der anderen Seite bisher zwei völlig konträre Ansätze verfolgt. Ich sage auch sehr deutlich: Wir wollten in den Koalitionsverhandlungen keinen faulen Kompromiss auf die Schnelle erreichen.

Das heißt: Wir alle wissen, dass wir ei-

nen neuen Ansatz und ein leistungsfähiges und hoch qualifiziertes Gesundheitssystem brauchen, das für alle zugänglich ist. Es muss Beschäftigung ermöglichen, wettbewerbsfördernd sein, die Lasten solidarisch verteilen und Generationengerechtigkeit bieten. All diese Dinge wissen wir. Deshalb sind wir bereit und willens, mit einem neuen Ansatz im neuen Jahr eine Lösung hierfür zu finden, auch wenn das eine schwierige Aufgabe ist. Ich zumindest werde mich sehr dafür einsetzen.

Auf der Leistungsseite werden wir allerdings schnell Veränderungen vornehmen. Wir wollen mehr Vertragsfreiheit und Gestaltungsmöglichkeiten von den Patienten über die Krankenkassen bis hin zu den Praxen und den Krankenhäusern. Bei der Arzneimittelversorgung kommen wir um weitere Maßnahmen zur Kostensenkung nicht herum.“

BZÄK kritisiert Handel mit Heil- und Kostenplänen

Der Geschäftsführende Vorstand der BZÄK teilt die Einschätzung der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe, dass das Projekt „2te-Zahnarztmeinung“ außerordentlich bedenklich und geeignet ist, dem Ansehen des Berufsstandes Schaden zuzufügen. Dieser so genannte „Marktplatz für Zahnarztleistungen“ offeriert Patienten, einen von ihrem Zahnarzt erstellten Heil- und Kostenplan von anderen Zahnärzten unterbieten zu lassen.

Nach BZÄK-Auffassung ist das mit der Domain www.2te-zahnarztmeinung.de verfolgte Ansinnen für den teilnehmenden Patienten problematisch. Der Heil- und Kostenplan ist zunächst und vor allem ein Behandlungsplan, der, individuell auf den

Patienten abgestimmt, die geplante Behandlung beschreibt. Erst in einem zweiten Schritt ist er auch Kostenplan, das heißt, eine Schätzung der dabei entstehenden Kosten. Wie der Zustand des Patienten genau aussieht, entzieht sich dem mitbietenden Zahnarzt bei dem anonymen Verfahren im Internet. Zusätzlich erleidet der Patient den Verlust einer auf Kontinuität und Vertrauen basierenden, gewachsenen Beziehung zu seinem Zahnarzt.

In der Auseinandersetzung mit dem hinter www.2te-zahnarztmeinung.de stehenden Konzept legt die BZÄK besonderes Gewicht auf diese Gesichtspunkte des Patientenschutzes.

BZÄK

Auch wenn ich davon ausgehe, dass es sich bei der in den letzten Tagen gemeldeten versuchten Versteigerung einer augenärztlichen Untersuchung nur um einen Einzelfall handelt, erwarte ich deshalb von

den Ärztekammern, dass sie diesem Vorfall nachgehen und ihn zum Anlass nehmen, ihre Mitglieder entsprechend zu informieren.“

Patientenbeauftragte der Bundesregierung

Positive Finanzentwicklung der GKV im 1. bis 3. Quartal 2005

Die gesetzliche Krankenversicherung hat in den ersten neun Monaten 2005 einen Überschuss von rund 882 Mio. Euro erzielt. Der Überschuss betrug in den alten Bundesländern 309 Mio. Euro und in den neuen Ländern ca. 573 Mio. Euro. Im 4. Quartal werden die Beiträge aus Einmalzahlungen (Weihnachtsgeld) und die zum 1. November gezahlte zweite Tranche der pauschalen Bundeszuschüsse für die versicherungsfremden Leistungen in Höhe von 1,25 Mrd. Euro die Einnahmen der Krankenkassen spürbar verbessern.

Die GKV stünde finanziell noch erheblich besser da, wenn die Ausgabenzuwächse im Arzneimittelbereich im Rahmen der von der Selbstverwaltung vereinbarten Steigerungsrate geblieben wären. Deshalb werden die Koalitionsfraktionen einen Gesetzentwurf zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit im Arzneimittelbereich vorlegen, der die Krankenkassen bereits in 2006 spürbar finanziell entlasten soll.

Der paritätisch finanzierte durchschnittliche allgemeine Beitragssatz liegt derzeit bei 13,25 v. H. (im Dezember 2003 lag der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz bei 14,32 v. H.) Ohne die Reformmaßnahmen wäre der Durchschnittsbeitragssatz auf 15 v. H. oder mehr gestiegen.

Ergebnisse im Einzelnen

In den ersten neun Monaten des Jahres 2005 stiegen die Leistungsausgaben der Krankenkassen im Vergleich zum Vorjahreszeitraum je Mitglied um 3,3 v. H. an; bei den beitragspflichtigen Einnahmen gab es einen Anstieg von 0,9 v. H.. Im Vergleich

zum 1. Halbjahr, als der Ausgabenzuwachs je Mitglied noch bei 3,6 v. H. und der Grundlohnanstieg noch bei 0,8 v. H. lag, hat sich die Schere zwischen Ausgaben- und Einnahmenezuwachs damit wieder etwas geschlossen. Die Verbesserung auf der Ausgabenseite ist maßgeblich auf eine deutliche Abflachung der Zuwachsraten im Krankenhaussektor zurückzuführen. Der Anstieg bei den beitragspflichtigen Einnahmen ist allerdings weitgehend durch die steigenden Einnahmen für frühere Bezieher von Arbeitslosenhilfe begründet, für die jetzt als Bezieher von Arbeitslosengeld II höhere Beiträge entrichtet werden. Auf der anderen Seite entstehen den Krankenkassen durch ehemals erwerbsfähige Sozialhilfeempfänger und eine häufigere beitragsfreie Mitversicherung höhere Leistungsausgaben.

Die Verwaltungskosten der Krankenkassen sind nach Ausgabenrückgängen von 1 v. H. im Jahr 2004 im 1. bis 3. Quartal 2005 wieder um 2,1 v. H. gestiegen. Auch hier hat sich der Zuwachs im Vergleich zum 1. Halbjahr, als die Veränderungsrate noch bei 2,6 v. H. lag, verlangsamt. Ein erheblicher Teil des Anstiegs bei den Verwaltungskosten ist auf einen fast elfprozentigen Anstieg bei den Betriebskrankenkassen zurückzuführen, während die Veränderungsraten bei den übrigen Kassenarten moderat oder gar rückläufig waren. Eine Reihe von BKKs hat im Jahr 2005 noch von der gesetzlich vorgesehenen Möglichkeit Gebrauch gemacht, persönliche Verwaltungskosten, die bislang vom Arbeitgeber übernommen wurden, wie bei den anderen Krankenversicherungsträgern auch, auf die Kasse zu übertragen.

Veränderungsraten 1. - 3. Quartal 2005 zum 1. - 3. Quartal 2004 je Mitglied (in v. H.):

	West	Ost	Bund	O/W-Quote je Versicherten
Ärztliche Behandlung	0,0	1,9	0,3	82,0
Behandlung durch Zahnärzte ohne Zahnersatz	- 3,0	- 3,0	- 3,0	95,0
Zahnersatz	- 33,8	- 27,3	- 32,6	116,4
Arzneimittel	18,2	23,1	19,1	117,2
Hilfsmittel	- 0,4	5,6	0,6	107,6
Heilmittel	- 0,1	10,5	1,4	82,6
Krankenhausbehandlung	2,4	4,3	2,8	111,0
Krankengeld	- 7,6	- 3,9	- 7,0	90,3
Fahrtkosten	6,9	14,4	8,4	130,0
Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen	- 0,7	7,1	0,6	97,6
Soziale Dienste / Prävention	4,0	16,9	6,1	103,7
Früherkennungsmaßnahmen	1,8	8,5	2,8	89,6
Schwangerschaft / Mutterschaft ohne stationäre Entbindung	- 3,0	- 5,7	- 3,2	76,8
Häusliche Krankenpflege	6,9	15,8	8,6	129,8
Ausgaben für Leistungen insgesamt	2,6	6,3	3,3	103,6
Verwaltungskosten	1,6	4,3	2,1	93,9

Zahnärzteschaft begrüßt Initiative zur Branchenkonferenz Gesundheitswirtschaft

Auf der bundesweit ersten Branchenkonferenz Gesundheitswirtschaft am 7. und 8. Dezember in Rostock-Warnemünde erhob das Land Mecklenburg-Vorpommern vor mehr als 600 Experten aus Politik, Wirtschaft und Wissenschaft einen Führungsanspruch als Gesundheitsland. Obwohl zur Konferenz nicht eingeladen, hat die Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern die Initiative des Bundes und der Landesregierung begrüßt und nachfolgende Pressemitteilung dazu herausgegeben:

Mit Genugtuung hat die Zahnärzteschaft Mecklenburg-Vorpommerns zur Kenntnis genommen, dass die Bundesregierung als auch die Landesregierung von Mecklenburg-Vorpommern erkannt haben, dass das Gesundheitswesen mit seinen insgesamt bundesweit 4,2 Mio. Beschäftigten einen sehr wesentlich prosperierenden Wirtschaftszweig in der Bundesrepublik darstellt. Insbesondere für das Land Mecklenburg-Vorpommern als strukturschwache Region ist dieser Wirtschaftszweig von erheblicher Bedeutung. Mit seinen naturgegebenen Ressourcen als auch den Potenzialen des Gesundheitswesens bieten sich deutliche Chancen, in die die Zahnärzteschaft sich ebenso einbringen wird.

Gerade der Bereich der Prävention, den die Sozialministerin Dr. Marianne Linke in ihrem Statement ansprach, ist ein deutlicher Arbeitsschwerpunkt der Zahnärzteschaft unseres Bundeslandes. Trotz ungünstigster Ausgangslagen wurden in Mecklenburg-Vorpommern in den vergangenen Jahren bei den Kindern und Jugendlichen deutliche Erfolge erreicht. Schwerpunkt war hierbei die individuelle, aber auch breite öffentliche Aufklärung und Betreuung der Schwangeren und der Kleinkinder im Alter von 0-6 Jahren. Die Verbreitung des zahnärztlichen Kinderpasses wird mittlerweile nicht nur dankenswerter Weise von unseren ärztlichen Kollegen in den gynäkologischen und kinderärztlichen Praxen, sondern zunehmend auch von den gesetzlichen Krankenkassen vorgenommen. Die enge Vernetzung von bevölkerungsweiten Aufklärungskampagnen, gruppenprophylaktischen Aktivitäten und der individualprophylaktischen Betreuung in den zahnärztlichen Praxen bietet auch zukünftig zahlreiche Potenziale zur Verbesserung der Mundgesundheit.

Einen besonderen Schwerpunkt bildet aus Sicht der Zahnärzteschaft die Prävention für die älteren Bevölkerungsgruppen. Dabei ist es Ansinnen der Zahnärzteschaft Mecklenburg-Vorpommerns, Fortbildungsmöglichkeiten für die pflegerischen Kräfte in Alten- und Pflegeeinrichtungen zur Verfügung zu stellen und im Sinne ei-

Neuer Gesundheitsausschuss mit vielen Heilberuflern

Am 30. November haben sich die 22 Ausschüsse des 16. Deutschen Bundestages in Berlin konstituiert. Der neu formierte Bundestagsausschuss für Gesundheit absolvierte bereits am 2. Dezember seine erste reguläre Arbeitssitzung.

Das 31-köpfige Gremium tagt unter dem Vorsitz von Privatdozentin Dr. Dr. Martina Bunge von der Fraktion Die Linke. Als Stellvertreter der Wismarerin fungiert der erfahrene Bad Harzburger CDU-Parlamentarier Dr. med. Hans-Georg Faust.

Der Ausschuss wird sich erst noch in seine „Arbeitsroutine“ einfinden müssen. Denn fast die Hälfte der 31 Mitglieder gehören zum ersten Mal einem Parlamentsgremium an, das sich mit den Agenden für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung beschäftigen muss. Von diesen sind insgesamt elf Bundestagsneulinge. Sechs der 31 Ausschussmitglieder verfügen über eine Approbation als Arzt, dazu kommen je ein Zahnarzt und ein Apotheker. So hoch war der Anteil der Heilberufler in diesem Ausschuss seit langem nicht mehr. Der Anteil der Volljuristen hat sich verdreifacht, so dass handwerkliche Fehler bei den Gesetzestexten aus dem Mi-

nisterium schneller aufgedeckt werden können als früher. Der erfahrenste Parlamentarier und zugleich der Alterspräsident des Ausschusses ist der Euskirchener Apotheker Dr. Wolf Bauer, der zum sechsten Mal das begehrte Kürzel „MdB“ hinter seinem Namen anfügen durfte.

Dennoch wird angesichts der hohen Quote von Newcomern von Berliner Insidern vermutet, dass die Führungsspitze und die Beamten des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) bei den weiteren Gesetzgebungsverfahren „ein leichtes Spiel“ mit dem Parlament haben werden. Denn auch die neue, für die sozial- und gesundheitspolitischen Agenden zuständige stellvertretende SPD-Partei- und Fraktionsvorsitzende Elke Ferner hat sich in der Vergangenheit kaum mit diesen Themen beschäftigt. Von ihr ist kaum Gegenwehr zu erwarten.

Bleibe also wahrhaftiger „Stopper“ in Kolossalgröße nur das CDU/CSU-Pendant Wolfgang Zöllner innerhalb der Großen Koalition übrig? Nicht ganz, denn auch die beiden Vorsitzenden der zuständigen Fraktionsarbeitskreise der Koalitionsfraktionen, für CDU/CSU Annette Widmann-Mauz und für die SPD Dr. Carola Rei-

Mitglieder des Gesundheitsausschusses aus Mecklenburg-Vorpommern:



*Dr. Martina Bunge, Sozialwissenschaftlerin, Landesministerin a. D.
Geboren am 18. Mai 1951 in Leipzig,
zwei Kinder.*

*Anschrift: Dr. Martina Bunge MdB,
Deutscher Bundestag,
Platz der Republik 1, 11011 Berlin*



*Dr. Harald Terpe, Oberarzt
Geboren am 17. Juli 1954 in Greifswald;
vier Kinder.
Anschrift: siehe links*



*Christian Kleiminger, Rechtsanwalt
Geboren am 27. Dezember 1965
Anschrift: siehe links*

mann, verfügen über die notwendige Erfahrung und den richtigen „Biss“, um den ideologisch in andere Richtung hin driften- den BMG-Protagonisten Paroli zu bieten.

Die Opposition muss sich hingegen kräftig anstrengen, will sie gegen die Übermacht des BMG punkten. Allein schon die Stimmenverteilung von 22 zu neun im Ausschuss verdeutlicht die Mehrheitsverhältnisse allzu krass. Der neue Gesundheitspolitische Sprecher der FDP, Daniel Bahr, verfügt z. B. über die notwendige Jugend und den dazugehörigen Esprit für eine

heftige Gegenwehr. Er muss seine Aktivitäten jedoch mit dem Rentenexperten und AK-Vorsitzenden Heinrich Leonhard Kolb absprechen.

Bei den drei Repräsentanten der neuen Fraktion Die Linke herrscht großer Sachverstand vor. Ihr Gesundheitspolitischer Sprecher ist der Verwaltungsratsvorsitzende der AOK Thüringen, Frank Spieth. Es stellt sich nur die Frage, ob die PDS/WASG-Vertreter es auch vermögen, ihre consensuale Meinung gegenüber der Öffentlichkeit kundzutun.

DFG

Branchenkonferenz Gesundheitswirtschaft in M-V

„Wer an Gesundheit denkt, muss zuerst an Mecklenburg-Vorpommern denken.“

„Denn das ist unser Ziel“, formulierte Landesvater Dr. Harald Ringstorff anlässlich der ersten Branchenkonferenz Gesundheitswirtschaft, die am 7. und 8. Dezember in Warnemünde stattfand. Mecklenburg-Vorpommern hat über zehn Jahre lang die höchsten Steigerungsraten im Tourismus in Deutschland zu verzeichnen, sagte Ringstorff weiter. Dass dieser Trend nicht auf Dauer anhalten würde in einem Flächenland mit einer vergleichsweise geringen industriellen Dichte, sei klar. Die Landesregierung konzentrierte sich deshalb noch stärker auf die Entwicklung des Dienstleistungssektors und die Verbindung von Tourismus und Gesundheit. Den Wettstreit mit anderen Bundesländern bestehe Mecklenburg-Vorpommern dabei mit besten natürlichen Voraussetzungen, wie einem bekömmlichen, maritimen Klima, einer weiträumigen intakten Natur und Landschaft sowie der Heilkräfte von Sole, Moor und Kreide.

Da lag es nah, die bundesweit erste Fachkonferenz in Mecklenburg-Vorpommern durchzuführen.

Ziel der Branchenkonferenz war es, den Gesundheitstrend und die Entwicklung des Marktes Gesundheitswirtschaft zu analysieren. Darüber hinaus sollte es darum ge-

hen, die Qualität der Angebote und das Preis-Leistungs-Verhältnis zu erörtern.

„Die Gesundheitsbranche kann wie eine Lokomotive für andere Branchen wirken“, sagte der für den Aufbau Ost zuständige Bundesminister Wolfgang Tiefensee in Rostock. Tiefensee appellierte an die rund 600 Teilnehmer der Konferenz, künftig die Chancen des Gesundheitswesens stärker in der Vordergrund zu stellen, denn die Potenziale der Gesundheitsbranche sind nach Meinung von Experten und Politikern noch lange nicht ausgeschöpft.

Schon jetzt gilt das Gesundheitswesen mit 4,2 Millionen Beschäftigten als wichtigste Branche für den deutschen Arbeitsmarkt und mit einem Gesamtumsatz von 240 Millionen Euro als Konjunkturmotor. Mecklenburg-Vorpommerns Ministerpräsident Harald Ringstorff hat zudem eine wachsende Bereitschaft der Menschen beobachtet, für Gesundheit Geld zu investieren.

Davon sollen in unserem Bundesland die Bereiche Prävention und Gesundheitstourismus künftig stärker profitieren. Von einer stärkeren Kooperation mit den Anrainerstaaten im Ostseeraum erwartet Ringstorff Impulse besonders für die Biotechnologie in unserem Bundesland.

KZV

Ein Dentalmuseum in Kössern ab Mai 2006

In seinem Gedicht „Stufen“ sagt Hermann Hesse: „...und jedem Anfang wohnt ein Zauber inne...“.

Andreas Haesler, Initiator und Macher der mit 70.000 Teilen weltweit größten dentalhistorischen Sammlung ist einerseits Geschäftsmann mit der täglichen Pflicht der Führung eines Dentallabors in Grimma und andererseits Visionär beim Aufbau eines Dentalmuseums. Die Sammlung soll mit der Präsentation im Jagdhaus Kössern, einem barocken Kleinod, das nach Plänen des Dresdner Hofbaumeisters Daniel Pöppelmann errichtet wurde, und in einem Teil des ehemaligen Rittergutes ihr neues Domizil finden.

Inspiriert wurde Haesler 1981 von ei-

nem alten Zahnschrank, dem ersten greifbaren musealen Gegenstand seiner wohl nun größten Dentalsammlung der Welt. Die sich recht zügig entwickelnde Sammlung wäre natürlich ohne das Einfließen weiterer bedeutender Privatsammlungen, Firmenarchive und Universitäten nicht so schnell vorangekommen. Der Umfang der Attraktivität ausgewählter Exponate ermöglichte bereits im Jahr 2000 eine erste Präsentation im Schloss Colditz.

Mit besonderem Stolz verweist Haesler auf sein ältestes Exponat, einen 2300 Jahre alten Zahnstocher aus römischer Zeit.

Die Ausstellungseröffnung ist für Mai 2006 mit Gästen aus ganz Deutschland geplant.

Kerstin Abeln

nes Obleutesystems für die Behandlung Angebote zu unterbreiten. Ferner hat die Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern jüngst den „Zahnärztlichen Praxisführer für Patienten mit Behinderungen und geriatrische Patienten“ herausgegeben. Hierin gibt es für diese Bevölkerungsgruppen die Möglichkeit, gezielte Betreuungsverfahren, aber auch gezielt Praxen mit dieser spezifischen Zielausrichtung, auszusuchen.

Darüber hinaus verweist der Präsident der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern und Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer, Dr. Dietmar Oesterreich, auf die enge Verzahnung von Medizin und Zahnmedizin: „Weite Bevölkerungsteile gehen ausgesprochen vorsorgeorientiert und regelmäßig zur zahnärztlichen Kontrolle. Dies bietet nicht nur die Chance, Erkrankungen der Mundhöhle rechtzeitig zu entdecken und zu behandeln, sondern darüber hinaus im Sinne des Screenings für zahlreiche allgemeinmedizinisch bedeutsame Erkrankungen präventiv wirksam zu werden. Dies betrifft insbesondere Herzkreislauferkrankungen und Stoffwechselstörungen.“

Vor diesem Hintergrund sieht die Zahnärzteschaft eine stärkere Vernetzung der medizinischen Fachgebiete als notwendig an. Aufklärung über Raucherentwöhnung, richtige Ernährung, Bewegungsmangel und Stressabbau ist auch für zahlreiche zahnmedizinische Erkrankungen, wie beispielsweise Zahnbetterkrankungen (Parodontitis) ebenso Schwerpunkt der Behandlungsstrategie.

Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen, die den Ärzten und Zahnärzten und damit allen im Gesundheitswesen Beschäftigten für ihre Initiativen die nötigen Freiheiten bieten, sind allerdings nötig. Die Reduktion der Gesundheitspolitik auf alleinige Finanzierungsfragen, und dies vor allen Dingen ausschließlich zu Lasten der Heilberufe, wird diesem Anspruch nicht gerecht.

Fortbildung im März 2006

4. März **Ⓞ Punkte****Praktische Herstellung einer Zentrikschiene**

PD Dr. O. Bernhardt,
Dr. B. Schwahn
9 - 18 Uhr, Zentrum für ZMK
Rotgerberstr. 8, 17487 Greifswald
Seminar Nr. 24
Seminargebühr: 375 €

8. März **Ⓞ Punkte****Das ABC der Schienentherapie**

Prof. Dr. G. Meyer
14 - 20 Uhr, Zentrum für ZMK
Rotgerberstr. 8, 17487 Greifswald
Seminar Nr. 25
Seminargebühr: 180 €

11. März **Ⓞ Punkte****Bildgebende Verfahren und elektronische Registrierung in der Kiefergelenkdiagnostik**

Prof. Dr. B. Kordaß, D. Hützen
9 - 16 Uhr, Zentrum für ZMK
Rotgerberstr. 8, 17487 Greifswald
Seminar Nr. 27
Seminargebühr: 180 €

11. März
Sie, die gewinnenbringende Schnittstelle! Patient und Chef fordern Ihren persönlichen Einsatz

B. Kühn
9 - 16 Uhr,
Trihotel am Schweizer Wald
Tessiner Straße 103, 18055 Rostock
Seminar Nr. 64
Seminargebühr: 200 €

15. März **Ⓞ Punkte****Zahnärztliche Chirurgie in der allgemein Zahnärztlichen Praxis – Wo liegen die Grenzen?**

Prof. Dr. W. Sümnick
14 - 19 Uhr, Zentrum für ZMK
Rotgerberstr. 8, 17487 Greifswald
Seminar Nr. 28
Seminargebühr: 150 €

15. März **Ⓞ Punkte****Die Mini-Schraube zur Verstärkung der kieferorthopädischen Verankerung**

Dr. H. Kopp
14 - 18 Uhr, Klinik und Polikliniken für ZMK
Stempelstraße 13, 18057 Rostock
Seminar Nr. 29
Seminargebühr: 110 €

Zahnärztliche Behandlung von HIV-Patienten

Der Kammervorstand sieht sich zu folgender Stellungnahme veranlasst:

Die Gefahr einer HIV-Infektion ist nach wie vor nicht beseitigt. Die WHO rechnet weltweit mit mehr als 40 Millionen Infizierten und 25 Millionen bereits an Aids Verstorbenen. In Deutschland kommen jährlich zu den bekannten 45.000 infizierten Personen 2.000 neue hinzu. In Europa hat sich die Anzahl der Neuinfektionen in den letzten zehn Jahren verdoppelt. Ein besonders bedenklicher Anstieg neuer Infektionen wird aus Osteuropa gemeldet.

Auch in Mecklenburg-Vorpommern sind derzeit etwa 180 Menschen mit HIV-Infektion, darunter 62 an Aids Erkrankte bekannt, von denen 23 bereits der Krankheit erlegen sind. Hinzu kommt eine Dunkelziffer unbekannter Größe. Dennoch ist insgesamt die statistische Wahrscheinlichkeit nicht groß, dass ein HIV-Infizierter die Praxis aufsucht.

Da aber unter den Patienten auch solche sein können, welche von der eigenen HIV-Infektion nichts wissen und andere, die ihre Infektion verschweigen, muss jeder Patient so behandelt werden, als könnte er HIV-positiv sein. Es sind also in **jedem** Behandlungsfall **alle** Maßnahmen konsequent anzuwenden, die eine Übertragung von Krankheitserregern ausschließen können.

Die Möglichkeit einer Virus-Übertragung im Zusammenhang mit der zahnärztlichen Behandlung Infizierter ist unbestritten. Um so zwingender ist von jeder Zahnärztin und jedem Zahnarzt die konsequente Beachtung aller Schutzmaßnahmen zu fordern, die dann auch weitgehende Sicherheit bieten. Derartige Maßnahmen schützen nicht nur den Behandler, sondern gleichermaßen sein Team und andere Patienten. Das trifft auch in Hinblick auf die viel höhere Gefahr einer Übertragung von Hepatitis-Viren zu und gilt unabhängig davon, ob eine Viruserkrankung des Patienten bekannt ist oder nicht (s. auch SETZ und BORNELL-LIPP 2000: „Virusinfektionen in der Zahnarztpraxis“).

Alle wichtigen Regeln zum Infektionsschutz sind im Internet unter www.zaekmv.de im internen Bereich nachzulesen (Checkliste/BUS-Handbuch Kapitel 6: „Anforderungen an die Hygiene“). Hier ist auch die Richtlinie des Robert-Koch-Instituts: „Anforderungen an die Hygiene in der Zahnmedizin“ zu finden. Auch die demnächst zu erwartende aktualisierte Fassung dieser Richtlinie und der darauf basierende neue Hygieneplan der BZÄK werden hier sofort nach Erscheinen (voraussichtlich Februar 2006) eingestellt. Unter dem Link „Aktuelles (Allgemeine Zahnärzteschaft)“ werden spezielle „HIV-

PEP-Notfalldepots in Mecklenburg-Vorpommern“ mit sachkundigen Ansprechpartnern zu Fragen der Postexpositions-Prophylaxe genannt.

Sofern die ohnehin verbindlichen Hygiene-Maßnahmen konsequent durchgeführt werden, ist eine HIV-Übertragung in der zahnärztlichen Praxis weitgehend ausgeschlossen. Gefährlich bleiben Stichverletzungen mit kontaminierten Instrumenten (wie mit Kanülen, blutigem Skalpell, Scalern zur Zahnsteinentfernung usw.), die sicher vermieden werden müssen.

Juristische Kommentatoren unterstreichen die „allgemeine Berufspflicht zur Übernahme erbetener Behandlungen“ und sehen in der möglichen Ansteckungsgefahr keinen triftigen Grund, einen HIV-positiven Patienten zurückzuweisen (LAUFS 1993). Es steht demnach nicht im Belieben des Vertragszahnarztes, ob und in welchem Umfang er sozialversicherte Patienten versorgen will. „Die pauschale Verweigerung der Behandlung stellt ... einen schwerwiegenden Verstoß gegen die durch die Vertragszahnarztzulassung übernommenen Pflichten dar.“ (RIES und Mitarb. 2002).

Auch Vertreter der Zahnärzteschaft sehen übereinstimmend keinen hinlänglichen Grund, die Behandlung HIV-Infizierter generell abzulehnen (z. B. PANZNER und WOLF 2004; REICHART und GELDERBLOM 1998). Das bedeutet aber nicht, dass man bei der Behandlung bekannter Virus-Träger keine besonderen organisatorischen und sonstigen Sicherheitsmaßnahmen treffen und diese auch scharf kontrollieren sollte.

Wir schließen hieraus:

Die grundsätzliche Ablehnung einer notwendigen zahnärztlichen Behandlung von HIV-positiven Patienten ist unärztlich und ethisch nicht zu rechtfertigen.

Der zahnärztliche Beruf ist mit Pflichten verbunden (Berufsordnung der ZÄK Mecklenburg-Vorpommern, § 2). Dazu gehört es auch, „seinen Beruf gewissenhaft und nach den Geboten der ärztlichen Ethik und der Menschlichkeit auszuüben.“ Die Ablehnung einer Behandlung aus Angst vor einer Infektion ist ethisch nicht zu begründen, zumal da ausreichende Schutzmaßnahmen zur Verfügung stehen, die ohnehin bei jeder zahnärztlichen Behandlung gefordert oder dringend angeraten sind.

Zudem ist die Ablehnung einer Behandlung von Patienten mit bestimmten Erkrankungen diskriminierend und widerspricht allen Grundsätzen des ärztlichen Berufs. Sie kann nur in seltenen begründeten Ausnahmefällen gerechtfertigt sein.

**Für den Kammervorstand:
Prof. Dr. Dr. Johannes Klamm**

Zitiertes Schrifttum:
Laufs A.: *Arztrecht*.
5. Aufl., Verlag C.H. Beck 1993

Panzner K.-D., Wolf G.:
Behandlungspflicht und Notfalldienst.
Thüringer Zahnärzteblatt 2004; 13

Reichart P. A., Gelderblom H. R.:
*Die HIV-Infektion und ihre oralen
Manifestationen*.
Aktuelles Wissen Hoechst. Frankfurt/Main
1998

Ries H. P., Schnieder K. H.,
Großbölting R.: *Zahnarztrecht*.
Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2002

Setz J., Bornell-Lipp M.:
Virusinfektionen in der Zahnarztpraxis.
Wiss. Stellungnahme der Deutschen
Gesellschaft für Zahn-, Mund- und
Kieferheilkunde.
Dtsch zahnärztl Z 2000; 55; nachzulesen
auch unter www.dgzmk.de

KZV

Treffen der VV-Vorsitzenden



Der Vorsitzende der Vertreterversammlung der KZV Westfalen-Lippe, Dr. Koch, startete die Initiative, die Vorsitzenden der Vertreterversammlungen der KZVs zu einem Erfahrungs- und Meinungsaustausch zu versammeln.

Das erste Treffen dieser Art in der Geschichte der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen fand bereits im September in Münster statt und wurde teilweise fortgesetzt während der KZBV-Vertreterversammlung in Berlin Ende Oktober.

Da der Gesetzgeber die hauptamtlichen Vorstände der KZVs als „geborene“ Mitglieder der KZBV-Vertreterversammlung eingesetzt hat, sind mehr als die Hälfte dieses Gremiums „Hauptamtler“.

Die VV-Vorsitzenden haben sich vorgenommen, die Arbeit der gewählten,

ehrenamtlich in den KZVs tätigen VertreterInnen der Vertragszahnärzteschaft (das einzig verbliebene ehrenamtliche Organ in den KZVs) aktiv zu vertreten und durch den kollegialen Erfahrungsaustausch zu befruchten.

Neben den Problemen der Gestaltung der Arbeitsverträge der KZVs mit ihren hauptamtlichen Vorständen nahm die Ausgestaltung der Arbeit der Ausschüsse in den Vertretungen breiten Raum ein.

Der VV-Vorsitzende der KZV M-V berichtete dem Koordinierungsgremium ausführlich.

Ein nächstes Treffen der VV-Vorsitzenden ist für Ende März 2006 geplant.

Dr. Peter Schletter, Vorsitzender der
KZV-Vertreterversammlung M-V

Bundesgesundheitsministerium erhält Auszeichnung

Das Bundesgesundheitsministerium ist ausgezeichnet worden. Es hat einen Medien-Award erhalten, welcher Themenvielfalt sowie Breite und Qualität der Pressearbeit auszeichnet. Das Institut für Medienanalyse, Media Tenor, – seit 1994 der weltweit führende Medienanalyst – hat in Auswertung aller seit Oktober 2002 in meinungsführenden Tageszeitungen, Wochenmedien, TV-Hauptnachrichten sowie TV-Magazinen verbreiteten Beiträge, in diesem Jahr die Auszeichnung in der

Rubrik *Federal Ministry Communicator 2005* an das Ministerium für Gesundheit und Soziales verliehen.

Damit befindet sich Ulla Schmidts Ministerium in namhafter Gesellschaft. In der Vergangenheit erhielten diesen Preis bereits Transparency International und Amnesty International. Aus Sicht der Gesundheitsberufe sind die letzten Meldungen des Bundesgesundheitsministeriums jedoch nicht gerade preisverdächtig.

Kerstin Abeln

22. März Erbrecht und Vermögensnachfolge im Todesfall

Rechtsanwalt Ph. v. Wrangell
15 - 18 Uhr, Zahnärztekammer
Wismarsche Straße 304,
19055 Schwerin
Seminar Nr. 32
Seminargebühr: 90 €

Anmeldungen für alle Seminare:

Geschäftsstelle der ZÄK M-V,
Wismarsche Str. 304,
19055 Schwerin,
bzw. unter www.zaekmv.de.
Das Referat Fortbildung ist unter
Tel. 03 85/ 5 91 08 13 und
Fax 03 85/ 5 91 08 23 zu erreichen.

Bitte beachten Sie: Weitere Seminare, die planmäßig stattfinden, jedoch bereits ausgebucht sind, werden an dieser Stelle nicht mehr aufgeführt. Bitte informieren Sie sich dazu unter www.zaekmv.de – Stichwort Fortbildung).

Bitte beachten Sie die Terminänderung

Das Seminar Nr. 34 „Behandlung der Parodontitis – Darstellung grundlegender Behandlungsprinzipien“ mit den Referenten Prof. Dr. Kocher und Dr. Fanghänel muss **vom 5. April auf den 10. Mai verlegt** werden. Das Seminar findet am Mittwoch, 10. Mai, von 16 – 21 Uhr im Zentrum für ZMK, Rotgerberstraße 8, in Greifswald statt.

ZÄK

Zahnarzteausweis ungültig

Hiermit wird der Verlust des Zahnarzteausweises Nr. 873 der Zahnärztin Dr. Peggy Marie Göseke, Rostock, bekannt gegeben. Dieser Zahnarzteausweis wird hiermit für ungültig erklärt.

Zahnärztekammer M-V, Mitgliederwesen

ANZEIGE

Historischer Patientenbehandlungsstuhl **Berger-Spezial** an Selbstaholer zu verkaufen.
Fax (03 84 25) 2 13 81

Abformungs- und Versandkosten

Tabelle für die in der Praxis anfallenden tatsächlichen Kosten bzw. Pauschalbeträge
Stand 1. Dezember 2005

Kosten-träger	Leistungs-art	Abform-material	prov. Krone/ Brückenglied je Krone/ Brückenglied	Versandkosten (zwischen Praxis und Fremdlabor) je Versandgang, in Angleichung an die Portokosten je Päckchen der Deutschen Post AG
		€	€	€
Primär-kassen	ZE	Tatsächlich entstehende Kosten		4,30
einschl.	KFO	Tatsächlich entstehende Kosten		4,30
Bundes-knappschaft	KBR	Tatsächlich entstehende Kosten		4,30
Ersatzkassen	ZE	Tatsächlich entstehende Kosten		4,30
	KFO	Pauschale von 2,60 € für Abformmaterial und Versand		Grundlage § 6 des bis zum 31. Dezember 2003 gültigen Geb.-Tarifs D Vers.- Kosten je Vers.- G. in der Pauschale von 2,60 € enthalten
	KBR	Für eine Abformung 2,80 €		4,30

Ersatzkassen: Versandkosten je Versandgang 4,30 €
„Päckchengebühr der „Deutschen Post AG““
Grundlage: Vergütungsvereinbarung zwischen VdAK/AEV und KZV M- V

Primärkassen: Versandkosten je Versandgang 4,30 €
„Päckchengebühr der „Deutschen Post AG““
Grundlage: Vergütungsvereinbarungen zwischen den Primärkassen und KZV M- V

BEMA-Abrechnungsgrundlagen für Azubis im 3. Lehrjahr und Neueinsteiger (Helferinnen / Vorbereitungsassistenten)

Referenten:

Marion Fernitz, *Abteilungsleiterin Kons./Chir. KZV M-V*
Elke Köhn, *stellvertr. Abteilungsleiterin Kons./Chir. KZV M-V*
Heidrun Göcks, *Abteilungsleiterin Prothetik KZV M-V*

- Grundlagen der vertragszahnärztlichen Kfo-Behandlung
- ZE-Festzuschüsse

Termin: 7. April, 15.00 – 18.00 Uhr und
8. April, 10.00 – 13.00 Uhr
in Schwerin

Inhalt: Vertragszahnärztliche Abrechnung von KCH- und ZE-Leistungen

- endodontische Behandlungsmaßnahmen
- Praxisgebühr
- zwischenstaatliches Krankenversicherungsrecht

Gebühren: 75,00 € für Auszubildende, Zahnarzt-
helferinnen, Vorbereitungsassistenten

PC-Schulungen der KZV M-V

Referent: Andreas Holz (KZV M-V)
Ort: KZV M-V, Wismarsche Straße 304, 19055 Schwerin
Gebühren: 60 € für Zahnärzte, 30 € für Vorbereitungsassistenten und Zahnarzhelferinnen
Für jeden Teilnehmer steht ein PC zur Verfügung.
Es werden drei Fortbildungspunkte vergeben.

Tabellenkalkulation

- Inhalt:**
- Tabellenkalkulationsprogramm Excel und alternative Programme,
 - Daten eingeben und bearbeiten,
 - Formeln und Funktionen einfügen,
 - Rechenoperationen in Excel,
 - Auswerten der Daten mit Diagrammen

Wann: 18. Januar 2006, 16.00 bis 19.00 Uhr

Textverarbeitung

- Inhalt:**
- Textverarbeitungsprogramm Word und alternative Programme,
 - Texte eingeben und verändern,
 - Grafiken einfügen aus ClipArt oder Datei,
 - Tabellen einfügen und bearbeiten,
 - Vorlagen erstellen,
 - Funktion Serienbrief

Wann: 15. Februar 2006, 16.00 bis 19.00 Uhr

Internet:

E-Mail echt einfach mit Outlook Express

- Inhalt:**
- Elektronische Post - was ist das?
 - E-Mail Programme kennen lernen,
 - Outlook Express benutzen,
E-Mail Konto einrichten; Meine erste Mail
 - Outlook Express anpassen,
Ordner anlegen; Regeln für E-Mails aufstellen
 - Virenschutz Outlook Express

Wann: 15. März 2006, 16.00 bis 19.00 Uhr

Powerpoint-Präsentation selbst erstellen

- Inhalt:**
- Die erste Präsentation mit den verschiedenen Assistenten und Vorlagen
 - Arbeiten mit POWERPOINT unter verschiedenen Ansichten
 - Freies Erstellen einer Präsentation
 - Verwendung des Folienmasters
 - Einfügen verschiedener Elemente
 - Aktionseinstellungen

Wann: 19. April, 16.00 bis 19.00 Uhr

An die
 Kassenzahnärztliche Vereinigung
 z. H. Frau Plückerhahn
 Wismarsche Straße 304

Fax (03 85) 54 92 498

19055 Schwerin

Ich möchte mich anmelden zum Seminar:

- Tabellenkalkulation am 18. Januar 2006, 16-19 Uhr, in Schwerin**
- Textverarbeitung am 15. Februar 2006, 16-19 Uhr in Schwerin**

- E-Mail mit Outlook Express am 15. März 2006, 16-19 Uhr, in Schwerin**
- Power Point-Präsentation am 19. April 2006, 16-19 Uhr, in Schwerin**
- BEMA-Abrechnungsgrundlagen am 7. und 8. April 2006 in Schwerin**

Datum (Seminar)	Name, Vorname (Druckschrift)	Abr.-Nr.	Zahnarzt (ZA) Zahnarzhelferin (ZAH) Vorbereitungsassistent/in (VA)

 Unterschrift/Datum

 Stempel

Öffentliche Ausschreibungen

Die Kassenzahnärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern schreibt gemäß § 103 Abs. 4 SGB V folgenden Vertragszahnarztsitz zur Übernahme durch Nachfolger aus, da es sich um für weitere Zulassungen gesperrtes Gebiet handelt:

Allgemeinzahnärztliche Praxis im Planungsbereich Güstrow zum 1. April 2006.

Die Bewerbungsfrist endet am 15. Februar 2006.

Der die Praxis abgebende Zahnarzt bleibt zunächst anonym.

Interessenten können Näheres bei der KZV M-V erfahren (Tel. 03 85/ 5 49 21 30).

Bewerbungen sind ab sofort an die KZV M-V, Wismarsche Straße 304, 19055 Schwerin, zu richten.

Die Bewerber müssen die Voraussetzungen für eine Zulassung gemäß §§ 3 und 18 Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte erfüllen.

Bereits vorliegende Eintragungen in der Warteliste für allgemeinzahnärztliche Praxen gelten nicht automatisch als Bewerber um diese Praxis.

In jedem Falle ist eine schriftliche Bewerbung für diesen Vertragszahnarztsitz erforderlich.

Sitzungen des Zulassungsausschusses

Hiermit wird bekannt gegeben, dass die nächsten Sitzungen des Zulassungsausschusses für Zahnärzte für den 18. Januar 2006 und den 5. April 2006 anberaumt sind.

Die Antragsunterlagen müssen drei Wochen vor dem Sitzungstermin in der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses vollständig vorliegen.

Über später eingehende Anträge wird in der darauffolgenden Sitzung verhandelt.

Nachstehend aufgeführte Anträge erfordern die Beschlussfassung des Zulassungsausschusses:

Anträge auf

- Zulassung, Ermächtigung
- Gemeinschaftspraxis
- Beschäftigung eines angestellten Zahnarztes
- Verlegung des Vertragszahnarztsitzes

Kenntnisse im Strahlenschutz für Praxismitarbeiter

Die Ankündigungen der Aktualisierungskurse „Kenntnisse im Strahlenschutz“ für Stomatologische Schwestern, Zahnarzthelferinnen, Zahnmedizinische Fachangestellte und sonstige Mitarbeiter im **dens** 11/2005 und im neuen Fortbildungsprogramm für das 1. Halbjahr 2006 haben zahlreiche Nachfragen der Praxen nach sich gezogen. Deshalb hierzu einige Hinweise:

Gemäß § 18 a der neuen Röntgenverordnung vom 1. Juli 2002 muss die Qualifikation „Kenntnisse im Strahlenschutz“ mindestens alle fünf Jahre durch eine erfolgreiche Teilnahme an einem von der zuständigen Stelle anerkannten Kurs aktualisiert werden. Der Kurs beinhaltet auch eine schriftliche Prüfung zu den Inhalten, die in einem Vorbereitungsskript der Zahnärztekammer M-V und während des Kursverlaufs dargestellt wurden.

Personen ohne abgeschlossene sonstige medizinische Ausbildung, die nach der alten Fassung der Röntgenverordnung die „Kenntnisse im Strahlenschutz“ erworben haben (was jetzt nicht mehr möglich ist), sind weiterhin berechtigt, Röntgenaufnahmen unter Aufsicht durchzuführen (Bestandsschutz). Allerdings sind auch diese Personen verpflichtet, ihre Qualifikation zu aktualisieren.

Der Aktualisierungskurs kann nur von Praxismitarbeitern absolviert werden, die den Nachweis über die „Kenntnisse im Strahlenschutz“ besitzen. Röntgennachweise aus der ehemaligen DDR sowie Nachweise über praktisches Röntgen ent-

sprechen nicht der Qualifikation „Kenntnisse im Strahlenschutz“ und erfüllen somit nicht die Zugangsvoraussetzung für einen Aktualisierungskurs.

Wurden die „Kenntnisse im Strahlenschutz“ nach 1987 erworben, hat der Gesetzgeber eine Frist zur Aktualisierung bis zum 1. Juli 2007 festgeschrieben, ansonsten erlischt die Qualifikation. Dies hätte zur Folge, dass die Mitarbeiterin keine Röntgenaufnahmen mehr durchführen darf. Bei Praxismitarbeitern, die die „Kenntnisse im Strahlenschutz“ nach dem 1. Juli 2002 (In-Kraft-Treten der neuen Röntgenverordnung) erworben haben, gilt der Grunderwerb für fünf Jahre vom Ausstellungszeitpunkt des Zertifikats an.

Für die Aktualisierungskurse „Fachkunde im Strahlenschutz“ für Zahnärzte gelten ähnliche Kriterien. Prof. Rother hatte in **dens** 11/2005, Seite 20, entsprechende Erläuterungen gegeben.

Die Termine der Aktualisierungskurse „Fachkunde im Strahlenschutz“ für Zahnärzte und „Kenntnisse im Strahlenschutz“ für Praxismitarbeiter für das 2. Halbjahr 2006 werden in den jeweiligen Fortbildungsprogrammen der Zahnärzte und Helferinnen veröffentlicht, die im Mai 2006 erscheinen werden. Wir bitten die Praxisinhaber, das Fortbildungsprogramm der Zahnarzthelferinnen unbedingt an die Mitarbeiter weiterzugeben.

Birgit Laborn

Zahnärztliche Stelle für Röntgendiagnostik

Wissenschaft und Wirtschaft, ein synergetisches System

Am 23. November 2005 fand in Koszalin (Westpolen) im Neubau der Technischen Universität Koszalin eine gemeinsame deutsch-polnische Tagung mit dem Thema „Wissenschaft und Wirtschaft“ statt, bei der von beiden Ländern Entwicklungen und Ergebnisse aus Wirtschaft und Forschung präsentiert wurden.

Das Treffen wurde vom Wirtschaftsministerium Mecklenburg-Vorpommern, vom Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur Mecklenburg-Vorpommern sowie vom Marschallamt der Wojewodschaft Westpommern organisiert.

Die seit langem bestehende enge Zusammenarbeit zwischen den Herren Prof. Dr. T. Gedrange, Poliklinik für Kieferorthopädie, Greifswald, Prof. Dr. W. Süm-

nig, Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Greifswald, Prof. Dr. J. Fanghänel, Anatomie, Greifswald, Prof. Dr. V. Bienengraber, Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Rostock, Dr. W. Gericke, Firma Artoss, war Anlass dafür, dass diese Arbeitsgruppe vom Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur M-V ausgewählt wurde, das Land Mecklenburg-Vorpommern auf internationaler Ebene zu repräsentieren.

Nach Begrüßung und Darstellung der Fachbereiche der Technischen Universität Koszalin durch den Rektor, Prof. Dr. T. Krzyzyski, gaben der Wirtschaftsminister von Mecklenburg-Vorpommern, Dr.

O. Ebnet, sowie der Marschall der Wojevodenschaft Westpommern, Prof. Dr. Z. Meyer, einen detaillierten Überblick über die Wirtschaftsstruktur des jeweiligen Bundeslandes. Die vielfältige Wissenschaftslandschaft mit den zahlreichen Forschungsschwerpunkten sowie die vielschichtigen, von Seiten des Bildungsministeriums Mecklenburg-Vorpommern initiierten Förderprogramme wurden von Hermann Fischer, Leiter der Abteilung 3, Wissenschaft und Forschung, Hochschulen am Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur M-V in einer anschaulichen und eindrucksvollen Rede dargestellt.

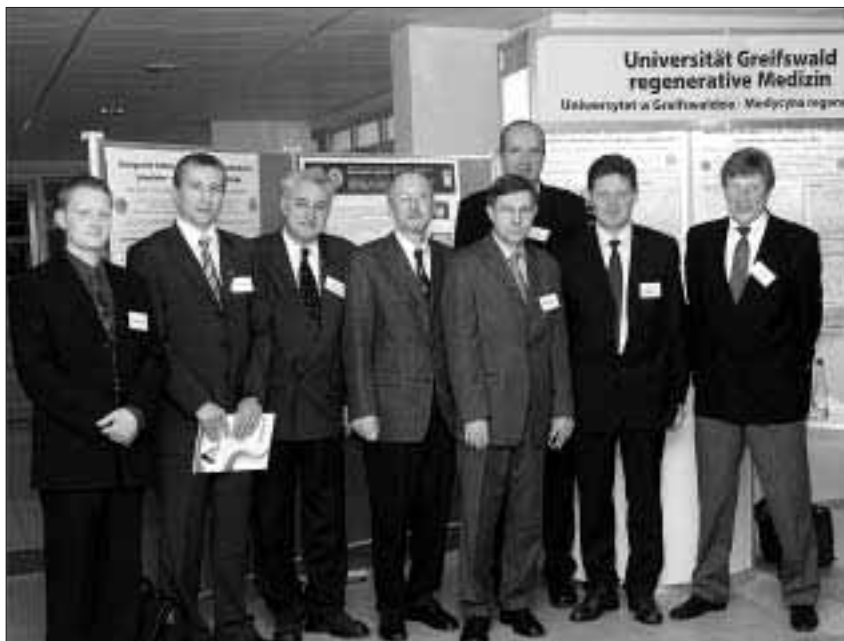
Am Nachmittag folgte eine von Prof. Dr. T. Gedrange, Direktor der Poliklinik für Kieferorthopädie, Präventive Zahnmedizin und Kinderzahnheilkunde am Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Ernst-Moritz-Arndt-Universität, geleitete wissenschaftliche Vortragsreihe zum Forschungsschwerpunkt „Regenerative Medizin – Knochensatzstoffe in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“. Anschließend fand zusätzlich eine Posterdemonstration zum Thema statt, die auf reges Interesse der Teilnehmer aus dem

Fachbereich Medizin der Universitäten Stettin, Posen und Danzig stieß und zur Diskussion anregte. Ausgewählte Beiträge wurden in einem Sonderheft der Deutschen Zahnärztlichen Zeitschrift den Zuhörern zur Verfügung gestellt.

Mit diesem Treffen auf wirtschaftlicher und wissenschaftlicher Ebene wird ein neuer Weg der internationalen Zusammenarbeit zwischen Deutschland und Polen beschritten. Der enge Verbund zwischen Wissenschaft und Wirtschaft eröffnet vielfältige Möglichkeiten. Gerade die persönliche Kontaktaufnahme von Vertretern aus Wissenschaft und Wirtschaft bietet die Möglichkeit zur gemeinsamen und wechselseitigen Nutzung sowie Bündelung von Kräften bei der Durchführung von Projekten. Erkenntnisse aus Wissenschaft und Forschung können somit zeitnah auch wirtschaftlich umgesetzt werden und nicht zuletzt Arbeitsplätze schaffen.

In weiteren Arbeitstreffen im Jahr 2006 in Deutschland sollen die geschaffenen Verbindungen vertieft werden und in der zielstrebigsten Umsetzung gemeinsamer Projekte auch auf internationaler Ebene münden.

Dr. Dr. Peter Proff



Im Bild von rechts nach links:

H. Fischer, Leiter der der Abteilung 3, Wissenschaft und Forschung, Hochschulen am Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur Mecklenburg-Vorpommern; Prof. Dr. T. Gedrange, Direktor der Poliklinik für Kieferorthopädie, Präventive Zahnmedizin und Kinderzahnheilkunde am Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Ernst-Moritz-Arndt-Universität; Dr. W. Gerike, Geschäftsführer der Artoss GmbH Rostock; Prof. Dr. L. Mysliwiec, Leiter der oralchirurgischen Abteilung der Universität Stettin; Prof. Dr. Dr. V. Bienengräber, Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Universität Rostock; Prof. Dr. J. Fanghänel, Leiter der Abteilung Oralanatomie am Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald; Dr. B. Luszczynski, Wissenschaftlicher Mitarbeiter der oralchirurgischen Abteilung der Universität Stettin sowie Dr. K. Kauzynski, Wissenschaftlicher Mitarbeiter der oralchirurgischen Abteilung der Universität Stettin.

Praxiseröffnungen

Gemeinschaftspraxis
Hans-Ernst Kaßburg
Ulrike Blum
Zahnärzte
Sandstraße 3
19249 Lübtheen

Gemeinschaftspraxis
Dr. Michael Sonnenburg
Dr. Kristin Kurnoth
Dr. Wolf-Henrik Fröhlich
Kieferchirurg/Oralchirurgen
Haselstraße 2
18273 Güstrow

Gemeinschaftspraxis
Dipl.-Med. Renate Schultz
Christian Schultz
Zahnärzte
Pasewalker Straße 6
17098 Friedland

Gemeinschaftspraxis
Dr. Christian Zorn
Carsten Zorn
Zahnärzte
Rostocker Straße 1 a
17179 Gnoien

Gemeinschaftspraxis
Gerd Scheiffler
Ute Scheiffler-Fritsch
Uwe Scheiffler
Zahnärzte
Gustav-Melkert-Straße 4
17207 Röbel

Praxisschließungen

Katja Jeschek
Zahnärztin
Sandstraße 3
19249 Lübtheen

Frauke Losch
Zahnärztin
Bahnhofstraße 28
19230 Hagenow

Praxisabgaben/ -übernahmen

Die von Dres. Ilona und Dietmar Göseke seit dem 2. September 1991 geführte Sozietät in Rostock wird seit 3. Januar 2006 von Dres. Peggy Marie und Oliver Göseke weitergeführt.

Praxisveränderungen

Dr. Klaus Ziegler beendete am 31. Dezember 2005 die Niederlassung in der Sozietät mit Dres. Frank und Uta Ziegler in Ribnitz-Damgarten. Die Sozietät wird zwischen den verbleibenden Partnern fortgeführt.

Herr Hartmut Müller verlegt seinen Vertragszahnarztstz zum 15. Januar 2006 von Grabow nach Ludwigslust.

Wahlordnung der Zahnärztekammer

vom 9. Dezember 2005

Aufgrund § 21 in Verbindung mit § 23 Abs. 2 Nr. 1 des Heilberufsgesetzes vom 23. Januar 1993 (GVOBl. M-V S. 62), zuletzt geändert durch Gesetz vom 7. Januar 2004 (GVOBl. M-V S. 12), erlässt die Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern nach Beschlussfassung durch die Kammerversammlung der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern am 26. November 2005 mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde vom 12. Dezember 2005 folgende Wahlordnung.

1. Teil: Wahl zur Kammerversammlung Abschnitt I: Allgemeine Bestimmungen

§ 1 Wahl zur Kammerversammlung

- (1) Die Kammerversammlung wird auf die Dauer von vier Jahren in unmittelbarer, freier und geheimer Wahl nach den Grundsätzen der Verhältniswahl aufgrund von Einzelwahlvorschlägen von den wahlberechtigten Kammermitgliedern gewählt.
- (2) Die Wahlen zur Kammerversammlung finden als Briefwahl statt.

§ 2 Wahlzeit

- (1) Die Wahlzeit beginnt mit der Zusendung der Stimmzettel, der Wahlumschläge und der Wahlausweise an die Wahlberechtigten.
- (2) Das Ende der Wahlzeit wird durch den Vorstand der Zahnärztekammer bis zum 30. April des Wahljahres festgelegt.

§ 3 Wahlkreise

Die politischen Kreise des Landes bilden je einen Wahlkreis.

§ 4 Zahl der zu wählenden Kammermitglieder

- (1) Zur Kammerversammlung ist je 40 Wahlberechtigten ein Mitglied zu wählen. Ferner gehört der Kammerversammlung je ein Hochschullehrer an, der die zahnärztliche Approbation besitzt und der von den zuständigen Fakultäten der Hochschulen in Rostock und Greifswald benannt worden ist.
- (2) Zehn Bewerber werden landesweit über die Landesliste gewählt. Die übrigen Mitglieder werden über Kreislisten gewählt.
- (3) Die Zahl der in den einzelnen Wahlkreisen zu wählenden Mitglieder bestimmt sich nach dem Verhältnis der wahlberechtigten Kammerangehörigen eines Wahlkreises zu der Gesamtzahl der Wahlberechtigten aller Wahlkreise am Tag des bestandskräftigen Abschlusses der Wählerliste. Mindestens ist jedoch ein Vertreter je Wahlkreis in die Kammerversammlung zu wählen. Ergeben sich bei der Berechnung Brüche, so werden diese, wenn sie mehr als 0,49 betragen, als 1 gerechnet, im Übrigen nicht berücksichtigt.

§ 5 Wahlausschuss und Wahlleiter

- (1) Der Vorstand der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern bestellt zur Durchführung der Wahl einen aus vier Zahnärzten und einem Wahlleiter als Vorsitzenden bestehenden Wahlausschuss. Der Wahlleiter muss die Befähigung zum Richteramt haben.
- (2) Als Mitglied des Wahlausschusses kann nur bestellt werden, wer zuvor schriftlich gegenüber dem Vorstand sein Einverständnis zur Bestellung erklärt hat und auf die Kandidatur zur Wahl für die Kammerversammlung verzichtet.
- (3) Der Präsident der Zahnärztekammer verpflichtet die Mitglieder des Wahlausschusses, ihre Amtsgeschäfte gewissenhaft wahrzunehmen.

§ 6 Aufgaben des Wahlleiters und des Wahlausschusses

- (1) Der Wahlleiter hat
 1. die Wählerliste zu erstellen;
 2. die Zahl der in den Wahlkreisen zu wählenden Mitglieder bekannt zu geben;
 3. die zugelassenen Wahlvorschläge ordnungsgemäß bekannt zu machen;
 4. die Wahlausweise und die Stimmzettel den Wahlberechtigten zu übersenden;
 5. das Wahlergebnis festzustellen und zu beurkunden;
 6. das Wahlergebnis zu veröffentlichen;
 7. die Gewählten von ihrer Wahl in Kenntnis zu setzen;
 8. dafür zu sorgen, dass die mit der Wahl zusammenhängenden Termine und Fristen eingehalten werden;
 9. sicherzustellen, dass die Wahl frei, geheim und unmittelbar durchgeführt wird.
- (2) Der Wahlausschuss ist für die ordnungsgemäße Vorbereitung und Durchführung der Wahl verantwortlich. Er kann sich hierzu der Unterstützung der Geschäftsstelle der Zahnärztekammer bedienen. Andere wahlberechtigte Kammermitglieder, die sich nicht um die Wahl bewerben, können mit ihrem Einverständnis zur Unterstützung herangezogen werden. Der Wahlausschuss unter dem Vorsitz des Wahlleiters entscheidet insbesondere über
 1. die Wahlberechtigung und die Wählbarkeit der Zahnärzte;
 2. die Einsprüche gegen die Wählerliste;
 3. die Zulassung der Wahlvorschläge;
 4. die Gültigkeit der Stimmzettel.

§ 7 Ankündigung der Wahl

- (1) Die Wahl ist durch den Wahlausschuss im Mitteilungsblatt „dens“ mindestens sechs Monate vor dem Ende der Wahlzeit anzukündigen.
- (2) Die Ankündigung der Wahl muss enthalten:
 1. Beginn und Ende der Wahlzeit,
 2. die Angabe, wo und wann die Wählerliste und die Wahlordnung zur Einsicht ausliegen,
 3. den Hinweis, dass nur die Kammermitglieder wählen können, die in die Wählerliste eingetragen sind,
 4. den Hinweis, dass Ansprüche gegen die Wählerliste nur bis zu einem bestimmten Zeitpunkt eingereicht werden können,
 5. die Mindestzahl der wahlberechtigten Kammermitglieder, von denen ein Wahlvorschlag unterzeichnet werden muss,
 6. den Termin, bis zu dem Wahlvorschläge eingereicht werden müssen,
 7. den Hinweis, dass nur gewählt werden kann, wer zur Wahl fristgerecht vorgeschlagen wurde und
 8. das Medium, das die Wahlvorschläge bekannt gibt.

§ 8 Berechnung von Fristen

Auf die Berechnung der in dieser Satzung bestimmten Fristen finden die §§ 186 – 193 des Bürgerlichen Gesetzbuches entsprechende Anwendung.

Abschnitt II: Wahlverfahren

§ 9 Wahlberechtigung

- (1) Wahlberechtigt sind alle Kammermitglieder, die
 1. vor Beginn der Wahlzeit seit mindestens drei Monaten bei der Kammer gemeldet sind,
 2. nicht vom Wahlrecht ausgeschlossen sind und
 3. in die Wählerliste eingetragen sind.
- (2) Wählbar ist jedes wahlberechtigte Kammermitglied, dem das passive Berufswahlrecht nicht aberkannt wurde. Nicht wählbar ist, wer
 1. staatliche Aufsichtsbefugnisse über die Kammer ausübt,


2. hauptberuflicher Mitarbeiter der Kammer ist oder
3. infolge Richterspruchs die Fähigkeit zur Bekleidung öffentlicher Ämter nicht besitzt.

§ 10 Wählerliste

- (1) Der Wahlleiter hat eine Liste sämtlicher wahlberechtigter Zahnärzte aufzustellen (Wählerliste).
- (2) Die Wählerliste ist drei Monate vor Beginn der Wahlzeit für die Dauer von zwei Wochen bei der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern während der Geschäftsstunden zur Einsichtnahme auszulegen.
- (3) Nach Beginn der Auslegungsfrist ist die Eintragung oder Streichung von Personen sowie die Vornahme sonstiger Änderungen in der Wählerliste nur noch auf rechtzeitigen Einspruch hin zulässig.
- (4) Einsprüche sind spätestens zwei Wochen nach Ablauf der Auslegungsfrist beim Wahlleiter einzulegen. Der Wahlausschuss entscheidet unverzüglich über die Einsprüche. Danach hat der Wahlausschuss die Wählerliste abzuschließen. Für jeden endgültig in die Wählerliste eingetragenen Wahlberechtigten ist ein Wahlausweis auszufüllen.
- (5) Ist die Wählerliste offensichtlich unrichtig oder unvollständig, so kann der Wahlleiter den Mangel bis zum Abschluss der Wählerliste auch von Amts wegen beheben. Das gilt nicht für Mängel, die Gegenstand eines Einspruchs sind.
- (6) Alle vom Beginn der Auslegungsfrist an vorgenommenen Änderungen sind in der Spalte „Bemerkungen“ zu erläutern und mit Datum und Unterschrift des vollziehenden Wahlleiters zu versehen. Bei einem Wegfall des Wahlrechts darf der Grund nur durch die Anführung der Rechtsgrundlage vermerkt werden.

§ 11 Wahlvorschläge

- (1) Ein Bewerber kann sich entweder über die Liste eines Wahlkreises (Kreisliste) oder über die Landesliste für die Wahl bewerben.
- (2) Ein Wahlvorschlag wird zugelassen, wenn
 1. er bei der Wahl über die Landesliste von mindestens 20 wahlberechtigten Zahnärzten, unterzeichnet wurde,
 2. er bei der Wahl über die Kreisliste von mindestens fünf wahlberechtigten Zahnärzten unterzeichnet wurde,
 3. die Bewerber wählbar sind und der Aufnahme in den Wahlvorschlag schriftlich gegenüber dem Wahlausschuss zugestimmt haben und
 4. die Bewerber nicht dem Wahlausschuss angehören.
- (3) Die Wahlvorschläge und Zustimmungserklärungen sind beim Wahlleiter binnen einer Frist von vier Wochen nach Ablauf der Einspruchsfrist gegen die Wählerliste gemäß § 10 Abs. 4 einzureichen. Wird bis zu diesem Tag nicht die erforderliche Zahl der Bewerber vorgeschlagen, so gibt der Wahlausschuss dies sofort bekannt. Gleichzeitig fordert der Wahlleiter zur Einreichung von weiteren Wahlvorschlägen innerhalb einer Nachfrist von einer Woche auf. Werden auch innerhalb einer Nachfrist nicht genügend weitere Bewerber vorgeschlagen, so gibt der Wahlausschuss bekannt, dass die Wahl im Wahlkreis nicht durchgeführt werden kann. In diesem Fall muss die Wahl im Wahlkreis neu angesetzt werden. Die Vorschriften über die Neuwahl gelten entsprechend.

-  Die zugelassenen Wahlvorschläge sind unverzüglich nach Prüfung durch den Wahlausschuss bekannt zu machen.

§ 12 Stimmzettel, Wahlumschläge, Briefumschläge

- (1) Gewählt wird auf amtlichen, vom Wahlausschuss vorgegebenen Stimmzetteln. Alle Stimmzettel müssen die gleiche Größe, Farbe, Beschaffenheit und Beschriftung haben. Sie dürfen keine besonderen Merkmale (Zeichen, Falten, Risse oder dergleichen) aufweisen.
- (2) Der Stimmzettel enthält im Kopf die Bezeichnung „Amtlicher Stimmzettel für die Wahl der Kammerversammlung der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern ...“ sowie die Angabe von Nummer und Name des Wahlkreises. Ferner enthält der Stimmzettel die in den öf-

fentlich bekannt gegebenen Wahlvorschlägen aufgeführten Bewerber unter Angabe von Familienname, Titel und Vorname. Die Wahlvorschläge werden in alphabetischer Reihenfolge auf den jeweiligen Stimmzetteln aufgeführt. Die Stimmzettel müssen ferner Hinweise darauf enthalten,

1. dass das Wahlrecht nur durch Briefwahl ausgeübt werden kann;
2. dass der Wähler für die Wahl der Kammerversammlung jeweils nur einen Stimmzettel für die Wahl über die Landesliste und die Wahl über die Kreisliste abgeben darf;
3. wie viele Stimmen jeder Wähler abgeben kann;
4. dass jedem Bewerber sowohl auf der Landesliste als auch auf der Kreisliste nur eine Stimme gegeben werden kann;
5. dass Bewerber, die gewählt werden, durch ein zu ihren Namen gesetztes Kreuz zu bezeichnen sind.

- (3) Die Stimmzettel mit den zugelassenen Wahlvorschlägen, die undurchsichtigen Wahlumschläge, der Wahlbriefumschlag, der Wahlausweis und ein Merkblatt zur schriftlichen Stimmabgabe werden an die Wahlberechtigten spätestens sechs Wochen vor dem Ende der Wahlzeit gesandt.

§ 13 Stimmabgabe

- (1) Jeder Wähler kann auf dem Stimmzettel der Kandidatenliste des Wahlkreises (Kreisliste) so viele Bewerber ankreuzen, wie Mitglieder der Kammerversammlung in dem Wahlkreis zu wählen sind. Bei den Einzelwahlvorschlägen zur Landesliste hat jeder Wähler 10 Stimmen. Jeder Wähler kann je Kandidat nur eine Stimme abgeben.
- (2) Die Stimmzettel für die Wahl über die Kreisliste und über die Landesliste sind in getrennte, verschlossene Wahlumschläge zu stecken. Die Wahlumschläge sind zusammen mit dem Wahlausweis sowie einer Erklärung des Wählers, dass er die Wahl frei und unbeeinflusst durchgeführt hat und der Stimmzettel von ihm persönlich ausgefüllt wurde, in einem verschlossenen Wahlbriefumschlag an den Wahlausschuss zurückzusenden.
- (3) Der Wahlbriefumschlag muss dem Wahlausschuss bis zum Ende der Wahlzeit zugegangen sein.
- (4) Ungültig sind Stimmzettel, die
 1. nicht amtlich hergestellt sind,
 2. den Willen des Wählers nicht zweifelsfrei erkennen lassen oder
 3. mit unzulässigen Angaben versehen sind.

Die Übersendung von Stimmzetteln oder Wahlumschlägen mehrerer Wähler in einem Wahlbriefumschlag führt ebenfalls zur Ungültigkeit der Stimmzettel.

§ 14 Die Ermittlung des Wahlergebnisses

- (1) Die abgegebenen Stimmen werden am Tag nach Beendigung der Wahlzeit durch den Wahlausschuss gezählt. Dazu werden die Wahlbriefumschläge geöffnet. Sodann werden nach Prüfung des Wahlausweises und Streichung des Wählers in der Wählerliste die Wahlumschläge nach Wahlkreisen und Landesliste sortiert. Danach werden die Wahlumschläge geöffnet und die gültigen Stimmen getrennt nach Kreislisten und Landesliste ausgezählt.
- (2) Gewählt sind die Kandidaten mit den meisten Stimmen. Bei Stimmengleichheit entscheidet das Los, das vom Wahlleiter zu ziehen ist.
- (3) Bei der Ermittlung des Wahlergebnisses darf jeder Wahlberechtigte sowie ein Vertreter der Aufsichtsbehörde anwesend sein.
- (4) Die gewählten Bewerber werden von dem Wahlleiter über die Wahl unterrichtet und aufgefordert, innerhalb einer Frist von einer Woche nach der Unterrichtung dem Wahlleiter gegenüber schriftlich zu erklären, ob sie die Wahl annehmen. Erfolgt eine Erklärung innerhalb der Frist nicht, so gilt die Wahl als angenommen.
- (5) Das Wahlergebnis ist öffentlich bekannt zu machen.

■ FORTSETZUNG AUF SEITE 16

§ 15 Niederschrift

- (1) Der Wahlleiter hat
 1. die Durchführung der Wahl,
 2. die Ermittlung des Wahlergebnisses und
 3. die Beschlussfassung über die Gültigkeit der Stimmzettel bzw. ihrer Ungültigkeit mit kurzer Begründungschriftlich festzustellen.
- (2) Der Wahlleiter und die übrigen Mitglieder des Wahlausschusses haben die Niederschrift zu unterzeichnen. Sie ist mit den Stimmzetteln zu den Wahlakten zu nehmen und fünf Jahre bei der Zahnärztekammer aufzubewahren.

§ 16 Anfechtung der Wahl

- (1) Gegen die Gültigkeit der Wahl der Kammerversammlung oder eines Mitgliedes kann jeder Wahlberechtigte binnen zwei Wochen nach Veröffentlichung des Wahlergebnisses bei dem für seinen Wohnort zuständigen Verwaltungsgericht Klage erheben.
- (2) Wird die Wahl der Kammerversammlung insgesamt für ungültig erklärt, so muss unverzüglich eine Neuwahl stattfinden.
- (3) Wird die Wahl in einem Wahlkreis für ungültig erklärt, so muss in diesem Wahlkreis eine Neuwahl stattfinden.
- (4) Wird die Wahl eines Mitgliedes für ungültig erklärt, so verliert es seinen Sitz. An seiner Stelle gilt derjenige Bewerber als gewählt, der innerhalb desselben Wahlvorschlages von den übrig gebliebenen Bewerbern die meisten Stimmen erhalten hat. Sind solche Bewerber nicht mehr vorhanden, so bleibt der Sitz leer. Für Einzelvorschläge bzw. die dadurch gewählten Personen gilt diese Regelung entsprechend.
- (5) Wird die Feststellung des Wahlergebnisses für unrichtig erachtet, so ist sie aufzuheben und eine neue Feststellung anzuordnen.

§ 17 Ersatz ausscheidender Mitglieder

Als Ersatz für ausscheidende Mitglieder der Kammerversammlung treten jeweils die Nachfolgekandidaten mit der nächsthöheren Stimmzahl der entsprechenden Liste in die Kammerversammlung ein. Sind solche Bewerber nicht vorhanden, so bleibt der Sitz leer. Entsprechendes gilt für den Ersatz ausscheidender Mitglieder, die aufgrund eines Einzelvorschlages gewählt worden sind.

§ 18 Durchführung von Wiederholungswahlen

- (1) Wird im Wahlprüfungsverfahren die Wahl ganz oder teilweise für ungültig erklärt, so ist sie in dem in der Entscheidung bestimmten Umfang zu wiederholen.
- (2) Bei der Wiederholungswahl wird vorbehaltlich einer anderen Entscheidung im Wahlprüfungsverfahren nach denselben Wahlvorschlägen und, wenn seit der Hauptwahl noch nicht 6 Monate vergangen sind, aufgrund derselben Wählerliste gewählt wie bei der für ungültig erklärten Wahl.
- (3) Die Wiederholungswahl muss spätestens 60 Tage nach dem Eintritt der Rechtskraft der Entscheidung stattfinden, durch welche die Wahl für ungültig erklärt worden ist. Den Tag der Wiederholungswahl bestimmt der Wahlleiter und gibt ihn bekannt.
- (4) Wahlvorschläge können nur verändert werden, wenn sich dies aus der Wahlprüfungsentscheidung ergibt oder wenn ein Bewerber verstorben oder nicht mehr wählbar ist.
- (5) Aufgrund der Wiederholungswahl wird das Wahlergebnis neu festgestellt.

§ 19 Termin zur Neuwahl

Der Termin für eine Neuwahl wird von dem Vorstand der Zahnärztekammer im Einvernehmen mit dem Sozialministerium festgesetzt.

§ 20 Bekanntmachungen

Die nach der Wahlordnung erforderlichen Bekanntmachungen erfolgen im Mitteilungsblatt **dens** oder durch Rundschreiben an alle Wahlberechtigten.

2. Teil: Wahl des Vorstandes

§ 21 Wahlverfahren

- (1) Spätestens 8 Wochen nach Beendigung der Wahl der Kammerversammlung ist diese von dem Vorstand der Zahnärztekammer zur Neuwahl des Vorstandes schriftlich einzuberufen.
- (2) Der Präsident der Zahnärztekammer eröffnet die Kammerversammlung und übergibt die Leitung dem an Jahren ältesten Mitglied der Kammerversammlung, das die Bildung eines Wahlausschusses veranlasst. Dieser besteht aus dem Wahlleiter und zwei Beisitzenden, die durch Zuzug gewählt werden.
- (3) Die Bewerber werden aus der Kammerversammlung vorgeschlagen unter ausdrücklichem Hinweis darauf, welche Funktion sie im Vorstand einnehmen sollen (Präsident, Vizepräsident, weiteres Mitglied). Mitglieder des Wahlausschusses können nicht vorgeschlagen und gewählt werden.
- (4) Die Wahl ist geheim und schriftlich. Gewählt werden Präsident, Vizepräsident und bis zu fünf weitere Mitglieder. Jedes Mitglied des Vorstandes ist mit verdeckten Stimmzetteln in getrennten Wahlhandlungen zu wählen.
- (5) Für die Wahl der Mitglieder des Vorstandes ist die Mehrheit der abgegebenen Stimmen erforderlich. Enthaltungen gelten als nicht abgegebene Stimmen. Stehen mehr als zwei Bewerber zur Wahl und erhält keiner die Stimmenmehrheit, scheidet in der erforderlichen Zahl von Wahlvorgängen je Wahlgang der Bewerber mit der geringsten Stimmzahl aus. Zwischen den verbleibenden zwei Bewerbern findet eine Stichwahl statt.
- (6) Für das weitere Verfahren gelten die Bestimmungen für die Wahl zur Kammerversammlung entsprechend.
- (7) Der Wahlausschuss stellt das Wahlergebnis fest und entscheidet über die Gültigkeit der Stimmzettel.
- (8) Die Kammerversammlung kann Mitglieder des Vorstandes mit Zweidrittelmehrheit abberufen.
- (9) Ein Mitglied des Vorstandes scheidet aus dem Vorstand aus, wenn die Voraussetzungen der Wählbarkeit wegfallen.

§ 22 In-Kraft-Treten, Außer-Kraft-Treten

Diese Wahlordnung tritt am Tage nach ihrer Veröffentlichung in Kraft. Gleichzeitig tritt die bisherige Wahlordnung vom 22. November 1997 (Mitteilungsblatt **dens** 2/1998, Seite 6; Amtsbl. M-V/AAz. 1998 S. 984) außer Kraft.

Schwerin, 9. Dezember 2005

Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern

Dr. Dietmar Oesterreich
- Präsident -

Das Alter(n) von Patienten und Ärzten im Mittelpunkt



„Unsere Patienten werden älter – wir aber auch“. Zum Nachdenken über die Auswirkungen des demografischen Wandels kamen am 3. Dezember etwa 100 Kolleginnen und Kollegen zu einem Symposium nach Schwerin, das von der Mecklenburg-Vorpommerschen Gesellschaft für ZMK in Zusammenarbeit mit Sanofi-Aventis veranstaltet wurde. Es ging dabei keineswegs nur um standespolitische Gesichtspunkte, sondern auch um spezifische Fragen der endodontischen und prothetischen Behandlung von Senioren. Zugleich wurde das Augenmerk auf Probleme der alternden Zahnärztinnen und Zahnärzte bei ihrer Berufsausübung und in der Phase danach gerichtet. Die Erhaltung der eigenen Gesundheit und Schaffenskraft bis ins hohe Alter spielt eine zentrale Rolle, wozu auch entsprechende Übungen in Mikropausen während des Arbeitstages (Bild unten) beitragen können. Das Symposium vermittelte weniger Lösungen, als vielfache und notwendige Denkanstöße zur Auseinandersetzung mit dem eigenen Altern und dem der Patienten.

Prof. Dr. Dr. Johannes Klammt



Unsere HVM-Frageecke

Wie wird die Gemeinschaftspraxis eines allgemeintätigen Zahnarztes und eines MKG-Chirurgen für den Sachleistungsbereich eingestuft? Erhält jeder Praxisinhaber seine eigene individuelle Punktmengenobergrenze, da bei dieser Konstellation zwei Fachgruppen angesprochen werden?

Bei einer Gemeinschaftspraxis wird unter einer Nummer abgerechnet, so dass es nicht ersichtlich ist, wer welche Leistungen erbracht hat. Aus diesem Grund errechnet sich die individuelle Punktmengenobergrenze der Praxis zur Hälfte aus der Fachgruppe der Zahnärzte und zur Hälfte aus der Fachgruppe der MKG-Chirurgen. Sollten die Abrechnungswerte unter dem Median der jeweiligen Fachgruppe liegen, so erhält diese Praxis den Median für Sachleistungen plus den Median für MKG-Chirurgen als individuelle Punktmengenobergrenze für Sachleistungen. KZV M-V

Post an dens

Bitte um Unterstützung für den Arzt- und Zahnarztthilfe Kenya e. V.

Ich möchte die Möglichkeit des dens zum Anlass nehmen, um Sie auf den Arzt- und Zahnarztthilfe KENYA e.V. aufmerksam zu machen. Der Verein ist 1999 von Thüringer Zahnärzten gegründet worden.

Die Kollegen haben es sich zum Ziel gemacht, die zahnärztliche und medizinische Versorgung in den Armengebieten Kenyas zugunsten der mittellosen Bevölkerung zu unterstützen. Diese Hilfe umfasst nicht nur kostenlose Arbeitseinsätze von Zahnärzten, Ärzten, Zahn Technikern und Zahnarztthelferinnen, sondern beinhaltet auch Unterstützung von Waisenkindern (Patenschaftsprojekt) und Selbsthilfeprojekte von Witwen.

Im Dezember 2004 war ich in Kenya tätig. Somit konnte ich mir über diese Arbeit und die entsprechende Hilfe ein Bild verschaffen. Hiermit möchte ich Sie ein wenig für dieses Thema sensibilisieren, um den Verein zu unterstützen. Dabei geht es hauptsächlich um Arbeitseinsätze, aber auch um Material-, Altgold- und Geldspenden. Waisenkinder wären Ihnen sicherlich auch für eine entsprechende Patenschaft dankbar.

Wenn Sie mehr über den Arzt- und Zahnarztthilfe KENYA e.V. und seine Arbeit erfahren möchten, dann können Sie sich gerne an mich oder den Vorstand des Vereins wenden. Die Kontaktadresse ist:

*Arzt- und Zahnarztthilfe Kenya e. V.
Bahnhofstraße 21, 99610 Sömmerda
E-Mail: azk@zahnarztthilfe-kenya.de
www.zahnarztthilfe-kenya.de*

Mario Schreen
Mühlenstraße 38, 19205 Gadebusch
Tel. (0 38 86) 3 60 26

Neuer Rahmenvertrag zur BuS-Betreuung

Auf Grund der seit 1. Oktober 2005 gültigen neuen Berufsgenossenschaftlichen Vorschrift (BGV) A2, die die bisherigen Vorschriften BGV A6 und A7 ersetzt, hat der Ausschuss Zahnärztliche Berufsausübung und Hygiene mit der Firma Tecom Waren einen neuen Rahmenvertrag ausgehandelt.

Der Rahmenvertrag mit Tecom wird unter Anpassung an die neue BGV und mit neuen Preisen fortgeführt (siehe Seiten 19/20). Eine Alternativbetreuung (Unternehmermodell) ist derzeit für die Kammer, aber auch für die einzelnen Praxen, aufwändiger und finanziell ungünstiger.

Von der Firma Tecom werden gegenwärtig 970 Zahnarztpraxen in Mecklenburg-Vorpommern betreut, davon neun Praxen mit über zehn Mitarbeitern. Ein Beitritt zu diesem Rahmenvertrag ist fakultativ. Die neue BGV A 2 kann – wie im übrigen alle anderen berufsgenossenschaftlichen Vorschriften – bei der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) kostenlos von den Mitgliedsbetrieben abgefordert werden.

Für Praxen mit bis zehn Mitarbeitern wird nach dem neuen Rahmenvertrag ab 1. Januar 2006 bevorzugt ein Modell mit Grundbetreuung und anlassbezogener Betreuung angeboten. Das Betreuungsintervall für die Grundbetreuung wird sich auf fünf Jahre erweitern, d. h., in der Regel ist zukünftig ein Praxisbesuch nur noch aller fünf Jahre notwendig. Es sind keine festen Einsatzzeiten mehr festgelegt.

In der Grundbetreuung werden die gesetzlich geforderten Gefährdungsbeurteilungen erstellt, der Sicherheitsingenieur kann zukünftig auch die betriebsmedizinischen Belange mit erfassen.

Inhaltlich ist vor allem neu, dass die Praxen unabhängig von der Mitarbeiteranzahl schriftliche Gefährdungsbeurteilungen benötigen. Früher erstellte Gefährdungsbeurteilungen behalten ihre Gültigkeit und werden bei der nächsten Begehung aktualisiert.

Neben der Grundbetreuung ist der Unternehmer verpflichtet, sich bei besonderen Anlässen durch einen Betriebsarzt oder eine Fachkraft für Arbeitssicherheit mit branchenbezogener Fachkunde in Fragen der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes betreuen zu lassen. Besondere Anlässe für eine Betreuung können unter anderem sein die Planung, Errichtung und Änderung von Betriebsanlagen, die Einführung neuer Arbeitsmittel, die ein erhöhtes Gefährdungspotenzial zur Folge haben, grundlegende Änderung von Arbeitsverfahren usw. (siehe BGV A2 Anlage 1 zu § 2 Abs. 2).

Zu beachten ist, dass die Fristen für ar-

beitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen nach BGV A4 unberührt bleiben. Die Vorsorgeuntersuchungen haben primär nichts mit der Beratung nach der BGV A 2 zu tun.

Praxen mit elf bis 20 Mitarbeitern können nach BGV A 2 das Modell Grundbetreuung und anlassbezogene Betreuung nicht wählen. Für sie gilt – ähnlich dem bisherigen Procedere – die Regelbetreuung. Hier liegt ein entsprechendes Angebot von Tecom vor (siehe Tabelle 2).

Für die Praxisinhaber, die bereits dem Rahmenvertrag mit der TECOM Consult und Ing. GmbH Waren vom 1. September 1998 oder 1. September 2001 beigetreten sind, ändert sich vorerst nichts. Innerhalb des nun fünfjährigen Betreuungszyklus werden die Mitarbeiter der TECOM bei Ihnen einen Termin vereinbaren, in dem als Ergebnis die Anzahl der Mitarbei-

ter festgestellt und die entsprechend günstigste Betreuungsart gewählt wird und der Beitritt zum neuen Rahmenvertrag erklärt werden kann.

Die neuen finanziellen Regelungen beinhalten ein jährliches Einsparvolumen für die Praxen (siehe Tabellen). Die Abrechnung der Leistung der TECOM erfolgt nach dem neuen Rahmenvertrag immer erst nach Erbringung der Leistung.

Praxen, die dem Rahmenvertrag neu beitreten wollen – und noch keinem der bisherigen Rahmenverträge beigetreten sind –, wenden sich an:

TECOM Consult und
Ingenieurgesellschaft mbH Waren
Reiherstraße 1
17192 Warenschhof
Tel. (0 39 91) 16 80 14
Fax (0 39 91) 16 80 15

**Ausschuss Zahnärztliche
Berufsausübung und Hygiene**

Tabelle 1: Kosten Grundbetreuung durch die Firma Tecom:

1 bis 5 Arbeitnehmer	84,40 €/5 Jahre (netto)
6 bis 10 Arbeitnehmer	99,75 €/5 Jahre (netto)

Kostensparnis bei 1 – 10 Arbeitnehmern

Anzahl Mitarbeiter	Gesamtkosten pro Praxis		Kostensparnis pro Praxis pro Jahr
	alter Rahmenvertrag pro Jahr	neuer Rahmenvertrag pro Jahr	
1	26,02 €	16,88 €	- 9,14 €
2	30,56 €	16,88 €	- 13,68 €
3	35,11 €	16,88 €	- 18,23 €
4	39,65 €	16,88 €	- 22,77 €
5	44,20 €	16,88 €	- 27,32 €
6	59,48 €	19,95 €	- 39,53 €
7	64,02 €	19,95 €	- 44,07 €
8	68,57 €	19,95 €	- 48,62 €
9	73,11 €	19,95 €	- 53,16 €
10	77,66 €	19,95 €	- 57,71 €

**Tabelle 2: Angebot der Firma Tecom für die
Betreuung nach der BGV A2 für 11 bis 20 Arbeitnehmer**

(Ansammlung der Mindestarbeitszeiten nach Anlage 2 der BGV A2 zulässig.)

11 – 15 Arbeitnehmer	130,93 €/5 Jahre (netto)
16 – 20 Arbeitnehmer	162,11 €/5 Jahre (netto)

Kostensparnis bei 11 bis 20 Arbeitnehmern

Anzahl Mitarbeiter	Gesamtkosten pro Praxis		Kostensparnis pro Praxis pro Jahr
	alter Rahmenvertrag pro Jahr	neuer Rahmenvertrag pro Jahr	
11	82,20 €	26,19 €	- 56,01 €
12	86,75 €	26,19 €	- 60,56 €
13	91,29 €	26,19 €	- 65,10 €
14	95,84 €	26,19 €	- 69,65 €
15	100,38 €	26,19 €	- 74,19 €
16	104,92 €	32,42 €	- 72,50 €
17	109,47 €	32,42 €	- 77,05 €
18	114,02 €	32,42 €	- 81,60 €
19	118,56 €	32,42 €	- 86,14 €
20	123,11 €	32,42 €	- 90,69 €

Rahmenvertrag

zur Umsetzung der berufsgenossenschaftlichen Vorschrift „Fachkräfte für Arbeitssicherheit und „Betriebsärzte“ (BGV A2)

Die
TECOM Consult und Ingenieurgesellschaft mbH Waren
Reiherstraße 1
17192 Warenshof
 vertreten durch die Geschäftsführer,
 Herrn Frank Gruschkus und Herrn Reinhard Thiede
 - nachfolgend TECOM genannt –

und die
Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Wismarsche Straße 304
19055 Schwerin
 - nachfolgend Zahnärztekammer genannt –

vereinbaren mit Wirkung ab 1. Januar 2006 folgenden Rahmenvertrag über die arbeitssicherheitstechnische und betriebsmedizinische Betreuung von Zahnarztpraxen.

Präambel

Die TECOM verfügt über Fachkräfte für Arbeitssicherheit und Betriebsmedizin sowie über die für den mobilen Dienst erforderlichen Voraussetzungen. Sie ist mit ihrem Fachpersonal berechtigt, alle Aufgaben nach dem Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit – Arbeitssicherheitsgesetz vom 12. Dezember 1973 (ASiG) – wahrzunehmen. Die Verantwortung für den Nachweis der erforderlichen Qualifikationen der Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit nach VBG A2 obliegt der Firma TECOM.

Der Vertragspartner verpflichtet die TECOM gemäß § 19 ASiG zur arbeitssicherheitstechnischen Betreuung nach § 6 ASiG und zur betriebsmedizinischen Betreuung nach § 3 ASiG.

§ 1 Abschluss von Betreuungsverträgen

1. Zahnärztinnen und Zahnärzte des Landes Mecklenburg-Vorpommern können diesem Rahmenvertrag beitreten. Eine Verpflichtung zum Beitritt besteht nicht.
2. Der Auftrag zur sicherheitstechnischen und betriebsmedizinischen Betreuung für jede dem Rahmenvertrag beitretende Praxis kommt durch den Abschluss von Betreuungsverträgen zwischen dem/der Praxisinhaber/in und der Firma TECOM zustande. Die Betreuungsverträge (Muster unter Anlage 1 zu diesem Vertrag) sind variabel gestaltbar und können auch über den Inhalt dieses Rahmenvertrages hinausgehende Leistungen enthalten.
3. TECOM verpflichtet sich, mit den Zahnärztinnen und Zahnärzten des Landes Mecklenburg-Vorpommern keine Einzelverträge unter Umgehung dieses Rahmenvertrages abzuschließen.
 Die TECOM verpflichtet sich, arbeitssicherheitstechnische und betriebsärztliche Leistungen, die über Beratungen nach BGV A 2 hinausgehen, nur nach Absprache und mit schriftlicher Zustimmung der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern in den Zahnarztpraxen des Landes Mecklenburg-Vorpommern anzubieten und durchzuführen.

§ 2 Grundlage der arbeitssicherheitstechnischen und betriebsmedizinischen Betreuung

Die arbeitssicherheitstechnische und arbeitsmedizinische Betreuung basiert auf § 3 und § 6 ASiG sowie auf der Berufsgenossenschaftlichen Vorschrift BGV A2 „Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit“.

§ 3 Aufgaben der TECOM

1. Die TECOM führt die arbeitssicherheitstechnische und die betriebsmedizinische Betreuung für Zahnarztpraxen mit folgenden Inhalten durch:

- a. Arbeitssicherheitstechnische und arbeitsmedizinische Grundbetreuung (Erstellung der Gefährdungsbeurteilung und Aktualisierung)
 hier siehe Anlage 1 zu § 2 der VBG A2
- b. Anlassbezogene Betreuung:
 arbeitssicherheitstechnisch und arbeitsmedizinisch
 hier siehe Anlage 1 zu § 2 der VBG A2

2. Darüber hinaus berät die TECOM den Arbeitgeber und seine für den Unfallschutz Beauftragten nach § 3 und § 6 ASiG in allen Fragen des Arbeitsschutzes und der Unfallverhütung.
 Bei behördlichen Kontrollen und bei Auseinandersetzungen mit den Ämtern für Arbeitsschutz und technische Sicherheit (Gewerbeaufsicht) bzw. mit der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) wird die Firma TECOM die betroffenen Zahnärzte unterstützen.

§ 4 Beratungsumfang

1. Für die Zahnarztpraxen ist ein Fünf-Jahreszyklus nach der BGV A 2 vorgesehen.

Grundbetreuung: Vor Ort Ermittlung der Gefährdung durch Fachkräfte für Arbeitssicherheit bzw. wahlweise durch den Betriebsarzt, Ausarbeitung der Gefährdungsbeurteilung entsprechend den Anforderungen der VBG A2 und Übergabe der Dokumentation

Anlassbezogene Betreuung: nach den Bestimmungen der BGV A2, sowie der §§3 und 6 ASiG

2. Unabhängig von den Beratungszeiten in den Zahnarztpraxen wird durch TECOM eine Beratung über den gesamten Fünf-Jahreszyklus (mündlich, schriftlich oder notwendige zusätzliche Begehungen) garantiert.

§ 5 Honorar

1. Für die Grundbetreuung und anlassbezogene Betreuung (mit Ausnahme der Vorsorgeuntersuchung) wird eine Betreuungspauschale wie folgt gestaffelt nach Mitarbeiterzahlen vereinbart:

1 – 5 Mitarbeiter	84,40 €/5 Jahre
6 – 10 Mitarbeiter	99,75 €/5 Jahre
11 – 15 Mitarbeiter	130,93 €/5 Jahre
16 – 20 Mitarbeiter	162,11 €/5 Jahre

2. Für weitere, von der TECOM zu erbringenden Leistungen gelten folgende Honorare:

Basispreis:	40,90 € je Stunde für betriebsärztliche Betreuung
	21,47 € je Stunde für die arbeitssicherheitstechnische Betreuung

3. Neben den im § 4 genannten Leistungen dieses Vertrages sind die Berichts-, Gutachten- und Reisekosten, der Einsatz der notwendigen technischen Geräte, der notwendige Materialaufwand, die Schreibearbeit im Ingenieurbüro und arbeitsmedizinischen Zentrum in der Betreuungspauschale enthalten. Die gesetzliche Mehrwertsteuer wird gesondert ausgewiesen.

4. Die Rechnungsstellung der Pauschale erfolgt nach der Grundbetreuung im Zyklus in voller Höhe.

■ FORTSETZUNG AUF SEITE 20

- In Anspruch genommene arbeitssicherheitstechnische und betriebsärztliche Leistungen, die über Beratungen nach BGV A2 hinausgehen, werden nach vorheriger Vereinbarung mit dem Praxisinhaber gesondert berechnet. Sollte z. B. der/die Praxisinhaber/in den Wunsch haben, die betriebsmedizinische Betreuung nach der BGV A2 mit der Vorsorgeuntersuchung nach BGV A4 zu verbinden – nach entsprechendem Betreuungsvertrag-, sind zusätzlich notwendige Zeiten gesondert zu vergüten (Zusatzmodule). Für die Durchführung der Vorsorgeuntersuchung fallen dann Kosten in Höhe von 51,13 €/Stunde an (zzgl. 6,50 € je Dokumentation bei Bedarf).
- Die TECOM hält sich bis zum 30. September 2010 an die vereinbarten Honorarsätze. Danach kann das Honorar einvernehmlich der allgemeinen Kostenentwicklung angepasst werden.

§ 6 Schweigepflicht

- Die TECOM verpflichtet sich, über sämtliche internen betrieblichen Angelegenheiten, von denen sie in Ausführung des Vertrages erfährt, Dritten gegenüber strengstes Stillschweigen zu bewahren. Dies gilt auch für den Vertragspartner. Die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes werden beachtet.
- Die TECOM verpflichtet ihre Mitarbeiter gesondert zur Verschwiegenheit und Einhaltung datenschutzrechtlicher Bestimmungen.
- Die obigen Verpflichtungen bestehen auch nach Ablauf dieses Vertrages weiter.

§ 7 Dokumentation

Die von der Fachkraft für Arbeitssicherheit und dem Betriebsmediziner erstellten Gefährdungsbeurteilungen, Besuchsberichte und Protokolle sind dem Praxisinhaber zu übergeben. Die erbrachte Leistung quittiert die Firma TECOM mittels Rechnung nach § 5.

§ 8 Durchführung des Vertrages/Vertragsstrafe

- Die Durchführung des Rahmenvertrages geschieht in ständiger Zusammenarbeit der Firma TECOM mit der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern. Dazu verpflichtet sich die Firma TECOM, regelmäßig in Absprache mit der Zahnärztekammer über die Betreuung der Zahnarztpraxen zu berichten und besondere Betreuungsschwerpunkte und weitere Maßnahmen (Zusatzleistungen) festzulegen. Weiterhin hat die Zahnärztekammer jederzeit das Recht, unter Einhaltung der Schweigepflicht Auskünfte und Informationen über durchgeführte Maßnahmen zu verlangen.
- Verletzt die Firma TECOM ihre Pflichten aus dieser Vereinbarung grob fahrlässig oder nachhaltig, so hat sie an die Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern eine sofort fällig werdende Vertragsstrafe in Höhe von 25.000 € zu zahlen. Die Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern ist in diesem Fall berechtigt, das Vertragsverhältnis aus wichtigem Grunde fristlos zu kündigen.

§ 9 Haftung

Die TECOM haftet für Schäden, die dem Vertragspartner aus einer schuldhaften Verletzung der übernommenen Vertragspflichten entstehen. Die Haftung ist auf den Deckungsumfang der von der TECOM abgeschlossenen verkehrsüblichen Haftpflichtversicherung begrenzt.

Die Deckungssummen betragen:

3.000.000,00 € für Personenschäden
500.000,00 € für Sachschäden

§ 10 Gesetzesänderungen

Sofern sich durch Änderungen arbeitssicherheitsrechtlicher Bestimmungen die Anforderungen an Betreuungsinhalt oder -umfang ändern (siehe auch § 3 dieses Rahmenvertrages), wird auch dieser Vertrag nach Absprache der Vertragspartner entsprechend geändert.

§ 11 Vertragsbeginn und Kündigung

Dieser Vertrag beginnt am 1. Januar 2006 und gilt auf unbestimmte Zeit. Er verlängert sich jeweils um ein Jahr, sofern er nicht mit einer Kündigungsfrist von sechs Monaten zum Ende des Kalenderjahres gekündigt wird. Der Vertrag ist erstmalig zum 31. Dezember 2010 kündbar. Die Kündigung bedarf der Schriftform.

§ 12 Geltung

- Individuelle Betreuungsverträge werden nur noch auf der Grundlage dieses Rahmenvertrages geschlossen.
- Die TECOM verpflichtet sich, auf Verlangen von Praxisinhabern/-innen, die auf der Grundlage der Rahmenverträge vom 1. September 1998 oder 1. September 2001 mit der TECOM Betreuungsverträge abgeschlossen haben, geänderte Betreuungsverträge unter Beachtung dieses Rahmenvertrages abzuschließen.

§ 13 Vertragsänderungen

Vertragsänderungen bedürfen der Schriftform.

§ 14 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages rechtsunwirksam sein oder werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit der übrigen Vertragsbestimmungen nicht berührt. Nichtigte Vertragsbestimmungen sind unter der Wahrung des Grundsatzes der Vertragstreue so zu regeln, wie sie dem wirtschaftlich gewollten in zulässiger Form möglichst nahe kommen.

gez.

Frank Gruschkus	Reinhard Thiede	Dr. Dietmar Oesterreich
- Geschäftsführer -		- Präsident -
TECOM Consult und Ing. GmbH		Zahnärztekammer M-V

Die Anlagen zum Rahmenvertrag können von der Firma Tecom abgerufen werden.

Tel. (0 39 91) 16 80 14; Fax (0 39 91) 16 80 15
E-Mail: TECOM.Waren@t-online.de

ZÄK

Das Versorgungswerk informiert

Aus dem Jahresbericht 2004 des Versorgungswerks der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern auf der Kammerversammlung

Die Kammerversammlung am 26. November 2005 bedeutete gleichzeitig das Ende der Legislaturperiode des im Jahr 2001 letztmals gewählten Versorgungsausschusses. Aus diesem Grund beginne ich meinen Bericht mit einigen Zahlen zur Entwicklung des Versorgungswerks.

Die Anzahl der aktiven Mitglieder ist

von 1992 (= 850) bis zum 31. Dezember 2005 auf 1.235 Mitglieder gestiegen. Der Anteil weiblicher Pflichtmitglieder ist mit 59,0 Prozent (= 729 Mitglieder per 31. Dezember 2005) deutlich höher als der der männlichen mit 41,0 Prozent (= 506).

Hatten wir im Jahr 1994 lediglich zwei Altersrentner, so zahlen wir mittlerweile

an 55 Mitglieder bzw. deren Hinterbliebene Leistungen aus.

Infolge der Heraufsetzung der Beitragbemessungsgrenze auf 4.400,00 € bei gleichzeitig unverändertem Beitragssatz ergab sich für das Jahr 2005 der Höchstbeitrag in Höhe von 858,00 €. Wir erhal-

ten monatlich rund 950.000,00 € Beiträge von unseren derzeit 1.284 aktiven Mitgliedern. Hinter dieser einfachen Feststellung steckt ein erheblicher Arbeitsaufwand.

So ist die Anzahl der Reduzierungsanträge in den vergangenen vier Jahren ständig gestiegen. Mittlerweile stellen rund elf Prozent unserer Mitglieder Beitragsreduzierungsanträge, weil ihr Einkommen nicht die Beitragsbemessungsgrenze erreicht. Ein weiterer Personenkreis, der sehr viel Arbeit verursacht, sind die säumigen Zahler. Wird trotz mehrfacher Mahnung nicht der Versorgungsbeitrag gezahlt, müssen Vollstreckungsmaßnahmen eingeleitet werden, zurzeit sind 14 Vollstreckungen bei den Vollstreckungsbehörden anhängig. Zusätzliche Arbeit bereiten uns vier Insolvenzfälle.

Für das Jahr 2006 ist keine Erhöhung der Eckwerte zur Rentenversicherung zu erwarten, so dass weiterhin ein Pflichtbeitrag von 858,00 € gilt. Von den Mitgliedern mit Antrag auf Beitragsreduzierung müssen zur endgültigen Beitragsberechnung die Jahresabschlussrechnungen angefordert und ausgewertet werden.

Vermögensverwaltung

Das Jahr 2004 war wiederum durch eine schwierige Kapitalmarktsituation in Form von historisch niedrigen Zinsen, teilweise weiter einbrechenden und seitwärts laufenden Aktienmärkten geprägt. Immobilienfonds mit vorwiegend deutscher Ori-



Dipl.-Stom. Holger Donath hält den Bericht auf der Kammerversammlung.

entierung konnten Anleger ebenso wenig begeistern.

Die eingezahlten Versorgungsbeiträge

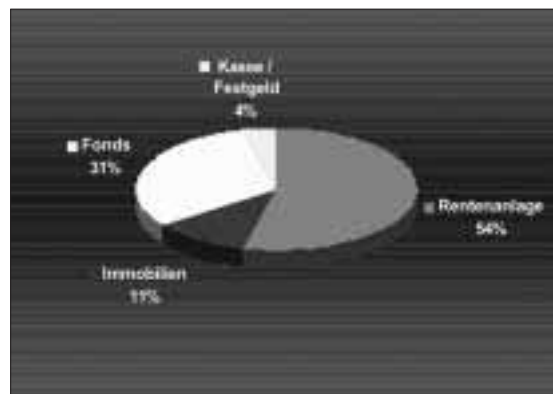
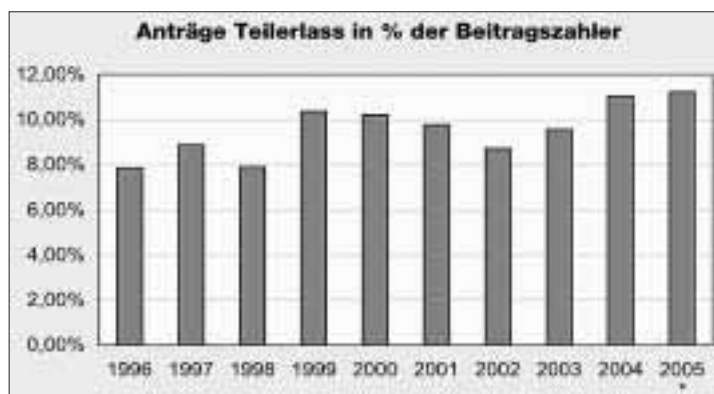
Im Jahr 2004 betrug die Rendite 5,3 Prozent, in den ersten zehn Monaten des Jahres 2005 haben wir bereits 5,0 Prozent verdient, so dass die Endjahresrendite wieder der des Vorjahres entsprechen sollte.

Damit haben wir nicht nur den Rechnungszins von vier Prozent erwirtschaftet, sondern auch durch den Überzins die eigenen Kosten getragen sowie die Möglichkeit, Reserven aufzubauen.

Rentengewährung

Mittlerweile zahlen wir an 43 Rentner Leistungen aus. Auffällig ist, dass in den letzten beiden Jahren mehr Anträge auf vorgezogene Altersrente gestellt wurden.

Im Jahr 2005 sind neun Rentner neu in die Altersrente bzw. vorgezogene Altersrente eingewiesen worden. Die Anträge auf Berufsunfähigkeitsrente halten sich im mathematisch kalkulierten Rahmen. In den letzten fünf Jahren wurde pro Jahr durch-



zuzüglich der Zinsen bilden das Vermögen des Versorgungswerks. Der Vermögensaufbau erreichte in den 14 Jahren seit Bestehen unseres Versorgungswerks ein Kapital von rund 150,0 Mio. €. Die Vermögensstruktur sieht wie folgt aus:

	%	Mio. €
Rentenanlagen	54,0	81,6
Immobilien	11,0	16,0
Fonds	31,0	45,8
Sonstiges/Festgeld	4,0	6,6
Gesamt	100,0	150,0

schnittlich ein Antragsteller in die Berufsunfähigkeitsrente eingewiesen.

Die Höhe aller Rentenzahlungen beläuft sich mittlerweile auf knapp 30.000,00 € monatlich.

Beitragsabführung Pflegeversicherung

Von den Rentenzahlungen müssen ab 1. Januar 2005 bei kinderlosen Rentenbeziehern zusätzliche Beiträge zur Pflegeversicherung einbehalten werden (0,25 Prozent). Wir müssen also von allen Renteneempfängern und neu in die Rente eingewiesenen Mitgliedern Nachweise über die Existenz von Kindern einfordern.

Sonderaufgaben

Im Mittelpunkt standen Überlegungen zur Absenkung des Rechnungszinses und die Berufsständischen Richttafeln. Hierzu ist ein neues Gutachten über die Langlebigkeit von der ABV in Auftrag gegeben worden, nachdem neue Erkenntnisse der demografischen Entwicklung bekannt wurden.



■ FORTSETZUNG AUF SEITE 22

Unsere Finanzreserven, die über unser Deckungskapital hinausgehen, würden ausreichen, um den Rechnungszins ohne Leistungsschmälerungen auf 3,50 Prozent absenken zu können. Wir wollen jedoch zunächst den finanziellen Puffer erhalten, bis die Kosten für die neuen Sterbetafeln bekannt sind und damit der Empfehlung unseres Aktuars folgen.

Das Thema Lebenspartnerschaftsgesetz berührt uns derzeit noch nicht, da eine Hinterbliebenenversorgung für gleichgeschlechtliche Partnerschaften in unserem Versorgungswerk nicht vorgesehen ist. Dennoch wird weiter zu beobachten sein, wie sich die Rechtslage entwickelt, denn die gesetzliche Rentenversicherung sieht ebenso wie eine kleine Anzahl von Versorgungswerken (z. B. in Berlin) mittlerweile Ansprüche bei gleichgeschlechtlichen Partnerschaften vor. Auf jeden Fall würde die Einführung einer Hinterbliebe-

nenversorgung für gleichgeschlechtliche Partnerschaften zu einer Mehrbelastung des Versorgungswerks führen.

Durchführung einer Asset Liability Studie

Der Versorgungsausschuss stellte sich der Frage, wie mittel- bis langfristig die Liquidität und Anlagestrategie des Versorgungswerks aussehen kann und sollte.

Unser Versicherungsmathematiker hat für uns eine Asset Liability Studie durchgeführt. Die Berechnungen haben u. a. ergeben, dass die Beitragseinnahmen und Rentenzahlungen erst im Jahr 2022 gleich groß sein werden. Das Vermögen wächst bis dahin durch Kapitalerträge und Beitragseinnahmen auf rund 500,0 Mio. €.

Als Ergebnis der Studie wurde weiter festgestellt, dass unsere Anlagestrategie nicht wesentlich verändert werden muss. Aufgrund der hohen Risikotragfähigkeit

können wir hohe Aktienanteile verkraften, des Weiteren wurde empfohlen, den Anlagehorizont im Rentenbereich auf internationale Anlagetitel zu erweitern.

Beschlüsse der Kammerversammlung

Die Kammerversammlung hat dem Versorgungsausschuss und dem Vorstand für das Jahr 2004 Entlastung erteilt. Die Anwartschaften wurden nicht, die laufenden Renten um 1,5 Prozent angehoben. Der Versorgungsausschuss wurde in seinem Amt durch Wiederwahl eindrucksvoll bestätigt.

Ich bedanke mich bei meiner Kollegin, Frau Dr. Buchholz, und meinen Kollegen im Ausschuss für die erfolgreiche Arbeit und bei den Damen und Herren der Verwaltung für die professionelle Sacharbeit.

Dipl.-Stom. Holger Donath

Vorsitzender des Versorgungsausschusses

Vorsorgeuntersuchungen sind von Praxisgebühr befreit

Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung weist in einer Pressemitteilung nochmals ausdrücklich darauf hin, dass Vorsorgeuntersuchungen, wie Untersuchungen zur Früherkennung von Krebs, Schwangerschaftsvorsorge, der Gesundheits-Check-up, die Untersu-

chungen zur Zahnvorsorge und Schutzimpfungen von der Praxisgebühr befreit sind.

Die Vorsorgeuntersuchung beschränkt sich dabei nicht auf die unmittelbare ärztliche Tätigkeit, sondern umfasst auch ein Informationsgespräch des Arztes mit der

Patientin und dem Patienten. Auch die anschließende Beratung ist Teil der Vorsorgeuntersuchung und damit nicht praxisgebührenpflichtig.

Einen detaillierten Überblick aller Vorsorgemaßnahmen bieten die nachfolgenden Tabellen. **BMGS**

Zahnvorsorge-Untersuchungen					
Untersuchung	Alter/ in Jahren	Geschlecht	Häufigkeit	Anmerkungen	weitere Informationen
Untersuchung auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten	-bis 6 Jahre -6 bis 18 Jahre	Mädchen und Jungen	- dreimal bis 6 Jahre - einmal je Kalenderhalbjahr ab 6 Jahre	Einschätzung des Kariesrisikos - Mundhygiene-Beratung - Inspektion der Mundhöhle - Motivation zur Prophylaxe	Früherkennungsuntersuchungs-Richtlinie und Individualprophylaxe-Richtlinie Internet: www.kzbv.de
Zahnvorsorge-Untersuchungen	ab dem Alter von 18 Jahren	Frauen und Männer	einmal je Kalenderhalbjahr	- Eingehende Untersuchung - Untersuchung im Rahmen des Bonushefts Dies gilt auch, wenn in derselben Sitzung eine Zahnsteinentfernung (aber nur einmal pro Jahr zu Lasten der GKV), Röntgenuntersuchung, Sensibilitätsprüfung durchgeführt oder der PSI-Code erhoben werden.	(bis 31. 12. 2004: § 30 Abs.2 Satz 4 und 5 SGB V) ab 1. 1. 2005: § 55 Abs.1 Satz 4 und 5 SGB V

Schwangerschafts-Vorsorgeuntersuchung	
Zu der Schwangerschaftsvorsorge gehören die Feststellung der Schwangerschaft sowie die Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung. Dabei soll die Schwangere untersucht und beraten werden. Zum Beispiel über Gesundheitsrisiken oder Ernährung. Ärztinnen und Ärzte, Hebammen und Krankenkassen wirken zusammen. Zu den Vorsorgeleistungen gehören u. a.: - Erkennung und Überwachung von Risikoschwangerschaften - Ultraschalldiagnostik - serologische Untersuchungen auf Infektionen - Untersuchung und Beratung der Wöchnerin	Mutterschafts-Richtlinie Internet: www.g-ba.de

Früherkennung von Krebs

Untersuchung	Alter/ in Jahren	Geschlecht	Häufigkeit	Anmerkungen	weitere Informationen
Genitaluntersuchung	ab 20	Frauen	jährlich	-gezielte Anamnese -Inspektion des Muttermundes -Krebsabstrich und zytologische Untersuchung -gynäkologische Tastuntersuchung	Krebsfrüherkennungs-Richtlinie Internet: www.g-ba.de
Prostatauntersuchung Genitaluntersuchung	ab 45	Männer	jährlich	-gezielte Anamnese -Inspektion und Abtasten der äußeren Geschlechtsorgane -Abtasten der Prostata -Tastuntersuchung der regionären Lymphknoten	Krebsfrüherkennungs-Richtlinie Internet: www.g-ba.de
Brust- und Hautuntersuchung	ab 30	Frauen	jährlich	-gezielte Anamnese (z.B. Fragen nach Veränderungen / Beschwerden der Haut und der Brust) -Inspektion und Abtasten der Brust und der regionären Lymphknoten einschließlich der Anleitung zur Selbstuntersuchung	Krebsfrüherkennungs-Richtlinie Internet: www.g-ba.de
Hautuntersuchung	ab 45	Männer	jährlich	in Verbindung mit der Untersuchung der Genitalien / Prostata	Krebsfrüherkennungs-Richtlinie Internet: www.g-ba.de
Dickdarm- und Rektumuntersuchung	ab 50	Frauen und Männer	jährlich	-gezielte Beratung -Tastuntersuchung des Enddarms -Test auf verborgenes Blut im Stuhl (jährlich bis zum Alter von 55 Jahren)	Krebsfrüherkennungs-Richtlinie Internet: www.g-ba.de
Darmspiegelung	ab 55	Frauen und Männer	zwei Untersuchungen im Abstand von 10 Jahren	- gezielte Beratung - zwei Darmspiegelungen im Abstand von 10 Jahren oder - Test auf verborgenes Blut im Stuhl alle zwei Jahre	Krebsfrüherkennungs-Richtlinie Internet: www.g-ba.de
Mammographie-Screening	ab dem Alter von 50 bis zum Alter von 69 Jahren	Frauen	alle zwei Jahre	-Einladung in eine zertifizierte Screening-Einheit -Information -Röntgen der Brüste durch Mammographie	Krebsfrüherkennungs-Richtlinie Internet: www.g-ba.de

Gesundheits-Check-up

Untersuchung	Alter/ in Jahren	Geschlecht	Häufigkeit	Anmerkungen	weitere Informationen
Check-up	ab dem Alter von 35 Jahren	Frauen und Männer	alle zwei Jahre	Früherkennung häufig auftretender Krankheiten wie: Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Nierenerkrankungen, Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus). Das umfasst unter anderem folgende Leistungen: - Anamnese, insbesondere die Erfassung des Risikoprofils - klinische Untersuchungen (körperliche Untersuchung einschließlich Blutdruckmessungen) -Blut- und Urinuntersuchungen - Beratung über das Ergebnis	Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie Internet: www.g-ba.de

Kinder- und Jugenduntersuchungen

Kinder- und Jugendliche bis zum Alter von 18 Jahren sind von der Praxisgebühr befreit. Die gesetzliche Krankenversicherung übernimmt eine Reihe von Früherkennungs- und Vorsorgemaßnahmen bei Kindern und Jugendlichen. Die Eltern bekommen gleich nach der Geburt des Kindes im Krankenhaus oder beim Kinderarzt ein Untersuchungsheft für Kinder, in dem genau aufgelistet wird, wann welche Untersuchung ansteht.

Kinder-Untersuchungen	von der Geburt bis zum Alter von 6 Jahren	Mädchen und Jungen	die Früherkennungsmaßnahmen bei Kindern in den ersten sechs Lebensjahren umfassen insgesamt zehn Untersuchungen (U1 bis U9)	Die erste Untersuchung wird unmittelbar nach der Geburt vorgenommen. Die körperliche und die geistige Entwicklung des Kindes wird bei den Untersuchungen geprüft. Ärztinnen und Ärzte achten also u.a. auf: -Störungen in der Neugeborenenperiode -Angeborene Stoffwechselstörungen -Entwicklungs- und Verhaltensstörungen -Sinnes-, Atmungs-, Verdauungsorgane -Zähne, Kiefer, Mund -Skelett und Muskulatur	Kinder-Richtlinien Internet: www.g-ba.de
Jugendliche Untersuchungen	zwischen dem 6. und dem 14. Lebensjahr	Mädchen und Jungen	eine Früherkennung	Anamnese u. a. auf: -auffällige seelische Entwicklungen/ Verhaltensstörungen -gesundheitsgefährdendes Verhalten (Rauchen-, Alkohol- und Drogenkonsum, Schulleistungsprobleme Klinisch-körperliche Untersuchungen u.a.: -Erhebung der Körpermaße -Störung des Wachstums und der körperlichen Entwicklung -Erkrankungen der Hals-, Brust- und Bauchorgane	Jugendgesundheits-Untersuchung Internet: www.g-ba.de

Schutzimpfungen

Schutzimpfungen können von den Krankenkassen als so genannte Satzungsleistung übernommen werden. Das bedeutet, dass die Leistungen der Kassen bei Schutzimpfungen nicht identisch geregelt sind. Auch wenn nicht generell von einer automatischen Kostenübernahme für die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlenen Impfungen für Säuglinge, Kinder und Jugendliche ausgegangen werden kann, ist dies in der Regel der Fall. Auch eine Reihe von Impfungen im Erwachsenenalter wird von den Kassen übernommen. Nicht bezahlt werden Reiseimpfungen.

Regelimpfungen für Säuglinge, Kinder und Jugendliche	Impfungen, die jedes Kind nach den Impfpfehlungen der STIKO erhalten sollte	Regelimpfungen für -Hepatitis B, Diphtherie, Tetanus -Poliomyelitis ((Kinderlähmung) Regelimpfung auch bei nicht grundimmunisierten Erwachsenen) -Haemophilus influenzae Typ B (Hib.)- Infektion -Pertussis (Keuchhusten), -Masern, Mumps, Röteln -Varizellen (ungeimpfte 12- bis 15-Jährige ohne vorherige Windpockenerkrankung)	Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 1 STIKOEmpfehlungen Internet: www.rki.de
Auffrischimpfungen (Unterschiedlich in den Satzungen der Kassen geregelt)	Impfungen, die bei Erwachsenen aufgefrischt bzw. bei fehlender Grundimpfung nachgeholt werden sollen	-Diphtherie (alle 10 Jahre empfohlen) -Tetanus	Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 1 STIKOEmpfehlungen Internet: www.rki.de
Indikationsimpfungen (Unterschiedlich in den Satzungen der Kassen geregelt)	Impfungen bei erhöhter Gefährdung von Personen und bei Angehörigen bestimmter Alters- oder Risikogruppen	-Influenza (Standardimpfung für Personen ab 60 Jahre) -Pneumokokken-Infektion (Standardimpfung für Personen ab 60 Jahre) -Frühsommermeningo-Enzephalitis (FSME) -Haemophilus influenzae Typ B (Hib.)-Infektion -Hepatitis A und B, Tollwut, Meningokokken-Infektion -Poliomyelitis (Kinderlähmung), Varizellen, Röteln	Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 1 STIKOEmpfehlungen Internet: www.rki.de

Eine andere (Zahnarzt-)Welt

Hannelore aus Stuttgart lebt in Kalifornien. Seit ein paar Tagen meldet sich gelegentlich einer ihrer Zähne mit einem kräftigen Ziehen. Sie fühlt sich unsicher: in drei Wochen will sie nach Deutschland reisen. Soll sie warten und dort zu ihrem Zahnarzt gehen, wie es ohnehin geplant ist, oder doch besser gleich zum Zahnarzt in Santa Barbara? Schließlich überwindet sie ihre Furcht vor Sprachproblemen und gepfefferten Preisen und vereinbart einen Termin in der Praxis von William Gabriel. Nach dem Röntgen und einer ausführlichen Diagnose erklärt er ihr die Situation und stellt ihr frei, sich von ihm oder in Deutschland behandeln zu lassen. Sofortige Maßnahmen sind nicht notwendig.

Er ist auch nicht ärgerlich, dass Hannelore lieber ihren vertrauten deutschen Zahnarzt aufsuchen möchte, sondern bietet ihr an, die Röntgenbilder mitzunehmen. Zum Schluss bittet ihn Hannelore in ihrem schönsten Englisch, die Rechnung an ihre Adresse in der Garden Street zu senden, doch Zahnarzt Gabriel lächelt nur: „Es war mir ein Vergnügen“, meint er und „ich freue mich, wenn ich Ihnen helfen konnte“.

Zahnarzt Gabriel steht es frei, seine Patienten zur Kasse zu bitten, und auch die Höhe seiner Vergütung bestimmt er selbst. Ebenso wie den Inhalt und den Umfang seiner Arbeit. Er ist ein freier Unternehmer mit allen Licht- und Schattenseiten. Dennoch macht Zahnarzt Gabriel keinen unzufriedenen Eindruck, wenn er aus einem seiner drei Behandlungszimmer einen Blick über die Stadt auf den Pazifik wirft.

Etwa 250 Zahnärzte kümmern sich um die 300 000 Einwohner in der Region Santa Barbara. Als William Gabriel sich dort 1982 niederließ, hatte er einige Ausbildungs- und Wanderjahre hinter sich.

Als 17-Jähriger begann er seine Ausbildung am College seines Heimatortes San Bernardino. Zwei Jahre später absolvierte er an der University of Berkley ein vierjähriges Zoologiestudium. Das Diplom in der Tasche, wechselte er auf die Dental-school in Nebraska und startete weitere vier Jahre später als „Doctor of Dental



William Gabriel in einem der drei Sprechzimmer seiner Zahnarztpraxis in Santa Barbara/Kalifornien.

Surgery“ seine zahnärztliche Tätigkeit in Washington D. C.

Nachdem er dort ein Jahr praktiziert hatte, verschlug der Vietnamkrieg den damals 28-Jährigen im Dental Corps der US-Army nach Südkorea und von dort als Offizier und „Chief Staff Dentist“ nach Bruchsal in Deutschland. Mit gerade mal 2000 Dollar in der Tasche kehrte er von Deutschland in die USA zurück. Sein nicht gerade üppiges Startkapital ließ keinen Gedanken an eine eigene Praxis aufkommen, also arbeitete er für einen Zahnarzt in Santa Barbara. Doch schon ein Jahr später hatte er sich etabliert und eröffnete 1983 seine eigene Zahnarztpraxis.

Patienten bestimmen den Praxisalltag

Gepflegt und einladend wirken die offenen Räume. Keine Tür versperrt die Sicht, nicht einmal zwischen den Behandlungszimmern. „Meine Patienten mögen das“, meint Zahnarzt Gabriel und verweist auf das exzellente Management seines Rezeptionsassistenten Chris, der die Termine so legt, dass kein Patient in einem der drei Behandlungsstühle warten muss, während der Arzt noch beschäftigt ist. Auch der Warteraum ist in der Regel leer, denn, so das Selbst-

verständnis des Zahnarztes: „Ich kann doch nicht über die Zeit meiner Patienten verfügen“. Auf einen Termin wartet man nicht länger als eine Woche, und für Schmerzpatienten gibt es möglichst rasche Vereinbarungen, für die die Praxis durchaus auch einmal länger geöffnet bleibt als gewöhnlich. Ohnehin richten sich die Praxiszeiten nach der Inanspruchnahme durch die Patienten, und auch hier erweist sich Chris als freundliches und umsichtiges Organisationstalent, das Patientenwünsche und Praxisabläufe in Einklang bringt. Da spontane Besuche ohne vorherigen telefonischen Kontakt in Santa Barbara nicht üblich sind, kann man die Öffnungszeiten von 9.00 bis 17.00 Uhr von Montag bis Freitag lediglich als Richtwert betrachten.

Hollywood animiert

Jeden Morgen lässt sich William Gabriel als erstes seinen Kalender vorlegen und stimmt mit seinem Team den Tagesablauf ab. Blättert man durch die dicke Kladde, findet man eine Vielzahl von Terminen. Die Einträge reichen bis zum Dezember, denn regelmäßige Kontrolle und eine umfangreiche Prophylaxe gehören für die meisten seiner Patienten zur Normalität. „Der Zustand der Zähne insbesondere meiner jüngeren Patienten ist hervorragend“, meint Gabriel, und mit einem Schmunzeln fügt er hinzu: „Vielleicht liegt es an der Nähe von Hollywood, dass die meisten sich so um ihre Mundgesundheit kümmern.“ Zwar bemängelt er die oftmals viel zu ungesunde, zucker- und fettreiche Ernährung, doch lobt er staatliche Maßnahmen, wie die Fluoridierung des Trinkwassers. Positiv wirken ebenfalls groß angelegte Medicare-Programme für Kinder.

Landesweit zirka eine Milliarde Dollar stehen dafür jährlich zur Verfügung, und auch Zahnarzt Gabriel beteiligte sich an den kostenfreien Untersuchungen für Kinder während des „Children's Dental Health Month in California“.

Punkte sammeln für die Lizenz

Doch worin unterscheidet sich das Berufsleben von Zahnarzt Gabriel von dem seiner deutschen Kollegen?

■ FORTSETZUNG AUF SEITE 26



Die Praxis liegt in einem Ärztehaus in einer ruhigen Seitenstraße unweit vom Zentrum der Stadt.



Auf die Frage nach den Voraussetzungen für seine Niederlassung weist er auf eine gerahmte Urkunde an seiner Bürowand: „Ein Zertifikat, welches die Ausbildung bestätigt“. Das muss alle zwei Jahre erneuert werden, und die Voraussetzung dafür wiederum ist der Nachweis des regelmäßigen Besuchs von Fortbildungsveranstaltungen. 25 Stunden im Jahr sind die minimale Pflicht, doch mehr als 100 kann Zahnarzt Gabriel jährlich durchschnittlich verbuchen.

Die Kosten dafür hat er selbst zu tragen. Als Mitglied der kalifornischen Zahnärztervereinigung (CDA) sind die meisten Fortbildungsveranstaltungen für ihn jedoch kostenfrei und mit seinem jährlichen Mitgliedsbeitrag von etwa 1000 Dollar abgegolten.

Abrechnungskurse, wie sie in Deutschland gehalten werden, sind in Kalifornien undenkbar: „Über Geld spricht hier keiner“, so Zahnarzt Gabriel.

Als ich nach möglichen Zulassungsbeschränkungen, die aus der Zahl der Zahnärzte resultieren, frage, schaut er mich an, als käme ich vom Mond. Für ihn ist es sonnenklar, dass er allein als Unternehmer für die Standortwahl verantwortlich ist. Und wenn an dem Platz bereits viele Kollegen praktizieren, erklärt er geduldig, wäre es doch nicht besonders klug, sich ebenfalls niederzulassen, es sei denn, man ergänzt sich fachlich. Ein Zahnarzt pro 2000 Einwohner ist die Regel in attraktiven Städten und Regionen. Anderorts kann die Patientenzahl durchaus höher ausfallen.



Praxiswerbung in Santa Barbara: Es geht seriös zu, knallige Reklame ist nicht angesagt.

Zahnarzt William Gabriel ist nicht in einer Berufsorganisation, wie Kammer oder KZV, organisiert – derartiges existiert in Kalifornien schlichtweg nicht, sondern seit 35 Jahren Mitglied der American Dental Association und seit 31 Jahren der California Dental Association.

Diese Verbände kümmern sich um Lobbyarbeit, Patiententhemen und Fortbildung.

Keine Reglementierung, aber auch keine Unterstützung

In seiner täglichen Arbeit kennt William Gabriel Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Punktwerte ebenso wenig, wie er etwas mit den Begriffen „Budget“ und „Festzuschuss“ anfangen kann. Er arbeitet, wie es ihm beliebt, und stellt seine Rechnungen, wie er es vertreten kann. Seine Arbeitszeit bestimmt er ebenso wie den Zeitpunkt, wann er im Alter seine Praxis aufgibt. Falls ein Patient ihn in der Zeit seines Urlaubs braucht, verweist er auf befreundete Zahnärzte, die ihn vertreten, doch auch das regelt er selbst. Als Personal stellt er ein, wen er möchte – unabhängig vom Beruf, denn ein Abschluss als Helferin ist für eine Einstellung nicht zwingend erforderlich. So kommt ein Teil seiner Mitarbeiter aus verwandten Berufen.

Was ihnen an spezieller Ausbildung fehlt, bringt er ihnen ohnehin selbst bei. Über ihre Bezahlung entscheidet er allein: 15 Dollar pro Stunde für die Helferinnen, Rezeptionsassistent Chris verdient 20.

Gedanken um die Versicherung seiner Patienten muss sich Zahnarzt Gabriel nicht machen, denn die zahlen ihre Rechnung direkt an ihn. Es ist durchaus üblich, im Vorfeld einer Behandlung über Preise zu



Jeder nach seinem Geschmack: Zahnarztwerbung in den Gelben Seiten.

sprechen. Bummelanten und Zahlungswillige kennt er nicht: „Meine Patienten sind über die Jahre zu Freunden geworden, und ich Sorge für sie, so gut ich kann. Warum sollten sie mich dann nicht bezahlen?“ An seinem Blick kann ich wieder einmal ein gewisses Unverständnis für meine Frage ablesen.

Ohnehin kümmert er sich in erster Linie um den medizinischen Part und überlässt die Abrechnung seinem Assistenten, denn die Preise hat er selbst nach so vielen Jahren Praxis nicht im Kopf. Auf die Frage nach den Kosten für einige Standardbehandlungen muss dann auch wieder Chris Hilfe leisten, und der antwortet ohne Computerunterstützung: 98 Dollar kostet in der Praxis von William Gabriel ein Check, 180 Dollar eine Extraktion, für eine mittelgroße Amalgamfüllung muss der Patient 140 Dollar auf den Tisch legen und 160 Dollar für eine Kunststofffüllung.

Entscheidend für seine Patienten sind

jedoch nicht die Preise, findet Zahnarzt Gabriel. Die Akzeptanz einer Praxis hängt für ihn von anderen Faktoren ab, wie z. B. dem Komfort, den sie ihren Patienten bietet, den Fähigkeiten des Zahnarztes, dem gegenseitigen Vertrauen und selbstverständlich der Qualität.

Dafür verzichtet er auf große Werbung. „Die Patienten, die man mit aufwändiger Werbung anzieht, schauen mehr auf das Finanzielle als auf die Qualität“, meint er und begnügt sich mit einer Zeile in den „Gelben Seiten“. Das Praxischild an der Außenfront seines Hauses ist an zwei Kriterien ausgerichtet: der Lesbarkeit und der Architektur des Gebäudes.

Papierkrieg ist international

Ein Eindruck jedoch, den man gewinnt, wenn William Gabriel über sein Leben als kalifornischer Zahnarzt berichtet, trägt:

Wer glaubt, er müsse wenig Zeit für Papierkram und Büro aufwenden, irrt sich. Die akribische Dokumentation ist für ihn ein absolutes Muss. Auch wenn er in seinem gesamten Berufsleben lediglich mit drei unzufriedenen Patienten, oder besser: deren Anwälten, eine Auseinandersetzung über die Qualität seiner Arbeit zu führen hatte und nur in einem Fall seine Versicherung mit einer moderaten Summe einspringen musste – das Führen seiner Karteikarten ist für ihn ebenso wichtig und unerlässlich wie die Einverständniserklärung eines jedes Patienten für die jeweilige Behandlung.

Ein Grund dafür mag sein, dass William Gabriel neben seiner Arbeit als Zahnarzt als Gutachter für das Land Kalifornien tätig ist. Die Akten, die er in dieser Funktion bearbeiten muss, stapeln sich auf seinem Schreibtisch, und so verbringt er einen beträchtlichen Teil seiner Zeit in Anhörungen mit Anwälten und Vertretern von Krankenversicherungen. In seiner Tätigkeit als Gutachter ist er spezialisiert auf Kiefergelenkerkrankungen, Traumata und Myarthropathien.

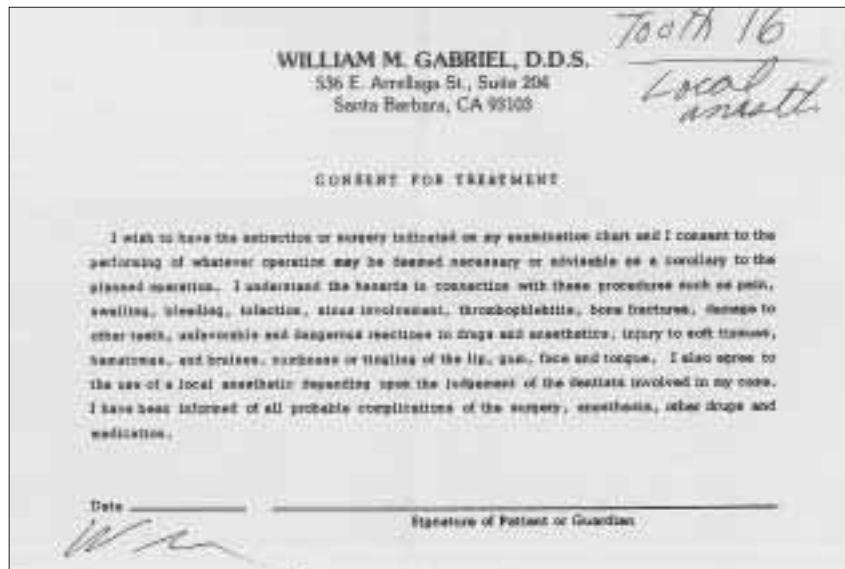
Weil ein Zahnarzt in den USA seinen Patienten gegenüber selbst verantwortungsvoll entscheiden muss, wann es an der Zeit ist, die Tätigkeit als Behandler zu quittieren, plant William Gabriel, das Bohren in einigen Jahren den jüngeren Kollegen zu überlassen und sich selbst mehr und mehr der Begutachtung zuzuwenden. Aber bis dahin ist noch Zeit.

Zahnärzte, die Interesse haben, William Gabriel zu kontaktieren, können ihm gerne an folgende Adresse schreiben:

williamgabrieldds@yahoo.com.

Christina Pöschel

Mit freundlicher Genehmigung aus:
Zahnärzteblatt Brandenburg 4/2005



Jeder Patient bestätigt schriftlich sein Einverständnis mit der vorher besprochenen Behandlung, in diesem Fall einer Extraktion (Anschauungsexemplar für ZBB).

ANZEIGE

GÜSTROWER FORTBILDUNGSGESELLSCHAFT FÜR ZAHNÄRZTE
 GFZ • Pfahlweg 1 • 18273 Güstrow • Tel. (0 38 43) 84 34 95 • E-Mail: per.fischer@dzn.de • Internet: www.gfza.de

„Die Behandlungsmethode schwieriger KFO-Fälle nach Prof. Dr. Sadao Sato – wie kann eine OP vermieden werden?“

(Entwicklung von Kiefergelenkproblemen durch Maloklusion und deren Lösungen. Kl. III mit offenem Biss – kein chirurgisches Problem, sondern mittels (MEAW) lösbar. Kl. II mit offenem und tiefem Biss – Entwicklung und Behandlung. Mittellinienverschiebungen und deren gelenksbezogene Behandlung.)

Ein Seminar für Kieferorthopädinnen und Kieferorthopäden
Referentin: Dr. Christiana Weber (Wien)
am Samstag, 11. März 2006, von 9 bis 17 Uhr in Güstrow
Kursgebühr: 320,00 Euro • Punkte ZÄK: 8

Anmeldung und weitere Informationen über: **Praxis MUDr. Per Fischer, Tel. (0 38 43) 84 34 95**

Wir gratulieren

Im Januar und Februar vollenden

das 75. Lebensjahr

Dr. Wolfgang Nauschütz (Diemitz)
am 10. Januar,

das 70. Lebensjahr

Dr. Joachim Wroblewski (Wismar)
am 21. Januar,
Dr. Irmgard von Majewski
am 26. Januar,



das 65. Lebensjahr

Dr. Renate-Maria Teseler (Rostock)
am 13. Januar,
SR Suse Mann (Stralsund)
am 14. Januar,
Zahnärztin Ingrid Peters
(Neubrandenburg) am 20. Januar,
Dr. Günter Kerschke
(Neubrandenburg) am 24. Januar,
Zahnärztin Hannelore Burow
(Greifswald) am 5. Februar,

das 50. Lebensjahr

Dr. Peter Piechaczek (Rostock)
am 12. Januar,
Dr. Marion Strauch
(Neubrandenburg) am 12. Januar,
Dr. Bernd Streuling (Stavenhagen)
am 13. Januar,
Dr. Gabriele Wagner (Rostock)
am 19. Januar,
Dr. Dr. Bassam Saka (Rostock)
am 23. Januar,
Zahnärztin Alla Thomas
(Neuenkirchen) am 23. Januar,
Zahnarzt Lothar Bänsch (Vellahn)
am 30. Januar,
Zahnärztin Isolde Herrmann
(Schwerin) am 30. Januar und
Zahnärztin Marianne Toscher
(Rostock) am 31. Januar.

Wir gratulieren herzlich und
wünschen Gesundheit und
Schaffenskraft.

Zahnmediziner des Universitätsklinikums der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald traten gegeneinander an

Zu einem zünftigen Drachenbootrennen waren am 25. September erstmals fünf Mannschaften der Zahnklinik des Universitätsklinikums Greifswald auf dem Ryck bei sommerlichen Temperaturen gegeneinander angetreten. Dabei wurden sie von ihren Angehörigen unterstützt.

In Höhe des hiesigen Ruderclubs Hilda wetteiferten sie um die schnellste Zeit, hat-

ten aber trotzdem jede Menge Spaß dabei. Als Sieger im Jahr 2005 ging die Mannschaft der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie hervor. Natürlich wollen das die Kollegen der anderen Teams nicht auf sich sitzen lassen. Im neuen Jahr soll es deshalb eine Neuauflage des Wettstreits sowie des Beisammenseins geben.

Sylvia Monka



Wettkampf der Teams Klinik u. Poliklinik f. Mund-, Kiefer- u. Gesichtschirurgie/Plastische Operationen und der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik, Alterszahnheilkunde und Medizinische Werkstoffkunde.

ANZEIGEN

DR. STREHL GMBH
STEUER-
BERATUNGS-
GESELLSCHAFT



Unsere Leistungen für Sie:

- Einkommensteuererklärung und Lohnsteuerjahresausgleich
- Lohnbuchhaltung
- Finanzbuchhaltung und Jahresabschluss
- Vermögensanalyse.

Gern senden wir Ihnen weitere Informationen zu.

Dr. Strehl GmbH
Steuerberatungsgesellschaft
Feldweg 7
18107 Rostock-Elmenhorst
Tel. (03 81) 77 65 40
www.dr-strehl-gmbh.de

ZMV, 38 J., mit mehrjähriger Berufserfahrung, derzeit als Schwangerschaftsvertretung tätig, sucht ab 1. 2. 2006 nettes Praxisteam im Raum HGW, HST oder Grimmen. Zuschriften unter Chiffre A 467 an **dens**, Medienbüro Müritz, Große Wasserstr. 17, 17192 Waren.

Zahnarztpraxis in Rostock sucht kompetente, freundliche ZAH/ZMF für die Stuhlassistenz. Zuschriften unter Chiffre A 468 an **dens**, Medienbüro Müritz, Große Wasserstr. 17, 17192 Waren.

Fälligkeit des Vergütungsanspruchs bei zahntechnischen Leistungen

Bekanntlich handelt es sich bei dem Vertrag zwischen Zahnarzt und Patienten in aller Regel um einen Dienstvertrag. Geschuldet wird nicht ein bestimmter Erfolg, sondern eine ordnungsgemäße, dem zahnmedizinischen Standard entsprechende Behandlung.

Etwas anderes gilt für das Vertragsverhältnis zwischen Zahnarzt und Zahntechniker. Da der Zahntechniker immer einen bestimmten Erfolg schuldet, liegt zwischen Zahnarzt und Zahntechniker stets ein Werkvertrag vor. Diese Beurteilung führt dazu, dass der Vergütungsanspruch des Zahntechnikers (erst) mit Abnahme des Werkes durch den Zahnarzt fällig wird, also erst ab diesem Zeitpunkt berechtigterweise verlangt werden kann.

Unter Abnahme ist die widerspruchslose Entgegennahme der Leistung zu verstehen, durch die gleichzeitig der Zahnersatz als vertragsgemäß anerkannt wird. Verweigert der Zahnarzt also die Annahme der zahntechnischen Leistung mit der Begründung, der Zahnersatz sei mangelhaft oder entspreche nicht der vertraglichen Vereinbarung, wird auch der Vergütungsanspruch des Zahntechnikers nicht fällig. Nimmt der Zahnarzt hingegen den Zahnersatz entgegen und erklärt ausdrücklich, dieser entspreche den vertraglichen Vorgaben, hat er auch die vereinbarte Vergütung zu zahlen.

Die Abnahme muss allerdings nicht ausdrücklich erklärt werden, sondern kann auch stillschweigend durch so genanntes

schlüssiges Verhalten erfolgen. Das Oberlandesgericht Frankfurt hat durch Urteil vom 17. Februar 2005 festgestellt, dass in der Eingliederung des Zahnersatzes beim Patienten regelmäßig auch die Abnahme der durch den Zahntechniker erbrachten Werkleistung liegt. Die Zahlung der Vergütung kann dann, d. h. nach erfolgter Abnahme, nur noch verweigert werden, wenn der Zahnersatz mangelhaft ist. Die Mangelhaftigkeit hat der Zahnarzt zu beweisen. Es empfiehlt sich daher, den Zahnersatz vor der Eingliederung beim Patienten genauestens dahingehend zu prüfen, ob er den vertraglich vereinbarten Anforderungen entspricht.

Rechtsanwalt Peter Ihle
Fachanwalt für Medizinrecht
und Justiziar der ZÄK M-V

Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung

Ist über einen Antrag einer Ersatzkasse auf sachlich-rechnerische Berichtigung in einem Fall der Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung gemäß § 264 SGB V durch die KZV zu entscheiden?

§ 264 Abs. 1 SGB V sieht die Übernahme der Krankenbehandlung für nicht gesetzlich krankenversicherte Arbeits- und Erwerbslose und Hilfeempfänger durch die Krankenkassen vor. § 264 Abs. 2 – 7 SGB V regeln die Krankenbehandlung nicht versicherter Leistungsempfänger nach dem BSHG und dem Asylbewerberleistungsgesetz. Mit der Änderung in § 264 Abs. 2 – 7 SGB V hat der Gesetzgeber die Übernahme der Krankenbehandlung durch die Krankenkassen gegen Kostenerstattung geregelt, die die Hilfeempfänger teilweise den GKV-Versicherten gleichstellt.

Nach § 264 Abs. 7 SGB V kann der zuständige Träger der Sozialhilfe bei Anhaltspunkten für eine unwirtschaftliche Leistungserbringung von der Krankenkasse eine Prüfung der Angemessenheit der Aufwendungen verlangen und sich nachweisen lassen.

In der Begründung des Entwurfs des GMG (BT Drucks. 15/1525, S. 140) wird hierzu ausgeführt, die leistungsrechtliche Gleichstellung von Empfängern laufender Hilfe zum Lebensunterhalt und von Empfängern von Hilfe in besonderen Lebenslagen nach dem BSHG, die nicht krankenversichert seien, mit den gesetzlich Krankenversicherten sei im Grundsatz schon in Artikel 28 GSG von 1992 vorgesehen gewesen.

Aufgrund der fehlenden Einigung zwischen Bund und Ländern zur Umsetzung dieses Artikels zu angemessenen Beitragszahlungen sei die Regelung in § 264 Abs. 2 SGB V angepasst worden. Aufgrund des Kostenerstattungsverfahrens zwischen Krankenkassen und Sozialhilfeträgern seien die Betroffenen zwar leistungsrechtlich, aber nicht mitgliedschaftsrechtlich den GKV-Versicherten gleichgestellt.

Die Hilfeempfänger sollten bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen den Versicherten auch verfahrensmäßig gleichgestellt werden. Deshalb bekommen sie eine KV-Karte. Dadurch werde sichergestellt, dass für die Behandlung von Sozialhilfeempfängern die Regelungen und die Steuerungsinstrumente zur Gewährleistung einer zweckmäßigen, wirtschaftlichen und das Maß des medizinisch Notwendigen nicht überschreitende Versorgung, die für alle Versicherten der GKV gelten, ebenfalls in vollem Umfang angewendet würden. Zur Durchführung des Abrechnungsverfahrens sowie für die Anwendung von Steuerungsinstrumenten (z. B. Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106 SGB V) sei die Festlegung von Statusbezeichnungen auf der KV-Karte erforderlich. Insofern sollen nach Auffassung des Gesetzgebers alle Steuerungsinstrumente greifen, die auch für die Abrechnung von Leistungen für GKV-Versicherte gelten.

Damit dieses Ziel erreicht werden kann, müssen auch die untergesetzlichen Bestimmungen der gemeinsamen Selbstver-

waltung, wie z. B. die Bundesmantelverträge, die das Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung inhaltlich konkretisieren, anwendbar sein. Die KZVs haben daher im Falle einer Leistungserbringung gegenüber Berechtigten nach § 264 SGB V mit KV-Karte sowohl eine leistungs- als auch verfahrensrechtliche Gleichstellung mit den GKV-Versicherten sicherzustellen. Daraus ergibt sich bereits die Zuständigkeit der KZV für den Antrag einer Ersatzkasse auf sachlich-rechnerische Berichtigung auch in diesen Fällen.

Ferner erhält der Sozialhilfeträger die Möglichkeit, von der Krankenkasse bei Anhaltspunkten, die auf eine unwirtschaftliche Leistungserbringung oder -gewährung schließen lassen, eine Prüfung der Angemessenheit der Aufwendungen zu verlangen und sich nachzuweisen zu lassen. Hierfür hat der Gesetzgeber die Anwendung der Steuerungsinstrumente der GKV vorgesehen und die Berechtigten mit einer Krankenversichertenkarte ausgestattet.

Lässt § 264 SGB V eine Wirtschaftlichkeitsprüfung zu, so muss dies auch für die sachlich-rechnerische Berichtigung gelten. Eine Wirtschaftlichkeitsprüfung setzt die Annahme voraus, dass die Leistungen, um die es geht, nach dem Bema abrechnungsfähig sind. Nur erbrachte und abrechnungsfähige Leistungen können wirtschaftlich sein. Über die Wirtschaftlichkeit kann jedoch erst entschieden werden, wenn die Berechnungsfähigkeit feststeht (vgl. BSGE 60, 69, 74).

KZBV