



dens

9

2009

31. August

Mitteilungsblatt der Zahnärztekammer und
der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern



18. Zahnärztetag

der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern
4. - 6. September 2009 im Hotel „Neptun“, Rostock-Warnemünde

Freitag und Sonnabend sind ausgebucht. Restkarten nur für
Sonntag im Tagungsbüro erhältlich.

17. Fortbildungstagung

für Zahnärzthelferinnen und Zahnmedizinische Fachangestellte
am 5. September 2009 im Kurhaus Warnemünde

Restkarten im Tagungsbüro erhältlich.

Steuerberatung mit System, Kompetenz und Service für Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Pflegeeinrichtungen...

Wir sind ADVISION-Systemanwender und bieten im Rahmen unserer Steuerberater-Leistungen unter anderem solche Tätigkeitsschwerpunkte an, wie:

- Existenzgründungsberatung
- Betriebsvergleich
- Geschäftsübersichten
- Analysen zur finanziellen Lebensplanung
- Betriebswirtschaftliche Auswertungen
- Bruttoverdienstberechnung
- Analysen zur Steuerersparnis, -vorsorge, -optimierung



ADVITAX
Niederlassung Rostock
August-Bebel-Straße 11
18055 Rostock
phone: (0381) 4 61 37-0

R. Niemann, Steuerberaterin



ADVITAX
Niederlassung Waren
Richterstraße 18a
17192 Waren (Müritz)
phone: (03991) 61 31 22

H. Rottmann, Steuerberaterin



ADMEDIO
Niederlassung Parchim
Buchholzallee 45a
19370 Parchim
phone: (03871) 62 86 26

W. Reisener, Steuerberater



ADVISITAX
Niederlassung Schwerin
Wismarsche Straße 184
19053 Schwerin
phone: (0385) 5 93 71 40

K. Winkler, Steuerberaterin



ADVITAX Niederlassung Neubrandenburg
Ihlenfelder Straße 5
17034 Neubrandenburg
phone: (0395) 4 23 99-0

A. Bruhn, Steuerberaterin



ADMEDIO Niederlassung Stavenhagen
Malchiner Straße 31
17153 Stavenhagen
phone: (039954) 2 84-0

K. Bernert, Steuerberaterin



ADVITAX
Niederlassung Greifswald
Anklamer Straße 8/9
17489 Greifswald
phone: (03834) 57 78 20

M. Matz, Steuerberaterin



ADMEDIO Niederlassung Schwerin
Mecklenburgstr. 97
19053 Schwerin
phone: (0385) 55 15 66

J. Fremuth, Steuerberater



Traumsommer 2009 – nur meteorologisch

Sommerloch ist für die Körperschaften gut gefüllt mit politischen Aktivitäten

Wider aller Erwartungen brauchten wir uns letztlich nicht über zu wenige Sonnentage zu beklagen und ich hoffe, dass es Ihnen vergönnt war, die Sonnenstrahlen in vollen Zügen zu genießen und daraus genug Kraft für die Zeit nach dem Urlaub zu tanken.

Das berühmte Sommerloch wurde in diesem Jahr, auf eine für uns spannende Weise, durch die Dienstwagenaffäre unserer Bundesgesundheitsministerin gefüllt. Interessanterweise konnte dieser Sachverhalt in Rekordzeit einer vermeintlichen Klärung zugeführt werden, so dass bei vergleichbaren Verdächtigungen das übliche Ingangsetzen des Räderwerks ausblieb. Da könnte einem das in solchen Fällen gewohnte Schmunzeln über Sommerlochthemen trotz der Hitze zu Eis erstarren.

Jedenfalls war es dem SPD-Kanzlerkandidaten Steinmeier somit möglich, die vakante Position in seinem Kompetenzteam dennoch zu besetzen und damit auch die Frauenquote zu erfüllen.

Wir in der KZV hätten uns nach Monaten der vergeblichen Mühe einer Ost-West-Angleichung ein echtes politisches Sommerloch gewünscht. Dies wurde aber mit einem für uns ernsthaften politischen Thema gefüllt.

Die Sozialgerichte Dresden und Schwerin hatten fast gleichzeitig einen Beschluss in den Verfahren zur einstweiligen Anordnung zur Festsetzung differenzierter Steigerungsraten der Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen für die Rechtskreise Ost und West zu fassen.

Diese etwas wenig griffige Formulierung bedeutet in verkürzter Form für uns, dass mit der getrennten Ausweisung der Grundlohnsummensteigerungsraten in Ost und West auf diese Weise eine Angleichung der vertragszahnärztlichen Honorare in wenigstens kleinen Schritten hätte vollzogen werden können, auch wenn die jährlichen Honoraranhebungen für die Vertragszahnärzte strikt an die Grundlohnsummensteigerungsraten gebunden sind.

Nun ist es so, dass die Veränderung der Gesamtvergütung und somit auch der Einzelleistungspunktwerte in einer weiteren sehr engen Beziehung zu der sogenannten Beitragssatzstabilität (§71 SGB V) steht. Nach den Vorstellungen und den daraus resultierenden



Der Vorstand setzt sich unvermindert für eine angemessene Honorierung ein.

Vorgaben des Gesetzgebers wird die Beitragssatzstabilität der Krankenkassen dann nicht gefährdet, wenn sich die Honorare für die vertragszahnärztlichen Leistungen maximal um die Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen verändern.

Es sei denn, dass Einsparungen in einzelnen Leistungsbereichen erzielt werden oder – und das war für den o. g. Verfahrensbeschluss von Wichtigkeit – die beitragspflichtigen Einnahmen Ost stärker gestiegen sind als die beitragspflichtigen Einnahmen West. Nur in diesen Fällen durften in der Vergangenheit die Honorare im Rechtskreis Ost stärker steigen. Wir erinnern uns an die Angleichung der Gehälter für die Beamten und Beschäftigten der öffentlichen Dienste oder die in manchen Branchen überproportional hohen Tarifabschlüsse des vergangenen Zeitraums. Wir sind uns sicher, dass für diesen Zeitraum die Veränderungsrate Ost höher war als die des Westens und somit eine Angleichung der vertragszahnärztlichen Honorare in einem kleinen Schritt hätte vollzogen werden können.

Der Gesetzgeber, vertreten durch das Bundesgesundheitsministerium, vertritt allerdings die Auffassung, dass mit der Einführung des Gesundheitsfonds gleichzeitig die Erhebung der beitragspflichtigen Einnahmen nach den unterschiedlichen Rechtskreisen aufgehoben worden sei und somit das

BMG nicht § 71 Abs. 3 SGB V umsetzen und folglich auch keine Grundlohnsummenveränderung getrennt für die Rechtskreise Ost, West und für das gesamte Bundesgebiet bekannt geben könne.

Noch im Jahr 2007 hatte Staatssekretär Schröder auf Nachfrage durch den Vorstand der KZV M-V geantwortet, dass für die Zahnärzteschaft durch den Gesundheitsfonds keine Veränderungen bezüglich der Vereinbarung der Gesamtvergütung ins Haus stehen und auch keine feste Vergütung in Form von Regelleistungsvolumina wie im ärztlichen Bereich vorgesehen sei. Somit war davon auszugehen, dass die Budgetierung nach wie vor im zahnärztlichen Bereich bestehen bleibt und der Staatssekretär empfahl, angesprochen auf die Problematik der notwendigen Angleichung der Honorare Ost an West, die o. g. Ausnahme bei im Rechtskreis Ost stärker gestiegenen beitragspflichtigen Einnahmen intensiver bei anstehenden Honorarverhandlungen zu nutzen.

Diese einzig verbliebene Möglichkeit ist uns nach den fehl geschlagenen Versuchen in Bezug auf den § 85 Abs. 3 d im Jahr 2008 und der Ablehnung der von der gesamten deutschen Zahnärzteschaft getragenen Forderung zur Honorarangleichung im Rahmen der AMG-Novelle im 1. Halbjahr 2009 ebenfalls genommen.

Nachdem nun das BMG lediglich die einheitliche Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen für das gesamte Bundesgebiet veröffentlicht hatte, wurde von den Ost-KZVs der Beschluss gefasst, gegen die Bundesrepublik und damit gegen das BMG, Klage auf Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben zu erheben, um somit die Bekanntgabe der Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen Ost/West einzufordern. Die Juristen der KZVs hatten sich dieses Themas intensiv angenommen und unter Federführung der KZV Thüringen eine Musterklage erarbeitet. Diese konnte und wurde noch um individuelle Argumente einzelner KZVs ergänzt und bei den Sozialgerichten eingereicht. An dieser Stelle für die geleistete Fleißarbeit noch ein herzliches Dankeschön an Roul Rommeiß und die anderen Beteiligten. Im Ergebnis des gestellten Antrags auf einstweilige Anordnung

dens

18. Jahrgang

Mitteilungsblatt der Zahnärztekammer und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern mit amtlichen Mitteilungen

Herausgeber:

ZÄK Mecklenburg-Vorpommern

Wismarsche Str. 304, 19055 Schwerin
Tel. 03 85-59 10 80, Fax 03 85-5 91 08 20
E-Mail: sekretariat@zaekmv.de,
Internet: www.zahnaerzte-mv.de

Kassenzahnärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

Wismarsche Str. 304, 19055 Schwerin
Telefon 03 85-5 49 21 03,
Telefax 03 85-5 49 24 98
E-Mail: oeffentlichkeitsarbeit@kzvmv.de,
Internet: www.zahnaerzte-mv.de

Redaktion:

Dipl.-Stom. Gerald Flemming, ZÄK (verant.),
Dr. Manfred Krohn, KZV (verant.),
Kerstin Abeln, Konrad Curth

Internet: www.dens-mv.de

Gestaltung und Satz:

Kassenzahnärztliche Vereinigung

Anzeigenverwaltung, Druck und Versand:

Satztechnik Meißen GmbH, Sabine Sperling
Am Sand 1c, 01665 Diera-Zehren,
Tel. 0 35 25-71 86 24,
Telefax 0 35 25-71 86 10
E-Mail sperling@satztechnik-meissen.de

Redaktionshinweise:

Mit Verfasseramen gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Produktinformationen werden ohne Gewähr veröffentlicht.

Nachdruck und fotomechanische Wiedergabe bedürfen der vorherigen Genehmigung der Redaktion. Die Redaktion behält sich bei allen Beiträgen das Recht auf Kürzungen vor.

Redaktionsschluss:

15. des Vormonats

Erscheinungsweise:

Das Mitteilungsblatt erscheint monatlich.

Bezugsbedingungen:

Der Bezug ist für Mitglieder der zahnärztl. Körperschaften M-V kostenlos. Nichtmitglieder erhalten ein Jahresabonnement für 36 Euro, Einzelheft 4 Euro zzgl. Versandkosten.

Titelbild: Warnemünde, Hannes Curth

Aus dem Inhalt:

M-V / Deutschland

KBV: Honorarreform greift	4
Meinungsfreiheit versus Datenschutz	5
Gedämpfte Stimmung bei Freiberuflern	5
Influenzapandemie – Risikomanagement für Zahnarztpraxen	8
Angebot von ausbildungsbegleitenden Hilfen	10
KoKo „Zahnärztliche Hilfsorganisationen“	10
SPD-Pläne zum Patientenrechtegesetz	11
RKI-Broschüre erschienen	11
Festakt zum 150jährigen DGZMK-Jubiläum	14
Krankenkassen investieren in Außendarstellung	16
Zahnärztinnen mit personellen Ressourcen	28
Dentaltourismus überschaubar	28
Neue Bücher	40
Glückwünsche / Anzeigen	40

Zahnärztekammer

Gespräch mit Verband medizinischer Fachberufe e. V.	9
Novellierung der Beitragsordnung	12
Fortbildung im Oktober	13
Entschädigungsordnung für Dienstreisen	14
Indirekteinleitung von Abwasser ab sofort genehmigungsfrei	15
Versorgungsstatut der Zahnärztekammer	17-24
Ehrenamtliche Richter gesucht	26

Kassenzahnärztliche Vereinigung

Tanzabend mit Meeresblick	6-7
Ausschreibung kieferorthopädischer Vertragszahnarztsitze	16
Fortbildungsangebote	25
Einzelpraxis und vieles mehr ...	27
Service der KZV	35
Abrechnungshinweise zu Zahnersatz-Festzuschüssen	36

Hochschulen / Wissenschaft / Praxis

Recht / Versorgung / Steuern / Versorgungswerk

Mitgliederversammlung der Gesellschaft für ZMK	13
Alumni reisten in die Vergangenheit	26
Professor Beetke zum 70. Geburtstag	29
Parodontitistherapie – und dann?	30-33
Bürgerentlastungsgesetz Krankenversicherung	34
Der besondere Fall: Aus dem Parodontologie-Curriculum	38-39
Impressum	3
Herstellerinformationen	37

Dieser Ausgabe liegt eine Beilage der **Versicherungsstelle für Zahnärzte** bei.
Diese sorgt als unabhängiges Beratungsunternehmen im Auftrag der Bundeszahnärztekammer für die finanzielle Sicherheit der Zahnärzte – bundesweit und jetzt auch für Sie in Mecklenburg-Vorpommern.
Wir bitten um freundliche Beachtung.

die Bundesrepublik Deutschland, vertreten durch das BMG, zu verpflichten, die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen für den Bereich Ost zu veröffentlichen, ist festzustellen, dass das Sozialgericht Dresden unsere vorgetragenen Argumente positiv gewertet und bestätigt hat.

Somit wurde das SPD-geführte BMG verpflichtet, die Vorgabe des § 71 SGB V, also die Veröffentlichung der Veränderungsrate Ost, umzusetzen. Aus der Erfahrung, die wir bereits in dem 2005 angestrebten Sozialgerichtsverfahren hier in Schwerin zum § 85 Abs. 3 d SGB V machen durften, war das Ergebnis des Beschlussverfahrens zur angestrebten einstweiligen Verfügung aus dem Bereich Mecklenburg-Vorpommern nicht sonderlich überraschend. Eine Kom-

mentierung des Beschlusses des Sozialgerichts Schwerin ersparen wir uns an dieser Stelle, sind uns doch noch die Urteile und deren Begründungen im Zusammenhang sowohl mit den Sozialgerichtsverfahren in Schwerin, als auch mit den Bundessozialgerichtsverfahren in Kassel im Gedächtnis. Selbst renommierten Fachjuristen konnten diese Urteile nur ein Kopfschütteln entlocken und weniger Hartgesottene dieser Branche ließen sich noch zu drastischeren Kommentaren hinreißen.

Auch nach den in den letzten Jahren gemachten Erfahrungen habe ich den Traum von einer unabhängigen Gewaltenteilung nicht aufgegeben und bin nach wie vor der festen Überzeugung, dass dies nicht nur ein Sommernachts-traum ist, der lediglich einem prangen-

den Sommertag geschuldet ist. In diesem Sinne wünsche ich uns, dass der anstehende Altweibersommer ebenfalls noch eine Menge sonnige Tage bringen wird. Haben Sie Verständnis, dass es Ihrer KZV im gemeinsamen Bemühen mit den Vertretern der anderen Bundesländer noch immer nicht gelungen ist, die längst überfällige Honorarangleichung zu erreichen.

Ich kann Ihnen aber versprechen, dass wir in unserem Bemühen, dieses Ziel umzusetzen, nicht nachlassen werden, damit eine qualitativ hochwertige Leistung – unabhängig an welchem Ort dieser Republik sie erbracht wird – eine angemessene Honorierung und Entlohnung erfährt.

Ihr
Wolfgang Abeln

Schädlicher Ärzteprotest? Ja!

KBV: Honorarreform greift – explosionsartige Honorareinbußen bleiben aus

Protestaktionen von Ärzten zeichneten Anfang des Jahres ein Bild von medizinischer Notversorgung und Honorareinbußen bei den Behandlern in zweistelligen Prozentzahlen. Geschlossene Praxen, Großkündigungen, Reportagen in allen deutschen Zeitungen vornehmlich aus dem Südwesten des Landes. Zu einer Zeit, in der überhaupt nicht absehbar war, welche Vergütung am Ende durch die Kassenärztlichen Vereinigungen tatsächlich in die Praxen fließen wird. Der Beobachter schwankte zwischen Anteilnahme und Verunsicherung. Der zahnärztliche Beobachter saugte die Meldungen aus allen Teilen des Landes und aus dem politischen Berlin auf, denn auch im zahnärztlichen Bereich wird eine Ho-

norarreform seit langem diskutiert. Klappern gehört zum Geschäft. Nur dann wird man gehört und bekommt die erhoffte Aufmerksamkeit. Jetzt legt die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) die absoluten Zahlen für das erste Quartal vor. Sie tut dies eher leise und ohne großes Pathos. Denn die Zahlen geben ein weitaus positiveres Bild der ärztlichen Vergütung ab. Mindestens 472 Millionen Euro mehr haben Deutschlands Ärzte danach in den ersten drei Monaten dieses Jahres im Vergleich zum Vorjahresquartal eingenommen. Bundesweit bedeutet das ein Plus von 7,8 Prozent. Größte Gewinner: Die Ärzte in Berlin sowie den ostdeutschen Bundesländern.

Die einzige Arztgruppe, die bei ge-

samtdeutscher Betrachtung verloren hat, sind die Orthopäden mit einem Honorarminus von vier Prozent. Allerdings schwanken die Zahlen innerhalb der Bundesländer stark. In Bayern und Nordrhein gibt es keine Zuwächse analog des Bundesschnitts. Das liegt daran, dass bei einer bundesweiten Vereinheitlichung der Honorare die am stärksten verlieren, die vorher am meisten bekamen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben untereinander einen Finanzausgleich verabredet. Davon dürfte vor allem Baden-Württemberg profitieren. Hier sind die Durchschnittseinkommen geringfügig gesunken.

Das System der Kassenärztlichen Vereinigungen hingegen hat in der Zeit seiner größten Krise bewiesen, dass es seine Berechtigung hat. Die zusätzlichen Gelder für alle werden solidarisch umgeschichtet, wo es nicht reicht. Die Honorarreform ist nicht schuld an der Verunsicherung der deutschen Ärzteschaft und deren Patienten. Dafür gibt es andere Gründe. Vor allem den Dauerreformismus, der das Gesundheitswesen seit 30 Jahren quält. Jedes Jahr neue Abrechnungsmodalitäten und Versorgungsformen, die elektronische Gesundheitskarte. Und kein Ende in Sicht. Nach der Bundestagswahl gibt es die nächste Gesundheitsreform. Die Gespräche über die kommende Honorarreform beginnen bereits im August.

Kerstin Abeln

Anzeige



KORTE

RECHTSANWÄLTE

Prof. Dr. Niels Korte**
Marian Lamprecht*
Constanze Herr*

Absage durch Hochschule oder ZVS? – Klagen Sie einen Studienplatz ein!

Wir haben seit 1998 zahlreiche Mandate im Bereich Hochschulrecht erfolgreich betreut. Unsere Kanzlei* liegt direkt an der Humboldt-Universität.
Prof. Dr. Niels Korte lehrt selbst an einer Berliner Hochschule.

Entfernung spielt keine Rolle – wir werden bundesweit für Sie tätig.

*Unter den Linden 12
10117 Berlin-Mitte
**Rudower Chaussee 12
12489 Berlin-Adlershof

24-Stunden-Hotline:
030-226 79 226
www.studienplatzklagen.com

www.anwalt.info
Fax 030-226 79 661
kanzlei@anwalt.info

Meinungsfreiheit versus Datenschutz

Wer heute eine Schule sucht, einen Anwalt, einen Zahnarzt oder ein Wohnhaus, bildet sich seine Meinung übers Internet. Denn hier haben anonyme Internetnutzer oft schon vorgearbeitet und auf mittlerweile unzähligen Bewertungsportalen eine Auswahl getroffen. Wer neu in der Stadt ist oder keine Mund-zu-Mund-Propaganda nutzen kann, geht diesen Weg ganz sicher. Der Bundesgerichtshof, das oberste Zivilgericht in Karlsruhe, hat jetzt ein Urteil getroffen, nach dem Bewertungen im Internet nicht gegen das Persönlichkeitsrecht der Betroffenen verstoßen. Damit stellt es Meinungsfreiheit über den Datenschutz und den Persönlichkeitsschutz Betroffener. Vor dem Bundesgerichtshof hatte eine Gymnasiallehrerin aus Nordrhein-Westfalen geklagt, die in der Nähe von Düsseldorf Deutsch und Religion unterrichtet. Auf dem Bewertungsportal spickmich.de hatte sie eine Gesamtbewertung von 4,3 erhalten.

So wie der Pädagogin geht es auch anderen Berufsgruppen. Rechtsanwälte, Ärzte und Zahnärzte sind ebenfalls unfreiwillig Zuschauer bei Beurteilungen ihrer Arbeit. Ob diese von Patienten kommen, ist nicht einmal sicher. Denn meist sind die Angaben anonymisiert. Manipulationsversuchen sind Tür und Tor geöffnet. Unter falschen Angaben können Meinungen eingetragen oder vervielfacht werden. Kein Mensch kann das kontrollieren.

In Erwartung des Grundsatzurteils springt jetzt auch die AOK auf den Bewertungszug auf. Ein geplanter Arzt-Navigator solle Versicherten der Gesundheitskasse helfen, den für sie richtigen Arzt zu finden. Die neueste Idee zur Kosteneinsparung, nachdem in Folge des Gesundheitsfonds Gelder für Marketingmaßnahmen und Bonusprogramme massenhaft ausgegeben werden. Wettbewerb heißt es zur Erklärung. Patienten werden aufgerufen sein, die gelegte Füllung ihres Haus- und des Urlaubszahnarztes miteinander zu vergleichen. Als wenn sie das könnten. Die AOK füllt das diesjährige Sommerloch und macht publik, was niemandem nützt.

Kerstin Abeln

Oesingmann: „Gedämpfte Stimmung bei Freiberuflern“

Aktuelle Umfrage mit deutlich schlechteren Erwartungen

„Die Stimmung bei den Freien Berufen hat sich zwar nicht so stark eingetrübt wie die Werte aus der Winterumfrage hätten erwarten lassen. Indes hat sich im Vergleich zum Vorjahr die Lage eindeutig verschlechtert.“ Diese Einschätzung gab jetzt Dr. Ulrich Oesingmann, Präsident des Bundesverbands der Freien Berufe.

Innerhalb der vier Säulen gibt es deutliche Verschiebungen: Während sich die Bewertung in der Säule der rechts-, steuer- und wirtschaftsberatenden Berufe von 2,8 auf 3,6 deutlich verschlechtert hat, hat sich die Lageeinschätzung der Heilberufe von 4,2 im Winter auf nunmehr 3,8, in der Säule der technisch-naturwissenschaftlichen Berufe von 4,1 zum Jahreswechsel auf nunmehr 3,6 und bei den Kulturberufen von 3,5 auf 3,0 verbessert. Alles in allem schlägt die Wirtschafts- und Finanzkrise auch bei den Freien Berufen durch. Es sind gerade kleinere Freiberuflerbüros vor allem im Architektur- und Ingenieurbereich, aber mit Voranschreiten der Krise auch im steuer-, rechts- und wirtschaftsberatenden Bereich vereinzelt sehr stark betroffen. Im letzteren Fall, weil weniger Mandate zu vergeben sind, bzw. die aufgrund der Krise erhöhte Nachfrage nach kompetenter Beratung aufgrund fehlender Liquidität der Mandanten häufig ausbleibt. Die noch immer relativ negative Bewertung der wirtschaftlichen Situation der Heilberufe hängt indes weniger mit der Wirtschaftskrise als mit der allgemeinen Unzufriedenheit über die Gesundheitspolitik zusammen. Hier aber steht eine große Druckwelle bevor, wenn die Arbeitslosigkeit wie erwartet ansteigt und damit wegen der Kopplung an den Lohn

auch die Einnahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung zurückgehen.

Mit Blick auf das laufende Jahr erwartet das Gros der Freiberufler, dass das Umsatz- und Geschäftsergebnis in etwa gleichbleibt oder etwas niedriger ausfällt. Insofern zeichnet sich laut Umfrage auch kein massiver Beschäftigungsabbau ab. Indes ist hier bereits ein gewisser Pessimismus zu spüren und so lautet der über alle vier Säulen der Freien Berufe zusammengefasste Trend, dass die Beschäftigung in diesem Jahr tendenziell gehalten oder sogar leicht abnehmen wird.

Daneben rechnen die Freien Berufe mit einer speziellen Entwicklung: Die Freien Berufe sind seit Jahren ein Wachstumssektor, weil der Dienstleistungssektor strukturell weiter an Bedeutung gewinnt und immer neue Berufsbilder dazukommen. Es gibt im überschaubaren Ausmaß das Phänomen der Notselbstständigkeit als Ventil für den Arbeitsmarkt.

Angesichts der aktuellen Krise zeichnet sich noch kein verstärkter Trend hin zu freiberuflichen Existenzgründungen ab, weil die Menschen ihre derzeit noch sichere Anstellung nicht aufgeben wollen. Wir rechnen zum Herbst mit einer verschärften Lage. Wie stark die Zunahme auch der freiberuflichen Selbstständigen sein wird, hängt von der Wucht ab, mit der der Arbeitsmarkt in den kommenden Monaten erschüttert wird und wie viele arbeitsmarktpolitische Instrumente ihre Pufferwirkung verlieren. Wenn Aufträge ausbleiben, werden sich immer mehr Betriebe von ihren Mitarbeitern trennen. Dies kann zu einer Zunahme freiberuflicher Existenzgründungen führen.

Anzeige

Praxiseinrichtungen

- Planung, Fertigung, Montage
- Um- und Ausbauleistungen
- Behandlungszeilen

Klaus Jerosch GmbH
 Tel. (030) 29 04 75 76
 Info-Tel. (0800) 5 37 67 24
www.jerosch.com





Die Tanzfläche wurde von den Ballgästen schon nach den ersten Takten erobert.

Fotos: Thomas Ulrich

Ein Tanzabend mit Meeresblick

Siebenter Zahnärzteball der KZV und Fortbildungsseminar am Nachmittag

Man kann schon sagen, der Zahnärzteball hat inzwischen Tradition. Bereits zum siebenten Mal lud die KZV am 27. Juni zu der beliebten Veranstaltung ein und 146 Gäste kamen zum Tanz in den Sommer. In der Yachthafenresidenz Hohe Düne in Rostock-Warnemünde war wie in den Jahren zuvor alles für die Gäste perfekt organisiert und vorbereitet.

Am Nachmittag stand traditionell ein Fortbildungsseminar diesmal zum Thema „Die erfolgreiche Praxisabgabe/Praxisübernahme“ auf der Tagesordnung, von Professor Dr. Vlado Bicanski wie immer interessant und kurzweilig gestaltet. Schwerpunkte waren u. a. die Wahl des optimalen Abgabzeitpunktes sowie steuerliche Aspekte der Praxisveräußerung und des Praxisverkaufs. Mehr als 80 Teilnehmer nutzten diese Gelegenheit, um sich weiterzubilden.

Der KZV-Vorstand Dipl.-Betriebswirt Wolfgang Abeln (Vorsitzender)

und Dr. Manfred Krohn (Stellvertreter) ließ es sich nicht nehmen, die Ballteilnehmer persönlich zu begrüßen. Neben vielen bekannten Gesichtern waren Andreas Henning und Falk Schröder, Filialleiter der Apotheker- und Ärztebank Rostock bzw. Schwerin, die Vorstandsmitglieder der Zahnärztekammer Gerald Flemming und Mario Schreen sowie der Hauptgeschäftsführer Rechtsanwalt Peter Ihle unter den Gästen wie auch Seminarleiter Professor Dr. Vlado Bicanski.

Nach einer kurzen Eröffnungssprache, in der Dr. Krohn u. a. den Vertretern der Apotheker- und Ärztebank für die jährliche Unterstützung der Veranstaltung dankte, hatte das Buffet seinen kulinarischen Auftritt. Mit Einbruch der Dämmerung eröffnete die Rostocker Band „3-Satz-Deluxe“ den Ball auf musikalische Weise und die ersten Tänzer zögerten nicht lange, als die ersten Hits erklangen. Für

Stimmung und Spaß sorgte der Moderator und DJ Ecco Weber, während der zaubernde Humorist TIKO am späteren Abend die Stimmung richtig anheizte und zum Schluss seiner Darbietung eine Frau auf offener Bühne zersägte. Zur Beruhigung: Die Dame blieb unversehrt und konnte wie alle anderen den Ball genießen, bis in die frühen Morgenstunden.

Diese spannende Szene und alles Weitere an diesem Abend wurde übrigens in digitalen „Beweisfotos“ festgehalten. Wer einen Schnappschuss als Erinnerung haben möchte, kann die Bilder auf unserer KZV-Homepage unter www.kzvmv.de anschauen und die Fotos seiner Wahl mit der linken Maustaste abspeichern.

Sollten Sie dazu Fragen haben, die Abteilung Öffentlichkeitsarbeit – Kerstin Abeln (Tel. 0385-5 49 21 03) sowie Antje Künzel (5 49 21 73) – geben gern Auskunft.

Antje Künzel



Nach der Begrüßung durch den KZV-Vorstand wurden die Gäste im Ballsaal empfangen.

Fotos: Thomas Ulrich



Was wäre ein Ball ohne die Damen – umhüllt von ihren schönen Kleidern und begleitet von ihren Herren.



Mit Witz, Humor und mit einer „schrecklichen Vorstellung“ konnte TIKO das Publikum verzaubern.



Das Buffet begeisterte mit Geschmack.



Die Gruppe „3-Satz-Deluxe“ begeisterte mit Hits und Oldies.

Influenzapandemie (H1N1) – Risikomanagement in Zahnarztpraxen

Bei der so genannten „neuen Grippe“ handelt es sich um eine virale Infektion mit dem Subtypus des Grippevirus H1 (Hämagglutinin) N1 (Neuraminidase), das zunächst aus Mexiko und USA importiert wurde. Diese Virusuntergruppe ist im Gegensatz zum so genannten Vogelgrippevirus H5N1 von Mensch zu Mensch übertragbar und tritt inzwischen auch als autochthone, d. h. vor Ort erworbene Erkrankung auf. Die Krankheitsverläufe waren bisher in der Regel milde, jedoch kann im Rahmen sog. „Drifts“ oder „Shifts“ im Genombereich jederzeit eine wesentlich gefährlichere Variante entstehen.

So war z. B. die so genannte „Asiatische Grippe“, die 1918 Millionen Tote gefordert hat, eine Variante des H1N1 Untertyps. Bisher sind lediglich in Spanien zwei Fälle mit diesem schwerwiegenden Verlauf aufgetreten.

Die Symptome der „neuen Grippe“ sind ähnlich wie bei saisonaler Grippe, vor allem Fieber, Atemwegsbeschwerden und Gliederschmerzen. Therapeutisch sind Neuraminidasehemmer wirksam (Relenza®, Tamiflu®). Von einer prophylaktischen Gabe wird aber abgeraten.

Influenzaviren werden hauptsächlich durch Tröpfcheninfektion übertragen. Insbesondere beim Niesen oder Husten können die Erreger auch auf die Hände gelangen und dann durch direkten Kontakt weiter verbreitet werden. Die Inkubationszeit des H1N1 Influenza-Virus beträgt ähnlich wie bei der saisonalen Influenza ein bis vier Tage. Es wird angenommen, dass manche Patienten bereits am Tag vor Symptombeginn Viren ausscheiden, bei der Dauer der Ausscheidung wird von einer Woche ausgegangen. (RKI, 13.07.2009)

Am 11. Juni 2009 hat die WHO die Pandemie-Phase 6 ausgerufen, da bereits in 2 der 6 WHO-Regionen Mensch-zu-Mensch-Übertragungen aufgetreten sind. Die bereits etablierten Maßnahmen in Deutschland, wie regionale Pandemiepläne usw. werden fortgeführt. Der ÖGD kann in Verdachtsfällen zeitlich begrenzte Arbeitsverbote aussprechen, wenn er ein hohes Risikopotential entdeckt.

Vorbeugende Maßnahmen für die zahnärztliche Praxis

Für die zahnärztliche Praxis werden folgende vorbeugende Maßnahmen empfohlen:

1. Unterweisung des Praxispersonals über die persönlichen Hygienemaßnahmen auf Grundlage des Praxishygieneplans und der Literatur des RKI – Informationsstelle des Bundes für biologische Sicherheit „Influenza Typ A/H1N1“. Im Internet unter: www.rki.de/cln_153/nn_205760/influenza.html?__nnn=true
2. Wirksamen Mund- und Nasenschutz bei jeder Behandlung verwenden. Siehe: Atemschutz im Pandemiefall, P. Paszkiewicz, www.BGIA.de, 22.09.2007; www.dguv.de/inhalt/praevention/themen_a_z/biol_gefaehrung/mexikogrippe/in_dex.jsp#
Eine Vorrathaltung von Masken der Gruppe FFP3 kann für die Behandlung von Verdachtsfällen empfohlen werden. Bei allen anderen sog. OP-Masken (FFP2) muss darauf geachtet werden, dass sie einen möglichst großen Schutz auch vor Viren bieten. Auf die Vermeidung von so genannten Anpassungs-Lecks muss geachtet werden.
3. Sorgfältige Anamneseerhebung beim Patienten. Zur Verhinderung der Übertragung von Viren durch symptomlos erkrankte Patienten kommt deshalb der Einhaltung von Hygienemaßnahmen große Bedeutung zu.
4. Behandlung von Verdachtsfällen
Für unaufschiebbare zahnärztliche Behandlungen von Patienten, die unter Verdacht stehen, an Influenza erkrankt zu sein, gilt es gemäß § 12 BioStoffV / § 14 GefStoffV weitere Vorsichtsmaßnahmen zu treffen:
 - Räumliche oder organisatorische Trennung der Patienten mit Influenzaverdacht von den Patienten der Normalsprechstunde,
 - Persönliche Schutzausrüstung für das Personal (Schutzbrille mit Seitenschutz; Schutzmaske – möglichst FFP 3; unsterile Handschuhe nach DIN EN 455, puderfrei, allergenarm; langärmeliger Schutzkittel, Arme bedeckend und vorne geschlossen zu tragen; für Reinigungsarbeiten Schutzhandschuhe nach

DIN EN 374 mit längeren Stulpen),

- Patienten nach Betreten der Praxis für Wartezeit Mund-Nasenschutz aushändigen und zum Tragen anhalten,
 - Patienten anhalten, vor Verlassen des Sprechzimmers die Hände zu desinfizieren,
 - Schutzkleidung nach Beendigung der Behandlung wechseln.
5. Bei Verdacht auf Erkrankung eines Mitarbeiters ist die labordiagnostische Abklärung durch den Hausarzt sofort einzuleiten. Der Mitarbeiter ist bis zum Vorliegen des Ergebnisses von seiner Tätigkeit in der Praxis frei zu stellen. Hinweis: Nur bei ärztlich attestierter Arbeitsunfähigkeit hat der Praxisinhaber die Möglichkeit, über die Ausgleichskasse U 1 eine (anteilige) Erstattung des fortgezahlten Arbeitsentgelts zu beantragen.
 6. Durchführung der Gripeschutzimpfung bei allen Mitarbeitern zur kommenden Grippezeit. Anfang Oktober soll ein auch gegen H1N1 wirksamer Impfstoff vorhanden sein. Daneben wird ein neuer intradermal zu applizierender Impfstoff mit signifikant besseren Serokonversionsraten angeboten werden (Intanza®). In der Ministerverordnung vom 19. August ist festgelegt, dass bei der ersten Massenimpfung auch Personen, die in Zahnarztpraxen tätig sind, vorrangig zu impfen sind. Die Kosten sollen von den Krankenkassen übernommen werden.

Weitere aktuelle und ausführliche Informationen sind am einfachsten im Internet zu finden, zum Beispiel auf den Influenza-Seiten des Robert-Koch-Instituts (www.rki.de). Zuständig für Gesundheitsschutz sind die Bundesländer, für Maßnahmen vor Ort die Gesundheitsämter. Das Bundesgesundheitsministerium bietet eine kostenlose telefonische Informationshotline zur „Schweinegrippe“ (Mexikanische Grippe) an. Die Telefonnummer ist: 0800 44 00 55 0. Die Hotline ist geschaltet Montag bis Donnerstag 8 bis 18 Uhr, Freitag 8 bis 12 Uhr, Sonnabend, Sonntag und an Feiertagen 10 bis 16 Uhr.

nach BZÄK-Klartext 07/09 und
Informationen der ZÄK Westfalen-Lippe

Wenn wegen Erkrankung an Schweinegrippe die Praxis schließen muss

Attest vom Amtsarzt für Entschädigung notwendig

Ärzte, die wegen des Verdachts einer Infektion mit dem neuen H1N1-Virus ihre Praxis schließen müssen oder nicht im Krankenhaus arbeiten dürfen, haben Anspruch auf Entschädigung. Zuständig für die Zahlungen sind die Bundesländer. Voraussetzung ist allerdings, dass ein Amtsarzt das vorübergehende Verbot der Berufstätigkeit angeordnet hat.

Auszug Paragraf 56 Infektionsschutzgesetz:

(1) Wer aufgrund dieses Gesetzes als Ausscheider, Ansteckungsverdächtiger, Krankheitsverdächtiger oder als sonstiger Träger von Krankheitserregern Verboten in der Ausübung seiner bisherigen Erwerbstätigkeit unterliegt oder unterworfen wird und dadurch einen Verdienstausschlag erleidet, erhält eine Entschädigung in Geld. Das Gleiche gilt für Personen, die als Ausscheider oder Ansteckungsverdächtige abgesondert wurden oder

werden, bei Ausscheidern jedoch nur, wenn sie andere Schutzmaßnahmen nicht befolgen können. ...

(4) Selbstständige, deren Betrieb oder Praxis während der Dauer einer Maßnahme nach Absatz 1 ruht, erhalten neben der Entschädigung auf Antrag von der zuständigen Behörde Ersatz der in dieser Zeit laufenden nicht gedeckten Betriebsausgaben in angemessenem Umfang.

(Info aus ÄZ)

Gespräch mit Vertreterinnen des Verbandes medizinischer Fachberufe e.V.

Ein Gespräch mit der stellvertretenden Präsidentin des Verbandes medizinischer Fachberufe e.V., Margret Urban, Berlin, und mit der Vorsitzenden des Landesverbandes Hamburg/Mecklenburg-Vorpommern/Schleswig-Holstein, Roswitha

Grembocki, Stralsund, fand am 8. Juli in der Geschäftsstelle der Zahnärztekammer in Schwerin statt.

Spürbar war zunächst das Hauptanliegen der beiden Vertreterinnen des Verbandes medizinischer Fachberufe e.V. auch mit der Zahnärzte-

kammer Mecklenburg-Vorpommern einen Tarifvertrag abschließen zu wollen.

Präsident Dr. Dietmar Oesterreich beleuchtete seinerseits die derzeitigen Änderungen in der Versorgungslandschaft sowie die wirtschaftliche Situation der Zahnarztpraxen und der Patienten insbesondere im Flächenland Mecklenburg-Vorpommern. Klar stellte er heraus, dass Tarife, die von allen umgesetzt werden müssten, derzeit keine Chance auf Akzeptanz in der Kollegenschaft haben.

Weitere Gesprächsthemen waren die beruflichen Fortbildungsmöglichkeiten der ZFA und der Delegationsrahmen. Zum Letzteren erläuterte Dr. Oesterreich den Stand der Diskussionen auf Bundesebene und insbesondere die rechtlichen Hintergründe. Der Zahnarzt muss auf Grund des Zahnheilkundengesetzes den Einsatz der Mitarbeiter in seiner Praxis bestimmen und verantworten. Dabei können durchlaufene Fortbildungen nur ein Kriterium sein.

Dr. Oesterreich teilte mit, dass eine Stufenausbildung von der BZÄK nicht angestrebt wird.

Bezüglich der Besetzung der Arbeitnehmervorteiler im Berufsbildungsausschuss wurde von Mario Schreen kritisch gefordert, zukünftig nur Arbeitnehmer aus Mecklenburg-Vorpommern einzubeziehen.



Die Teilnehmer des Gesprächs in der Geschäftsstelle der Zahnärztekammer in Schwerin (von links): Präsident Dr. Dietmar Oesterreich, Referatsleiter Mario Schreen, Geschäftsführer Konrad Curth (Foto), die Vorsitzende des Landesverbandes Hamburg/Mecklenburg-Vorpommern/Schleswig-Holstein Roswitha Grembocki und die stellvertretende Präsidentin des Verbandes medizinischer Fachberufe e.V., Margret Urban.

Angebot von ausbildungsbegleitenden Hilfen

Unterstützung durch die Arbeitsagenturen möglich

Infoblatt zum Angebot der ausbildungsbegleitenden Hilfen

Was sind ausbildungsbegleitende Hilfen?

- Ausbildungsbegleitende Hilfen (abH) ist ein maßgeschneidertes Förderprogramm in der berufstheoretischen Ausbildung.
- zusätzlicher Förderunterricht in kleinen Gruppen oder Einzelunterricht
- AufgabenausderBerufsschuletrainieren
- gezielteVorbereitungaufPrüfungen

Wer darf an abH teilnehmen?

Alle Auszubildenden mit

- Bildungsdefiziten,
- LückeninFachtheorieundFachpraxis,
- Lernhemmungen,Prüfungsängsten,
- Sprachproblemen und
- SchwierigkeitenimsozialenUmfeld.

Was leistet abH?

- Stütz- und Förderunterricht in kleinen Gruppen mit erfahrenen Pädagogen zur Aufarbeitung von schulischen Defiziten,
- Einübung und Vertiefung des Unterrichtsstoffes der Berufsschule,
- Hausaufgabenhilfe,
- Hilfe bei individuellen Lernschwächen sowie Prüfungsvorbereitung.

Wann findet abH statt?

Nach Vereinbarung einmal oder mehrmals wöchentlich, mindestens 3 und höchstens 8 Stunden pro Woche, in der Regel für die Dauer eines Jahres.

Wer trägt die Kosten?

Die Kostenfragen werden durch die Arbeitsagentur geregelt. Der Praxis, Kanzlei, dem Ausbildungsbetrieb entstehen keine Kosten und dem Auszubildenden werden eventuell anfallende Fahrtkosten erstattet.

Wie wird abH beantragt?

Der Auszubildende stellt persönlich einen Antrag bei der für ihn zuständigen Arbeitsagentur, Abteilung Berufsberatung mit einer schriftlichen Einverständniserklärung der Ausbildungspraxis, -kanzlei, Apotheke, mit Abschluss- oder Abgangszeugnis der zuletzt besuchten Schule, mit Berufsschulzeugnis, Zwischenprüfungszeugnis, mit Berufsausbildungsvertrag und bei nicht bestandener Prüfung mit dem verlängerten Berufsausbildungsvertrag.

Viele Ausbildungsplätze bleiben unbesetzt, weil die Qualität der Bewerberinnen und Bewerber nicht ausreicht. Die Freiberufler kritisieren diese mangelnde Ausbildungsreife zu Recht. Hier gibt es finanzielle Unterstützung in Form der ausbildungsbegleitenden Hilfen (abH) der örtlichen Arbeitsagenturen, die bisher viel zu wenig in Anspruch genommen werden. Diese Leistung zielt darauf ab, Jugendlichen, die besonderer Hilfen bedürfen, durch Förderung des Erlernens der berufsspezifischen Fachtheorie, Stützunterricht zum Abbau von Sprach- und Bildungsdefiziten sowie durch sozialpädagogische Begleitung, die Aufnahme, Fortsetzung sowie den erfolgreichen Abschluss einer erstmaligen betrieblichen Berufsausbildung zu ermöglichen. Informieren Sie sich bei der Arbeitsagentur und geben Sie auch den Jugendlichen eine Chance, die auf den ersten Blick nicht in Ihr Bewerbungsprofil passen.

aus dem Ausbildungsaufwurf von
BFB-Präsident Dr. Ulrich Oesingmann
im Mai 2009

Bei weiteren Fragen gibt die örtliche
Agentur für Arbeit Auskünfte.

KoKo „Zahnärztliche Hilfsorganisationen“

Die 2. Koordinierungskonferenz „Zahnärztliche Hilfsorganisationen“ der BZÄK fand am 17. Juni in Berlin unter Leitung von BZÄK-Vizepräsident Dr. Dietmar Oesterreich und Dr. Wolfgang Schmiedel, Vorstandsreferent der Bundeszahnärztekammer für soziale Aufgaben/Hilfsorganisationen, statt. Das Treffen mit 32 Teilnehmern aus 20 Projekten machte deutlich, wie vielfältig sich Zahnärzte in Deutschland für Hilfebedürftige engagieren. Da sich viele Hilfsorganisationen untereinander nicht kannten, wurde die Einrichtung zielgruppenorientierter Arbeitsgruppen geplant. Diese können sich gegenseitig unterstützen und so das jeweilige Projekt leichter voranbringen. Das Gesamtvolumen aller Geld- und Materialspenden der letzten 20 Jahre beläuft sich, laut Dr. Schmiedel, auf annähernd 100 Millionen Euro.

BZÄK-Klartext 06/09



Die Teilnehmer der Konferenz wurden von Dr. Dietmar Oesterreich (re) und Dr. Wolfgang Schmiedel dazu aufgerufen, zahlreich über ihre Arbeit zu publizieren und auf die Vielfalt der Projekte hinzuweisen, um so auch im eigenen Berufsstand für Unterstützung und Kollegen für aktives Engagement zu werben.

SPD-Pläne zum Patientenrechtegesetz

Bundeszahnärztekammer: Eckpunkte sind unnötig und schaffen Misstrauenskultur

Die Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Helga Kühn-Mengel, MdB, hat die von einer Arbeitsgruppe der SPD-Bundestagsfraktion beschlossenen Eckpunkte eines Patientenrechtegesetzes vorgestellt.

Die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) setzt sich in diesem Zusammenhang nachdrücklich für ein Gesundheitssystem ein, das die Rechte und Selbstbestimmung des Patienten und die freie Berufsausübung in Eigenverantwortlichkeit und Unabhängigkeit des Zahnarztes gewährleistet. Sie unterstützt daher eine offene Kultur der Patientensicherheit, in der Zahnärzte aus eigenen und fremden Erfahrungen lernen können. Die BZÄK unterstützt die Erhöhung der gesundheitlichen Kompetenz der Patienten und die Stärkung der Patientensouveränität durch ein System transparenter Patientenberatung. Patienten sollen befähigt werden, ihre Rolle als mündiger Patient wahrzunehmen. Hierzu gehören u. a. qualitätsgesicherte, unabhängige und laienverständliche Gesundheitsinformationen. Die BZÄK setzt dabei auf

die Erfahrung, dass ein partnerschaftliches Verhältnis zwischen Zahnarzt und Patient am ehesten geeignet ist, den Patientenrechten den ihnen gebührenden Stellenwert zu verschaffen. Wissenschaftliche Untersuchungen bestätigen die hohe Bedeutung und Praxisrelevanz der partizipativen Entscheidungsfindung in der zahnärztlichen Praxis.

Die BZÄK weist darauf hin, dass der von der Arbeitsgruppe der SPD-Fraktion eingeschlagene Weg dieses partnerschaftliche, auf Vertrauen basierende Verhältnis in Frage stellt. Die Pläne führen zu einer Misstrauenskultur, die eine Patientenbeteiligung gefährdet.

Auch der Arbeitsgruppe der SPD-Fraktion scheint dieses Misstrauen nicht fremd. Ein Blick in die Liste der einbezogenen Experten offenbart, dass es versäumt wurde, die Expertise der Ärzte und Zahnärzte einzuholen. Eine ausgewogene Gesamtschau ist nicht möglich, wenn der Rat eines direkt Beteiligten für verzichtbar gehalten

wird. „Wir fordern somit ein, dass die Ärzte- und Zahnärzteschaft in den Diskussionsprozess einbezogen wird, um der selektiven Wahrnehmung ein realistisches Bild gegenüberzustellen“, so Dr. Dietmar Oesterreich, Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer.

Bevor der Ruf nach neuen Gesetzen erhoben wird, sollten sich die an den Plänen Beteiligten die Frage stellen, ob es tatsächlich zwingend erforderlich ist, in ein funktionierendes, fein abgestimmtes System steuernd einzugreifen. Eine Antwort hierauf bieten die beschlossenen Eckpunkte nicht. Auch lässt der Entwurf jede Reflektion über die Folgen der beschlossenen Forderungen vermissen. Statt dessen wird die nicht belegte Behauptung in den Raum gestellt, Patienten hätten es schwer, ihre Rechte durchzusetzen. Wenn dies im Einzelfall geschieht, dann muss geholfen werden – auch mit Unterstützung der Zahnärzteschaft.

Aus einzelnen Problemen den allgemeinen Schluss zu ziehen, das System sei ungeeignet, ist jedoch nicht zulässig.

BZÄK-Klartext 06/09

Gut kauen und dann lächeln

RKI-Broschüre „Mundgesundheit“ erschienen

Erkrankungen des Mundes und der Zähne sind in Deutschland weit verbreitet: Zum Beispiel haben weniger als ein Prozent aller Erwachsenen ein kariesfreies Gebiss. Das neue Heft der Gesundheitsberichterstattung (GBE) „Mundgesundheit“ wird vom Robert-Koch-Institut (RKI) herausgegeben und liefert aktuelle Daten zur Verbreitung wichtiger Erkrankungen von Mund und Zähnen, beschreibt Risikofaktoren, Prävention und Behandlung sowie die zahnmedizinische Versorgung in Deutschland und Kostenaspekte.

Die Prävalenz von Parodontalerkrankungen stagnierte in den letzten Jahren auf hohem Niveau. Die Gesetzliche Krankenversi-

cherung hat im Jahr 2007 über sieben Prozent der gesamten Leistungsausgaben für zahnärztliche Behandlung und Zahnersatz aufgewendet, insgesamt mehr als zehn Milliarden Euro.

Das GBE-Heft 47 „Mundgesundheit“ kann schriftlich kostenlos bestellt werden unter:

Robert Koch-Institut, GBE,
General-Pape-Straße 62,
12101 Berlin
E-Mail: gbe@rki.de,
Fax: 030-18754-3513

und ist abrufbar unter:

www.rki.de/gbe.

RKI

Novellierung der Beitragsordnung

Die Kammerversammlung diskutierte in den Beratungen am 6. Dezember 2008 und 4. Juli 2009 Möglichkeiten einer Novellierung der Beitragsordnung (siehe dens 7-8, S. 5). Im Sinne einer größtmöglichen Beitragsgerechtigkeit sollten Anpassungen der Höhe der Kammerbeiträge einzelner Beitragsgruppen vorgenommen werden. Die mit der Umsetzung beauftragte Arbeitsgruppe Beitragsordnung stellte der Kammerversammlung am 4. Juli 2009 einen Vorschlag zur Neufassung der Beitragsordnung zur Diskussion. Unten stehende Tabelle stellt die Ergebnisse der Arbeitsgruppe dar.

Der Entwurf einer neuen Beitragsordnung beinhaltet zwei Schwerpunkte der Beitragsfestlegung:

Erstens wurden für die angestellten Zahnärzte Anpassungen der Beitragshöhe im Verhältnis zum Beitrag der niedergelassenen Zahnärzte vorgeschlagen. Hierbei soll insbesondere der Tatsache Rechnung getragen werden, dass es in Zukunft deutlich mehr Anstellungsverhältnisse zu Lasten der Anzahl von Niederlassungen geben wird.

Zweitens wurde die künftige Einbeziehung der Zahnärzte ohne Berufsausübung (überwiegend Rentner) in die Beitragserhebung mit einem Kammerbeitrag von monatlich fünf Euro vorgeschlagen.

Die demographische Entwicklung führt zu Veränderungen der Mitgliederstruktur und hat erhebliche Auswirkungen auf den Kammerhaushalt. Die Einnahmen aus Kammerbeiträgen als Hauptfinanzierungsquelle sinken seit Jahren, da bereits seit 2002 ein tendenzieller Rückgang der Anzahl niedergelassener Zahnärzte zu verzeichnen ist. Gleichzeitig wächst die Anzahl der beitragsfreien Mitglieder ohne Berufsausübung.

Bereits heute sind rund 25 Prozent der Kammermitglieder ohne Berufsausübung. Die Kammerdelegierten stehen vor der Entscheidung, ob die ursprüngliche Beitragsfreiheit nicht berufstätiger Mitglieder unter den veränderten Bedingungen, die zu erheblichen Mehrbelastungen für die berufstätigen Kammerangehörigen führen werden, auch künftig aufrechterhalten werden soll.

Beitragsgerechtigkeit und Solidarität innerhalb des Berufsstandes zur Sicherung der Selbstverwaltung als ein bedeutendes Merkmal der Freiberuflichkeit stellen dabei wesentliche Kriterien

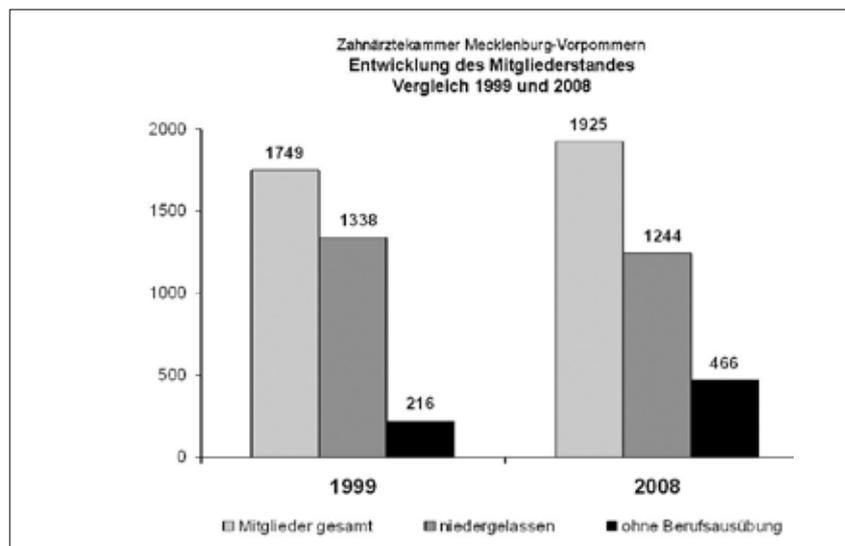
für eine Beitragserhebung dar.

Neben der Beitragsnovellierung ist es erforderlich, Einsparungen im Kammerhaushalt vorzunehmen. Eine Vielzahl bereits erzielter Einsparungen sowie die Umsetzung der Beschlüsse der Kammerversammlung vom 4. Juli 2009 zur Streichung von Verpflegungsmehraufwendungen und Funktionszulagen ermöglichen eine jährliche Ausgabenreduzierung in Höhe von etwa 47 800 Euro. Die Einsparungen entsprechen fast 30 Prozent der im Haushaltsplan 2009 vorgesehenen Vermögensentnahme.

Die Kammerversammlung wird am 28. November 2009 im Zusammenhang mit der Verabschiedung des Haushaltsplanes für das Jahr 2010 erneut die Beitragsnovellierung thematisieren und ggf. eine neue Beitragsord-

nung beschließen. Bis dahin haben alle Kammermitglieder die Möglichkeit, in den Kreisstellen die Vorschläge zur Beitragserhebung zu diskutieren. Der Finanzreferent des Vorstandes und Vizepräsident der Zahnärztekammer, Dipl.-Stom. Andreas Wegener, ist gerne bereit, in den Kreisstellensammlungen die Diskussion um eine größtmögliche Beitragsgerechtigkeit zu unterstützen und hofft auf eine rege Beteiligung der berufstätigen, aber auch der nicht berufstätigen Kollegen. Die Kreisstellenvorsitzenden werden gebeten, Terminabsprachen rechtzeitig mit der Geschäftsstelle der Zahnärztekammer oder direkt mit Dipl.-Stom. Wegener (Tel.: 038352-235 oder E-Mail: flying.dentist@gmx.de) zu treffen.

ZÄK



Beitragsgruppe (BG)		Kammerbeitrag monatlich Euro	Prozent vom Beitrag niedergelassener Zahnärzte (BG 1)
Nr.	Bezeichnung		
1	niedergelassene Zahnärzte	78,00	100,0
2	Vertreter niedergelassener ZÄ	63,00	80,8
3	angestellte Zahnärzte mit Liquidationsberechtigung	78,00	100,0
4	Vorbereitungs- und Weiterbildungsassistenten	17,00	21,8
5	sonst. zahnärztlich tätige Angestellte	59,00	75,6
6	Zahnärzte mit Einkommen aus nichtzahnärztlicher Tätigkeit	26,00	33,3
7	Mitglieder ohne Berufsausübung	5,00	6,4

Einladung

zur Mitgliederversammlung der Mecklenburg-Vorpommerschen Gesellschaft für ZMK an den Universitäten Greifswald und Rostock am 5. September 2009 um 12.45 Uhr im Bernsteinsaal des Hotels Neptun in Rostock-Warnemünde

Es liegt ein Antrag auf Satzungsänderung vor, dessen Diskussion und anschließende Beschlussfassung hiermit angekündigt werden.

Priv.-Doz. Dr. Dieter Pahncke
(2. Vorsitzender)



ASI
Wirtschaftsinformatik AG

A.S.I. Geschäftsstelle
Rostock / Greifswald
Dipl.-Kfm. Lutz Freitag
Graf-Schack-Str. 6a
18055 Rostock
Tel. 0381- 25 222 30
freitag@hro.asi-online.de
www.asi-online.de

- Versicherungsvermittlung als Makler für Zahnärzte
- Finanzplanung/ Finanzierung
- Geldanlage/ Vermögensaufbau im Focus der Abgeltungssteuer '09
- Praxismietung/ Praxisverträge
- Praxisbewertung/Praxisabgabe

in Kooperation: **Frau E. Lohpens** - Steuerberaterin für Zahnärzte/
Kanzlei Saß & Liskewitsch - Arzt- und Medizinrecht

Fortbildung im Oktober 2009

7. Oktober 7 Punkte

Materialunverträglichkeit, Prothesenintoleranz, der auffällige Patient – Probleme der täglichen Praxis

Prof. Dr. R. Biffar

14 – 20 Uhr

Zentrum für ZMK

W.- Rathenau-Straße 42a

17489 Greifswald

Seminar Nr. 8

Seminargebühr: 90 €

9. Oktober 4 Punkte

Grundlagen und neue Erkenntnisse der antimikrobiellen photodynamischen Therapie – das Photolase-System

Dr. J. Arentz MSc

16 – 19 Uhr

Radisson SAS Hotel

Treptower Straße 1

17033 Neubrandenburg

Seminar Nr. 9

Seminargebühr: 120 €

10. Oktober 8 Punkte

Update Funktion – funktionsanalytische Leistungen in der täglichen Praxis

Priv.-Doz. Dr. O. Bernhardt

9 – 16 Uhr

Zentrum für ZMK

W.- Rathenau-Straße 42a

17489 Greifswald

Seminar Nr. 10

Seminargebühr: 290 €

10. Oktober

Prophylaxe – individuell – risikoorientiert – lebenslang (für ZAH/ZFA)

A. Oeftger

9 – 16 Uhr

Zahnärztekammer

Wismarsche Straße 304

19055 Schwerin

Seminar Nr. 34

Seminargebühr: 200 €

14. Oktober

Aktualisierungskurs „Kenntnisse im Strahlenschutz“ für Stomatologische Schwestern, Zahnarzthelferinnen, Zahnmedizinische Fachangestellte

Prof. Dr. U. Rother, Dr. R. Bonitz

15 – 18 Uhr

Trihotel am Schweizer Wald

Tessiner Straße 103

18055 Rostock

Seminar Nr. 35

Seminargebühr: 30 €

16./17. Oktober 12 Punkte

Ist Erfolg machbar? Mit Marketing Ihre Praxis fit halten

Dipl.-Psych. B. Sandock

16. Oktober 16 – 19 Uhr,

17. Oktober 9 – 16 Uhr

Zahnärztekammer

Wismarsche Straße 304

19055 Schwerin

Seminar Nr. 12

Seminargebühr: 350 €

21. Oktober 6 Punkte

Präzise Doppelkronenrestorationen mittels Galvano- und intraoraler

Adhäsivtechnik

Dr. G. Letzner

14 – 18 Uhr

Klinik und Polikliniken für ZMK

„Hans Moral“

Strempelstraße 13, 18057 Rostock

Seminar Nr. 15

Seminargebühr: 150 €

24. Oktober

Praxis-Knigge

Erscheinungsbild, Körpersprache und moderne Umgangsformen (für ZAH/ZFA)

9 – 16 Uhr

Trihotel am Schweizer Wald

Tessiner Straße 103

18055 Rostock

Seminar Nr. 36

Seminargebühr: 295 €

Das Referat Fortbildung ist unter Telefon: 0385 - 5 91 08 13 und unter Fax: 0385 - 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 (siehe dazu im Internet unter www.zaekmv.de – Stichwort Fortbildung).

Terminänderung

Das Seminar Nr. 28 „Problemdiskussion bei der Anwendung von selbstligierenden Brackets und skelettaler Verankerung zur Vermeidung von Behandlungsfehlern“ mit dem Referenten Mohamed Nasef, geplant am 21. November 2009 in Rostock, wird auf den 28. November verlegt.

Das Seminar findet **am 28. November** von 10 – 15 Uhr in der Klinik und Poliklinik für ZMK „Hans Moral“ in Rostock statt.

Entschädigungsordnung für Dienstreisen der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern

§ 1

Personenkreis

Diese Ordnung gilt für Personen, die im Auftrag des Vorstandes, des Präsidenten oder der Geschäftsführung eine Dienstreise für die Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern durchführen.

§ 2

Fahrkostenentschädigung

- (1) Bei Nutzung des eigenen Pkw wird ein Kilometergeld in Höhe von Euro 0,60 je gefahrenem Kilometer erstattet. Der Erstattungsbetrag beinhaltet die Kosten einer Kaskoversicherung.
- (2) Bei Nutzung anderer Verkehrsmittel werden die tatsächlich entstandenen Fahrkosten gegen Vorlage des Originalbeleges erstattet.

§ 3

Mehraufwand für Verpflegung entfällt

§ 4

Übernachungskosten

- (1) Für Übernachtungen während der Dienstreise werden die tatsächlichen Übernachtungskosten nach Vorlage des Abrechnungsbeleges erstattet. Sind in den Übernachtungskosten Kosten für ein Frühstück ausgewiesen, so werden diese vom Erstattungsbetrag abgesetzt. Sind die Kosten für ein Frühstück im Rechnungsbetrag enthalten, aber nicht gesondert ausgewiesen, erfolgt ein pauschaler Abzug in Höhe von 10 Prozent der Gesamtkosten.

- (2) Sofern aufgrund privater Unterbringung keine Übernachtungskosten anfallen, wird ein Pauschalbetrag in Höhe von 30 Euro je Übernachtung gezahlt.

§ 5

Nebenkosten

Notwendige Nebenkosten, zum Beispiel für die Beförderung und Aufbewahrung von Gepäck, Telefonate, Parkplatzgebühren u. ä. werden in der nachgewiesenen Höhe erstattet.

§ 6

Wirtschaftlichkeitsgebot

Der Reisende ist verpflichtet, bei der Wahl des Verkehrsmittels und der Unterkunft die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zu beachten.

§ 7

Abwesenheitsgeld

- (1) Für die durch eine Dienstreise bedingte Abwesenheit wird eine pauschale Entschädigung in Höhe von 50 Euro je vollendete Stunde der Abwesenheit gezahlt, maximal jedoch für 10 Stunden je Kalendertag.
- (2) Diese Entschädigungsregelung gilt nicht für Angestellte der Zahnärztekammer.

§ 8

Vergütung zusätzlichen Zeitaufwandes

Der Zeitaufwand für Ausarbeitungen und Tätigkeiten aller Art im Auftrag des Präsidenten, des Vorstandes oder der Geschäftsführung, der nicht

nach § 7 oder durch eine monatliche pauschale Aufwandsentschädigung abgegolten ist, kann in begründeten Fällen mit 40 Euro je vollendeter Stunde pauschal entschädigt werden. Der zu entschädigende zusätzliche Zeitaufwand ist grundsätzlich vorab mit der Geschäftsführung abzustimmen.

§ 9

Steuern und

Sozialversicherungsbeiträge

Soweit Entschädigungen für Dienstreisen oder für die Teilnahme an Sitzungen der Steuer- oder Sozialversicherungspflicht unterliegen, obliegt die Abführung der Steuern bzw. Sozialversicherungsbeiträge dem Empfänger der Zahlung, soweit keine gesetzlichen Regelungen entgegenstehen.

§ 10

Ausschlussfrist

Der Anspruch auf Zahlung einer Entschädigung erlischt, wenn er nicht binnen eines halben Jahres nach Beendigung der Dienstreise geltend gemacht wird.

§ 11

Inkrafttreten

Diese Entschädigungsordnung tritt mit Wirkung ab 1. August 2009 in Kraft.

Die Entschädigungsordnung wurde auf der Kammerversammlung am 4. Juli 2009 in Rostock beschlossen.

Festakt zum 150jährigen DGZMK-Jubiläum

Mit einem Festakt wurde am 2. Juli in der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften der Gründung des „Central-Vereins deutscher Zahnärzte“ gedacht, aus dem die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) als nationale wissenschaftliche Dachorganisation, hervorgegangen ist. „150 Jahre an Erfahrung sollten die DGZMK und mit ihr die gesamte

deutsche Zahnmedizin in die Lage versetzen, die Gegenwart zu meistern und die Zukunft gemeinsam zu gestalten. Knapp 19 000 Mitglieder im Jubiläumsjahr zeugen von ebener lebendigen Organisation, die das Potenzial der Zukunftsgestaltung aus ihrer Historie zieht“, stellte DGZMK-Präsident Prof. Dr. Thomas Hoffmann fest. BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel lobte in seinem Grußwort die

gute Kooperation zwischen beiden Organisationen: „Ich bin zuversichtlich, dass wir auch in Zukunft auf getrennten Pfaden in Richtung desselben Zieles marschieren, nämlich unseren Patienten zu fairen Konditionen eine bestmögliche Behandlung nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen angedeihen zu lassen – und dies in größtmöglicher fachlicher Unabhängigkeit.“ **BZÄK-Klartext**

Landesverordnung in Kraft getreten

Indirekteinleitung von Abwasser aus Zahnarztpraxen ab sofort genehmigungsfrei

Die in Mecklenburg-Vorpommern verabschiedete „Verordnung über die Genehmigungsfreiheit für die Indirekteinleitung von amalgamhaltigem Abwasser aus Zahnarztpraxen und Zahnkliniken“ (GVOBl. M-V 2009, S. 447) kann als Erfolg für das Bemühen der Zahnärztekammer um Bürokratieabbau gewertet werden (siehe Kasten). Ab sofort ist die Genehmigung kraft Gesetzes erteilt, wenn das Abwasser über einen bauaufsichtlich zugelassenen Abscheider in die Kanalisation geleitet wird.

Mit der Genehmigungsfreiheit entfallen natürlich auch die bisher notwendigen Gebühren für die Bearbeitung der Anträge. Die bisherigen Genehmigungen waren zeitlich begrenzt, eine ständige Neubeartragung ist nunmehr nicht mehr notwendig.

Praxisneugründungen mit Anfall von amalgamhaltigem Abwasser sowie gerätetechnische Änderungen an den Amalgamabscheidern unterliegen nur noch einer Mitteilungspflicht an die zuständigen unteren Wasserbehörden. Für bereits genehmigte Indirekteinleitungen und für den baugleichen Austausch von Amalgamabscheidern entfällt auch diese Mitteilungspflicht. Allerdings muss die Funktionstüchtigkeit der Amalgamabscheider weiterhin alle fünf Jahre von einem Sachkundigen (z.B. Fachpersonal der Dentaldepots, Lieferfirmen) überprüft werden. Neu ist – und das sollte gegenüber der bisherigen Regelung nur ein kleiner Wermutstropfen sein –, dass das Prüfprotokoll der unteren Wasserbehörde zukünftig zur Kenntnis zugesandt werden muss.

Die Zahnärztekammer und das Ministerium für Landwirtschaft, Umwelt und Verbraucherschutz Mecklenburg-Vorpommern haben zum Procedere ein „Merkblatt zu Abwassereinleitungen aus Zahnarztpraxen und Zahnkliniken“ abgestimmt, welches im internen Bereich auf der Website der Zahnärztekammer unter www.zaekmv.de Stichwort Handbücher/Checklisten-BuS-Handbuch/Kapitel 12 eingesehen werden kann. Dieses Merkblatt ersetzt das Merkblatt vom 30. März 1994.

Dem Merkblatt können verschiedene Musterformulare entnommen werden:

- Erteilung einer wasserrechtlichen Erlaubnis zur Einleitung von amalgamhaltigem Abwasser in Gewässer (Direkteinleitung)
- Mitteilung der Einleitung von Abwasser aus dem Bereich Zahnbehandlung in öffentliche Abwasseranlagen (Indirekteinleitung)
- Beschreibungsbogen für Amalgamab-

scheider

- Anzeige von Veränderungen an der Abwasseranlage
- Wartungsbuch
- Prüfbericht

Außerdem sind die aktuellen Adressen der

unteren Wasserbehörden in Mecklenburg-Vorpommern in der Anlage 7 des Merkblattes aufgeführt.

Konrad Curth

Ausschuss Zahnärztliche Berufsausübung und Hygiene der Zahnärztekammer M-V

Verordnung über die Genehmigungsfreiheit für die Indirekteinleitung von Abwasser aus Zahnarztpraxen und Zahnkliniken

Aufgrund des § 42 Absatz 4 Satz 1 des Wassergesetzes des Landes Mecklenburg-Vorpommern vom 30. November 1992 (GVOBl. M-V S. 669), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 9. Februar 2009 (GVOBl. M-V S. 238) geändert worden ist, verordnet das Ministerium für Landwirtschaft, Umwelt und Verbraucherschutz:

§ 1 Genehmigungsfreiheit

Eine Genehmigung nach § 42 Absatz 1 Satz 1 des Wassergesetzes des Landes Mecklenburg-Vorpommern für das Einleiten von amalgamhaltigem Abwasser, dessen Schadstofffracht im Wesentlichen aus Behandlungsplätzen in Zahnarztpraxen und Zahnkliniken stammt, in eine öffentliche Abwasseranlage gilt als erteilt, wenn

1. in den Abwasserablauf der Behandlungsplätze vor Vermischung mit dem sonstigen Sanitärabwasser ein durch eine allgemein bauaufsichtliche Zulassung zugelassener Amalgamabscheider eingebaut und betrieben wird und dieser einen Abscheidewirkungsgrad von mindestens 95 Prozent aufweist,
2. Abwasser, das beim Umgang mit Amalgam anfällt, über den Amalgamabscheider geleitet wird,
3. für die Absaugung des Abwassers der Behandlungsplätze Verfahren angewendet werden, die den Einsatz von Abwasser so gering halten, dass der Amalgamabscheider seinen vorgeschriebenen Wirkungsgrad einhalten kann,
4. der Amalgamabscheider regelmäßig entsprechend der Zulassung gewartet und entleert wird und hierüber schriftliche Nachweise (Wartungsbuch, Abnahmebescheinigung für das Abscheidgut) geführt werden,
5. der Amalgamabscheider bei Erstinstallation vor Inbetriebnahme und

danach in Abständen von nicht länger als fünf Jahren auf seinen ordnungsgemäßen Zustand überprüft wird und 6. die Mitteilungspflicht nach § 2 erfüllt wird.

§ 2 Mitteilungspflicht

Die Einleitung des in § 1 genannten Abwassers in öffentliche Abwasseranlagen ist der zuständigen Wasserbehörde mitzuteilen. Der Mitteilungspflicht unterliegen auch gerätetechnische Änderungen. Die Mitteilungspflicht entfällt für die Inbetriebnahme bereits genehmigter Indirekteinleitungen und für den baugleichen Austausch der Amalgamabscheider bei gleichbleibender Abwassersituation.

§ 3 Anlagenüberprüfung

Die Überprüfung der Einhaltung der Anforderungen nach § 1 Nummer 1 bis 5 hat im Auftrag des Anlagenbetreibers durch einen geeigneten Sachkundigen in Abständen von nicht länger als fünf Jahren unter Beachtung der bauaufsichtlichen Zulassung zu erfolgen. Als Sachkundige gelten beispielsweise Lieferfirmen und Dentaldepots. Über die Prüfung ist ein Prüfbericht zu fertigen. Eine Ausfertigung des Prüfberichtes ist der zuständigen Wasserbehörde unmittelbar nach Überprüfung zuzusenden. Festgestellte Mängel sind unverzüglich zu beheben oder beheben zu lassen. Die Beseitigung der Mängel bedarf einer erneuten Prüfung durch den Sachkundigen.

§ 4 Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am Tag nach ihrer Verkündung in Kraft.

Schwerin, den 27. Juni 2009

Der Minister für Landwirtschaft,
Umwelt und Verbraucherschutz
Dr. Till Backhaus

Krankenkassen investieren in Außendarstellung

Werbungskosten steigen mit dem Fonds gigantisch

Für den Gesundheitsfonds greifen die allermeisten gesetzlich Krankenversicherten in Deutschland seit Anfang des Jahres tief in die eigene Tasche. Der Beitragssatz ist gestiegen. Beruhigen würde es viele Patienten, wenn die sauer verdienten Gelder letztlich dann auch für die medizinische Versorgung zur Verfügung stehen.

Das ist aber nicht der Fall, denn für die Krankenkassen ist mit der Gleichschaltung des Beitragssatzes ein erbitterter Kampf um die richtigen Versicherten, die entweder jung und gesund oder chronisch krank sein sollten, entbrannt. Um Unschlüssige oder Wechselwillige von den Leistungen der eigenen Kasse zu überzeugen, wird tief in den Finanztopf gegriffen. So ermittelte das Marktforschungsinstitut TMC Thomson Media Control jetzt nach einem Bericht der „Berliner Zei-

tung“ drastische Marketingausgaben bei den gesetzlichen Krankenkassen. 83 Prozent mehr gibt danach die Barmer Ersatzkasse im ersten Halbjahr 2009 für Werbung aus, die Kaufmännische Krankenkasse steigerte das Werbebudget gar um das Achtfache. Die AOK mit 28 Prozent und die DAK mit 36 Prozent höheren Ausgaben sind da schon beinahe sparsam.

Klar, ist der Wettbewerb unter den Krankenkassen härter geworden und klar, kämpft jede Kasse ums Überleben. Schön wäre jedoch auch, wenn der Patient in seiner Gesundheitsversorgung den Unterschied zwischen den Versicherungsanbietern spüren könnte. Dafür müssten die verauslagten Gelder aber der medizinischen Versorgung zufließen und nicht Werbebudgets für Flyer und großflächige Plakate.

Kerstin Abeln

Resolution gegen gestufte Studiengänge

Eine „Resolution gegen die Einführung Bachelor-/Master-gestufte Studiengänge in der Medizin und Zahnmedizin“ hat der Medizinische Fakultätentag (MFT) beschlossen.

Dieser Resolution stimmte der BZÄK-Vorstand auf seiner jüngsten Sitzung zu. Entscheidende Sätze der Resolution lauten: „Mit der Einführung gestufter Studiengänge in Medizin und Zahnmedizin wären weder Verbesserungen bei der internationalen Mobilität, noch eine weitere Reduktion der ohnehin sehr geringen Quote von Studienabbrüchen zu erwarten. ... Die vagen Hoffnungen, die von den Befürwortern der gestuften Studiengänge angeführt werden, rechtfertigen – angesichts der konkreten Gefahren für das hochstehende Ausbildungsniveau der Medizin und Zahnmedizin in Deutschland – keinesfalls die Umstellung der bestehenden Studiengänge.“

BZÄK-Klartext 06/09

Ausschreibung kieferorthopädischer Vertragszahnarztsitze in Mecklenburg-Vorpommern

Der kieferorthopädische Bedarfsplan der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern weist für nachstehende Planungsbereiche (Landkreise) niedrige Versorgungsgrade aus:

Nordwestmecklenburg	21,7 Prozent
Ostvorpommern	27,8 Prozent

In diesen Planungsbereichen ist kein Kieferorthopäde zugelassen.

Die Kassenzahnärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern schreibt für die oben genannten Bereiche kieferorthopädische Vertragszahnarztsitze gemäß § 15 der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte aus. Gleichfalls weisen wir auf die neuen Möglichkeiten der flexiblen Praxisorganisationsformen (z.B. überörtliche und KZV-übergreifende Berufsausübungsgemeinschaften sowie die Führung von Zweigpraxen) hin. Melden können sich auch allgemein Zahnärztliche Praxen dieser Planungsbereiche, die stundenweise ihre Praxis für kieferorthopädische Sprechzeiten zur Verfügung stellen würden oder Interesse an einer Berufsausübungsgemeinschaft mit einem Kieferorthopäden haben.

Kassenzahnärztliche Vereinigung
Mecklenburg-Vorpommern
Wismarsche Straße 304
19053 Schwerin
Ansprechpartner Frau Plückhahn
Telefon: 0385-5 49 21 30

Fortbildungsangebote der KZV M-V

PC-Schulungen

Referent: Andreas Holz, KZV M-V
Wo: KZV M-V, Wismarsche Straße 304, 19055 Schwerin

Punkte: 3

Jeder Teilnehmer arbeitet an einem PC.
Gebühr: 60 € für Zahnärzte, 30 € für Vorb.-Ass. und Zahnarzthelferinnen

Textverarbeitung mit Word 2003

Inhalt: Texte eingeben und verändern; Grafiken einfügen aus ClipArt oder Datei; Tabellen einfügen und bearbeiten; Vorlagen erstellen; Funktion Serienbrief

Wann: 7. Oktober 2009, 16 – 19 Uhr, Schwerin

Tabellenkalkulation mit Excel 2003

Inhalt: Daten eingeben und bearbeiten; Formeln und Funktionen einfügen; Rechenoperationen in Excel; Auswerten der Daten mit Diagrammen

Wann: 14. Oktober 2009, 16 – 19 Uhr, Schwerin

Gemeinsames Seminar der Deutschen Apotheker- und Ärztekbank und der KZV M-V

„Ihr Patient weiß, was er will, wissen Sie es auch?“ – Patientenbeziehungsmanagement

Referent: IWP Institut für Wirtschaft und Praxis Bicanski GmbH, Münster

Inhalt: Standortanalyse; Messung der Patientenzufriedenheit; Patientenbeziehungsmanagement; Erfolgreiche Ergebnisverwertung; Verbesserungsansätze erkennen; Nutzen Sie den Motivationsschub; Zusatznutzen gegen Mitbewerber

Punkte: 4

Gebühr: 70 €

Wann: 30. September 2009, 15 – 19 Uhr im Schlosshotel Klink

BEMA-Abrechnung

Endodontie, Individualprophylaxe, Früherkennungsuntersuchungen und Abrechnung von ZE-Festzuschüssen

Referenten: Andrea Mauritz, Abteilungsleiterin Kons./Chir. KZV M-V
 Elke Köhn, stellvertr. Abteilungsleiterin Kons./Chir. KZV M-V
 Heidrun Göcks, Abteilungsleiterin Prothetik KZV M-V

Inhalt: Vertragszahnärztliche Abrechnung von KCH- und ZE-Leistungen

gesetzliche Grundlagen der vertragszahnärztlichen Behandlung; endodontische Behandlungsmaßnahmen; Früherkennungsuntersuchungen und Individualprophylaxe; Kostenerstattung gem. § 13 Abs. 2 SGB V; ZE-Festzuschüsse

Wann: 7. Oktober 2009, 15 – 18 Uhr, Schwerin

Punkte: 3

Gebühr: 150 € für Zahnärzte, 75 € für Zahnarzthelferinnen und Vorbereitungsassistenten

KZV M-V, Tel: 0385-54 92 131
 Fax-Nr.: 0385-54 92 498

Ansprechpartnerin: Antje Peters
 E-Mail: mitgliederwesen@kzvmv.de

Ich melde mich an zum Seminar:

- Gemeinsames Seminar der Deutschen Apotheker- und Ärztekbank und der KZV M-V „Ihr Patient weiß, was er will, wissen Sie es auch?“ – Patientenbeziehungsmanagement am 30. September 2009, 15 bis 19 Uhr, Klinik
- Abrechnungsseminar am 7. Oktober 2009, 16 bis 19 Uhr, Schwerin
- Textverarbeitung mit Word 2003 am 7. Oktober 2009, 16 bis 19 Uhr, Schwerin
- Tabellenkalkulation mit Excel 2003 am 14. Oktober 2009, 16 bis 19 Uhr, Schwerin

Datum/Seminar	Name, Vorname	Abr.-Nr.	ZA/Zahnarzthelferin/Vorb.-Assistent

Unterschrift, Datum

Stempel

Kuratorium perfekter Zahnersatz

Die neue Ausgabe der Informationsbroschüre „Versorgungen im Vergleich“ ist jetzt erhältlich.

Das Kuratorium perfekter Zahnersatz (KpZ) bietet mit der Broschüre „Zahnersatz aktuell. Versorgungen im Vergleich“ einen ausführlichen Patienten-Ratgeber

für die Entscheidung zwischen Gold, Keramik, Implantat oder Brücke. Der Ratgeber ist in der dritten, aktualisierten Auflage erschienen.

Mehr dazu im Internet unter:
www.zahnersatz-spezial.de/cms/front_content.php?idcat=268

Ehrenamtliche Richter gesucht

Aufruf der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern

Der Präsident des Finanzgerichtes Mecklenburg-Vorpommern mit Sitz in Greifswald bittet die Zahnärztekammer mit Schreiben um Benennung von Kammermitgliedern, die bereit sind, beim Finanzgericht Greifswald für die Amtsperiode 11. Januar 2010 bis 10. Januar 2015 als ehrenamtliche Richter tätig zu werden.

Die ehrenamtlichen Richter haben eine herausgehobene und verantwortungsvolle Stellung in der Finanzgerichtsbarkeit. Einzelheiten können dem Merkblatt „Der ehrenamtliche Richter in der Finanzgerichtsbarkeit“ entnommen werden, das über die Geschäftsstelle der Zahnärztekammer eingesehen werden kann.

Die Zahnärztekammer bittet alle interessierten Kollegen, sich spätestens bis zum 9. Oktober telefonisch mit der Geschäftsstelle der Zahnärztekammer unter der Ruf-Nr. 0385 591080 in Verbindung zu setzen.

Peter Ihle
Hauptgeschäftsführer

Alumni reisten in die Vergangenheit

Ein Alumni-Treffen der ganz besonderen Art fand am 4. Juli 2009 in Greifswald statt, bei welchem nicht nur das Kiefergelenk ernsthaft und kritisch unter die Lupe genommen wurde, sondern auch die Lachmuskeln strapaziert wurden.

Eingeladen – und nahezu vollständig erschienen – waren die ehemaligen Assistenten der Zahnklinik Greifswald, welchen ein buntes Programm geboten wurde.

Angefangen vom 14. Greifswalder Fachsymposium, das unter dem Motto „CMD – Kontroverses und Gesichertes bei der Diagnostik und Therapie von Kiefergelenkerkrankungen“ unter der Leitung von Prof. Sümnnig stand.

Namhafte Referenten beleuchteten das immer brisanter werdende Thema der craniomandibulären Dysfunktionen aus allen Blickwinkeln der Zahnheilkunde und ließen auch psychologische und physiotherapeutische Probleme nicht außer Acht. Mit anderen Worten „eine runde Veranstaltung“, in der viel Raum für Diskussionen war, das Auditorium trotz traumhaften Sommerwetters auch dem letzten Referenten gespannt zuhörte.

Doch nicht nur die Referenten, sondern auch die zahlreichen Aussteller vermittelten das Flair einer national bedeutsamen Tagung.



Wiedersehensfreude bei den „Ehemaligen“

Foto: privat

Für uns „Alumni“ endete dieser Tag jedoch nicht wie für die meisten Tagungsteilnehmer gegen 16 Uhr – sondern fing noch einmal so richtig an.

Prof. Sümnnig hatte sich bereit erklärt, eine Besichtigung der alten Zahnklinik in der Rotgerberstraße und des neuen Klinikkomplexes durchzuführen.

Besonders in den „alten Gemäuern“ hieß es dutzende Male „Wisst ihr noch?...“ Zurückversetzt in die Vergangenheit, wurden wir spätestens beim Anblick des Klinikneubaus mit modernster Gegenwart konfrontiert. Ein Vorhaben, welches schon zu unserer Assistentenzeit geplant war und nun endlich realisiert werden konnte.

Das einstimmige Resümee: „Es sei unseren Kollegen von Herzen gegönnt – perfekte Voraussetzung für die Ausbildung gut ausgerüsteter Zahnärzte!“

Doch auch gegen 18 Uhr „trennten“ wir uns nicht voneinander, sondern verabredeten uns zum „Stomaball“. Bei einem netten Programm und gutem Essen wurde bis in die Morgenstunden erzählt und der Abschied voneinander und von Greifswald fiel allen sichtlich schwer.

Ein erstes Treffen in dieser Form, das Fortsetzung finden soll! Behaltet alle dazu die nötige Kondition!

Dr. Marion Seide

Einzelpraxis und vieles mehr...

Verschiedene Möglichkeiten der Berufsausübung vom Gesetzgeber zugelassen

Viele Vertragszahnärzte entscheiden sich bei der eigenen Niederlassung sei es durch Neugründung oder Übernahme einer Praxis für die **Einzelpraxis**. Hier liegt das gesamte Risiko – also Gewinne und Verluste – allein beim Praxisinhaber. Mehr als zwei Drittel aller Zahnarztpraxen in Mecklenburg-Vorpommern werden als Einzelpraxis geführt.

Ein Vertragszahnarzt kann seinen Beruf auch gemeinsam in allen mit der vertragszahnärztlichen Tätigkeit zu vereinbarenden Gesellschaftsformen ausüben, solange seine eigenverantwortliche, medizinisch unabhängige sowie nicht gewerbliche Berufsausübung gewährleistet ist. Die verschiedenen Kooperationsformen bringen je nach Bedürfnis unterschiedliche Vorteile für die beteiligten Vertragszahnärzte mit sich, so zum Beispiel flexiblere Arbeitszeiten oder ein geringeres Risiko bei der Niederlassung.

Bei einer **Praxisgemeinschaft** schließen sich zwei oder mehr Vertragszahnärzte zusammen mit dem Ziel, Praxisräume und/oder Praxiseinrichtungen sowie Hilfspersonal gemeinsam zu nutzen. Nicht zulässig ist die gemeinsame Beschäftigung von Zahnärzten und Ärzten. Eine spezielle Form von Praxisgemeinschaften sind neben Apparate- auch Laborgemeinschaften.

Bei den an der Praxisgemeinschaft beteiligten Praxen handelt es sich weiterhin um mehrere Praxen mit jeweils eigenem Patientenstamm, jeweils eigenem Praxisschild, eigener Abrechnung und eigener Haftung. Von der Gründung einer Praxisgemeinschaft ist lediglich die KZV zu unterrichten. Eine Genehmigung des Zulassungsausschusses ist nicht erforderlich.

Anders verhält es sich bei einer **Berufsausübungsgemeinschaft**. Hier schließen sich zwei oder mehr Vertragszahnärzte zur gemeinsamem Ausübung zahnärztlicher Tätigkeit zu einer Praxis zusammen und bilden eine wirtschaftliche und organisatorische Einheit. Sie nutzen nicht nur Räume, medizinische Geräte und Personal gemeinsam, sondern führen auch eine gemeinsame Patientenkartei, rechnen über eine gemeinsame

Abrechnungsnummer ab und haften nach Außen gemeinsam. Da die Berufsausübungsgemeinschaft die intensivste Kooperationsform darstellt, muss sie durch den Zulassungsausschuss genehmigt werden. Dieser prüft auf Basis des Gesellschaftsvertrages, ob eine echte Gemeinschaft im Sinne einer fachlichen und organisatorischen Kooperation vorliegt und zugleich die unternehmerischen Risiken und Entscheidungen der Gemeinschaft von den beteiligten Vertragszahnärzten gemeinsam getragen werden.

Neben örtlichen Berufsausübungsgemeinschaften an einem Vertragszahnarztsitz (ehemals Gemeinschaftspraxen) sind mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz auch überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften (ÜBAG) mit Partnern an unterschiedlichen Vertragszahnarztsitzen möglich.

Mitglieder einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft können auch an den Vertragszahnarztsitzen der übrigen Mitglieder tätig werden, wenn sie dem Versorgungsauftrag an ihrem Vertragszahnarztsitz weiterhin nachkommen und dort den Schwerpunkt ihrer Tätigkeit haben. Dies ist in der Regel dann der Fall, wenn die Tätigkeit an den anderen Standorten maximal ein Drittel der Arbeitszeit am jeweiligen Vertragszahnarztsitz beträgt. Die zeitliche Regelung gilt entsprechend auch für die Tätigkeit der am Vertragszahnarztsitz angestellten Zahnärzte an anderen Standorten der Berufsausübungsgemeinschaft.

Eine überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft kann auch KZV-übergreifend gebildet werden. Auch

dann bleiben die beteiligten Vertragszahnärzte Mitglieder ihrer bisherigen KZV, rechnen ihre Leistungen gemeinsam über eine KZV ab. Dazu bestimmen sie einvernehmlich eine der KZVs, in denen eines ihrer Mitglieder zugelassen ist, zu ihrer Wahl-KZV. Sie erklären schriftlich, dass sie die Bestimmungen ihrer Wahl-KZV zur Vergütung und Abrechnung sowie zu den Abrechnungs-, Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen anerkennen. Die Wahl-KZV nimmt den Datenaustausch mit den übrigen beteiligten KZVs vor, der für eine korrekte Abrechnung und den Ausgleich von Forderungen zwischen den KZVs erforderlich ist. Die Festlegung auf eine Wahl-KZV ist für zwei Jahre bindend. Für die Änderung einer Wahl-KZV gilt eine Frist von sechs Monaten zum Quartalsende, damit die notwendigen organisatorischen Änderungen zur Abrechnung über eine andere KZV vorgenommen werden können.

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz wurde die neue Teilnahmeform des **Medizinischen Versorgungszentrums** (MVZ) eingeführt. Dabei handelt es sich um eine fachübergreifende ärztlich/zahnärztlich geleitete Einrichtung, in der (Zahn)Ärzte als Angestellte oder Vertrags(zahn)ärzte tätig sind. Im Gegensatz zum ärztlichen Versorgungsbereich hat das MVZ im zahnärztlichen Bereich bislang keine praktische Relevanz. Im Bereich der KZV Mecklenburg-Vorpommern wurde bisher noch kein Medizinisches Versorgungszentrum beantragt und genehmigt.

KZV

Anzeige

KERA-DENT

Gesellschaft für Dentaltechnik mbH

Am Mühlenbach 1 · 18233 Neubukow
Tel. 03 82 94/1 37 03 · Fax 03 82 94/1 37 04



Vollkeramik das „Weiße Gold“

Hochwertig, Ästhetisch, Bioverträglich

Mit uns haben Sie „gut lachen“ und Zahnersatz vom Allerfeinsten.

Internet: www.kera-dent.de · E-Mail: keradentgmbh@aol.com

Zahnärztinnen mit personellen Ressourcen

Wachsende Anzahl von Frauen bringt Berufsstand fachliche Kompetenzen

In einer aktuellen Ausgabe der „Studien des Aachener Kompetenzzentrums für Wissenschaftsgeschichte“ (Publikation Nr. 4) berichten Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Dr. phil. Dominik Groß und Dr. med. dent. Gereon Schäfer, beide RWTH Aachen, über „Die Entwicklung der zahnärztlichen Profession im wiedervereinigten Deutschland in genderspezifischer Perspektive“.

In einem Interview mit den beiden Autoren zur Einschätzung der deutlich steigenden Zahnärztinnen-Zahlen und Beschreibung notwendiger Maßnahmen wird die Arbeit des Dentista Verbandes zur Förderung der Zahnärztinnen ausdrücklich unterstützt: „Ich finde, eine Organisation wie der Dentista Club war längst überfällig. Ich denke, Sie machen einen sehr guten Job“, sagte Dr. Schäfer. Prof. Groß sieht nicht zuletzt im Bereich der Wissenschaft Handlungsbedarf: „Der Vorstand der DGZMK z.B. ist sich der Bedeutung der sogenannten Frauenfrage bewusst.“ Er empfahl Kooperationen mit der DGZMK und „führenden zahnärztlichen Organisationen“.

„Feminisierung“ unpassender Begriff

Kritisch betrachtet wird der für die steigende Anzahl an Zahnärztinnen oft gewählte Begriff der „Feminisierung“. Professor Groß: „Ich halte den Begriff, offen gestanden, eher für einen Kampfbegriff. Er enthält wie die meisten „...isierung“-Termini ein gewisses Drohpotential, in dem er einen merklichen gesellschaftlichen Wandel ‚ideologisiert‘.“ In Wahrheit könne man „von grundsätzlich gleichen Fähigkeiten und Qualifikationen von Männern und Frauen ausgehen; was also sollte aus dem Gleichgewicht geraten?“

Wünschenswert sei, dass sich mehr Zahnärztinnen berufspolitisch engagieren „nicht nur aus altruistischen Gründen“. Ohne solches Einbringen würden „Interessen und Bedürfnisse in den standespolitischen Aktivitäten nicht adäquat abgebildet“. Auch an der Hochschule seien die Strukturen wenig kompatibel zu Bedürfnissen von Kolleginnen mit Familie, wie Dr. Schäfer im Hinblick auf Sit-

zungen, wissenschaftliche Kolloquien, Ringvorlesungen und viele andere Veranstaltungen vor allem an Abenden und Wochenenden sagt – eine terminliche Hürde, die für familiär gebundene Personen schwerer zu überwinden sei.

Prof. Groß empfiehlt dem Dentista Club, „sich ganz konsequent mit den zwischenzeitlich an vielen Universitäten etablierten Ressorts für Gender und Gleichstellung zu vernetzen“. Gleichzeitig warnt er den Berufsstand, aber auch die Zahnärztinnen selbst, heute noch wie vor 100 Jahren „vermeintliche spezifisch weibliche Sekundärtugenden von Zahnärztinnen wie Mitgefühl, Empathie, Sensibilität, Geduld oder Umsicht

zu beschwören“. Frauen blieben ansonsten in Fächern wie Chirurgie, Implantologie und Werkstoffkunde auch weiterhin unterrepräsentiert. Prof. Groß: „Durch den verstärkten Zustrom der Frauen in den Zahnarztberuf wachsen dem Berufsstand vor allem wichtige Kompetenzen und personelle Ressourcen zu, die aber nur dann optimal genutzt werden können, wenn man die Berufsbedingungen für Frauen optimiert.“

Buch-Hinweis: Dominik Groß (Hrsg.), Gender schafft Wissen – Wissenschaft Gender?“ ISBN 978-3-89958-449-3 kassel university press 2009

Presseinformation des Dentista Club e.V.

Dentaltourismus überschaubar

Versorgung im Ausland bleibt Randerscheinung



Zahnärzte und Patienten nutzen mit wachsender Tendenz importierten Zahnersatz. Nach wie vor fahren aber nur wenige Versicherte für eine Zahnersatzversorgung selbst ins Ausland. Das ist das Ergebnis einer Studie des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ), von BZÄK, KZBV und IDZ, die im Rahmen einer Pressekonferenz in Berlin der Öffentlichkeit vorgestellt wurde. Für

die Untersuchung waren insgesamt 1368 Versicherte und 300 Zahnärzte befragt worden.

„Damit liegen erstmals verlässliche Zahlen zur Internationalisierung des Versorgungsmarktes für Zahnersatz vor“, freut sich BZÄK-Vize, Dr. Dietmar Oesterreich. Von den befragten Personen gaben 2,3 Prozent an, bereits im Ausland gefertigten Zahnersatz zu tragen. Unter den Zahnärzten gaben 12,3 Prozent an, „häufig“ Auslandszahnersatz einzugliedern. 15,3 Prozent tun dies „gelegentlich“, 23,4 Prozent „eher selten“ und 49 Prozent „gar nicht“.

Über alle Zahnärzte gerechnet, beträgt der Anteil des Auslandszahnersatzes an den Prothetikfällen im Durchschnitt zirka zehn Prozent. Die Ergebnisse der Studie „Dentaltourismus und Auslandszahnersatz – Empirische Zahlungsbereitschaftsanalysen auf der Grundlage repräsentativer Stichproben im Jahr 2008“ sind als IDZ-Band 32 beim Deutschen Zahnärzte Verlag DÄV unter ISBN 978-3-7691-3426-1 erschienen.

BZÄK-Klartext 06/09

Professor Beetke zum 70. Geburtstag

Am 16. August feierte Prof. Dr. med. dent. habil. Eckhard Beetke seinen 70. Geburtstag. Noch unter dem Eindruck der gerade beendeten Hanse-Sail hatte er seine „Gefährten“, wie er es nannte, Freunde, Bekannte, ehemalige Mitarbeiterinnen eingeladen, mit ihm und seiner Familie unmittelbar an der Kaikante des Stadthafens das Jubiläum würdig und freudig zu begehen.

Von den meisten unbemerkt ist es in diesem Jahr genau ein halbes Jahrhundert her, dass der Jubilar hier in Rostock das Studium an der Universität begann, der er bis zu seiner Emeritierung im Jahre 2005 die Treue gehalten und deren Entwicklung der Zahnmedizin er mit dem Aufbau und der Leitung des Funktionsbereiches Kinderstomatologie und seit dem Jahre 1983 als Direktor der Poliklinik für Zahnerhaltung wesentlich mitbestimmt hat.

Im Mittelpunkt seiner Tätigkeit an der Universität stand die Ausbildung der Studenten. Als Hochschullehrer hat er etwa 2000 Zahnärzte ausgebildet, zuletzt vielfach die Kinder seiner Kommilitonen und ersten Studenten. Schon im Jahre 1970 war er maßgeblich an der Einführung des interdisziplinären Kurses beteiligt, der über viele Jahre auch unter seiner Leitung stand und der zum nachahmenswerten Beispiel für andere Universitäten wurde. In den Vorlesungen vermittelte er sein sehr umfangreiches Wissen und seine reiche Erfahrung gern an die Studenten weiter.

Als Zahnarzt hat er tausende Zähne in hervorragender Qualität behandelt und bis zum letzten Arbeitstag dadurch immer den Bezug zur Praxis erhalten. Das hat sich ausgewirkt auf seine hochschulpädagogische und wissenschaftliche Tätigkeit.

Als Forscher hat er sich mit so vielen Teilgebieten der Zahnmedizin beschäftigt, dass eine Aufzählung hier immer unvollständig sein würde.

Außer dem eigenen wissenschaftlichen Engagement hat er vor allem den heranwachsenden jungen Menschen auf diesem Terrain geholfen, ihre ersten Schritte zu tun und danach in den richtigen Bahnen weiter zu denken und zu arbeiten. Viele von

ihnen hat er bei ihren Promotionsarbeiten wissenschaftlich begleitet.

Er war der Kapitän auf einem schwankenden Schiff, der uns, seine Kollegen, durch die Klippen der politischen Wende geführt hat, obwohl er selbst Mühe hatte, die eigene Balance zu halten. Er hat es danach verstanden, die angeordneten wirtschaftlichen Veränderungen für die Mitarbeiter in den meisten Fällen erträglich zu gestalten. Über seinen unermüdlichen Einsatz zum Erhalt unserer Klinik in den letzten zehn



Der Rostocker Jubilar Professor Dr. Eckhard Beetke.

Jahren könnte man viele Seiten beschreiben.

Als Mensch hatte er immer Verständnis für die persönlichen Lebensumstände seiner Kollegen. Sie haben vielfach mehr seine Entscheidungen beeinflusst, als die technischen Erfordernisse des Poliklinikbetriebes. Wie oft hat er selbst den Weihnachtsbereitschaftsdienst übernommen, um Kollegen das gemütliche Fest im Kreise ihrer Familie zu ermöglichen? Er hat immer den persönlichen Kontakt gesucht und ihn auch zu den ehemaligen Kollegen nie abreißen lassen. Den Studenten gegenüber hatte er das Zepter fest in der Hand. Dennoch waren sie in allen Jahren von seiner menschlichen Wärme beeindruckt, denn es hätte ihm eher selbst das Herz gebrochen, als dass er jemanden hätte Härte spüren lassen.

Auch über die Grenzen der Universität hinaus genießt Prof. Beetke hohe Anerkennung. Als Mitglied

verschiedener Fachgesellschaften, in denen er teilweise viele Jahre im Vorstand mitarbeitete, hat er sich aktiv an der wissenschaftlichen Weiterentwicklung unseres Fachgebietes beteiligt und war für die Organisation oder die wissenschaftliche Leitung von großen nationalen Tagungen mit internationaler Beteiligung verantwortlich. Aus wissenschaftlichen Kontakten entstand auf seine Initiative eine langjährige Zusammenarbeit mit der Semmelweis-Universität in Budapest zu den Themen Kariesepidemiologie und -prävention und mit

der Universität Turku zur Speicheldiagnostik. Die Kooperation mit der Medizinischen Akademie in Szczecin über Fragen der Füllungstherapie und Endodontie wurde weitergeführt und ausgebaut.

Seit seiner Emeritierung steht Prof. Beetke weiterhin in enger Beziehung zur Zahnmedizin und zu seiner ehemaligen Wirkungsstätte. Mit wohldosierten Besuchen in der Klinik hält er sich über die weitere Entwicklung auf dem Laufenden; für die Zahnärztekammer ist er in der Fortbildung der zahnmedizinischen Fachangestellten engagiert.

Wir gratulieren an dieser Stelle sehr herzlich zum Geburtstag und wünschen Gesundheit und Freude. Ad multos annos!

Priv.-Doz. Dr. Dieter Pahncke
im Namen der Mitarbeiter der Poliklinik
für Zahnerhaltung und Parodontologie der
Universität Rostock

Parodontitis-Risikoeinschätzung

Risikofaktoren	Aktueller Wert	Niedriges Risiko	Mittleres Risiko	Hohes Risiko
Bluten auf Sondieren (BOP) in %	4	≤ 9	10-24	≥ 25
Zahl der Stellen mit ST ≥ 5 mm	11	≤ 4	5-8	≥ 9
Zahl der verlorenen Zähne (ohne 8er)	3	≤ 4	5-8	≥ 9
Knochenabbau (Index) Stärkster Knochenabbau (SZ) in % durch Patientenalter in Jahren	1,2	≤ 0,5	0,51-1,0	≥ 1,1
Zigarettenkonsum		Nichtraucher Ehemaliger Raucher (> 5 Jahre)	< 19/Tag Ehemaliger Raucher (< 5 Jahre)	≥ 20/Tag
Vorläufige Risikoeinschätzung		Niedriges Risiko	Mittleres Risiko	Hohes Risiko
Systemische/genetische Faktoren - Diabetes mellitus - HIV-Infektion - Gingivaparodontale Manifestation systemischer Erkrankungen - Interleukin 1β-Polymorphismus		Faktor nicht vorhanden	Faktor nicht vorhanden	Faktor vorhanden
Endgültige Risikoeinschätzung		Niedriges Risiko	Mittleres Risiko	Hohes Risiko
Frequenz UPT		1/Jahr	2/Jahr	3-4/Jahr
Risikoeinschätzung: - Alle Parameter in niedriger Kategorie, max. 1 Parameter in mittlerer Kategorie → niedriges Risiko → Frequenz UPT: 1/Jahr - Mind. 2 Parameter in mittlerer Kategorie, max. 1 Parameter in hoher Kategorie → mittleres Risiko → Frequenz UPT: 2/Jahr - Mind. 2 Parameter in hoher Kategorie → hohes Risiko → Frequenz UPT: 3-4/Jahr				

Abb. 2: Modifizierte parodontale Risikobeurteilung (Lang und Ramseier 1999, Lang und Tonetti 2003) und Festlegen des Recall-Intervalls anhand eines Beispiels

einer Parodontitis assoziiert sind, liegen vermehrt vor (z. B. Porphyromonas gingivalis, Aggregatibacter actinomycetemcomitans, Tannerella forsythia, Campylobacter rectus). Diese gramnegativen anaeroben Keime finden aufgrund des erniedrigten Sauerstoffdrucks in tiefen unbehandelten Taschen günstige Bedingungen für Kolonisation und Wachstum.

Gleichzeitig sind die klinischen Entzündungszeichen durch die vasokonstriktive Wirkung des Nikotins geringer, da es durch den verringerten Blutfluss zu weniger Blutung auf Sondieren kommt.

Starke Raucher haben ein Risiko von 13,8 Prozent zur Bildung neuer Taschen ≥ 5mm und Nichtraucher von 1,2 Prozent; das Risiko ist größer als der Einfluss von fehlender Compliance.

Auf der anderen Seite konnten auch bei Rauchern durch eine nichtchirurgische Parodontitistherapie mit konsequenter Erhaltungstherapie ähnlich gute Ergebnisse wie bei Nichtrauchern erzielt werden.

Systemerkrankungen (zum Beispiel Diabetes mellitus) und genetische Disposition: Bei Patienten mit Diabetes mellitus besteht eine verminderte Resistenz gegen Infektionen, bedingt durch eine Verminderung der Funktion von



Abb. 3: Fallbeispiel OPG

Immunzellen und einer Überreaktion von Monozyten und Makrophagen, was zu einer gesteigerten Produktion von entzündungsauslösenden Zytokinen und Mediatoren führt. Der Kollagenstoffwechsel ist gestört und es kommt häufig zu Wundheilungsstörungen. Wichtig ist eine gute Zusammenarbeit mit dem Internisten, da die Prognose der Parodontitis erheblich mit der Kontrolle des Diabetes einhergeht.

Bei schlecht eingestelltem Diabetes mellitus, insbesondere Typ I, ist das Risiko von schweren Parodontitiserkrankungen erhöht, Parodontitis schreitet schneller fort. Bei gut eingestellten Diabetesprieten finden sich ähnlich gute



Abb. 3a: Fallbeispiel. Ausschnitt aus OPG (Seitenzahn mit stärkstem Knochenabbau) zur Berechnung des Knochenabbau/Alter-Index: 48,7 Prozent/41 Jahre = 1,19

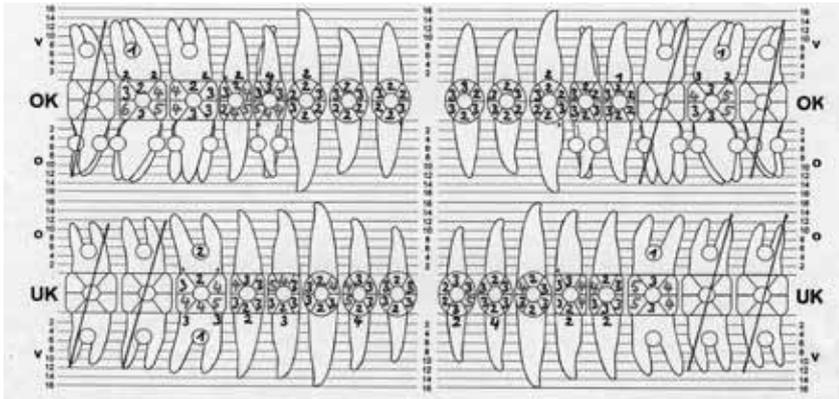


Abb. 4: Fallbeispiel parodontaler Befund

Ergebnisse nach Therapie wie bei Gesunden. Die Kontrolle erfolgt in der Regel über die Bestimmung des Anteils an glykosiliertem Hämoglobin (HbA1c). Dieser dient als Maß für den mittleren Blutzuckerspiegel der letzten zwei bis drei Monate, wobei als Behandlungsziel bei Diabetikern ein Wert von < 6,5 Prozent angestrebt wird.

Bei Patienten mit Vorliegen eines IL-1 β -Polymorphismus kommt es nach Kontakt mit bakteriellen Agenzien zu einer zwei- bis vierfachen Produktion des Zytokins IL-1 β und damit zu einer verstärkten parodontalen Destruktion. Interleukin-1-Polymorphismus IL-1-Genotyp-positive, parodontal erkrankte Patienten verlieren trotz Nachsorgetherapie mehr Zähne als IL-1-Genotyp-negative.

Fallbeispiel mit Risikoanalyse: Bei einem 41-jährigen Patienten wurde eine aggressive Parodontitis durch Scaling und Wurzelglättung mit adjuvanter systemischer Antibiotikagabe therapiert und anschließend lokalisiert in regio 31 eine chirurgische Therapie durchgeführt. Er befindet sich seit einem Jahr in der Erhaltungstherapie. Es sind keine systemischen Erkrankungen bekannt und er ist Nichtraucher. Er ist sehr motiviert und zeigt eine gute Compliance. Abb.3 zeigt das OPG, in Abb. 3a ist die Berechnung des Knochenabbau/Alter-Index dargestellt. Der parodontale Befund ist in Abb. 4 dargestellt, der BOP liegt bei vier Prozent.

Aufgrund der Risikofaktoren und

der modifizierten parodontalen Risikobeurteilung (nach Lang & Ramseier 1999) liegt ein hohes Risiko vor und es sollte für die Erhaltungstherapie eine Frequenz von drei bis vier Monaten gewählt werden (Abb. 2).

Praktische Durchführung einer Recallsitzung

Anamnese und Befund: Vor dem Befund sollte die Aktualität der Anamnese überprüft und ggf. ergänzt werden. Dabei sollte auch die aktuelle Situation der bestehenden Risikofaktoren erfragt werden (z. B. Nikotinkonsum, Einstellung des Diabetes).

Anschließend werden ein Befund der Mundschleimhaut, ein dentaler Befund und ein parodontaler Befund erhoben. Der parodontale Befund (Abb. 4) beinhaltet die Erhebung der Sondierungstiefen mit Erfassung des BOP-Index (Blutung auf Sondieren), des Furkationsbefalls, der Rezessionen und der Zahnbeweglichkeit. Gegebenenfalls kann noch eine Röntgendiagnostik bei klinischer Symptomatik oder zur Verlaufskontrolle angefertigt werden.

Therapie

1. Remotivation, Reinstruktion und professionelle Zahnreinigung

Der Hauptrisikofaktor für eine Parodontitis ist die bakterielle Plaque, daher ist die professionelle Zahnreinigung der wichtigste Teil der Erhaltungstherapie. Es ist selbst für Patienten, die während der Parodontitistherapie ihre Mundhy-

gienegewohnheiten verbessert haben, häufig schwierig, diese auch über einen längeren Zeitraum beizubehalten. Zudem findet nach der Parodontitistherapie in der Regel eine Veränderung der Zahnzwischenraummorphologie statt und die Mundhygienehilfsmittel müssen ggf. umgestellt werden.

Zur Beurteilung der individuellen Mundhygiene und um Schwachstellen zu erkennen, wird ein Plaque-Index (z. B. API, PCR, PI) und Gingiva-Index (z. B. SBI, GBI) erhoben. Der Patient wird für positive Leistungen gelobt, die Problemstellen werden dem Patienten gezeigt und entsprechende Techniken zur Verbesserung trainiert. Die Zahnreinigung sollte schonend aber effektiv erfolgen und mit einer Politur abschließen (Abb. 5).

2. Nachbehandlung reinfizierter Stellen

Bei pathologisch vertieften Sondierungswerten (ST \geq 4 mm mit BOP, ST \geq 5mm) ist eine weitere Behandlung notwendig. Dabei wird in der Regel ein schonendes subgingivales Scaling durchgeführt. Bei tieferen parodontalen Taschen (> 5 mm) kann alternativ eine chirurgische Intervention in einem separaten Termin stattfinden.

Eine Alternative zur herkömmlichen Hand-, Schall- oder Ultraschallinstrumentierung bietet beispielsweise ein Pulverstrahlgerät (zum Beispiel Air-Flow® Perio, EMS, Nyon, Schweiz oder ClinPro® Prophypowder, 3M ESPE, Seefeld). Die Verwendung dieses gering abrasiven Pulvers zur subgingivalen Plaqueentfernung im Rahmen der Erhaltungstherapie führt zu besseren Ergebnissen als die Instrumentierung von Hand. Im Gegensatz hierzu führt die Anwendung eines Lasers klinisch und mikrobiologisch zu ähnlichen Ergebnissen wie die Anwendung eines Schallscalers.

Eine weitere Alternative oder Ergänzung zur instrumentellen Behandlung stellt die Behandlung mit lokalen antimikrobiellen Substanzen (z. B. Elyzol®, Arestin®, Perio-Chip®) dar. Eine Indikation hierfür wäre das Nichtansprechen auf eine mechanische

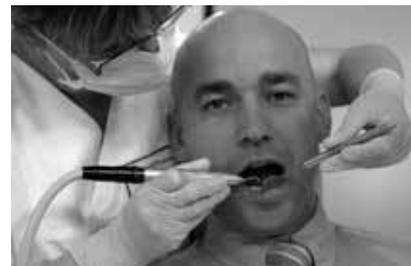


Abb. 5 a-c – Praktische Durchführung: Remotivation, Reinstruktion und professionelle Zahnreinigung

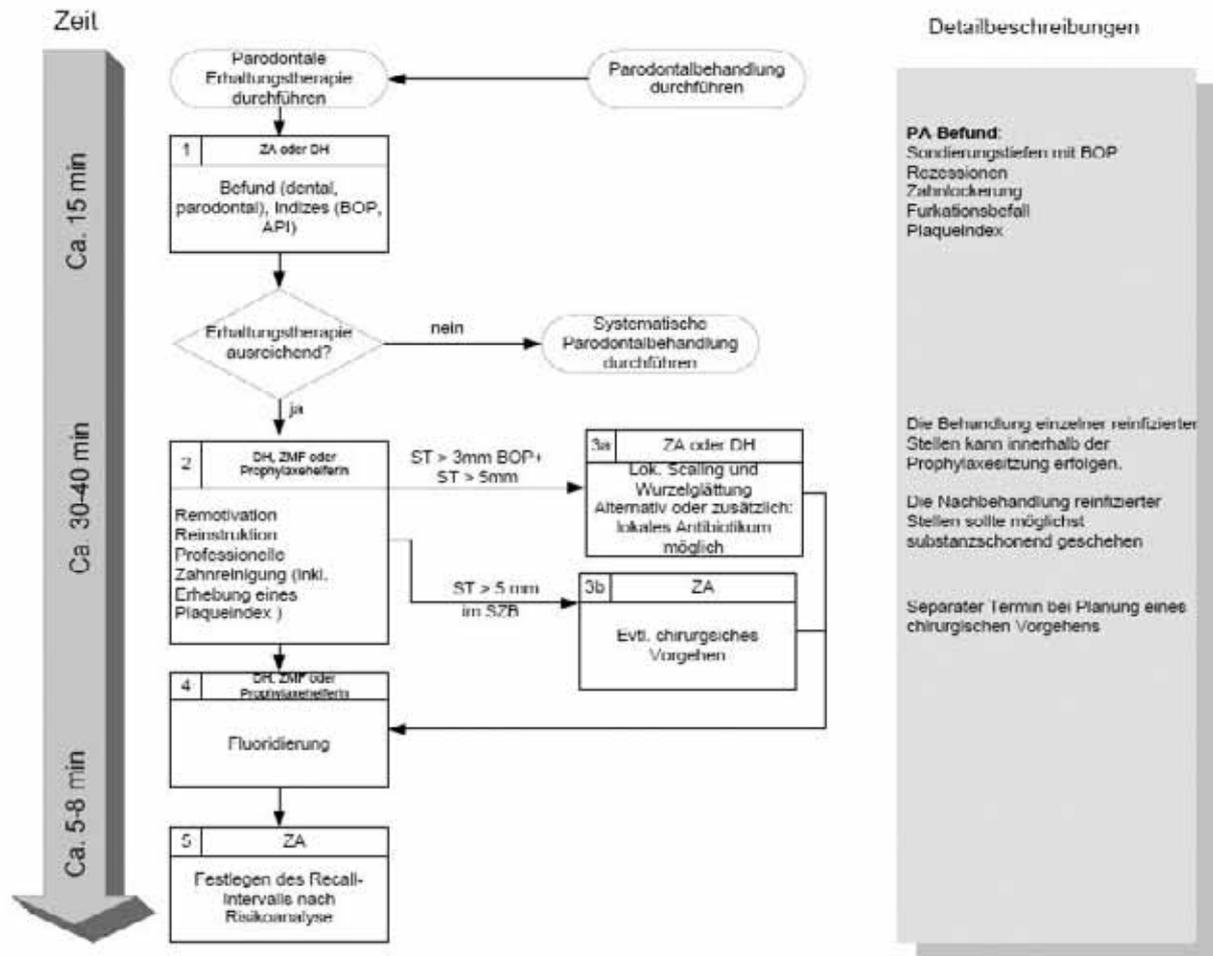


Abb. 6 – Durchführung der parodontalen Erhaltungstherapie im Fließschema

Therapie, eine allgemeinmedizinische Kontraindikation für einen operativen Eingriff, offene Furkationen oder ein bereits bestehender Hartschubstanzdefekt durch wiederholtes stark subtraktives Scaling. Die zusätzliche Behandlung mit antimikrobiellen Substanzen führt zu gleichen oder besseren klinischen und mikrobiologischen Ergebnissen wie die alleinige instrumentelle Behandlung. Eine subgingivale instrumentelle Mitbehandlung von gesunden Stellen sollte nicht stattfinden, da es dort zu weiterem Attachmentverlust kommt. Sollte eine große Anzahl von Stellen (mehr als etwa 5 bis 6) pathologisch vertieft sein, ist es sinnvoll, die Diagnose eines Rezidivs zu stellen und erneut mit einer systematischen Parodontitistherapie zu beginnen.

3. Fluoridierung

Dies dient der Reduzierung des nach durchgeführter Parodontitistherapie erhöhten Risikos einer Wurzelkaries.

4. Festlegen des Recallintervalls

Organisation und Abrechnung

Voraussetzung für die Umsetzung eines gut strukturierten Recalls in der

zahnärztlichen Praxis ist eine gute Organisation und ein kompetentes Team, bestehend aus Zahnarzt, unterstützt durch Dentalhygienikerin, zahnmedizinische Fachangestellte oder Prophylaxeassistentin (Abb. 6).

Um ein regelmäßiges Recall zu gewährleisten, ist es sinnvoll, dem Patienten den nächsten Termin bereits vor Verlassen der Praxis zu geben und ggf. ein Erinnerungssystem (Postkarte, SMS, Telefonat) einzuführen. Alternativ kann mit Hilfe eines computergestützten Systems eine regelmäßige Wiedereinbestellung des Patienten erfolgen. In einigen Fällen ist es nicht notwendig, bei jedem Termin den vollen Umfang der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen durchzuführen.

Beispielsweise ist es bei einem Patienten mit chronischer Parodontitis und eingeschränkter Mundhygiene notwendig, regelmäßig eine professionelle Zahnreinigung durchzuführen; es genügt jedoch, den parodontalen Befund ein bis zwei Mal im Jahr zu erheben. Man kann daher von einem

„großen Recall“ sprechen, bei dem eine komplette Befunderhebung und Therapie durchgeführt wird. Entsprechend wird bei einem „kleinen Recall“ nur eine professionelle Zahnreinigung mit Information, Instruktion und Motivation durchgeführt.

Befund und Therapie in der Erhaltungstherapie sind nicht im Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherungen enthalten, daher ist eine private Kostenvereinbarung mit dem Patienten zu treffen. Es ist sinnvoll, den Patienten bereits zu Beginn der aktiven Phase der Parodontitistherapie über die Bedeutung der dauerhaften Nachsorge zu informieren.

Dr. Anja Kürschner
 Prof. Dr. Petra Ratka-Krüger
 Abteilung für Zahnerhaltungskunde und Parodontologie
 Universitätsklinikum Freiburg

Literaturverzeichnis beim Informationszentrum Zahngesundheit Baden-Württemberg, Tel. 0711-22 29 66.

(Wir danken für die Nachdruckgenehmigung).

Bürgerentlastungsgesetz Krankenversicherung

Milliarden-Entlastungen für Bürger und Unternehmen – Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung werden steuerlich deutlich begünstigt

Mitte Juni 2009 verabschiedete der Bundestag das neue Bürgerentlastungsgesetz Krankenversicherung. Als Reaktion auf die Wirtschafts- und Finanzkrise sind auch befristete Erleichterungen für Unternehmen im Umfang von drei Milliarden Euro Teil dieses Gesetzes. Die Zustimmung des Bundesrats gilt daher als sicher. Damit wurde die größte Steuersenkung seit dem Start der großen Koalition 2005 auf den Weg gebracht.

Die verbesserte Absetzbarkeit von Beiträgen zur Kranken- und Pflegeversicherung geht auf ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) vom Februar 2008 zurück. Dieses kritisierte, dass Versicherte nur Beiträge bis maximal 1500 Euro jährlich und damit deutlich weniger als die tatsächlichen Ausgaben steuerlich geltend machen konnten. Nach Auffassung des Gerichts unterfallen die Basisaufwendungen für Kranken- und Pflegeversicherung jedoch der Existenzsicherung und sind damit steuerfrei zu stellen.

Welche Auswirkungen hat das Gesetz nun für den Einzelnen? Die Entlastung betrifft ab dem 1. Januar 2010 alle Bürger, d. h. sowohl Arbeitnehmer, als auch Selbstständige. Künftig sind die Beiträge für die (Basis-)Krankenversicherung sowie die gesetzliche Pflegeversicherung in voller Höhe abzugsfähig. Steuerlich nicht absetzbar hingegen sind Beiträge für Zusatztarife in den Krankenversicherungen etwa für Chefarztbehandlung und Einbettzimmer, da diese Tarife keine Mindestabsicherung gegen Krankheits- und Pflegerisiken darstellen.

Insgesamt werden die Bürger durch das neue Gesetz mit 10 Milliarden Euro jährlich entlastet.

Privat Krankenversicherte profitieren erheblich von den neuen Regelungen. Denn diese müssen im Gegensatz zu gesetzlich Versicherten auch ihre Kinder zusätzlich versichern. Mit der neuen Gesetzeslage können diese Beiträge steuerlich geltend gemacht werden.

Für Geringverdiener ist das Gesetz ebenfalls lohnend. So fällt der Steuerbonus sogar großzügiger aus als zunächst geplant, da die Beiträge für die Arbeitslosen-, Haftpflicht-, Unfall- und Berufsunfähigkeits-Versicherung künftig weiterhin absetzbar sind. Dies gilt jedoch nur für den Fall, dass die künftigen Höchstbeträge für Vorsorgeaufwendungen durch die Kranken- und Pflegekassenbeiträge noch nicht voll ausgeschöpft sind.

Die Höchstgrenzen betragen ab dem 1. Januar 2010 statt 1500 Euro nunmehr 1900 Euro (für Arbeitnehmer und Beihilfeberechtigte) sowie statt 2400 Euro nunmehr 2800 Euro (für Selbstständige oder Steuerpflichtige, die ihre Krankenversicherung allein tragen). Für Verheiratete wird der doppelte Betrag gelten. Darüber hinaus können mindestens die tatsächlich geleisteten Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung angesetzt werden.

Außerdem sieht das Gesetz eine Sanierungsklausel für Unternehmen vor. Bei dieser Maßnahme kann der übernehmende Konzern aufgelaufene Verluste unter bestimmten Bedingungen mit seinen Gewinnen

verrechnen. Zudem wird die „Zinsschranke“ entschärft, die verhindern soll, dass Gewinne ins steuergünstigere Ausland verlagert werden. Die Freigrenze dafür soll für zwei Jahre von einer Million auf dann drei Millionen Euro angehoben werden.

Mit dem Bürgerentlastungsgesetz werden darüber hinaus Korrekturen an der 2008 in Kraft getretenen Unternehmenssteuerreform sowie weitere Entlastungen umgesetzt. Kleine und mittlere Firmen mit einem Umsatz von bis zu 500 000 Euro im Jahr müssen die Umsatzsteuer erst dann entrichten, wenn ihre ausgestellten Rechnungen tatsächlich bezahlt sind (sog. Ist-Besteuerung). Zuvor galt (mit Ausnahme von Kleinunternehmen, Existenzgründern etc.) die sog. Soll-Besteuerung, nach welcher die Umsatzsteuer anhand der ausgestellten Rechnungen beziffert wird. Diese ursprünglich ostdeutsche Sonderregel wird bis Ende 2011 verlängert und gilt dann bundesweit. Für Zahnärzte dürfte diese Neuregelung weniger interessant sein, da sie als Angehörige eines freien Berufs zwangsläufig der Ist-Besteuerung unterliegen.

Ass. Claudia Mundt

Wissenschaftlicher Beirat unterstützt BZÄK

Ein neu geschaffener Wissenschaftlicher Beirat soll den Vorstand der BZÄK künftig in fachwissenschaftlichen Fragen beraten und bei der Abfassung professionspolitischer Stellungnahmen zu Fragen der Gesundheitspolitik unterstützen. Darüber hinaus soll er auf Anfrage der BZÄK ad hoc-Stellungnahmen zu externen Gutachten, Studien und Positionspapieren mit zahnmedizinischem Bezug erarbeiten. Der Wissenschaftliche Beirat fungiert darüber hinaus als Schnittstelle zur DGZMK. Seine Aufgaben im Bereich von Schnittstellen zu vorhandenen Strukturen wie dem IDZ, der ZZQ und dem Consilium externer Wissenschaftler sollen in Abstimmung und unter Beachtung der vorhandenen Aufgabenstellungen festgelegt werden. Der Vorstand nahm das Konzept zustimmend zur Kenntnis, es sollen zunächst jeweils ein Repräsentant aus den Fachbereichen Zahnerhaltung, Prävention, Prothetik, Parodontologie, Kieferorthopädie sowie Oralchirurgie ernannt werden.

BZÄK-Klartext 06/09

Anzeige

Ronald Klopsch

Fachanwalt für Medizinrecht

Aigerim Rachimow

Rechtsanwältin



Ihre Rechtsanwaltskanzlei in allen arzt- und praxis-rechtlichen Angelegenheiten, u. a.:

- **Zulassungsverfahren**
- **Vertragsgestaltung**
- **Prüfverfahren**
- **Arbeitsrecht**
- **Vertragszahnarztrecht**
- **Honorarstreitigkeiten**
- **Haftungsrecht**
- **Berufsrecht**

Thomas-Mann-Str. 12
18055 Rostock

Tel. 0381 – 444 358 0
Fax 0381 – 444 358 19

www.ra-klopsch.de
info@ra-klopsch.de

Service der KZV

Nachfolger gesucht

Gesucht werden Zahnärzte als Nachfolger für allgemein Zahnärztliche Praxen im

- **Planungsbereich Parchim,**
- **Planungsbereich Güstrow,**
- **Planungsbereich Wismar,**
- **Planungsbereich Rügen** (2010),
- **Planungsbereich Rostock** (1. Januar 2010),
- **Planungsbereich Bad Doberan** (1. April 2010 oder später).

Der die Praxis abgebende Zahnarzt bleibt zunächst anonym. Interessenten können Näheres bei der KZV M-V erfahren (Tel.: 0385-54 92-130 bzw. E-Mail: mitgliederwesen@kzvmv.de).

Sitzungstermin des Zulassungsausschusses

Die nächsten Sitzungen des Zulassungsausschusses für Zahnärzte findet am 25. November 2009 (**Annahmestopp von Anträgen: 4. November 2009**) statt. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass Anträge an den Zulassungsausschuss rechtzeitig, d. h. mindestens drei Wochen vor der Sitzung des Zulassungsausschusses, bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses Mecklenburg-Vorpommern, Wismarsche Str. 304, 19055 Schwerin einzureichen sind.

Für die Bearbeitung und Prüfung der eingereichten Anträge und Unterlagen wird von der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses dieser Zeitraum vor der Sitzung des Zulassungsausschusses benötigt. Diese Frist dürfte auch im Interesse des Antragstellers sein, da fehlende Unterlagen noch rechtzeitig angefordert und nachgereicht werden können.

Der Zulassungsausschuss beschließt über Anträge gemäß der §§ 18, 26 - 32b der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte grundsätzlich nur bei Vollständigkeit der

Antragsunterlagen. Anträge mit unvollständigen Unterlagen, nicht-gezahlter Antragsgebühr oder verspätet eingereichte Anträge werden dem Zulassungsausschuss nicht vorgelegt und demnach auch nicht entschieden.

Nachstehend aufgeführte Anträge/Mitteilungen erfordern die Beschlussfassung des Zulassungsausschusses:

- Ruhen der Zulassung
- Zulassung, Teilzulassung, Ermächtigung
- Beschäftigung eines angestellten Zahnarztes
- Verlegung des Vertragszahnarztsitzes (auch innerhalb des Ortes)
- Führung einer Berufsausübungsgemeinschaft (Genehmigung nur zum Quartalsanfang)
- Verzicht auf die Zulassung (wird mit dem Ende des auf den Zugang der Verzichtserklärung folgenden Kalendervierteljahres wirksam)

Interessenten erfahren Näheres bei der KZV M-V (Tel.: 0385-54 92-130 bzw. unter E-Mail: mitgliederwesen@kzvmv.de).

Führung von Börsen

Bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern werden nachstehende Börsen geführt:

- Vorbereitungsassistenten/angestellte Zahnärzte suchen Anstellung
- Praxis sucht Vorbereitungsassistent/ Entlastungsassistent/angestellten Zahnarzt
- Praxisabgabe
- Praxisübernahme
- Übernahme von Praxisvertretung

Verlegung des Vertragszahnarztsitzes

Der Zahnarzt Arno Schwermer verlegt mit Wirkung vom 1. Oktober 2009 seinen Vertragszahnarztsitz von der Darrenstraße 2 in die Wartlaustraße 1 in 17033 Neubrandenburg.

Besser, dafür günstiger.

Triomolar®



Dr. Riedling, Mönchengladbach

„Das Ergebnis überzeugte uns und die Patientin: Eine ästhetische und natürlich wirkende Restauration. Da das verwendete Microhybrid-Composite Triomolar extrem abrasionsfest und kantenstabil ist und optimal auf das Bonding abgestimmt ist, ist mit einer langlebigen und spaltfreien Restauration zu rechnen.“

Den vollständigen Anwenderbericht schicken wir Ihnen gern zu.



- **Microhybrid-Composite mit Nanofüllern**
- **für alle Kavitätenklassen**
- **ästhetisch professionelles Resultat**
- **Spritze mit 3,5 g Inhalt**

Premium-Qualität
zu guten Preisen
15,90 €

IHDE DENTAL 
the implant.company

Dr. Ihde Dental GmbH
Erfurter Str. 19
85386 Eching/München
Tel (089) 31 97 61-0
Fax (089) 31 97 61-33

Abrechnungshinweise zu Zahnersatz-Festzuschüssen

Unterfütterungen von totalen und partiellen Prothesen

Für die Ansetzbarkeit der Festzuschuss Befund-Nrn. 6.6 und 6.7 ist die Art der zu unterfütternden Prothese maßgeblich.

Befund-Nr. 6.6: Teilprothese

Befund-Nr. 6.7: Totalprothese oder schleimhautgetragene Deckprothese

Die Befund-Nr. 6.6 ist unabhängig von der Art der Unterfütterung für die Wiederherstellung des Prothesenlagers eines Teilzahnersatzes ansetzbar.

Die Befund-Nr. 6.7 ist unabhängig von der Art der Unterfütterung für die Wiederherstellung des Prothesenlagers einer Totalprothese oder einer schleimhautgetragenen Deckprothese ansetzbar.

Die vollständige direkte Unterfütterung ist aus fachlichen Gründen seit der BEMA-Umrelationierung (ab 01.01.2004) nicht mehr Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung und deshalb in der Regelversorgung unter den Befund-Nrn. 6.6 und 6.7 nicht abgebildet.

Die Befund-Nrn. 6.6 und 6.7 sind für indirekte Unterfütterungen und direkte Teilunterfütterungen ansetzbar. Vollständige direkte Unterfütterungen sind zahnmedizinisch nicht indiziert und deshalb nicht zuschussfähig. Direkte Teilunterfütterungen sind als Wiederherstellungen innerhalb der Regelversorgung einzustufen. Bei einer direkten Teilunterfütterung fallen keine zahntechnischen Leistungen an.

Beispiele:

1. Teilunterfütterung einer partiellen Prothese – direkt

FZ 6.6 Unterfütterung Teilprothese
 BEMA 100c Teilunterfütterung Materialkosten Unterfütterungskunststoff

2. Teilunterfütterung einer Totalprothese – direkt

FZ 6.7 Unterfütterung Total-/Deckprothese
 BEMA 100c Teilunterfütterung Materialkosten Unterfütterungskunststoff

3. Teilunterfütterung einer partiellen Prothese – indirekt

FZ 6.6 Unterfütterung Teilprothese
 BEMA 100c Teilunterfütterung
 BEL II 808 0 Teilunterfütterung
 BEL II Positionen sind nicht abschließend

4. Vollständige Unterfütterung einer partiellen Prothese – indirekt

FZ 6.6 Unterfütterung Teilprothese
 BEMA 100d Unterfütterung
 BEL II 809 0 Vollständige Unterfütterung
 BEL II Positionen sind nicht abschließend

Das Einstellen in den Fixator (BEL II Nr. 011 2) ist nur dann abrechenbar, wenn die Prothesenbasis so weit reduziert werden muss, dass eine Fixierung mittels der verbleibenden Prothesenteile auf dem Modell nicht möglich ist.

Zur Abrechnung von Gipskontern bei Unterfütterungen als weiteres Modell stellten die zuständigen Vertragspartner auf Bundesebene fest, „dass die Abrechnung eines Modells nach BEL II Nr. 001 0 für alle notwendigen und erbrachten Modelle möglich ist. Der Begriff „Gipskonter“ stellt nur eine andere Bezeichnung für das dar, was unter BEL II Nr. 001 0 als Modell fachlich umfassend korrekt bezeichnet wird.“

5. Vollständige indirekte Unterfütterung einer schleimhautgetragenen Deckprothese im Oberkiefer mit funktioneller Randgestaltung

FZ 6.7 Unterfütterung Total-/Deckprothese
 BEMA 100e OK Unterfütterung mit Randgestaltung
 BEL II 809 0 Vollständige Unterfütterung
 BEL II Positionen sind nicht abschließend

Die Leistung nach BEMA Nr. 100e ist bei zahnlosem Kiefer und bei stark reduziertem Restgebiss – in der Regel bis zu drei Zähnen – abrechnungsfähig.

Die BEL II Nr. 810 0 (Prothesenbasis erneuern) ist statt der BEL II Nr. 809 0 (Vollständige Unterfütterung einer Basis) abrechenbar, wenn ein entsprechender Laborauftrag für den höheren Aufwand erteilt wurde.

6. Vollständige indirekte Unterfütterung einer partiellen Prothese im Unterkiefer

(Restzahnbestand 2 Zähne) mit funktioneller Randgestaltung

FZ 6.6 Unterfütterung Teilprothese
 BEMA 100f UK Unterfütterung mit Randgestaltung
 BEL II 809 0 Vollständige Unterfütterung
 BEL II Positionen sind nicht abschließend

Bei einem Restgebiss, welches nicht durch eine Deckprothese versorgt ist, ist für die vollständige Unterfütterung mit funktioneller Randgestaltung Befund-Nr. 6.6 anzusetzen. Die Befund-Nr. 6.7 ist nur für die Wiederherstellung des Prothesenlagers einer Totalprothese oder einer schleimhautgetragenen Deckprothese ansetzbar.

7. Vollständige direkte Unterfütterung einer Teilprothese, schleimhautgetragenen Deckprothese oder Totalprothese

Kein Festzuschuss ansetzbar

Vollständige direkte Unterfütterungen sind zahnmedizinisch nicht indiziert und deshalb im Zuge der BEMA-Umrelationierung (ab 01.01.2004) nicht mehr im BEMA enthalten.

Soweit diese Wiederherstellung fachlich im Ausnahmefall vertretbar ist, muss diese auf Grundlage der Vereinbarung einer Privatbehandlung durchgeführt werden.

Bei vollständigen- oder Teilunterfütterungen von Implantat getragenen Prothesen ist der Festzuschuss 7.7 abzurechnen.

Haben Sie Fragen zu Wiederherstellungen von Prothesen im Metall- oder Kunststoffbereich, zu Erweiterungen oder zu Unterfütterungen, sind wir gern bereit, diese zu beantworten unter Tel. 0385-54 92-160 (Frau Göcks) oder 0385-54 92-161 (Frau Schmill).

Heidrun Göcks

Gefahr darf nicht unterschätzt werden

Anzeige

Quecksilber weist bei Menschen und Tieren eine hohe Toxizität auf. Bei der oralen Aufnahme von Quecksilber und der Aufnahme über die Haut liegt die Resorptionsrate bei ca. 1%. Durch Inhalation wird ca. 80% des Quecksilber-Dampfes in der Lunge resorbiert und gelangt von dort direkt in den Blutkreislauf. Das kann bis zur Schädigung des zentralen Nervensystems führen.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) rät eine tägliche Belastung (MAK-Wert, Maximale-Arbeitsplatz-Konzentration) von 50 µg/m³ Raumluft nicht zu überschreiten.

Nach einer Studie über den Unterschied zwischen dem Aufbewahrungssystem mit und ohne Absorptionsmittel zur Quecksilberdampf-Unterdrückung ist die Gefahr bzw. das Gesundheitsrisiko bei der Lagerung der quecksilberhaltigen Abfälle in Behältern zum Beispiel in Zahnarztpraxen, ohne Absorptionsmittel sehr deutlich. Die Messwerte bei dem Aufbewahrungs-



system ohne Absorptionsmittel übersteigen den zulässigen MAK-Wert 68 mal und bei dem mit Absorptionsmittel unterstreiten die ermittelten Werte den zulässigen MAK-Wert zwischen 95 und 99%.

Aus diesem Grund hat die Medentex GmbH aus Bielefeld dieses Jahr eine umfangreiche Studie zur „Ermittlung der Quecksilberdampfkonzentration in Sammelbehältern für Amalgamabfälle im Dentalbereich“ durchgeführt und auf Grundlage der Ergebnisse dieser Studie

ihre Sammelbehälter für quecksilberhaltige Rückstände weiter modifiziert.

Bei unsachgemäßer Lagerung von amalgamhaltigen Abfällen ist von einer nicht unerheblichen Gefahrenquelle auszugehen. Die Behälter werden mit einem Schwamm, der in einer quecksilberdampfunterdrückenden Chemikalie getränkt wurde, ausgestattet. Je nach Größe des Behälters sowie nach Abfallart, differiert die Größe des eingebrachten Schwammes und damit die Menge des Absorbensmittels. So wird gewährleistet, dass die Assistentin beim Befüllen der Behälter so wenig Quecksilber wie möglich einatmet.

Das Unternehmen ist Aussteller auf dem Zahnärztetag Mecklenburg-Vorpommern in Warnemünde.

Weitere Informationen:

medentex GmbH
Telefon 05205 75160
www.medentex.de

Längerer Hals für dickere Gingiva

Hinter den einstückigen KOS-Implantaten für die Sofortbelastung stecken mittlerweile 13 Jahre an kontinuierlicher Produktoptimierung.

Dabei kommt es der Dr. Ihde Dental GmbH auf praxisorientierte Verbesserungen an, die das Implantieren für den Zahnarzt einfacher und sicherer machen. Diese Strategie setzt sich nun in dem neuen KOS T-Implantat fort, das mit seinem verlängerten Hals speziell für das Inserieren im Tuberbereich des Oberkiefers entwickelt worden ist. Die einstückigen KOS-Implantate werden in den meisten Fällen transgingival gesetzt und können wegen ihrer hohen Primärstabilität sofort belastet werden.

In der Tuberregion des Oberkiefers ist die Gingiva mit fünf bis sieben Millimetern stärker. In manchen Fällen ist sie noch dicker. Deshalb hat das neue KOS T einen längeren Implantatthals von 5,5 mm erhalten – während das konventionelle KOS-Implantat eine Halslänge von 2,5 mm hat. Der verlängerte



te Hals macht es möglich, das Implantat mit der transgingivalen Insertionsmethode auch durch eine dickere Gingiva hindurch unter die Knochenoberfläche zu platzieren. Denn die gestrahlte Implantatoberfläche muss bis zur letzten Windung in den Knochen versenkt werden, um einen möglichen Angriffspunkt für bakterielle Invasionen zu vermeiden.

Bisher wurde in diesen Fällen eine Gingiva-Exzision vorgenommen oder der Zahnarzt griff auf die BCS Implantate zurück. Diese haben einen langen ungestrahlten Implantatthals.

In den Längen 3,2 mm, 3,7 mm und 4,1 mm ist KOS T in den Durchmessern 15 mm und 17 mm verfügbar.

Weitere Informationen:

Dr. Ihde Dental GmbH
Telefon 089 319761-0
www.implant.com
www.ihde-dental.de

Vertrieb des Implantatsystems eingestellt

Die aktuelle wirtschaftliche Lage sowie die nicht erfüllten Umsatz- und Wachstumsziele seines Implantatgeschäftes haben den Hanauer Dentalhersteller Heraeus dazu veranlasst, den Vertrieb seines Implantatsystems IQ:NECT einzustellen.

Die Verantwortung gegenüber seinen Kunden ebenso wie gegenüber allen Patienten, die bereits mit einem IQ:NECT-Implantat versorgt wurden, nimmt das Unternehmen sehr ernst. Die Lieferfähigkeit für alle Zubehörteile ist für die nächsten zehn Jahre gesichert. Eine Service-Hotline, welche die anwendungstechnische Beratung, die Betreuung von Zementierungen sowie die Unterstützung bei allen Fragen rund um das System umfasst, wurde bereits eingerichtet. Diese Hotline ist unter der Telefonnummer 0800/4763288 kostenfrei zu erreichen. Kunden können unter dieser Nummer auch weiterhin benötigte Prothetik- oder Implantatteile bestellen.

Weitere Informationen:

Heraeus Kulzer GmbH
Telefon +49 (0) 6181/35 3182
www.heraeus-dental.com

Alle Herstellerinformationen sind Informationen der Produzenten.
Sie geben nicht die Meinung des Herausgebers / der Redaktion wieder.

Der besondere Fall:

Aus dem Parodontologie-Curriculum

Im Rahmen des PA-Curriculums (2005 – 2008) erklärte sich die Patientin B.D. bereit, ihre Erkrankung des Zahnhalteapparates (Parodontitis) therapieren zu lassen.

Am 6. März 2006 stellte sich die Patientin das erste Mal vor. Sie war zu diesem Zeitpunkt 62 Jahre alt und Nichtraucherin. Bei der Anamnese gab sie an, 2001 an einer gutartigen Geschwulst der Ohrspeicheldrüse operiert worden zu sein. Außerdem wurde eine Nasenscheidewand-OP durchgeführt und sie habe einen eingestellten Hypertonus (Blopess 8mg 1x1/2). Es wurden Fotos von frontal, rechts- und links-lateral angefertigt, um die Ausgangssituation zu dokumentieren (siehe Abb.1a – c).

Nach Auskunft der Patientin sei ihr Zahnfleisch noch nie behandelt worden. Die Patientin war konservativ versorgt. Die Aufnahme des Mundhy-

gienestatus ergab einen Plaqueindex von 38%. Der Zahnfilmstatus zeigte einen generellen Knochenabbau mit vertikalen Knochendefekten an den Zähnen 26, 35, 36 und 45 (Abb. 2a). Am Zahn 46 stellte sich ein Furkationsdefekt ersten Grades dar. Im Bereich der Zähne 45 – 46 war eine ovale Verschattung zu erkennen, die auf eine Ossifikation hindeutet. Bei der Aufnahme des PA-Status zeigte die Mehrheit der Zähne eine mäßig schwere Form der Parodontitis. An 19 Zähnen lagen die Sondierungstiefen zwischen 4 und 5mm. Die Zähne 26, 35, 36, 37, 45 und 47 wiesen mit Sondierungstiefen > 6 mm schwere parodontale Schäden auf.

Zusammenfassend kann man sagen, die Patientin litt an einer generalisierten chronischen Parodontitis mit schweren lokalen Kno-

cheneinbrüchen an 26, 35, 36 und einem Furkationsdefekt an 46. Nach der Vorbehandlung (professionelle Zahnreinigung, Mundhygieneunterweisung, Kontrolle mit wiederholter Motivation) konnte die Patientin ihre Mundhygiene soweit verbessern, dass der Plaqueindex um 10 Prozent



Abb. 1a: Ausgangssituation frontal vom 6.3.2006



Abb. 2a: 26 PA-Diagnostik 6.3.2006



Abb. 3a: 35, 36 PA-Diagnostik vom 6.3.2006



Abb. 1b: Ausgangssituation links-lateral vom 6.3.2006



Abb.2b: 26 PA-Diagnostik 15.5.2007



Abb. 3b - 36 Diagnostik 14.6.2007



Abb. 1c: Ausgangssituation rechts-lateral vom 6.3.2006



Abb. 2c: 26 Verlaufskontrolle vom 1.12.2008



Abb.3c: 36 Obturationskontrolle vom 24.7.2007



Abb. 3d: 36 Verlaufskontrolle vom 1.12.2008



Abb.4a: PA-Endsituation frontal vom 3.5.2008



Abb.4b: PA-Endsituation linkslateral vom 3.5.2008



Abb.4c: PA-Endsituation rechtslateral vom 3.5.2008

lag und die geschlossene Kürettage im April 2006 durchgeführt wurde. Daran schloss sich die Erhaltungstherapie an. Sie umfasste drei Nachkontrollen mit Interdentalraumreinigung und Motivation, um die gute Mundhygiene beizubehalten. In die tiefen Knochendefekte an 26, 35 und 36 wurde Chlorhexidin-Gel eingebracht. Im Juni 2006 wurde eine professionelle Zahnreinigung durchgeführt und die Sondierungstiefen erneut aufgenommen, um den Therapieerfolg darzustellen. Dabei zeigte sich, dass die Taschen an 26 und 35, 36 immer noch aktiv waren (Blutung und Pusentleerung). Die Patientin wurde aufgeklärt, dass eine Lappenoperation (Acces flap) im linken Ober- und Unterkiefer notwendig sei. Diese wurde im September 2006 in zwei Sitzungen vorgenommen. Anschließend erfolgten wieder die Nachkontrollen mit entsprechender Mundhygieneinstruktion und -motivation. Die Kontrolle im November 2006 zeigte eine gute Wundheilung. Die Patientin war beschwerdefrei. Im Dezember 2006 wurden die Zähne professionell gereinigt. Im April 2007 bekam die Patientin Beschwerden am Zahn 36 von vestibulär. Die noch vorhandene Resttasche wurde mit 3-pro-

zentigem Wasserstoffperoxid gespült und es wurde Chlorhexidin-Gel eingebracht. Es wurde eine professionelle Zahnreinigung mit schwachstellenorientierter Mundhygieneinstruktion (Interdentalraumpflege) vorgenommen. Im Mai 2007 bestand der Verdacht einer lokalen Parodontitis mit endodontaler Läsion am Zahn 26 (Abb. 2b). Es wurde die Krone entfernt und eine Wurzelbehandlung mit maschineller Aufbereitung und NiTi-Instrumenten durchgeführt. Es konnte bis zur Wurzelspitze aufbereitet und abgefüllt werden. Der Zahn wurde zunächst provisorisch und im November definitiv versorgt. In der Zwischenzeit wurden die Beschwerden am Zahn 36 intensiver. Eine Zahnfilmaufnahme im Juni 2007 ließ eine apikale Aufhellung erkennen (Abb. 3b) Es bestand auch hier der Verdacht einer lokalen Parodontitis mit endodontaler Läsion. Im Juli 2007 wurde an diesem Zahn eine Wurzelbehandlung mittels NiTi-Instrumenten und maschineller Aufbereitung vorgenommen. Auch dieser Zahn konnte bis nahe an die Wurzelspitze aufbereitet und abgefüllt werden (Abb. 3c). Seitdem ist die Patientin beschwerdefrei. Im September 2007 und Januar 2008

wurden die Zähne professionell gereinigt und ein Recallintervall von vier Monaten vereinbart. Im März 2008 wurden die Sondierungstiefen noch einmal aufgenommen und ein Foto-status von der Endsituation angefertigt (Abb. 4a – c). An 13 von 26 Zähnen wurden Taschentieffen von 2 und 3 mm gemessen. An 11 Zähnen lagen die Werte bei 3 und 4 mm. An den Zähnen 35 und 36 ist eine Resttasche von 5 und 6 mm verblieben. Das Zahnfleisch zeigte keine Entzündungszeichen (keine Blutung, keine Pusentleerung) und erschien blassrosa. Die Patientin ist weiterhin beschwerdefrei. Sie hat ihre Mundhygiene gut im Griff.

Im Dezember 2008 wurden die Zähne 26 (Abb. 2c) und 36 (Abb. 3d) nochmals geröntgt, um den Heilungsprozess beurteilen zu können. Es erscheint auf den Röntgenbildern, dass es zur teilweisen Ausheilung der kortikalen Defekte gekommen ist. Aufgrund der gelungenen endodontischen Therapie der Zähne 26 und 36 und der guten Heilung konnten diese für die Patientin erhalten werden.

Zahnärztin Judith Karbe,
Mönkebude

Anzeige



**Das
Dentalhistorische
Museum in Zschadraß**

Zschadraß bei Leipzig ist seit einigen Jahren Standort eines ganz besonderen Museums. Der Museumsgründer, Zahntechnikermeister Andreas Haesler, hat mit dem Dentalhistorischen Museum etwas geschaffen, was weltweit einzigartig ist. Die hessische Zahnärztezeitung titelte: »Beste Voraussetzungen für einen Wallfahrtsort«. Und dies ist nicht übertrieben. Unzählige Exponate präsentieren die Entwicklung der Zahnmedizin. Gemeinsam mit dem Dentalhistorischen Museum haben wir für 2010 zwei Kalender aufgelegt. Einen Motivkalender, der einige Exponate des Museums zeigt, und einen Kalender mit Illustrationen von historischen Postkarten und Holzstichen.

Die Kalender haben das Format 30 x 46 cm und sind zum Preis von je 15,00 EUR erhältlich. 50 % des Reinerlöses fließt dem Museum direkt zu, damit weitere Räumlichkeiten um- und ausgebaut werden können.

© Satztechnik Meißen GmbH, 2009

Satztechnik Meißen GmbH · Am Sand 1c · 01665 Nieschütz · Tel. 03525/71 86-0 · Fax 03525/71 86-12 · info@satztechnik-meissen.de

Wir gratulieren zum Geburtstag

Im September und Oktober vollenden

das 80. Lebensjahr

Dr. Erich Aujezdsky (Tribsees) am 21. September,
Zahnarzt Reinhard Poessel (Goldberg)

am 23. September,

das 75. Lebensjahr

Zahnärztin Hannelore Michaelis (Prerow)

am 20. September,

das 70. Lebensjahr

Dr. Ursula Müller (Ludwigslust) am 8. September,

Dr. Eckart Knorr (Greifswald)

am 10. September,

Zahnarzt Horst Jendry (Breege)

am 26. September,

Dipl.-Stom. Antonina Hawlitschka (Rostock)

am 4. Oktober,

das 65. Lebensjahr

Zahnarzt Wolfgang Becker (Güstrow)

am 9. September,

Dr. Jörg Henschel (Wismar)

am 9. September,

Dr. Renate Friedrich (Rostock)

am 21. September,

das 60. Lebensjahr

Zahnarzt Hans-Ernst Kaßburg (Lübtheen)

am 25. September,

Dr. Brigitte Kasch (Stralsund)

am 1. Oktober,

Zahnärztin Hannelore Merkel

(Gelbensande)

am 11. Oktober und

das 50. Lebensjahr

Dr. Holger Unger (Wismar)

am 9. September

Wir gratulieren herzlich und wünschen Gesundheit und Schaffenskraft.

„Ärzte und Patienten“

Informationen, Standpunkte, Fragen

Johannes P. Klammt

„Ärzte und Patienten“ - Informationen, Standpunkte, Fragen“, 346 Seiten, Paperback, Books on Demand GmbH, Norderstedt, 2009

ISBN: 978-3-8370-7574-8, 22 Euro

Wer bei dem eben erschienenen Buch von Professor Klammt mit dem nüchternen Titel „Ärzte und Patienten – Informationen, Standpunkte, Fragen“ lediglich ein inhaltsschweres Sachbuch vermutet, sieht sich sehr schnell eines besseren belehrt. Informativ ist es allemal, aber vor allem auch unterhaltsam.

Der erfahrene Arzt und Zahnarzt sowie der gestandene Landes- und Kommunalpolitiker plaudert auf angenehme Weise über zahlreiche Facetten seines riesigen Erfahrungsschatzes. In 42 thematisch jeweils unterschiedlichen Abschnitten ist für jeden interessierten Leser etwas dabei, sowohl für den interessierten Patienten als auch für den Studenten und

jungen Arzt bzw. Zahnarzt, wie auch für den langgedienten erfahrenen Kollegen. Dabei untermauert der Autor seine Informationen immer wieder mit persönlichen Erlebnissen seines eigenen ärztlichen Berufslebens. Besonders Vergnügen bereitet das Lesen durch die zahlreich eingefügten Verse von Eugen Roth. Ob das Thema Arzt und Geld, Arzt und Politiker oder Arzt und Alkohol – kein Thema wird in diesem interessanten Buch tabuisiert, sondern immer wieder schmunzelnd oder auch mahnend kommentiert.

Der Rezensent wünscht allen viel Spaß beim Lesen. Es lohnt sich.

Prof. Dr. Wolfgang Sünnig



Anzeige

Anzeigen

Zuschriften auf Chiffre-Anzeigen senden Sie bitte unter Angabe der Chiffre-Nummer an

**Sabine Sperling
Satztechnik Meißen GmbH
01665 Nieschütz
Am Sand 1c**

Moderne innovative Zahnarztpraxis im Großraum Schwerin sucht engagierte ZÄ/ZA zur Anstellung. Spätere Beteiligung an Praxis ist nicht ausgeschlossen. Kofferdam sollte kein Fremdwort sein.

Chiffre: 0762

Zahnärztin sucht Praxis in Rostock zwecks Übernahme. **Chiffre: 0759**

Moderne Zahnarztpraxis im Zentrum Rostocks sucht motivierten Zahnarzt/Zahnärztin im Angestelltenverhältnis auf Teilzeitbasis. **Chiffre: 0761**

Kleinanzeigen in dens

für Personal, Ankauf und Verkauf, Angebote, Finanzen, Immobilien, Familiennachrichten, Erholung und vieles mehr

Diesen Anzeigen-Coupon bitten wir vollständig und gut lesbar auszufüllen, an den gestrichelten Linien zu falzen und in einen Fensterbriefumschlag an folgende Adresse zu schicken:

Satztechnik Meißen GmbH
Frau Sabine Sperling
Am Sand 1 c
01665 Diera-Zehren OT Nieschütz

Tel.: 035 25 /71 86 24
Fax: 035 25 /71 86 10
E-Mail: sperling@satztechnik-meissen.de

Der Anzeigenschluss für Ihre Kleinanzeigen ist jeweils der 15. des Vormonats.

Kleinanzeigen-Coupon

Bitte veröffentlichen Sie folgenden Text:

Mit Chiffre: (bitte ankreuzen!) Ja

**dens – Mitteilungsblatt der Zahnärztekammer
und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern**

Preis:
7,- € je Druckzelle zzgl. MwSt.

Chiffregebühr:
10,- € zzgl. MwSt.

Für zahnärztliche Helferinnen wird die Hälfte des Preises berechnet. (nur bei Stellengesuchen)

Name: _____ Vorname: _____
Straße: _____ Plz./Ort: _____
Telefon: _____ Datum: _____
Unterschrift: _____

Ich erteile der Satztechnik Meißen GmbH widerruflich die Ermächtigung zum Bankinzug des Rechnungsbetrages:

Geldinstitut: _____ Bankleitzahl: _____
Konto-Nr.: _____ Unterschrift: _____

Frankfurt/Main, 25. September 2009
ANKYLOS® C/X live!

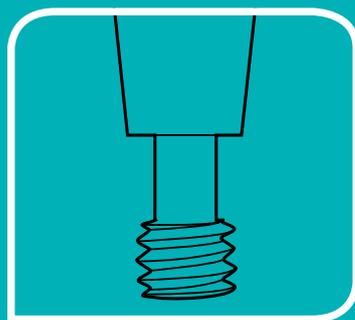
Vorträge und Diskussionen mit renommierten Experten und faszinierendem
 Abendprogramm. Infos/Anmeldung: Tel. 0621 4302-022,
http://www.dentsply-friadent.com/downloads/FLY_ANK_Einladung.pdf



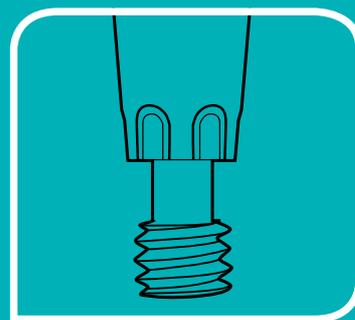
NEUE HORIZONTE MIT ANKYLOS® C/X:

ENTDECKEN SIE die Option der Indexierung

Mit TissueCare
 Verbindung



Mit TissueCare
 Verbindung UND Index



Seit mehr als 20 Jahren steht **ANKYLOS®** mit der Hart- und Weichgewebe erhaltenden TissueCare Konusverbindung für dauerhafte rot-weiße Ästhetik.

Wählen Sie jetzt und nur bei **ANKYLOS® C/X**:

- Indexierte Prothetikaufbauten für die einfache und eindeutige Platzierung
- Nicht-indexierte Aufbauten wenn freie Positionierbarkeit von Vorteil ist
- Beides mit der TissueCare Verbindung für optimale Stabilität und Rotationssicherung

Neugierig auf **ANKYLOS® C/X**?

<http://ankylos.dentsply-friadent.com>

ANKYLOS® | **DENSPLY**
 FRIADENT

Versorgungsstatut

der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern

Körperschaft des öffentlichen Rechts

vom 4. Juli 2009

Auf Grund der §§ 5, 23 und 28 des Heilberufsgesetzes des Landes Mecklenburg-Vorpommern (HeilBerG) vom 22. Januar 1993 (Gesetz und Verordnungsblatt Mecklenburg-Vorpommern 61 Nr. 2122-1) in der Fassung des Gesetzes vom 17. März 2008 (GVOBl M-V 2008, S 106), hat die Kammerversammlung der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern mit Genehmigung des Sozialministeriums des Landes Mecklenburg-Vorpommern das Versorgungsstatut vom 01. Januar 1992, (dens 11/1994), geändert am 20.06.1992, geändert am 22. November 1995, (dens 3/1996), geändert am 21. November 1998 (dens 12/1998), geändert am 20.11.2004 (dens 2/2005), zuletzt geändert am 06.12.2008 (dens 02/2009), nunmehr die Neufassung am 04.07.2009 in der folgenden Fassung beschlossen:

Inhaltsverzeichnis

I. Allgemeine Bestimmungen

- § 1 Rechtsnatur und Aufgaben
- § 2 Verwaltungsorgane
- § 3 Kammerversammlung
- § 4 Versorgungsausschuss
- § 5 Vertretung und Vermögensverpflichtung
- § 6 Versicherungspflicht
- § 7 Mitgliedschaft
- § 8 Fortsetzung der Mitgliedschaft
- § 9 Beitragsfreie Mitgliedschaft
- § 10 Überleitung

II. Beiträge zum Versorgungswerk

- § 11 Beitragszahlung
- § 12 Beitragsbemessung
- § 13 Verwendung der Beiträge und des Vermögens

III. Leistungen des Versorgungswerkes

- § 14 Versorgungsleistungen, Art und Zahlung
- § 15 Altersrente
- § 16 Berufsunfähigkeitsrente
- § 17 Kinderzuschuss
- § 18 Hinterbliebenenrenten
- § 19 Durchführung des Versorgungsausgleichs
- § 20 Anpassung der Bemessungsgrundlage und der laufenden Versorgungsleistungen

IV. Schlussbestimmungen

- § 21 Verjährung
- § 22 Übertragbarkeit des Versorgungsanspruches
- § 23 Abtretung von Schadensersatzansprüchen

- § 24 Geschäftsjahr
- § 25 Übergangsbestimmung, In-Kraft-Treten

I.

Allgemeine Bestimmungen

§ 1 Rechtsnatur und Aufgaben

(1) Das Versorgungswerk ist die Versorgungseinrichtung der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern.

(2) Das Versorgungswerk handelt im Rechtsverkehr unter eigenem Namen und kann als solches klagen und verklagt werden (Teilrechtsfähigkeit).

(3) Das Versorgungswerk hat die Aufgabe, seinen Mitgliedern und deren Hinterbliebenen Versorgungsleistungen nach Maßgabe dieses Statuts zu gewähren.

§ 2 Verwaltungsorgane

Zuständig für die Durchführung der Aufgaben des Versorgungswerkes sind:

- a) die Kammerversammlung der Zahnärztekammer,
- b) der Versorgungsausschuss (geschäftsführender Ausschuss gemäß § 5 Absatz 7 HeilBerG),
- c) der Geschäftsführer.

§ 3 Kammerversammlung

(1) Die Aufgaben der Kammerversammlung für das Versorgungswerk sind:

- a) Änderung des Versorgungsstatuts,
- b) Wahl und Abberufung der Mitglieder des Versorgungsausschusses,
- c) Feststellung des Jahresabschlusses,
- d) Entlastung des Versorgungsausschusses und des Geschäftsführers,
- e) Festsetzung der Bemessungsgrundlage sowie Anpassung der laufenden Versorgungsleistungen und Anwartschaften aus Zuschlägen,
- f) Festsetzung von Grundsätzen für den Abschluss von Überleitungsverträgen mit anderen Versorgungswerken,
- g) Festsetzung der Entschädigungen der Mitglieder des Versorgungsausschusses,
- h) Auflösung des Versorgungswerkes,
- i) Bestellung des Abschlussprüfers,
- j) Auswahl des mathematischen Sachverständigen (Aktuar),
- k) Beschlussfassung über die Geschäftsordnung und Verwaltungsrichtlinien des Versorgungswerkes.
- l) Beschlussfassung über die Durchfüh-

rung von Verwaltungsaufgaben durch andere Zahnärztekammern oder Versorgungseinrichtungen.

(2) ¹Ein Beschluss über die Änderung des Versorgungsstatuts bedarf der Zustimmung von zwei Dritteln, ein Beschluss über die Auflösung des Versorgungswerkes bedarf der Zustimmung von drei Vierteln der Mitglieder der Kammerversammlung. ²Zur Beschlussfassung über die Änderung des Versorgungsstatuts oder über die Auflösung des Versorgungswerkes ist mit einer Frist von mindestens vier Wochen einzuladen.

§ 4

Versorgungsausschuss

(1) ¹Der Versorgungsausschuss besteht aus fünf Mitgliedern. ²Dem Versorgungsausschuss soll ein Mitglied des Vorstandes der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern angehören. ³Jedes Mitglied wird für die Dauer von vier Jahren gewählt. ⁴Die Wiederwahl ist zulässig.

(2) Die Mitglieder des Versorgungsausschusses wählen den Vorsitzenden und dessen Stellvertreter aus ihrer Mitte.

(3) Die Mitglieder des Versorgungsausschusses führen nach Ablauf ihrer Amtszeit die Geschäfte bis zur Übernahme durch die neu bestellten Mitglieder weiter.

(4) ¹Der Versorgungsausschuss ist beschlussfähig, wenn mindestens vier Mitglieder anwesend sind. ²Beschlüsse werden mit einfacher Stimmenmehrheit der anwesenden Ausschussmitglieder gefasst. ³Bei Stimmgleichheit gilt der Beschluss als nicht gefasst.

(5) Dem Versorgungsausschuss obliegt die allgemeine Aufklärung der Mitglieder des Versorgungswerkes und deren Hinterbliebenen über ihre Rechte und Pflichten.

(6) Der Versorgungsausschuss - führt die Geschäfte des Versorgungswerkes, soweit sie nicht durch das Versorgungsstatut oder die Verwaltungsrichtlinie anderen Organen oder durch Vereinbarung anderen Einrichtungen übertragen sind, - führt die Beschlüsse der Kammerversammlung durch, - verwaltet das Vermögen des Versorgungswerkes.

(7) Der Versorgungsausschuss bestellt den Geschäftsführer und dessen Stellvertreter.

(8) ¹Der Versorgungsausschuss entscheidet über die Anträge, die nach diesem Statut gestellt werden; insbesondere setzt er die Versorgungsleistungen für die Mitglieder und deren Hinterbliebene fest. ²Über Widersprüche entscheidet der Vorstand der Zahnärztekammer.

(9) Der Versorgungsausschuss ist verpflichtet, der Kammerversammlung jährlich spätestens bis zum Ablauf des folgenden Geschäftsjahres den vom Rechnungsprüfungsausschuss und vom Abschlussprüfer geprüften Jahresabschluss vorzulegen.

(10) Die Tätigkeit der Mitglieder des Versorgungsausschusses ist ehrenamtlich.

§ 5

Vertretung und Vermögensverpflichtung

(1) Der Vorsitzende des Versorgungsausschusses, im Verhinderungsfall dessen Stellvertreter, vertritt das Versorgungswerk gerichtlich und außergerichtlich.

(2) Erklärungen, die das Versorgungswerk außerhalb der laufenden Geschäfte vermögensrechtlich verpflichten, müssen von dem Vorsitzenden des Versorgungsausschusses, im Verhinderungsfall von dessen Stellvertreter, und dem Geschäftsführer des Versorgungswerks oder dessen Stellvertreter schriftlich abgegeben werden.

§ 6

Versicherungspflicht

(1) ¹Versicherungspflichtig sind alle Mitglieder der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, die im Land Mecklenburg-Vorpommern zahnärztlich tätig sind oder Erwerbseinkommen aus zahnärztlicher Tätigkeit beziehen. ²Jedes Mitglied der Zahnärztekammer hat das Versorgungswerk innerhalb eines Monats von der Aufnahme seiner beruflichen Tätigkeit in Mecklenburg-Vorpommern schriftlich zu benachrichtigen.

(2) Versicherungsfrei sind diejenigen Mitglieder der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, die bei Beginn ihrer Mitgliedschaft

- die Regelaltersgrenze (§ 15 Absatz 1) erreicht haben, oder
- die Voraussetzungen des § 16 Absatz 2 erfüllen, oder
- die Voraussetzungen für die Versicherungsfreiheit in der gesetzlichen Rentenversicherung nach § 5 Absatz 1 SGB VI erfüllen.

(3) ¹Auf Antrag werden von der Versicherungspflicht befreit:

- Versicherungspflichtige Mitglieder einer anderen berufsständischen Versorgungseinrichtung innerhalb der Bundesrepublik Deutschland,
- unselbständige Zahnärzte, die im Anschluss an die Approbation unentgeltlich tätig sind,
- Zahnärzte, die eine Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung der Zahnheilkunde besitzen.

²Anträge auf Befreiung von der Versicherungspflicht müssen innerhalb von drei Monaten nach Vorliegen der Befreiungsvoraussetzung schriftlich gestellt und begründet werden. ³Die Befreiung gilt nur solange, wie die Voraussetzung für die Befreiung gegeben ist.

§ 7

Mitgliedschaft

(1) Die Mitgliedschaft im Versorgungswerk beginnt mit dem Tag des Eintritts der Versicherungspflicht.

(2) ¹Die Versicherungspflicht endet mit dem Eintritt des Versicherungsfalls oder mit Beendigung der Mitgliedschaft in der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern. ²Bei Ende der Versicherungspflicht kann unter den dort genannten Voraussetzungen entweder

- die Mitgliedschaft nach § 8 Absatz 1 freiwillig fortgesetzt,
- die Mitgliedschaft gemäß § 9 beitragsfrei fortgesetzt oder
- die Überleitung der Beiträge nach § 10 beantragt werden.

(3) Zahnärzte ohne die Staatsangehörigkeit eines EU- oder eines EWR-Mitgliedslandes, die ihren Wohnsitz oder ständigen Aufenthalt im EU/EWR-Raum aufgeben, können die Mitgliedschaft nur beitragsfrei fortsetzen.

§ 8

Fortsetzung der Mitgliedschaft

(1) ¹Zahnärzte, deren Versicherungspflicht vor Eintritt eines Versicherungsfalls endet, können auf schriftlichen Antrag die Mitgliedschaft fortsetzen. ²Dies gilt nicht, wenn sie in einer anderen berufsständischen Versorgungseinrichtung im Gebiet der Bundesrepublik Deutschland versicherungspflichtige Mitglieder werden. ³Der Antrag ist innerhalb von sechs Monaten nach Beendigung der Versicherungspflicht zu stellen.

(2) Mitglieder, die nach Absatz 1 die Mitgliedschaft fortsetzen, sind in ihren Rechten und Pflichten grundsätzlich den versicherungspflichtigen Mitgliedern gleichgestellt.

(3) Bei einem Beitragsverzug von mehr als drei Monaten kann die Mitgliedschaft gemäß Absatz 1 beitragsfrei gestellt werden.

§ 9

Beitragsfreie Mitgliedschaft

Mitglieder, deren Versicherungspflicht endet und die weder die Mitgliedschaft freiwillig fortsetzen noch eine Überleitung beantragen setzen ihre Mitgliedschaft beitragsfrei fort.

§ 10

Überleitung

(1) Endet die Mitgliedschaft und wird der Zahnarzt Mitglied einer anderen auf Gesetz beruhenden Versorgungseinrichtung, so werden auf seinen Antrag die von ihm und für ihn geleisteten Beiträge ohne Zinsen an diese Einrichtung übergeleitet, wenn

- der Antrag beim Versorgungswerk oder der anderen Versorgungseinrichtung binnen sechs Monaten seit Beginn der Mitgliedschaft bei der aufnehmenden Versorgungseinrichtung eingegangen ist,
 - die beitragspflichtige Mitgliedschaftszeit 60 volle Monate nicht überschritten hat,
 - ein Überleitungsabkommen mit der anderen Versorgungseinrichtung besteht und
 - die Bestimmungen dieses Abkommens einer Überleitung nicht entgegenstehen.
- Soweit die Überleitung erfolgt ist, erlöschen sämtliche Ansprüche des Zahnarztes gegen das Versorgungswerk.

(2) Erlischt die Mitgliedschaft eines Zahnarztes bei einer anderen auf Gesetz beruhenden Versorgungseinrichtung und tritt die Versicherungspflicht beim Versorgungswerk der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern ein, so werden auf seinen Antrag die von ihm und für ihn geleisteten Beiträge ohne Zinsen an das Versorgungswerk der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern übergeleitet, wenn

- der Antrag beim Versorgungswerk oder der anderen Versorgungseinrichtung binnen sechs Monaten seit Eintritt der Versicherungspflicht eingegangen ist,
- die beitragspflichtige Mitgliedschaftszeit bei der abgebenden Versorgungseinrichtung 60 volle Monate nicht überschritten hat,
- das Mitglied zum Zeitpunkt des Beginns der Versicherungspflicht das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet hat,
- ein Überleitungsabkommen mit der anderen Versorgungseinrichtung besteht und
- die Bestimmungen dieses Abkommens einer Überleitung nicht entgegenstehen.

(3) Übergeleitete Beiträge gelten als rechtzeitig geleistete Versorgungsabgaben.

II.

Beiträge zum Versorgungswerk

§ 11 Beitragszahlung

(1) Das Versorgungswerk erhebt von seinen Mitgliedern monatlich zu zahlende Beiträge

zur Finanzierung der Versorgungsleistungen und der Verwaltungskosten.

(2) Beiträge werden von Beginn der Mitgliedschaft bis zum Ende der Beitragspflicht erhoben.

(3) ¹Die Beiträge sind bis zum drittletzten Bankarbeitstag eines jeden Monats an das Versorgungswerk zu entrichten. ²Auf Beiträge, die nicht bis zum jeweiligen Fälligkeitstage entrichtet worden sind, werden Verzugszinsen in Höhe von 1,0 vom Hundert je angefangenen Monat erhoben.

(4) Im Fall eines Verzuges erfolgt die Beitreibung nach dem Verwaltungsvollstreckungsgesetz für das Bundesland Mecklenburg-Vorpommern.

(5) ¹In besonders begründeten Fällen können die Beiträge gestundet werden. ²Für die Dauer der Stundung werden Zinsen in Höhe von 0,5 vom Hundert je angefangenen Monat erhoben.

§ 12 Beitragsbemessung

(1) Versicherungspflichtige Mitglieder zahlen grundsätzlich für jeden Kalendermonat einen Beitrag in Höhe des jeweiligen Höchstbeitrages der allgemeinen Rentenversicherung.

(2) Angestellte versicherungspflichtige Mitglieder, die gemäß § 6 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI zugunsten des Versorgungswerkes von der allgemeinen Rentenversicherung befreit worden sind, zahlen für jeden Kalendermonat als Beitrag mindestens den Betrag, der ohne diese Befreiung als Beitrag an die allgemeine Rentenversicherung zu entrichten wäre.

(3) ¹Der Mindestbeitrag zum Versorgungswerk beträgt zehn vom Hundert des jeweils geltenden Höchstbeitrages der allgemeinen Rentenversicherung. ²Dies gilt nicht, solange eine öffentlich-rechtliche Einrichtung die Beitragszahlung für das Mitglied kraft Gesetzes übernimmt.

(4) ¹Ein versicherungspflichtiges Mitglied kann eine Minderung des Beitrages beantragen (vorläufiger Teilerlass). ²Der vorläufige Beitrag bemisst sich nach den geschätzten Berufseinkommen. ³Als Berufseinkommen gelten die gesamten Einnahmen aus zahnärztlicher Tätigkeit nach Abzug der Betriebsausgaben. ⁴Die endgültige Festsetzung des Beitrages erfolgt nach Vorlage des Steuerbescheides, ersatzweise eines von einem Steuerberater testierten Jahresabschlusses, spätestens jedoch bei Eintritt eines Versorgungsfalles oder 24 Monate nach Beendigung des Beitragsjahres. ⁵Für Nachzahlungen gilt die Zinsregelung gemäß § 11 Absatz 5 Satz 2 entsprechend.

(5) In besonders begründeten Fällen kann auf Antrag für die Dauer jeweils eines Jahres die Mitgliedschaft im Versorgungswerk ohne Entrichtung von Beiträgen aufrechterhalten werden, wenn für das Mitglied mindestens für 60 Kalendermonate lang Beiträge entrichtet wurden.

(6) ¹Auf Antrag eines Mitgliedes führt das Versorgungswerk die Nachversicherung nach den Bestimmungen des SGB VI durch. ²Die durch Nachversicherung gezahlten Beiträge gelten als rechtzeitig geleistete Versorgungsbeiträge.

(7) ¹Zur Erzielung höherer Leistungen können auf Antrag freiwillige Zuschläge zu den Beiträgen frühestens für den auf den Antrag folgenden Kalendermonat entrichtet werden. ²Das Versorgungswerk behält sich vor, nach Antragstellung eine ärztliche Begutachtung auf Kosten des Antragstellers durchführen zu lassen. ³Der Versorgungsausschuss entscheidet über den Antrag nach pflichtgemäßem Ermessen. ⁴Die Zuschläge sind zusammen mit den Beiträgen zu zahlen. ⁵§ 11 Absätze 2 und 3 gelten entsprechend. ⁶Beiträge und Zuschläge dürfen für ein Kalenderjahr zusammen den in § 5 Absatz 1 Nr. 8 Satz 2 KStG⁷ genannten Höchstbetrag nicht überschreiten. ⁷Die Höhe des Zuschlages kann als fester Betrag oder als fester Prozentsatz des Beitrages nach Absatz 1 gewählt werden. ⁸Die einmal so gewählte Zuschlagshöhe kann beibehalten werden, solange der Zuschlag fortlaufend gezahlt wird oder eine Unterbrechung der Zahlung des Zuschlages insgesamt nicht mehr als sechs Kalendermonate ausmacht. ⁹Soll die Zahlung eines Zuschlages nach einer Unterbrechung von mehr als sechs Monaten wieder aufgenommen werden, so ist ein neuer Antrag nach Satz 1 zu stellen. ¹⁰Das Gleiche gilt, wenn die Höhe des Zuschlages angehoben wird.

§ 13 Verwendung der Beiträge und des Vermögens

(1) ¹Das Vermögen des Versorgungswerkes ist vom Vermögen der Zahnärztekammer unabhängig und getrennt zu verwalten. ²Verbindlichkeiten des Versorgungswerkes sind aus dessen Vermögen zu erfüllen. ³Das Vermögen der Zahnärztekammer haftet nicht für Verbindlichkeiten in versorgungsrechtlichen Angelegenheiten. ⁴Für Verbindlichkeiten der Zahnärztekammer haftet nicht das Vermögen des Versorgungswerkes.

(2) Die Beiträge nach diesem Statut sind von den sonstigen Beiträgen zur Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern verwaltings- und kassenmäßig zu trennen.

(3) Die Mittel des Versorgungswerkes dürfen nur zur Bestreitung der im Heilberufsgesetz des Landes Mecklenburg-Vorpommern (HeilBerG) und in diesem Statut vorge-

sehenen Zwecke verwendet werden; dazu gehören die in diesem Statut vorgesehenen Leistungen, die notwendigen Verwaltungskosten und alle sonstigen zur Erfüllung der Aufgaben des Versorgungswerkes erforderlichen Aufwendungen, sowie die Bildung der erforderlichen Rücklagen und Rückstellungen.

(4) ¹Es ist eine Deckungsrückstellung zu bilden, über deren Höhe jährlich ein versicherungsmathematisches Gutachten zu erstellen ist. ²Näheres ist im technischen Geschäftsplan festzulegen, der insbesondere über die verwendeten Sterbetafeln, den Zinsfuß und die weiteren getroffenen Annahmen Auskunft geben muss.

(5) Die Deckungsmittel des Versorgungswerkes sind entsprechend den Grundsätzen des § 54 des Versicherungsaufsichtsgesetzes und der dazu erlassenen Rechtsverordnungen in der jeweiligen Fassung anzulegen.

(6) ¹Das Versorgungswerk hat für den Schluss eines jeden Geschäftsjahres einen Jahresabschluss (Bilanz und Gewinn- und Verlustrechnung) aufzustellen. ²Es ist eine Verlustrücklage (Sicherheitsrücklage) zu bilden. ³Ergibt sich ein Überschuss sind dieser Verlustrücklage jeweils mindestens 5 % des Überschusses zuzuführen, bis diese 10 % der Deckungsrückstellung erreicht oder nach Inanspruchnahme wieder erreicht hat. ⁴Der weitere Überschuss ist der Rückstellung für Leistungsverbesserungen zuzuführen.

(7) ¹Die Rückstellung für Leistungsverbesserungen ist – soweit sie nicht zur Deckung eines Fehlbetrages herangezogen wird – nur zur Verbesserung der Versorgungsleistungen, insbesondere zur Anhebung der Bemessungsgrundlage gemäß § 20 Absatz 1 und zur Erhöhung der laufenden Versorgungsleistungen gemäß § 20 Absatz 2 zu verwenden. ²Darüber hinaus können der Rückstellung für Leistungsverbesserungen Mittel zur Verstärkung der Deckungsrückstellung entnommen werden, wenn die Rechnungsgrundlagen auf Grund einer nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen.

(8) ¹Ein sich ergebender Fehlbetrag ist aus der Verlustrücklage zu decken. ²Soweit die Verlustrücklage dazu nicht ausreicht, ist der Fehlbetrag innerhalb von drei Jahren aus der Rückstellung für Leistungsverbesserungen, durch Erhöhung der Beiträge, durch Herabsetzung der Bemessungsgrundlage oder der Leistungen oder durch eine Verbindung mehrerer Maßnahmen auszugleichen. ³Über die Maßnahmen, die vom Aktuar vorzuschlagen sind, entscheidet der Versorgungsausschuss mit Zustimmung der Kammerversammlung.

III. Leistungen des Versorgungswerkes

§ 14 Versorgungsleistungen, Art und Zahlung

(1) Das Versorgungswerk gewährt nach Maßgabe der Bestimmungen dieses Versorgungsstatutes folgende Versorgungsleistungen:

- a) Altersrente,
- b) Berufsunfähigkeitsrente,
- c) Kinderzuschuss,
- d) Hinterbliebenenrenten.

(2) Außerdem gewährt das Versorgungswerk Kapitalabfindungen, entsprechend § 18 Absatz 7.

(3) ¹Daneben kann das Versorgungswerk Zuschüsse zu Maßnahmen zur Wiederherstellung der Berufs- /Erwerbsfähigkeit oder zur Abwendung einer drohenden Berufsunfähigkeit gewähren. ²Näheres regelt die Rehabilitationsrichtlinie.

(4) Soweit in diesem Statut nichts anderes bestimmt ist, werden Versorgungsleistungen in Monatsbeträgen vom Beginn des Monats an gewährt, der auf den Monat folgt, in dem der Versorgungsfall eingetreten ist.

(5) Leistungen werden nur auf schriftlichen Antrag gewährt.

(6) ¹Die Versorgungsleistungen nach §§ 15, 16, 17 und 18 Absätze 1 – 6 werden monatlich im Voraus in Teilbeträgen von einem Zwölftel des jeweiligen Jahresbetrages gezahlt. ²Die Kapitalabfindung nach § 18 Absatz 7 wird in einer Summe gezahlt.

§ 15 Altersrente

(1) ¹Mitglieder haben Anspruch auf Altersrente, wenn sie die Regelaltersgrenze erreicht haben. ²Die Regelaltersgrenze wird grundsätzlich mit Vollendung des 67. Lebensjahres erreicht. ³Mitglieder, die vor dem 01.01.1947 geboren sind, erreichen die Regelaltersgrenze mit Vollendung des 65. Lebensjahres; für Mitglieder, die nach dem 31.12.1946 geboren sind, wird die Regelaltersgrenze entsprechend der Anlage I angehoben.

(2) ¹Die Rente wird von dem Kalendermonat an geleistet, zu dessen Beginn die Anspruchsvoraussetzungen für die Rente erfüllt sind, wenn die Rente bis zum Ende des dritten Kalendermonats nach Ablauf des Monats beantragt wird, in dem die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind. ²Bei späterer Antragstellung wird die Rente von dem Kalendermonat an geleistet, in dem die Rente beantragt wird.

(3) ¹Auf Antrag wird die Altersrente schon

vor Erreichen der Regelaltersgrenze gewährt, frühestens jedoch 60 Kalendermonate vor deren Erreichen. ²In diesem Fall wird unter Wegfall der Beitragszahlung die Altersrente um versicherungsmathematisch berechnete Abschläge gekürzt.

(4) ¹Auf Antrag wird der Beginn der Altersrente über das Erreichen der Regelaltersgrenze, jedoch nicht um mehr als 60 Kalendermonate hinausgeschoben. ²In diesem Fall wird die Altersrente um versicherungsmathematisch berechnete Zuschläge erhöht.

(5) ¹Der Jahresbetrag der individuellen Altersrente ergibt sich als Vmhundertertz der Bemessungsgrundlage. ²Dieser Vmhundertertz ist die Gesamtsumme der aus Beiträgen erworbenen jährlichen Steigerungszahlen.

(6) ¹Durch den nach § 12 Absätze 1 – 6 gezahlten Beitrag erwirbt das Mitglied für jedes Geschäftsjahr eine Steigerungszahl. ²Diese jährliche Steigerungszahl ist grundsätzlich das 2,5-fache des Wertes, der sich aus dem im Geschäftsjahr geleisteten Beitrag geteilt durch den für das gleiche Geschäftsjahr gültigen Höchstbeitrag der allgemeinen Rentenversicherung ergibt. ³Für Mitglieder, die nach dem 31.12.1958 geboren sind, wird die nach Satz 2 bestimmte Steigerungszahl für nach dem 31.12.2011 entrichtete Beiträge um den in der Anlage 2 genannten Prozentsatz gekürzt.

(7) ¹Der Jahresbetrag der Altersrente nach Absatz 5 erhöht sich um die Steigerungsbeiträge aus den nach § 12 Absatz 7 gezahlten Zuschlägen. ²Jeder einzelne Steigerungsbeitrag ergibt sich als Vmhundertertz des entrichteten Zuschlags, wobei der maßgebliche Vmhundertertz nach dem Alter des Mitglieds (Kalenderjahr minus Geburtsjahr), für das der Zuschlag entrichtet wurde, aus der diesem Statut als Anlage 3 beigefügten Tabelle zu entnehmen ist. ³Für Mitglieder, die nach dem 31.12.1958 geboren sind, wird der nach Satz 2 bestimmte Steigerungsbetrag für nach dem 31.12.2011 entrichtete Zuschläge um den in der Anlage 2 genannten Prozentsatz gekürzt.

(8) ¹Die Altersrente mindert oder erhöht sich je Monat der Vorverlegung oder Hinausschiebung nach den Absätzen 3 oder 4 um einen Vmhundertertz der nach den Absätzen 5, 6 und 7 ermittelten individuellen Altersrente. ²Die Höhe der Vmhundertertz ist in dem der Aufsichtsbehörde vorgelegten technischen Geschäftsplan für die Vorverlegung und Hinausschiebung des Bezuges der Altersrente festgelegt.

(9) Die Altersrente wird bis zum Ende des Kalendermonats geleistet, in dem das Mitglied verstirbt.

§ 16 Berufsunfähigkeitsrente

(1) ¹Mitglieder haben Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente, wenn sie Beiträge nach § 12 Absatz 1 – 6 entrichtet haben und nicht später als 60 Monate vor Erreichen der Regelaltersgrenze berufsunfähig geworden sind. ²Die Berufsunfähigkeitsrente kann befristet werden. ³Hat ein Mitglied neben den Beiträgen für das zahnärztliche Berufseinkommen Beiträge aus berufsfremder Tätigkeit an das Versorgungswerk entrichtet, so gelten für Berufsunfähigkeit in der berufsfremden Tätigkeit einschränkend nur die Bestimmungen des Absatzes 2.

(2) Berufsunfähig ist ein Zahnarzt, der infolge von Krankheit oder anderen Gebrechen oder Schwächen seiner körperlichen oder geistigen Kräfte voraussichtlich auf Dauer zur Ausübung des zahnärztlichen Berufes unfähig ist und seine zahnärztliche Tätigkeit vollständig einstellt.

(3) a) ¹Zur Beurteilung der Berufsunfähigkeit wird das antragstellende Mitglied auf Kosten des Versorgungswerkes von einem oder mehreren ärztlichen Gutachtern untersucht. ²Die Gutachter werden vom Versorgungsausschuss benannt.

b) ¹Bei ablehnender Beurteilung kann das Mitglied weitere ärztliche Gutachten auf eigene Kosten erstellen lassen. ²Der Gutachter kann vom Mitglied benannt werden.

c) ¹Der Versorgungsausschuss kann beschließen, ein Obergutachten auf Kosten des Versorgungswerkes einzuholen. ²Der Gutachter wird vom Versorgungsausschuss benannt.

(4) Der Versorgungsausschuss kann die Bewilligung oder Weitergewährung der Berufsunfähigkeitsrente mit der Auflage verbinden, dass das Mitglied an Maßnahmen zur Wiederherstellung der Berufsfähigkeit teilnimmt.

(5) ¹Das Versorgungswerk kann bei Mitgliedern, die Berufsunfähigkeitsrente beziehen, die Fortdauer der Berufsunfähigkeit nachprüfen lassen. ²Absatz 3 findet Anwendung. ³Entzieht sich ein Berechtigter ohne triftigen Grund einer Nachuntersuchung oder erfüllt nicht die Auflagen gemäß Absatz 4, so kann die Auszahlung der Rente vorübergehend eingestellt werden, wenn auf diese Folge vorher schriftlich hingewiesen wurde.

(6) ¹Der Fortfall einer der in Absatz 2 genannten Voraussetzungen ist dem Versorgungswerk unverzüglich anzuzeigen. ²Soweit in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die bei Erteilung der Berufsunfähigkeitsrente vorgelegen haben, ins-

besondere anlässlich einer Nachprüfung, eine wesentliche Änderung eintritt, ist der Bescheid über die Gewährung der Berufsunfähigkeitsrente mit Wirkung für die Zukunft aufzuheben.³ Der Bescheid über die Gewährung der Berufsunfähigkeitsrente soll mit Wirkung vom Zeitpunkt der Änderung der Verhältnisse aufgehoben werden, soweit das Mitglied seiner Pflicht zur Mitteilung wesentlicher nachträglicher Änderungen der Verhältnisse vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht nachgekommen ist.⁴ Mit Beendigung der Berufsunfähigkeitsrente lebt die Versicherungspflicht grundsätzlich wieder auf.

(7) Die Berufsunfähigkeitsrente wird vom Beginn des Monats gewährt, für den Berufsunfähigkeit festgestellt worden ist, jedoch nicht vor Ablauf des Anspruches auf zahnärztliches Erwerbs- oder Erwerbsersatzentkommen und nicht früher als drei Monate vor Antragstellung.

(8)¹ Der Jahresbetrag der Berufsunfähigkeitsrente errechnet sich in entsprechender Anwendung der Bestimmungen des § 15 Absatz 5 und 6, jedoch werden zu den durch Beiträge erworbenen Steigerungszahlen die Steigerungszahlen hinzugerechnet, die das Mitglied erworben hätte, wenn es bis zu dem Zeitpunkt, der 60 Monate vor Erreichen der Regelaltersgrenze liegt, für jedes Jahr den Durchschnittswert seiner bisher erworbenen Steigerungszahlen weiter erhalten hätte.² Die Berufsunfähigkeitsrente wird um den gleichen Vomhundertsatz wie eine Altersrente gemäß § 15 Absatz 3 gemindert, die 60 Monate vor Erreichen der Regelaltersgrenze beginnt.

(9) Zur Errechnung des Durchschnitts wird die Summe der erworbenen Steigerungszahlen durch die Summe der in Jahren und Monaten gemäß Absatz 10 berechneten Steigerungszeiten geteilt.

(10) Steigerungszeiten sind alle Zeiten der Mitgliedschaft einschließlich der Zeiten einer etwaigen vorausgegangenen Berufsunfähigkeit.

(11) Wird der Versorgungsfall absichtlich herbeigeführt, werden die Versorgungsleistungen nach § 14 Absatz 1 gewährt, berechnet mit der tatsächlich erreichten Summe der Steigerungszahlen ohne Hinzurechnungen gemäß den Absätzen 8, 9 und 10.

(12)¹ Ist ein früheres Mitglied bei Eintritt des Versorgungsfalles beitragspflichtiges Mitglied bei anderen auf Gesetz beruhenden Versorgungsträgern im Geltungsbereich der VO (EWG) Nr. 1408/71, wird die Zurechnung gemäß Absatz 8 anteilig entsprechend der Mitgliedschaftszeit beim Versorgungswerk

zur gesamten Versicherungszeit bei allen auf Gesetz beruhenden Versorgungsträgern entsprechend Artikel 46 Absatz 2 der VO (EWG) Nr. 1408/71 gewährt, wenn auch die anderen beteiligten Versorgungsträger ihre Versorgungsleistungen nach dieser Regelung berechnen.² Besitzt ein Mitglied bei Eintritt des Versorgungsfalles auch bei anderen auf Gesetz beruhenden Versorgungsträgern im Geltungsbereich der VO (EWG) Nr. 1408/71 Anrechte für den Fall der Berufsunfähigkeit oder des Todes, wird die Zurechnung gemäß Absatz 8 nur anteilig gewährt.

(13)¹ Nach Erreichen der Regelaltersgrenze setzt sich die Berufsunfähigkeitsrente in gleicher Höhe als Altersrente fort, soweit sie sich nicht durch Steigerungsbeträge aus Zuschlägen gemäß § 15 Absatz 7 erhöht.² Endet die Berufsunfähigkeit vor Erreichen der Regelaltersgrenze, so werden dem Mitglied Steigerungszahlen für die Zeit, in der ihm Berufsunfähigkeitsrente gezahlt wurde, in der Höhe gutgeschrieben, in der sie bei der Berechnung der Berufsunfähigkeitsrente berücksichtigt wurden.

(14) Verstirbt ein Bezieher von Berufsunfähigkeitsrente vor Erreichen der Regelaltersgrenze, wird Berufsunfähigkeitsrente bis zum Ende des Kalendermonats geleistet, in dem das Mitglied verstirbt.

§ 17 Kinderzuschuss

(1)¹ Neben der Altersrente oder neben der Berufsunfähigkeitsrente wird für jedes Kind des versorgungsberechtigten Mitgliedes ein Kinderzuschuss gezahlt.² Die Zahlung erfolgt bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.³ Im Falle der Schul- und Berufsausbildung an einer staatlich anerkannten Ausbildungs- oder Lehrstätte, wird die Zahlung längstens bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres fortgesetzt.⁴ Dies gilt nicht, wenn dem Kind nach Vollendung des 18. Lebensjahres ein höheres Gesamteinkommen als der jeweilige Höchstbeitrag in der allgemeinen Rentenversicherung zur Verfügung steht.⁵ Wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Ableistung des Pflichtwehrdienstes, des zivilen Ersatzdienstes oder des Pflichtdienstes im zivilen Bevölkerungsschutz oder eines gleichstehenden Dienstes verzögert, so wird der Kinderzuschuss für einen der Zeit dieses Pflichtdienstes entsprechenden Zeitraum über das 25. Lebensjahr hinaus gewährt, soweit der Pflichtdienst vor Vollendung des 25. Lebensjahres geleistet worden ist.

(2) Für die Berücksichtigung als Kind gelten die Bestimmungen des § 32 EStG entsprechend².

(3) Für jedes Kind beträgt der Kinderzuschuss ein Zehntel der für das Mitglied zu zahlenden

Alters- oder Berufsunfähigkeitsrente.

(4)¹ Der Kinderzuschuss wird von dem Kalendermonat an geleistet, zu dessen Beginn die Anspruchsvoraussetzungen für den Kinderzuschuss erfüllt sind, wenn der Kinderzuschuss bis zum Ende des dritten Kalendermonats nach Ablauf des Monats beantragt wird, in dem die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind.² Bei späterer Antragstellung wird der Kinderzuschuss von dem Kalendermonat an geleistet, in dem der Kinderzuschuss beantragt wird.³ Der Kinderzuschuss wird bis zum Ende des Kalendermonats gewährt, in dem die Anspruchsvoraussetzungen entfallen.

§ 18 Hinterbliebenenrenten

(1) Nach dem Tode eines Mitgliedes erhalten die Hinterbliebenen eine Witwen-, Witwer- oder Waisenrente.

(2) Der Anspruch auf Witwenrente oder Witwerrente nach Absatz 1 besteht nicht, wenn

- (a) die Ehe mit dem Mitglied zum Zeitpunkt des Todes
 - weniger als zwei Jahre bestand,
 - nach Beginn der Alters- oder Berufsunfähigkeitsrente geschlossen wurde und weniger als fünf Jahre bestand.
- (b) der Witwer oder die Witwe sich einer strafbaren Handlung schuldig macht, welche den Tod des Mitgliedes verursacht oder beschleunigt hat, es sei denn, dass der Versorgungsausschuss unter Berücksichtigung besonderer Umstände die Leistungen ganz oder teilweise gewährt.

(3) Die Witwen- und Witwerrente beträgt zwei Drittel, die Halbwaisenrente ein Sechstel und die Vollwaisenrente ein Drittel der nachstehend unter a) und b) errechneten Rente.

- a) Bezog das Mitglied Alters- oder Berufsunfähigkeitsrente, so erfolgt die Berechnung nach dieser Rente.
- b) Bezog das Mitglied keine Alters- oder Berufsunfähigkeitsrente, so gilt für die Berechnung der Rente § 16 Absatz 8.

(4) Bezog das Mitglied keine Altersrente, so erhöht sich die nach Absatz 3 bestimmte Witwen- oder Witwerrente um zwei Drittel, die Halbwaisenrente um ein Sechstel und die Vollwaisenrente um ein Drittel der nach § 15 Absatz 7 zu bestimmenden Steigerungsbeträge aus den nach § 12 Absatz 7 gezahlten Zuschlägen.

(5) Ist der Versorgungsausgleich durchgeführt worden und verstirbt der ausgleichspflichtige Ehegatte nach diesem Zeitpunkt, gilt bei der Berechnung der Waisenrente die

§ 19
Durchführung des
Versorgungsausgleichs

nach § 19 Absatz 6 vorgenommene Kürzung als nicht erfolgt.

(6) ¹Die Witwen- und Witwerrente ist zu kürzen um drei vom Hundert für jedes angefangene Jahr des Altersunterschiedes über zehn Jahre, wenn die Witwe oder der Witwer mehr als zehn Jahre jünger als das verstorbene Mitglied war. ²Die Kürzung darf 50 vom Hundert nicht übersteigen.

(7) ¹Für eine Witwe oder einen Witwer, die/der wieder heiratet, entfällt mit dem Ablauf des Monats, in dem die neue Ehe geschlossen wird, die Witwen- oder Witwerrente. ²In diesem Fall wird der Witwe oder dem Witwer eine Kapitalabfindung gewährt,

- a) bei Wiederverheiratung vor Vollendung des 35. Lebensjahres das Sechzigfache ihrer/seiner zuletzt bezogenen Monatsrente,
- b) bei Wiederverheiratung bis zum vollendeten 45. Lebensjahr das Achtundvierzigfache ihrer/seiner zuletzt bezogenen Monatsrente,
- c) bei Wiederverheiratung nach Vollendung des 45. Lebensjahres das Sechsu nddrei ßigfache ihrer/seiner zuletzt bezogenen Monatsrente.

(8) Ergibt sich an Witwen- beziehungsweise Witwerrente und Waisenrente ein höherer Betrag als die Alters- oder Berufsunfähigkeitsrente einschließlich der Kinderzuschüsse, so werden die einzelnen Bezüge im gleichen Verhältnis auf die Höhe der Alters- oder Berufsunfähigkeitsrente einschließlich der Kinderzuschüsse gekürzt.

(9) ¹Hinterbliebenenrenten werden von dem Kalendermonat an geleistet, zu dessen Beginn die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind, wenn sie bis zum Ende des dritten Kalendermonats nach Ablauf des Monats beantragt werden, in dem die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind. ²Bei späterer Antragstellung werden die Hinterbliebenenrenten von dem Kalendermonat an geleistet, in dem sie beantragt werden.

(10) ¹Die Zahlung einer Waisenrente erfolgt bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. ²Im Falle der Schul- und Berufsausbildung an einer staatlich anerkannten Ausbildungs- oder Lehrstätte, wird die Zahlung längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres fortgesetzt. ³§ 17 Absatz 1, Sätze 4 und 5 finden entsprechende Anwendung.

(11) Die Hinterbliebenenrenten werden längstens bis zum Ende des Kalendermonats geleistet, in dem die/der Berechtigte verstirbt.

(1) Für die Übertragung und Begründung von Rentenanwartschaften durch das Familiengericht findet Anwendung § 1587 ff BGB (Bürgerliches Gesetzbuch) in Verbindung mit dem Gesetz zur Regelung von Härten im Versorgungsausgleich vom 21. Februar 1983 (BGBl.I.S.105) und dem Gesetz über weitere Maßnahmen auf dem Gebiet des Versorgungsausgleichs vom 8. Dezember 1986 (BGBl.I./S.2317).

(2) Folgende Regelungen finden rückwirkend ab 1. Januar 1987 bis zum 31. August 2009 Anwendung:

- a) ¹Sind beide Ehegatten Mitglieder berufsständischer Versorgungseinrichtungen, so kann im Falle der Scheidung der öffentlich-rechtliche Versorgungsausgleich innerhalb der berufsständischen Versorgungswerke durchgeführt werden. ²Maßgebend hierfür ist die Entscheidung des Familiengerichts.
- b) Ist der ausgleichsberechtigte Ehegatte nicht Mitglied einer berufsständischen Versorgungseinrichtung, wird im Falle der Scheidung der öffentlich-rechtliche Versorgungsausgleich entsprechend dem Quasisplitting-Verfahren für Beamte (§ 1587 b Absatz 2 BGB) durchgeführt.

(3) ¹Mit Wirkung zum 01. September 2009 treten für die gemäß VersAusglG zu behandelnden Scheidungsverfahren nachfolgende Versorgungsausgleichsregelungen in Kraft. ²Ist der ausgleichspflichtige Ehegatte Mitglied des Versorgungswerkes, findet die interne Teilung nach Maßgabe der Absätze 4 bis 8 statt.

(4) Für den ausgleichsberechtigten Ehegatten wird mit Eintritt der Rechtskraft der Entscheidung des Familiengerichts ein eigenständiges, von dem ausgleichspflichtigen Ehegatten und dessen Überleben unabhängiges Anrecht auf Gewährung von Versorgungsleistungen begründet. Die Durchführung des Versorgungsausgleiches führt nicht dazu, dass der ausgleichsberechtigte Ehegatte Mitglied des Versorgungswerkes wird. ³Insbesondere ist eine Ausweitung des im Wege des Versorgungsausgleichs erworbenen Anrechts ausgeschlossen.

(5) ¹Der Ehezeitanteil im Sinne des § 5 VersAusglG ist die Summe der während der Ehezeit erworbenen Steigerungszahlen des ausgleichspflichtigen Ehegatten. ²Steigerungszahlen angebrochener Jahre werden zeitanteilig berücksichtigt. Der Ausgleichswert des ausgleichsberechtigten Ehegatten beträgt die Hälfte des Ehezeitanteils.

(6) ¹Das Versorgungswerk ist berechtigt, die bei der internen Teilung entstehenden Kosten jeweils hälftig, pauschal in Höhe von 2 % des Ehezeitanteils mit den Anrechten der Ehegatten zu verrechnen. ²Hierzu wird der Ausgleichswert des ausgleichsberechtigten Ehegatten um 2 % vermindert und der Wert, um den das Anrecht des ausgleichspflichtigen Ehegatten zu kürzen ist, um 2 % erhöht. ³Sobald durch Entscheidung des Familiengerichts rechtskräftig ein Anrecht für den ausgleichsberechtigten Ehegatten begründet worden ist, wird die Summe der Steigerungszahlen des ausgleichspflichtigen Ehegatten um den Ausgleichswert unter Berücksichtigung der Kosten nach Satz 2 gekürzt.

(7) ¹Ist der ausgleichsberechtigte Ehegatte kein Mitglied des Versorgungswerkes, wird sein Anrecht auf eine Altersversorgung nach § 15 beschränkt; das erworbene Anrecht umfasst somit keine Hinterbliebenen- oder Berufsunfähigkeitsrente. ²Als Ausgleich für diese Beschränkung erhöht sich das Anrecht des ausgleichsberechtigten Ehegatten auf Altersrente um 6,0 % sowie für jedes Jahr zwischen dem Zeitpunkt der Rechtshängigkeit des Scheidungsverfahrens und der Vollendung des 62. Lebensjahres des ausgleichsberechtigten Ehegatten um weitere 0,4 %, dabei sind angefangene Jahre als volle Jahre zu berücksichtigen.

(8) ¹Sind beide Ehegatten Mitglieder des Versorgungswerkes, werden die ihnen jeweils zustehenden und nach Maßgabe des Absatzes 4 Satz 1 und Absatzes 5 errechneten Anrechte in Verrechnung miteinander gebracht. ²Absatz 6 Satz 3 gilt mit der Maßgabe, dass die Berücksichtigung der Teilungskosten entfällt. ³§ 18 Absatz 5 findet keine Anwendung.

(9) ¹Ist ein Mitglied des Versorgungswerkes in einem Versorgungsausgleichsverfahren ausgleichspflichtig, kann eine externe Teilung gemäß § 14 VersAusglG vorgenommen werden. ²Absatz 6 Satz 3 gilt mit der Maßgabe, dass die Berücksichtigung der Teilungskosten entfällt. ³Sobald gemäß der rechtskräftigen Entscheidung des Familiengerichts ein Kapitalwert für die Begründung des Anrechts des ausgleichsberechtigten Ehegatten an den gewählten Versorgungsträger übertragen worden ist, wird die Summe der Steigerungszahlen des ausgleichspflichtigen Ehegatten um den gemäß Absatz 5 Satz 2 bestimmten Ausgleichswert des ausgleichsberechtigten Ehegatten gekürzt.

(10) Der korrespondierende Kapitalwert gemäß § 47 VersAusglG ist als Barwert nach versicherungsmathematischen Grundsätzen zu bestimmen.

(11) Ausgleichspflichtige Mitglieder können die Kürzung ihres Anrechts gemäß Absatz 6 Satz 3 durch Beitragszahlung ganz oder teilweise abwenden, soweit die Bestimmungen des § 5 Absatz 1 Nr. 8 Satz 2 KStG nicht entgegen stehen. ²Die Regelungen des § 15 Absatz 6 gelten für diese Beiträge entsprechend.

(12) ¹Die weiteren Einzelheiten können durch gesonderte Richtlinien festgelegt werden. ²Im Übrigen gelten für den Versorgungsausgleich ergänzend die Regelungen des VersAusglG.

§ 20 Anpassung der Bemessungsgrundlage und der laufenden Versorgungsleistungen

(1) Die Höhe der Bemessungsgrundlage wird für das kommende Jahr von der Kammerversammlung im laufenden Jahr aufgrund des Jahresabschlusses und der nach versicherungsmathematischen Grundsätzen aufgestellten Bilanz (§ 13) des vorangegangenen Jahres festgesetzt.

(2) Zugleich mit der Festsetzung der Bemessungsgrundlage hat die Kammerversammlung über die einheitliche Anpassung der laufenden Versorgungsleistungen und der Anwartschaften aus Zuschlägen, die bis zum Ende des laufenden Jahres nach § 12 Absatz 7 entrichtet wurden zu entscheiden.

(3) Die laufenden Versorgungsleistungen sind um mindestens die Hälfte des Vomhundertsatzes zu erhöhen, um den die Bemessungsgrundlage von einem Jahr zum nächsten steigt.

(4) Eine Erhöhung der Bemessungsgrundlage und der laufenden Versorgungsleistungen muss durch die Rückstellung für Leistungsverbesserungen und unter Berücksichtigung der zum Zeitpunkt der Erhöhung geltenden Beiträge gedeckt sein.

IV. Schlussbestimmungen

§ 21 Verjährung

Der Anspruch auf Versorgungsleistungen verjährt in vier Jahren vom Schluss des Jahres an, in dem der Anspruch auf die Versorgungsleistungen entstanden ist.

§ 22 Übertragbarkeit des Versorgungsanspruches

¹Ansprüche auf Leistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. ²Für die Pfändung gilt § 54 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch entsprechend.

§ 23 Abtretung von Schadensersatzansprüchen

(1) ¹Soweit das Versorgungswerk Versorgungsleistungen gewährt, die wegen eines Ereignisses beansprucht werden können, aufgrund dessen der Leistungsberechtigte Schadensersatzansprüche vergleichbarer Art gegen Dritte hat, ist der Leistungsberechtigte verpflichtet, diese an das Versorgungswerk abzutreten. ²Die Abtretung kann nicht zum Nachteil des Leistungsberechtigten erfolgen.

(2) ¹Der Leistungsberechtigte hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruches dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch das Versorgungswerk soweit erforderlich mitzuwirken. ²Verletzt er diese Obliegenheit vorsätzlich, ist das Versorgungswerk insoweit nicht zur Leistung verpflichtet, als es infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann.

(3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Leistungsberechtigten gegen einen mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebenden Familienangehörigen, ist der Leistungsberechtigte nicht zur Abtretung verpflichtet, es sei denn, der Familienangehörige hat den Schaden vorsätzlich herbeigeführt.

§ 24 Geschäftsjahr

Das Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr.

§ 25 Übergangsbestimmung, Inkrafttreten

(1) ¹Mitglieder der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, die am 1. Januar 1992 das 50. Lebensjahr vollendet haben, können auf Antrag Zuschläge nach § 12 Absatz 7 entrichten, ohne dass sie Pflichtmitglieder nach § 6 sind und Beiträge nach § 12 Absatz 1 – 6 entrichten. ²Der Antrag ist bis zum 30. Juni 1992 schriftlich bei dem Versorgungswerk der Zahnärztekammer zu stellen; über den Antrag entscheidet der Versorgungsausschuss. ³Die Höhe der Renten bestimmt sich für diese Mitglieder ausschließlich nach § 15 Absatz 7 und 8, § 18 Absatz 4 und 6.

(2) Versorgungsleistungen, die bis zum Inkraft-Treten dieser Satzungsneufassung freiwillig wurden, bleiben unberührt.

(3) Berufsangehörige, bei denen die Pflichtmitgliedschaft im eigenen oder einem anderen Versorgungswerk im Bundesgebiet nach altem Recht ausgeschlossen war, bleiben weiterhin von der Pflichtmitgliedschaft ausgenommen.

(4) ¹Für Mitglieder des Versorgungswerkes,

bei denen die Mitgliedschaft vor dem 01.01.2009 begonnen hat und nach dem 31.12.2008 und vor dem 01.01.2014 (Übergangszeit) ein Versorgungsfall eintritt, wird der Unterschiedsbetrag zwischen der Berufsunfähigkeitsrente nach dem bis zum 31.12.2008 geltenden Statut und der Berufsunfähigkeitsrente nach § 16 dieses Statuts festgestellt. ²Dieser Unterschiedsbetrag wird im Verhältnis der Zeit vom 01.01.2009 bis zum Ende des Monats, in dem der Versorgungsfall eintritt, und der Dauer der Übergangszeit (60 Monate) gekürzt. ³Die Berufsunfähigkeitsrente nach § 16 dieses Statuts wird um den so gekürzten Unterschiedsbetrag erhöht.

(5) ¹Das Versorgungsstatut tritt nach der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde am Tage nach der Veröffentlichung in Kraft. Gleichzeitig tritt das Statut vom 01.01.1992, geändert am 20.06.1992, geändert am 22.11.1995 (dens 3/1996), geändert am 21.11.1998 (dens 12/1998), geändert am 20.11.2004 (dens 2/2005), zuletzt geändert am 06.12.2008 (dens 02/2009), außer Kraft.

1) Von der Körperschaftsteuer sind befreit 8. öffentlich-rechtliche Versicherungs- und Versorgungseinrichtungen von Berufsgruppen, deren Angehörige auf Grund einer durch Gesetz angeordneten oder auf Gesetz beruhenden Verpflichtung Mitglieder dieser Einrichtung sind, wenn die Satzung der Einrichtung die Zahlung keiner höheren jährlichen Beiträge zulässt als das Zwölfwache der Beiträge, die sich bei einer Beitragsbemessungsgrundlage in Höhe der doppelten monatlichen Beitragsbemessungsgrenze in der allgemeinen Rentenversicherung ergeben würden. ²Ermöglicht die Satzung der Einrichtung nur Pflichtmitgliedschaften sowie freiwillige Mitgliedschaften, die unmittelbar an eine Pflichtmitgliedschaft anschließen, so steht dies der Steuerbefreiung nicht entgegen, wenn die Satzung die Zahlung keiner höheren jährlichen Beiträge zulässt als das Fünfzehnfache der Beiträge, die sich bei einer Beitragsbemessungsgrundlage in Höhe der doppelten monatlichen Beitragsbemessungsgrenze in der allgemeinen Rentenversicherung ergeben würden;

*2) § 32 Kinder, Freibeträge für Kinder
(1) Kinder sind 1. im ersten Grad mit dem Steuerpflichtigen verwandte Kinder, 2. Pflegekinder (Personen, mit denen der Steuerpflichtige durch ein familienähnliches, auf längere Dauer berechnetes Band verbunden ist, sofern er sie nicht zu Erwerbszwecken in seinen Haushalt aufgenommen hat und das Obhuts- und Pflegeverhältnis zu den Eltern nicht mehr besteht).*

Schwerin, den 04. Juli 2009
Versorgungswerk der
Zahnärztekammer
Mecklenburg-Vorpommern

Anlage 1

Versorgungswerk der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern			
Tabelle zur Anhebung der Regelaltersgrenze gemäß § 15 Absatz 1			
Geburtsjahr		Regelaltersgrenze	
bis 1946	65 Jahre	0 Monate	
1947	65 Jahre	2 Monate	
1948	65 Jahre	4 Monate	
1949	65 Jahre	6 Monate	
1950	65 Jahre	8 Monate	
1951	65 Jahre	10 Monate	
1952	66 Jahre	0 Monate	
1953	66 Jahre	2 Monate	
1954	66 Jahre	4 Monate	
1955	66 Jahre	6 Monate	
1956	66 Jahre	8 Monate	
1957	66 Jahre	10 Monate	
ab 1958	67 Jahre	0 Monate	

Anlage 2

Versorgungswerk der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern			
Kürzungsprozentsatz gemäß § 15 Absatz 6 und Absatz 7			
Geburtsjahr	Prozentsatz	Geburtsjahr	Prozentsatz
bis 1958	0.00	1989	6.12
1959	0.24	1990	6.28
1960	0.47	1991	6.44
1961	0.70	1992	6.60
1962	0.93	1993	6.76
1963	1.16	1994	6.91
1964	1.38	1995	7.06
1965	1.60	1996	7.22
1966	1.82	1997	7.36
1967	2.03	1998	7.51
1968	2.24	1999	7.66
1969	2.45	2000	7.80
1970	2.66	2001	7.95
1971	2.86	2002	8.09
1972	3.06	2003	8.23
1973	3.26	2004	8.37
1974	3.45	2005	8.51
1975	3.64	2006	8.64
1976	3.84	2007	8.78
1977	4.02	2008	8.91
1978	4.21	2009	9.04
1979	4.40	2010	9.17
1980	4.58	2011	9.30
1981	4.76	2012	9.43
1982	4.94	2013	9.56
1983	5.11	2014	9.68
1984	5.28	2015	9.81
1985	5.46	2016	9.93
1986	5.62	2017	10.06
1987	5.79	2018	10.18
1988	5.96	2019	10.30

Anlage 3

Versorgungswerk der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern zur Berechnung der Steigerungsbeträge nach § 15 Absatz 7				
Alter	Vomhundertsatz ab 01.01.2009	Vomhundertsatz vom 01.01.2007 bis 31.12.2006	Vomhundertsatz vom 01.01.1999 bis 31.12.2006	Vomhundertsatz vor dem 01.01.1999
Jahre	%	%	%	%
25	23.67	23.37	29.83	34.89
26	22.86	22.58	28.67	33.58
27	22.08	21.81	27.58	32.31
28	21.33	21.08	26.52	31.10
29	20.60	20,37	25.50	29.92
30	19.91	19.68	24.52	28.81
31	19.23	19.02	23.58	27.72
32	18.58	18.38	22.68	26.68
33	17.95	17.76	21.81	25.68
34	17.34	17.16	20.98	24.71
35	16.76	16.59	20.18	23.79
36	16.19	16,03	19.41	22.90
37	15.65	15.49	18.67	22.04
38	15.12	14.97	17.96	21.21
39	14.61	14.47	17.28	20.42
40	14.12	13.98	16.62	19.66
41	13.64	13.51	15.98	18.92
42	13.18	13.06	15.38	18.21
43	12.74	12.62	14.79	17.53
44	12.31	12.20	14.23	16.87
45	11.90	11.79	13.68	16.24
46	11.50	11.39	13.16	15.63
47	11.11	11.01	12.66	15.04
48	10.73	10.64	12.18	14.47
49	10.37	10.28	11.71	13.93
50	10.02	9.93	11.26	13.40
51	9.68	9.60	10.83	12.89
52	9.35	9.27	10.41	12.40
53	9.04	8.95	10.01	11.92
54	8.73	8.65	9.62	11.46
55	8.43	8.35	9.25	11.02
56	8.14	8.06	8.89	10.59
57	7.86	7.79	8.54	10.18
58	7.59	7.51	8.20	9.78
59	7.33	7.25	7.88	9.39
60	7.07	7.00	7.56	9.01
61	6.83	6.75	7.26	8.65
62	6.59	6.51	6.97	8.29
63	6.36	6.28	6.69	7.95
64	6.14	6.06	6.42	7.61
65	5.92	5.84	6.23	8.06
66	5.72	5.65	6.01	7.86
67	5.52	5.48	5.80	7.65
68	5.35	5.32	5.62	7.48
69	5.21	5.18	5.45	7.31
70	5.09	5.07	5.31	7.17
71	4.99			
72	4.91			

Alter des Mitgliedes in der Mitte des Kalenderjahres, für das der Zuschlag entrichtet wurde bis 2008 ab 2009 Alter des Mitgliedes minus Geburtsjahr.