

Ausgabe

39/10

Mittwoch

29. Sept. 2010

Einzelpreis € 1,50

ISSN 2190-9997

www.dzw.de

Die Zahnarzt Woche **DZW**

Unabhängige Wochenzeitung für Zahnarzt und Dentalmarkt

■ **ZÄK Hamburg:**

**Kommunen wollen sparen –
auch beim Schulzahnarzt**

■ **Zahnarzt-Imagestudie 2010:**

**Mehr Kostenberatung als
Fachberatung erwünscht**

■ **Premium-Partner:**

**Heraeus – Die Chemie
des natürlichen Lächelns**

■ **DGZMK-Röntgenberatung:**

**Netzwerk von Spezialisten
hilft beim eigenen QM**

■ **In dieser Ausgabe:**

**Sonderseiten Internet
„Preiswert Daten sichern“**

Erkenntnisse nicht nur für den parodontologischen Spezialisten

DGP-ARPA-Tagung in Bonn – „Exzellenz in der Forschung –
Exzellenz in der Praxis“

Das Motto „Exzellenz in der Forschung – Exzellenz in der Praxis“ und das Editorial im DGP-Organ *Parodontologie* der Professoren Dr. Dr. Søren Jepsen und Dr. Ulrich Schlegelhauf zur DGP-ARPA-Herbsttagung 2010 in Bonn Mitte September dokumentieren die deutlichen Fortschritte in der parodontologischen Forschung in Deutschland, obwohl die Parodontologie an den deutschen Universitäten personell und curricular nach wie vor unterrepräsentiert ist.

Sicherlich ist das Fortbildungsinteresse und damit der Kenntnisstand in der Praxis inzwischen erheblich angewachsen, aber ob das Gros der praktizierenden Zahnärzte die mit der parodontologischen Prävention, Diagnostik und

Therapie verbundenen Herausforderungen wirklich erkannt hat, lässt sich zum Beispiel aus den Statistiken im KZBV-Jahrbuch 2009 noch nicht ablesen. Aber das ist ein Thema, das – ähnlich wie in der Endodontie – einer intensiven Analyse und Bewertung bedarf.

Erfreulich ist auf jeden Fall – und das hat auch die gemeinsame Tagung in Bonn gezeigt –, dass die DGP-Forschungsförderung und die ARPA-Wissenschaftsstiftung sowie die erstmalige Unterstützung durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) die parodontologische Forschung geradezu beflügelt hat. Dass das interdisziplinäre DGP-Masterprogramm „Parodontologie und Implantologie“ erfolgreich ist, rundet das positive Bild ab. Aus dem vielfältigen DGP-ARPA-Programm wurden für diesen Bericht bewusst die sogenannten praxisnahen Themen ausgewählt.

Warum verlieren Patienten mit aggressiver Parodontitis in der Nachsorge Zähne? Auf der Suche nach den patientenbezogenen Risikofaktoren für den Zahnverlust nach systematischer Therapie ei-

ner aggressiven Parodontitis (AgP) wurde von A. Bäumer et al. (Heidelberg und Frankfurt [Main]) [1] festgestellt, dass Rauchen, ein niedriger sozialer Status und ein negativer IL-1-Polymorphismus (= Interleukin-1-induzierte Knochenresorption) den Zahnverlust begünstigen. Rauchen und unregelmäßige Zahn- und Mundhygienemaßnahmen erhöhen das Risiko für das Auftreten eines Rezidivs.

Mundgesundheitszustand bei akutem Koronarsyndrom (AK): Bei dieser Studie von D. Ziebolz et al. (Göttingen) [2] wurden der Mundgesundheitszustand von Patienten mit akutem Koronarsyndrom und einer Kontrollgruppe mit gesunden Patienten verglichen. Bei den Patienten der AK-Gruppe führte eine ungünstige Zahn- und Mundhygiene zu signifikant erhöhtem Zahnverlust und Entzündungen der Gingiva. Es könnte auch ein erhöhtes Risiko für das akute Koronarsyndrom bestehen.

Parodontal eigentlich hoffnungslose Zähne doch zu retten? Parodontal erkrankte Zähne mit sonderbarem Attachmentniveau
(Fortsetzung auf Seite 4)

Reform der vertrags- zahnärztlichen Vergütung „in dieser Legislaturperiode“

Strukturreform erneut verschoben – reines Kostendämpfungsgesetz

Die vonseiten der Zahnärzteschaft nach wie vor angemahnten Strukturreformen in der vertragszahnärztlichen Versorgung, vor allem in der Vergütung, sind erneut herausgeschoben worden. Hieß es zunächst, die aus dem Referentenentwurf des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) gleich wieder gestrichene Reform werde noch 2011 in Angriff genommen, heißt es nun: „Weitere Regelungen zur strukturellen Fortentwicklung des vertragszahnärztlichen Vergütungssystems erfolgen im Laufe dieser Legislaturperiode.“

So steht es lapidar auf Seite 54 in der Begründung des in der vergangenen Woche vom Bundeskabinett verabschiedeten Referentenentwurfs für das „Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG)“.

Ebenfalls nicht enthalten sind die diskutierten Erleichterungen für die Kostenerstattung, die auch von Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler in den vergangenen elf Monaten immer wieder versprochen wurde. Von allen Seiten gab und gibt es seit dem Kabinettsbeschluss heftige Kritik am Gesetzesentwurf, der sich aus Sicht

der meisten Kritiker als reines Kostendämpfungspapier zulasten der Versicherten und Leistungserbringer mit einigen Boni für die Private Krankenversicherung darstellt. Besonders heftige Kritik kommt wie zu erwarten aus der eigenen Regierung, die CSU kündigte einen „harten Kurs“ gegen Rösler an. Ihr sind vor allem die niedrigeren Honorare in den Hausarztverträgen ein Dorn im Auge, die bayerischen Ärzte sollen zudem einen höheren Anteil an den Honorarzuwächsen bekommen.

Rösler selbst verteidigte den Gesetzesentwurf: „Durch eine gemeinsame Anstrengung von Beitrags- und Steuerzahlern und Leistungserbringern wird 2011 ein Mil-

liarden-Defizit in der Gesetzlichen Krankenversicherung verhindert. Auch dauerhaft wird das System stabilisiert – durch das Umsteuern hin zu einkommensunabhängigen Zusatzbeiträgen mit einem automatischen und unbürokratischen Sozialausgleich, finanziert über Steuermittel. Damit beziehen wir erstmals alle Einkommensarten, vor allem auch höhere Einkommen, in die Solidarität ein. Mit der Reform werden die Voraussetzungen für einen funktionsfähigen Wettbewerb geschaffen, der zu mehr Qualität und Effizienz in der medizinischen Versorgung führt und den Versicherten und Patienten zugute kommt.“ Rösler rechnet nach wie vor nicht damit, dass die Mehrzahl der Kassen bereits 2011 Zusatzbeiträge erheben muss.

Auf der Seite der Zahnärzte zeigte man sich angesichts der erneuten Verschiebung der Strukturreformen enttäuscht, andererseits gebe dies auch Zeit, gegenüber der Politik die im ersten Entwurf
(Fortsetzung auf Seite 4)

„Master of Science Kieferorthopädie“ darf in Deutschland geführt werden

Weder Verwechslungsgefahr mit Fachzahnarzt noch Irreführung –
Bundesgerichtshof zieht Schlusstrich

Der Bundesgerichtshof (BGH) hat in einer erst jetzt begründeten Entscheidung vom 18. März 2010 (Az.: I ZR 172/08) entschieden, dass Zahnärzte, denen der akademische Grad „Master of Science Kieferorthopädie“ verliehen wurde, weder berufswidrig noch irreführend handeln, wenn sie den Titel zur Kennzeichnung ihrer Berufstätigkeit führen.

Damit beendete der BGH in der vergangenen Woche einen seit Jahren schwelenden Streit (die DZW

berichtete mehrfach). Seit acht Jahren bietet die Push GmbH – Postgraduale Universitätsstudien für Heilberufe, Bonn, an der österreichischen Donau-Universität Krems Studiengänge zum Master of Science (MSc) vor allem für Zahnärzte an, unter anderem auch im Bereich Kieferorthopädie. Fast genauso lange bemühen sich Interessvertreter der Kieferorthopäden, die Führung dieser Masterbezeichnung in Deutschland verbieten zu lassen. Die Kieferorthopäden beanstandeten die Angabe

des Titels im Rahmen der Außer-darstellung der Studienabsolventen. Sie meinten, die Führung der Bezeichnung „Kieferorthopädie“ sei denjenigen Zahnärzten vorbehalten, die eine entsprechende Weiterbildung nach den Heilberufsgesetzen absolviert haben. Auch führe die parallele Verwendung der Bezeichnung „Fachzahnarzt für Kieferorthopädie“ und „Master of Science Kieferorthopädie“ zu Verwechslungen, denn die deutsche Bevölkerung habe
(Fortsetzung auf Seite 4)

Reform der vertragszahnärztlichen Vergütung ...

(Fortsetzung von Seite 1)
noch fehlenden Elemente intensiv zu vermitteln, so Dr. Jürgen Federwitz, Vorstandsvorsitzender der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), gegenüber der DZW-Redaktion.

Die IGZ – Interessengemeinschaft Zahnärztlicher Verbände Deutschland e.V. begrüßte, dass die Beiträge zur Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wieder auf den alten Stand angehoben werden. Den Rückfall in die alte Kostendämpfungsstrategie sehe man allerdings als Fehler an. „Der Bevölkerung wird der Eindruck vermittelt, es gehe alles gerecht zu, wenn nicht nur die Beiträge angehoben werden, sondern auch alle Leistungsträger an den Einsparungen beteiligt werden“, sagte Dr./RO Eric Banthien, Vorsitzender der IGZ. Er wies darauf hin, dass die sich verändernde Altersstruktur der Bevölkerung ebenso wie der medizintechnische Fortschritt zwangs-

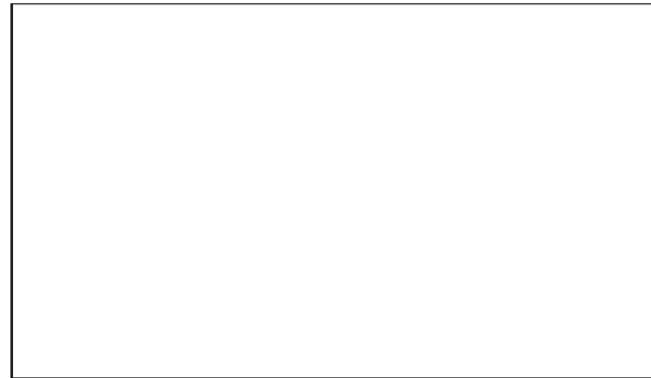
läufig in einen ständig wachsenden Behandlungsbedarf münden, den man nicht einfach per Verordnung begrenzen könne. So werden die Kostendämpfungsmaßnahmen nur dazu führen, dass für die notwendigen Behandlungen das Geld

gleich bei den zahnärztlichen Honoraren nur teilweise vorgenommen wird. Die IGZ fordert die Politik auf, den längst fälligen Ausgleich im vollen Umfang ins Gesetz zu schreiben“, heißt es in der IGZ-Pressemitteilung.

der Entwicklung der einzelnen Kassenbudgets werde der sehr heterogenen Entwicklung der einzelnen Krankenkassen schon lange nicht mehr gerecht. „Hier haben sich große Defizite aufgebaut, die dringend einer Lösung bedürfen. Und dazu muss ein Honorarsystem eingerichtet werden, das solchen Entwicklungen Rechnung tragen kann.“

Wie sich das GKV-FinG auf die zahnärztliche Praxis auswirken wird, ist noch nicht vollständig klar. Auch die Zahnärzte sollen mit einer halbierten Steigerung von Punktwert und Gesamtvergütungsvolumen (ohne Zahnersatz) in den kommenden beiden Jahren zum Sparpaket beitragen, um das erwartete, in der Prognose auf aktuell zehn Milliarden Euro berechnete Loch in der GKV zu stopfen. „Das bedeutet unter dem Strich insgesamt ca. 20 Millionen Euro weniger in 2011 und rund 40 Millionen Euro minus in 2012 als ‚Sparbeitrag‘ der Zahnärzteschaft. Darüber hinaus werden alle Praxisinhaber als Arbeitgeber die vorgesehene Anhebung des Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenkassen ihrer Mitarbeiterinnen um 0,6 Prozentpunkte paritätisch mittragen müssen. Der Arbeitgeberbeitrag soll aber anschließend auf der Höhe von 7,3 Prozent eingefroren werden“, so die Berechnungen im aktuellen *adp-newsletter*. ■

Anzeige



nicht ausreichen wird. Das ist Sparen am falschen Ort und zulasten der Patienten.

„Ein besonders eklatantes Beispiel ist, dass der Ost-West-An-

Außerdem erinnerte die IGZ daran, dass eine strukturelle Reform der zahnärztlichen Honorare weiterhin aussteht. Die strikte Grundlohnsummenanbindung bei

therapien zu müssen. Ebenso ist die Prävention parodontaler Erkrankungen – auch durch Mitwirkung der Patienten – ein wichtiges Ziel. *Kimmel*

Das Literaturverzeichnis kann bei der DZW-Redaktion, E-Mail leserservice@dzw.de, angefordert werden.

Erkenntnisse nicht nur ...

(Fortsetzung von Seite 1)

(PAL) ≥ 8 Millimeter werden oft aufgrund mutmaßlich hoffnungsloser Prognose extrahiert. Dies kann – so Y. Jockel-Schneider et al. (Würzburg) [3] – durch eine nicht-chirurgische Therapie mit adjuvanter Antibiose in allerdings eingeschränktem Maße vermieden werden.

Pflanzenextrakt reduziert Gingivitisentwicklung: Der Pflanzenextrakt in *Parodontax* (Glaxo-SmithKline) kann – so V. Ehlers et al. (Mainz) [4] – bei Gingivitis die enzymatische Aktivität der Kollagenasen reduzieren. Zusammen mit einer professionellen Zahnreinigung und kurzfristigem Gebrauch von Chlorhexidindigluconat (CHX) könne die Mundhygie-

ne optimiert und die Gingivitis erfolgreich therapiert werden.

Intraalveoläre Defekte: Systemische Antibiotikamedikation nicht effektiv. Nach regenerativer Therapie intraalveolärer Defekte führt die Gabe von 200 Milligramm Doxycyclin einmal täglich für sieben Tage nicht zu besseren klinischen Resultaten im Sinne von Reduktionen der Sondierungstiefe und und Gewinnen beim PAL-V. Dies wurde bei einer Studie von L. Röllke et al. (Frankfurt [Main], Heidelberg, München) [5] mit einer Placebo-Vergleichsgruppe eruiert.

Im Gegensatz zu dieser systemischen Antibiotikamedikation erwies sich die Anwendung einer lokalen Doxycyclin-Gabe (*Ligosan Slow Release*, Heraeus Kulzer) als

erfolgsversprechend, wie es auch in einem eigenen Symposium vorgestellt wurde (*Bericht folgt*).

Die parodontologische Forschung in Deutschland ist – so auch die Ortsangaben der in Bonn vertretenen Referenten – auf verhältnismäßig wenige ZMK-Universitätskliniken konzentriert, wobei vor allem die Frankfurter und die

Heidelberger Parodontologen mehr und mehr kooperieren. Die Ergebnisse der Forschungsprojekte, von denen nicht zuletzt auch die Praxis und deren Patienten profitieren werden, lassen erkennen, wie überaus komplex die parodontalen Verhältnisse sind. Ein Hauptforschungsziel ist wohl, so wenig wie möglich chirurgisch

„Master of Science Kieferorthopädie“ darf in Deutschland ...

(Fortsetzung von Seite 1)

keine Vorstellung, was ein Master-Titel bedeute. Mit gezielten Klagen haben Kieferorthopäden deshalb versucht, den postgradual qualifizierten Kollegen die öffentliche Selbstdarstellung als Master der Kieferorthopädie zu untersagen.

Diesen Auseinandersetzungen hat jetzt der BGH ein Ende gesetzt. Wer von einer österreichischen Universität den Grad eines „Masters of Science Kieferorthopädie“ verliehen bekommt, darf ihn auch in Deutschland führen, so die Entscheidung aus Karlsruhe. Damit hat der BGH zwar eigentlich nur bestätigt, was zuvor schon Oberlandesgerichte festgestellt hatten:

- Das Führen dieser Bezeichnung verstößt nicht gegen berufsrechtliche Vorschriften über akademische Grade oder Gebietsbezeichnungen.
- Die Verwendung des Titels ist auch nicht irreführend.

Dem Urteil kommt dennoch grundsätzliche Bedeutung zu. Denn es ist von allen deutschen Gerichten zu beachten, bei denen künftig wieder eine Unterlassungsklage gegen einen „Master-Zahnarzt“ erhoben wird.

Nach dem Berufsrecht der Zahnärzte dürfen akademische Titel und Grade nur in der in Deutschland zulässigen Form geführt werden. Zu diesen akademischen Graden rechnet der BGH aber auch den „Master of Science Kieferortho-

pädie“ der Donau-Universität Krems. Die Rechtsgrundlage für die Verleihung dieses Grades ist zwar eine Vorschrift des österreichischen Rechts. Aufgrund des Abkommens zwischen der Bundesrepublik Deutschland und Österreich über die Gleichwertigkeiten im Hochschulbereich sind die Inhaber eines nach dieser Rechtsgrundlage verliehenen Grades aber berechtigt, diesen Grad auch in Deutschland zu führen.

Die Benutzung des Mastergrads in der beanstandeten Form kollidiert auch nicht mit einem exklusiven Recht der Kieferorthopäden auf diese Gebietsbezeichnung. Wer die Anerkennung auf dem Gebiet der Kieferorthopädie erhalten hat, führt seine Berufsbezeichnung nach Maßgabe der einschlägigen Weiterbildungsordnung. Diese lautet aber „Fachzahnarzt/Fachzahnärztin für Kieferorthopädie“ oder „Kieferorthopäde/Kieferorthopädin“ und nicht „Master of Science Kieferorthopädie“. Auch ist der Mastertitel nicht zum Verwechseln ähnlich.

Auch „altruistische“ Gründe der Kieferorthopäden für ein „Titelverbot“ hat der BGH in diesem Fall nicht gelten lassen. Insbesondere die Berufung auf die Interessen der Verbraucher konnte die Richter nicht überzeugen, denn die Absolventen der Masterstudien führen einen rechtmäßig erlangten Titel.

Zwar kann unter Umständen auch eine objektiv richtige Anga-

be irreführend sein, wenn sie bei dem angesprochenen Personenkreis zu Fehlvorstellung führt. In einem solchen Fall muss die Irreführung aber gravierend sein, um die Angabe als Täuschung zu bezeichnen. Davon wiederum kann bei dem MSc Kieferorthopädie keine Rede sein.

Wenn es bei den angesprochenen Personenkreisen überhaupt zu Verunsicherungen über die mit der Bezeichnung „Master of Science Kieferorthopädie“ verbundenen Qualifikationen kommen sollte, ergäben sie sich nicht aus der Bezeichnung selbst, sondern aus der bestehenden Vielfalt und Unübersichtlichkeit von Spezialisierungen im Gesundheitswesen. Folgen daraus Unklarheiten oder Missverständnisse, kann von den angesprochenen Verkehrskreisen erwartet werden, dass sie sich über die Bedeutung der in Rede stehenden Bezeichnungen informieren.

Der Bundesgerichtshof hat grundsätzliche Feststellungen zum Spannungsverhältnis „Fachzahnärzte vs. Master of Science“ getroffen. Neben der Kieferorthopädie lässt sich die Entscheidung entsprechend auf die Gebiete der Oralchirurgie und der Parodontologie übertragen. Schon zuvor galt es als unproblematisch, Mastertitel mit Zusätzen zu führen, die nicht auf eine Gebietsbezeichnung nach den Weiterbildungsordnungen hinweisen, also zum Beispiel MSc Implantologie, MSc

Laserzahnheilkunde etc. Ob der BGH auch für Zusatzbezeichnungen eine Lanze gebrochen hat, die den Ärzten vorbehalten sind, bleibt abzuwarten. Zusätze wie „Kinderzahnheilkunde“ oder „Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie“ beinhalten jedenfalls zusätzliches Problempotenzial und sind im Einzelfall gesondert zu beurteilen.

RA Joachim K. Mann, Düsseldorf



Der Autor dieses Beitrags, Rechtsanwalt **Joachim K. Mann**, Fachanwalt für Medizinrecht, ist Partner der PMH Rechtsanwälte Steuerberater Partnerschaftsgesellschaft, Düsseldorf. Er ist ausgewiesener Kenner des zahnärztlichen Berufsrechts und hat den hier besprochenen Rechtsstreit anwaltlich begleitet. Kontakt zum Autor unter www.ra-pmh.de.