



Schwere Beschädigung des Berufsstandes muss Konsequenzen haben

BVAZ-Pressmeldung vom 22.07.2011

Während in verschiedenen Medien, Gremien und Verbänden kontrovers über den Sinn und Unsinn neuer Fachzahnqualifikationen und Spezialisierungen diskutiert wird – so auch in diesem „Forum“, das die Debatte fortsetzt und u.a. einen Blick über den Zaun hin zu den ärztlichen Kollegen wirft –, haben einzelne Standespolitiker offensichtlich schon den Weg beschritten, im Alleingang Fakten in ihrem Sinn schaffen zu wollen. Lesen Sie hierzu die nachfolgende BVAZ-Pressmeldung und die Hintergrundinfos auf der nächsten Seite.

Der Berufsverband der Allgemeinzahnärzte in Deutschland (BVAZ) fordert den Vizepräsidenten der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und hessischen Kammerpräsidenten Dr. Michael Frank zum sofortigen Rücktritt von all seinen Ämtern auf. Als Kammerpräsident und Vorstandsmitglied der BZÄK hat er die Verpflichtung, die Interessen aller Zahnärzte zu vertreten. Dr. Frank hat dieser Verpflichtung in grober Weise zuwider gehandelt und wird damit der versammelten Zahnärzteschaft voraussichtlich erheblichen Schaden zufügen, der womöglich nicht mehr geheilt werden kann.

Hintergrund: Als Kammerpräsident in Hessen und Vizepräsident der BZÄK hatte Frank vor geraumer Zeit den Vorschlag gemacht, einen Fachzahnarzt für Allgemeine Zahnheilkunde zu implementieren. Begründet wurde dieser Vorstoß damit, dass den Bestrebungen, zusätzliche Fachzahnarztgebiete zu schaffen, in dieser Weise wirkungsvoll entgegen gewirkt werden könne. Dieser Vorstoß war bundesweit von Kammern, KZVen und Verbänden sehr breit diskutiert und in ungewöhnlicher Einigkeit verworfen worden. Dies nicht zuletzt mit dem Argument, dass ein solcher Fachzahnarzt nicht nur überflüssig sei, sondern dass damit ganz im Gegenteil der Implementierung weiterer Fachzahnärzte, die bundesweit unisono abgelehnt werden, der Weg bereitet werde. In seiner eigenen

Kammer erlitt Frank in seiner Funktion als hessischer Kammerpräsident eine ebenso herbe Niederlage bei dem Versuch, ein kammereigenes modulares Weiterbildungssystem zur Erlangung des Titels Fachzahnarzt für Allgemeine Zahnheilkunde einzurichten.

Obwohl also ein breiter Konsens der Zahnärzteschaft mit imperativen Beschlüssen verschiedener Gremien vorliegt, hat Dr. Frank seine Ideen offensichtlich in die hessische Landespolitik getragen und erreicht, dass in einer geplanten Novelle des Heilberufsgesetzes die Implementierung eines Fachzahnarztes für Allgemeine Zahnheilkunde festgeschrieben werden soll. Diese Gesetzesvorlage hat bereits die erste Lesung im hessischen Landtag überstanden. Neben dieser Missachtung der Beschlüsse der hessischen Delegierten findet sich in diesem Gesetzentwurf eine sehr detaillierte Beschreibung der Umsetzung der geplanten Weiterbildungsmaßnahme. Diese entspricht genau dem von der BZÄK seit Jahren erfolglos betriebenen Vorschlag der Implementierung eines modularen Weiterbildungssystems, nach dem ein Fachzahnarzttitel künftig auch nebenberuflich durch Addition kammergetragener Weiterbildungsmodule erworben werden kann.

Unabhängig von den zweifelhaften Motiven für diesen Alleingang, kann man nur festhalten, dass Kollege Frank das Risiko eingegangen ist, der gesamten Zahnärzteschaft einen immensen, womöglich irreparablen Schaden zuzufügen. Das lässt ihn sowohl als Vizepräsident der BZÄK als auch als Präsident der hessischen Zahnärztekammer untragbar werden.

Dr. Dr. Rüdiger Osswald, München
BVAZ-Geschäftsführer
 presse@bvaz.de
 www.bvaz.de

BVAZ-Beiträge in Forum 108

Seite 18 – Dr. Dr. Marianne Grimm:
Kommt der Fachzahnarzt für Allgemeine Zahnheilkunde durch die Hintertür?

Seite 19 – Dr. Michael Loewener:
Der Wert der Dinge

Seite 20 – Einladung und Programm:
Fortbildung und Mitgliederversammlung 2011 des BVAZ

Seite 21 – Prof. Dr. Dr. Hans Jörg Staehle:
Konsensbildung im Weiterbildungswesen als gemeinsame Aufgabe

Seite 23 – Dr. Dr. Rüdiger Osswald:
Offener Brief an Prof. Staehle

Seite 24 – Prof. Dr. Dr. Hans Jörg Staehle:
Stellungnahme zum Offenen Brief von Dr. Dr. Osswald

Seite 25 – Dr. Wolfgang Kirchhoff:
Weiterbildungskonzept ohne Sozialkompetenz und Perspektive

Seite 27 – Pressmeldung KZVB:
AOK-Claridentisvertrag unwirksam

Seite 28 – DEGAM-Sektion Fortbildung:
Position zur Subspezialisierung

Seite 29 – Michael Menges:
Verblendungsreparaturen – oft die passende Lösung

Seite 30 – Margret Urban, VmF:
Leserbrief zur Personal-Serie

Seite 31 – Dr. Jürgen Simonis:
Ohne Moos: Abrechnungstipps

Kommt der „Fachzahnarzt für Allgemeine Zahnheilkunde“ durch die hessische Hintertür?

Im Bereich des Gesundheitswesens sind wichtige Kompetenzen teils beim Bund, teils aber auch bei den Ländern angesiedelt. So sind die jeweiligen „Heilberufsgesetze“, die das Handeln der verkammerten Heilberufe regeln, Sache der einzelnen Länder. Von aktuellem Interesse für die Zahnärzteschaft ist das hessische Heilberufsgesetz, das gerade novelliert wird. Dazu hat die Landesregierung im Mai 2011 ein Änderungsgesetz eingebracht. Inzwischen ist bei diesem Gesetz, dessen Anpassung in der Regel ohne große Auseinandersetzungen über die Bühne geht, bereits die 1. Lesung erfolgt. Routinemäßig wurden die Kammern und einige weitere Institutionen und Organisationen zu Stellungnahmen aufgefordert.

Die Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV) gehört meist gar nicht zu den Beteiligten. Da aber in diesem Fall Änderungen beim Datenabgleich zwischen Kammer und KZV vorgesehen waren, wurde diese Körperschaft ebenfalls um Stellungnahme gebeten. Verwundert registrierte man bei der hessischen KZV unerwartete Neuerungen im Bereich der zahnärztlichen Weiterbildung:

1. Es soll der Landes Zahnärztekammer die Möglichkeit eröffnet werden, in Hessen einen Fachzahnarzt für die Gebietsbezeichnung „Allgemeine Zahnheilkunde“ einzuführen. Begründet wird das mit „dem Bedürfnis der Zahnärzteschaft nach einer der ‚Allgemeinmedizin‘ entsprechenden Regelung der Ärzteschaft“.

2. Die Weiterbildung zum Fachzahnarzt in Teilzeit soll künftig derjenigen, die bisher nur in Vollzeitweiterbildung möglich ist, gleichgestellt werden, also mithin auch nebenberuflich ermöglicht werden.

Beide Änderungen können, wenn sie endgültig beschlossen werden, gravierende Auswirkungen auf die zahnärztliche Berufsausübung haben. Insbesondere die neue Gebietsregelung entspricht offenkundig nicht dem „Bedürfnis der Zahnärzteschaft“, denn neben dem Berufsverband der Allgemeinzahnärzte in Deutschland haben bereits zahlreiche zahnärztliche Vereine, Verbände, Institutionen und auch Körperschaften öffentlich die Einführung dieser Gebietsbezeichnung sowie weiterer neuer Bezeichnungen zusätzlich zu den schon bestehenden abgelehnt.

Da die hessische Landesregierung kaum selbst Vorstellungen zum Thema Weiter-

bildung der Zahnärzte – wie für die Gebietsbezeichnung der Allgemeinzahnmedizin im Gesetz jetzt geplant – entwickelt haben wird, fragt sich, von wem sie in diesem Sinne beraten wurde. Man muss nicht lange suchen, denn der Präsident der Zahnärztekammer Hessen, Dr. Michael Frank, zugleich in Personalunion als Vizepräsident der Bun-

Auszüge aus den Begründungen zum Entwurf des Gesetzes zur Änderung des Hessischen Heilberufsgesetzes vom 27.05.2011

9. Durch Änderungen in § 29 Abs. 1, 2 und 4 wird verdeutlicht, dass künftig Teilzeitweiterbildungen gleichberechtigt zu Vollzeitweiterbildungen absolviert werden können. Die Details regeln die Kammern in ihren Weiterbildungsordnungen, die wiederum der Genehmigung durch die Rechtsaufsicht bedürfen. (...)

11. In § 40 Abs. 3 wird die „Allgemeine Zahnheilkunde“ als mögliche weitere Gebietsbezeichnung eingeführt.

Zu Nr. 15 (§ 40 Abs. 3) Mit der zusätzlichen zahnärztlichen Gebietsbezeichnung „Allgemeine Zahnheilkunde“ wird dem Bedürfnis der Zahnärzteschaft nach einer der „Allgemeinmedizin“ entsprechenden Regelung der Ärzteschaft entsprochen.

des Zahnärztekammer (BZÄK) für die zahnärztliche Aus-, Fort- und Weiterbildung zuständig, hat sich bereits mehrfach für den „Fachzahnarzt für Allgemeine Zahnheilkunde“ stark gemacht und ihn als Mittel zur Sicherung der zahnärztlichen Position angesichts europäischer Entwicklungen bezeichnet. Darüber hinaus behauptet er, der Fachzahnarzt für Allgemeinzahnheilkunde sei dringend notwendig, um die Implementierung weiterer Fachzahnärzte zu verhindern. Trotz entsprechender Plädoyers haben jedoch die hessischen Kammerdelegierten ihrem Präsidenten bisher kein Mandat in Sachen Allgemeine Zahnheilkunde erteilt – ebenso wenig wie die Vertreter der Länderkammern auf Bundesebene. Ganz im Gegenteil wurde bemerkenswert einhellig die Auffassung vertreten, die Einrichtung eines solchen Fachzahnarztes sei nicht nur überflüssig, sondern würde der Einführung weiterer Fachzahnärzte erst den Weg bereiten.

Nachdem Dr. Franks Alleingang u.a. vom BVAZ, von der Kammerversammlung Baden-Württemberg und dem Vorstand des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte (FVDZ) öffentlich kritisiert wurde (die Kammerversammlung Baden-Württemberg hat Dr. Frank bei einer Stimme Enthaltung sogar das Misstrauen ausgesprochen), bemühte sich der hessische Kammerpräsident,

den Vorgang herunterzuspielen. Im Rahmen der turnusmäßig von der Landesregierung vorgenommenen Novellierung des Heilberufsgesetzes – so Frank in einem an sämtliche Landes Zahnärztekammern und KZVen sowie BZÄK, KZBV und Freien Verband gerichteten Schreiben – habe der Kammervorstand lediglich beim Landesgesetzgeber „rein vorsorglich“ angeregt, der Kammer „eine künftige Handlungsoption“ für eine möglicherweise später von der hessischen Delegiertenversammlung gewünschte Erweiterung der Gebietsbezeichnungen zu eröffnen. Dies sei vor dem Hintergrund geschehen, dass die nächste Überarbeitung des Heilberufsgesetzes vermutlich erst wieder im Jahr 2017 anstehe. Somit gebe es laut Frank keinesfalls eine Präjudizierung des Zahnärzteparlamentes, vielmehr bleibe die Delegiertenversammlung der hessischen Landes Zahnärztekammer frei in ihrer Entscheidung, die im Übrigen „auch in Zukunft nur in Abstimmung mit der Bundesebene“ getroffen werde. Insgesamt handele es sich also um einen „völlig normalen Vorgang“ im Rahmen eines öffentlichen Diskussionsprozesses. Die Passage im Gesetzestext, in der der Wunsch der Zahnärzte nach einer Regelung wie bei den Allgemeinärzten zum Ausdruck gebracht wird, sei „lediglich unglücklich formuliert“.

Seit wann – diese Fragen muss Dr. Frank sich gefallen lassen – ist es erforderlich, für den zahnärztlichen Bereich im Alleingang Gesetze „auf Vorrat“ zu schaffen – noch dazu entgegen sehr eindeutiger Beschlusslage? Wo hat der „öffentliche Diskussionsprozess“ zur Vorbereitung der gewünschten Änderungen des hessischen Heilberufsgesetzes stattgefunden? Das weiß, wie immer deutlicher wird, bisher nur Dr. Frank allein. Denn unumstößliche Tatsache ist, dass der Gesetzentwurf bereits im Mai 2010 im Landtag eingebracht wurde. Den notwendigen Vorlauf beachtend, muss Kollege Frank also schon sehr viel früher in diesem Sinne aktiv geworden sein. Und die Delegiertenversammlung in Hessen, auf der sich Frank eine Abfuhr für seine Pläne geholt hat, fand erst im Dezember 2010 statt. Kein Wunder, dass sich – wie man aus hessischen Kreisen hört – viele Delegierte ausgesprochen „vera ... lbert“ fühlen...

Inzwischen sind nicht nur in Hessen zahlreiche Kollegen/innen alarmiert. Der Fachzahnarzt durch die hessische Hintertür dürfte – so viel kann man jetzt schon sagen – so bald nicht kommen.

Dr. Dr. Marianne Grimm, BVAZ-Präsidentin

Zahnärztliche Aus-, Fort-, Weiterbildung und Spezialisierung in der Diskussion

Forum 107 brachte zum Thema Weiterbildung kontroverse Beiträge von Prof. Dr. Dr. Hans Jörg Staehle von der Universität Heidelberg und Dr. Dr. Rüdiger Osswald, niedergelassener Zahnarzt aus München. In Forum 108 setzen beide Autoren ihre Argumentation fort. Für Dr. Wolfgang Kirchhoff aus Marburg ist vorrangig nicht die Neuordnung der Weiterbildung, sondern die Verbesserung der zahnärztlichen Ausbildung. Seines Erachtens fehlt weniger das neueste Spezialistenwissen als vielmehr die Integration längst vorhandener grundlegender – insbesondere sozialmedizinischer – Erkenntnisse in die zahnärztliche Ausbildung und den zahnärztlichen Alltag. Ein Blick über den Teller- rand hin zu den Allgemeinmediziner, die sich mit zahlreichen Subspezialisierungen auseinander setzen müssen, lässt Parallelen erkennen. Übereinstimmend fordern alle Autoren die Orientierung der Ausbildung und Weiterqualifizierung am Versorgungsbedarf der Bevölkerung.

Konsensbildung im Ausbau des Weiterbildungswesens als gemeinsame Aufgabe

Prof. Dr. Dr. Hans Jörg Staehle, Universität Heidelberg

Einleitung

Das kammergetragene Weiterbildungswesen in der Zahnmedizin ist defizitär und veraltet. Der Grund der Untätigkeit von Kammern, auf diesem Gebiet aktiv zu werden, liegt unter anderem darin, dass die Risiken einer Neuordnung zur Zeit noch als größer angesehen werden als die Chancen. Allerdings sind die Argumente, die gegen einen Ausbau der Weiterbildung vorgetragen werden, nicht immer sehr überzeugend.

Sind zahnmedizinische Studienabgänger Fachärzten gleichzusetzen?

Weiterbildungen, die über die Kieferorthopädie und Oralchirurgie hinausgehen, werden von etlichen Zahnärzten, z. B. von dem Vorstandsmitglied der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg, H. Schnei-

- Facharztbezeichnung (FAB) in einem Gebiet (Fachrichtung)
- Schwerpunktbezeichnung (SPB) (aufbauende Spezialisierung im Schwerpunkt eines Gebietes)
- Zusatzbezeichnung (ZUB) (zusätzliche Spezialisierungen zu Facharzt und Schwerpunktweiterbildungsinhalten)

Abb.1 Formen der Weiterbildung in der Medizin

der, als überflüssig angesehen und zwar mit der Begründung, dass Absolventen des Zahnmedizinistudiums bereits als vollwertige Fachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten einzustufen seien [4]. Fakt ist allerdings, dass ein Absolvent eines 5-jährigen Zahnmedizinistudiums kaum auf die Ebene eines Facharztes mit einer mindestens 10- bis 12-jährigen Aus- und Weiterbildung gestellt werden kann. Insofern sollte diese offenkundig fragwürdige Sichtweise überdacht werden.

Produzieren Weiterbildungen besonders abhängige Assistenten?

Es gibt Befürchtungen einiger Weiterbildungsgegner, dass Weitergebildete lediglich über mehr Mittel und Macht verfügen und den Berufsstand mit einem begrenzten „Röhrenblick“ spalten wollten. Der Präsident der Bayerischen Landes Zahnärztekammer behauptet darüber hinaus, dass Universitäten über den Weg der Weiterbildung „gern über mehr Geld und besonders abhängige Assistenten“ verfügen wollten [1]. Diese Einschätzung ist allerdings nur schwer nachzuvollziehen. Die Erfahrung zeigt das Gegenteil, nämlich dass besonders qualifizierte und spezialisierte Zahnärzte und Zahnärztinnen ihre Positionen mit wesentlich mehr Selbstbewusstsein und Souveränität vertreten können, als wenn ihnen diese Expertise fehlt. Dies ist gerade für jüngere Kolleginnen und Kollegen, die eine Vereinbarung von Familie und Beruf unter fairen und gleichberechtigten Arbeitsbedingungen und -zeiten anstreben, von großer Bedeutung.

Ist die Zahnmedizin zu klein für einen Ausbau von Weiterbildungen?

Immer wieder wird die Vorstellung vorgetragen, das Fach der Zahnmedizin sei zu klein für eine Ausweitung von Fachzahnärzten. Es wurde wiederholt versucht, die Debatte ins Lächerliche zu ziehen, etwa mit der Bemerkung, in der Medizin gebe es auch keinen „Facharzt für grauen Star“ oder einen „Facharzt für Tonsillektomie“ [3]. Dieser Sichtweise

kann begegnet werden, wenn man – wie in einigen medizinischen Fächern vorexerziert – alle Optionen der kammergetragenen Weiterbildung in Erwägung zieht (Fachzahnarztbezeichnungen, Schwerpunktbezeichnungen, Zusatzbezeichnungen). So gibt es beispielsweise innerhalb der Inneren Medizin neun Facharztbezeichnungen, in der Kinder- und Jugendmedizin hingegen nur eine Facharztbezeichnung, da man dort die Differenzierung über vier Schwerpunktbezeichnungen gelöst hat. In der

Gebiet: Innere Medizin

Basisweiterbildung

- 1 FAB Innere Medizin
- 2 FAB Innere Medizin und Angiologie
- 3 FAB Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
- 4 FAB Innere Medizin und Gastroenterologie
- 5 FAB Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- 6 FAB Innere Medizin und Kardiologie
- 7 FAB Innere Medizin und Nephrologie
- 8 FAB Innere Medizin und Pneumologie
- 9 FAB Innere Medizin und Rheumatologie

Gebiet Kinder- und Jugendmedizin

FAB Kinder- und Jugendmedizin

- 1 SPB Kinder-Hämatologie und -Onkologie
- 2 SPB Kinder-Kardiologie
- 3 SPB Neonatologie
- 4 SPB Neuropädiatrie

Gebiet: Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Basisweiterbildung

- 1 FAB Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- 2 FAB Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen

Zusatzbezeichnungen (Beispiele)

- 1 ZUB Allergologie
- 2 ZUB Plastische Operationen
- 3 ZUB Schlafmedizin
- 4 ZUB Schmerztherapie
- 5 ZUB ...
- 6 ZUB ...

Abb.2 Beispiele für Weiterbildungsformen in der Medizin;
FAB = Facharztbezeichnung; SPB = Schwerpunktbezeichnung; ZUB = Zusatzbezeichnung

Hals-Nasen-Ohrenheilkunde gibt es zwei Facharztbezeichnungen. Dort können weitere Schwerpunktbildungen wiederum über diverse Zusatzbezeichnungen nachgewiesen werden (Abb. 1 bis 2). In der Zahnmedizin wurden bislang hingegen kaum Anstrengungen unternommen, für den Ausbau des Weiterbildungswesens die rechtlichen Voraussetzungen (z. B. Heilberufsgesetz) entsprechend zu überprüfen und ggf. anzupassen.

Die Weiterbildungspyramide

Eine Lösung der strittigen Punkte könnte in Fortführung bislang diskutierter Optionen [5] über die in Abb. 3 vorgestellte Weiterbildungspyramide erreicht werden. Hier wird die bisherige zweijährige KV-Vorbereitungszeit durch eine strukturierte „Basisweiterbildung“ ersetzt. Darauf bauen Weiterbildungsmöglichkeiten im Sinne von Fachzahnarztbezeichnungen (FZB) und / oder Schwerpunktbezeichnungen (SPB) auf. Gleichzeitig werden weiterbildungsgemäße Zusatzbezeichnungen etabliert (ZUB). Während die „Basisweiterbildung“ und die Zusatzbezeichnungen von einem Großteil der Zahnärzte (ca. 80% - 90%) erworben werden, sollen sich die Fachzahnarzt- bzw. Schwerpunktbezeichnungen auf einen kleineren Teil (ca. 10% - 20%) beschränken. Dies lässt sich dadurch erreichen, dass man sehr hohe Anforderungen an den Erwerb Letzterer stellt. Damit könnte den Befürchtungen der „Generalisten“, durch einen Ausbau der Weiterbildung einen Bedeutungsverlust zu erleiden, entgegengewirkt werden.

Konsensbildung im Ausbau des Weiterbildungswesens als gemeinsame Aufgabe

Die Akademisierung der Zahnmedizin mit der Herausbildung verschiedener wissenschaftlich begründeter Fachdisziplinen im letzten Jahrhundert war ein steiniger Weg [2]. Viele Meilensteine mussten gegen jahrzehntelange, teils erbitterte Widerstände, zum Beispiel durch Dentistenverbände, gesetzt werden. Rückblickend betrachtet ähneln etliche Positionen der Dentistenverbände von damals den Einschätzungen der Weiterbildungsgegner von heute. Eigentlich müsste der Zahnärzteschaft daran gelegen sein, an einer geordneten Weiterentwicklung und -differenzierung ihres Berufes aktiv mitzuwirken. Ansonsten wird sich der bereits jetzt eingetretene Wildwuchs, für den nur die Gesetze eines angeblich freien Marktes zählen, weiter fortsetzen.

Die Weiterbildungspyramide

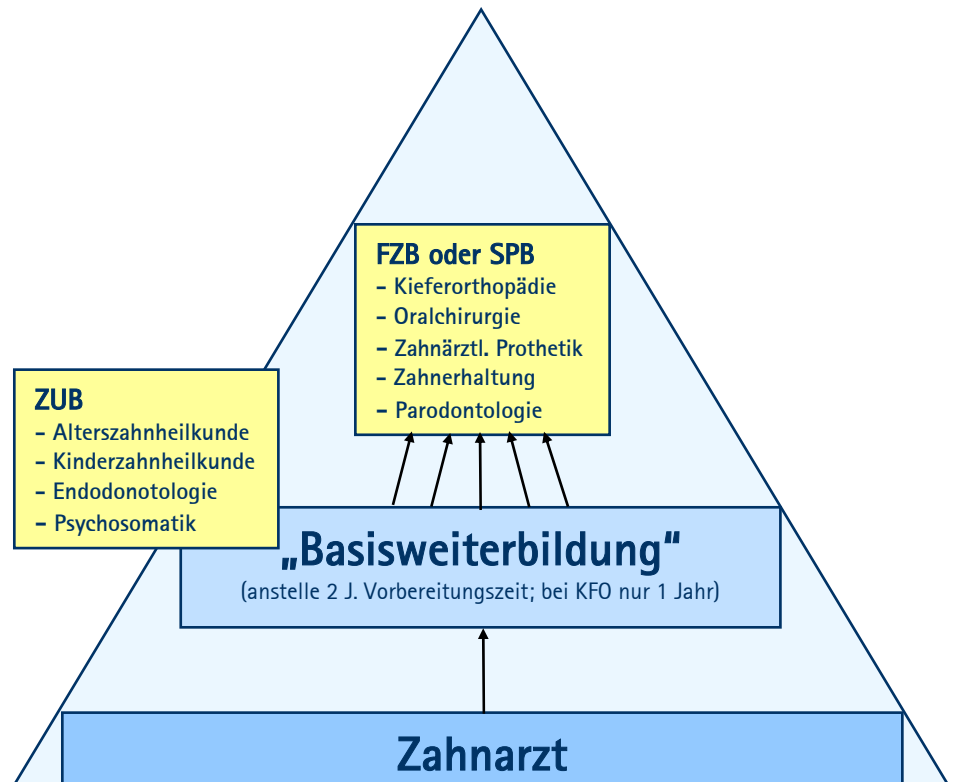


Abb. 3 Ersatz der bisherigen Kassen-Vorbereitungszeit durch eine strukturierte, ca. zweijährige „Basisweiterbildung“ (Ausnahme KFO: hier allgemeinzahnärztliches Jahr).

Darauf aufbauend Weiterbildungsmöglichkeit im Sinne von Fachzahnarztbezeichnungen (FZB) und/oder Schwerpunktbezeichnungen (SPB): 1. KFO, 2. Oralchirurgie, 3. Prothetik, 4. Zahnerhaltung, 5. Parodontologie (diese Fächer sind bereits durch Lehrstühle an Universitäten repräsentiert).

Etablierung von weiterbildungsgemäßen Zusatzbezeichnungen (ZUB). Beispiele: Alterszahnheilkunde, Kinderzahnheilkunde, Endodontologie, Psychosomatik in der Zahnheilkunde und andere.

Während die „Basisweiterbildung“ und die Zusatzbezeichnungen von einem Großteil der Zahnärzte (ca. 80% - 90%) erworben werden, sollen sich die Fachzahnarzt- bzw. Schwerpunktbezeichnungen auf einen kleinen Teil (ca. 10% - 20%) beschränken, was durch entsprechend hohe Qualitätsanforderungen einschl. adäquater Berücksichtigung von ECTS-Punkten (z. B. auch Anrechnung von Master- und Spezialistenausbildungen der Fachgesellschaften/Universitäten) erreichbar ist.

Mit der hier zur Diskussion gestellten Weiterbildungspyramide könnten die Chancen einer angemessenen Spezialisierung genutzt werden und es würde gleichzeitig den Bedenken der Generalisten Rechnung getragen.

Literatur

1. Benz C.: 30 Euro und ein Snickers. Zukunft Zahnärzte Bayern e. v. (2010).
2. Groß D.: Beiträge zur Geschichte und Ethik der Zahnheilkunde. Königshausen & Neumann, Würzburg 2006.
3. Osswald R.: Vergleich von Äpfeln und Birnen. Zahnärzteblatt Baden-Württemberg 3/2011, 54 (2011).

4. Schneider H.: Fachzahnarzt für Allgemeine Zahnheilkunde. Zahnärzteblatt Baden-Württemberg 2/2011, 15-16 (2011).
5. Staehle H. J.: Plädoyer für ein umfassendes Weiterbildungskonzept. Zahnärzteblatt Baden-Württemberg, 2/2011, 10-13 (2011).

Verfasser

Prof. Dr. Dr. Hans Jörg Staehle, Poliklinik für Zahnerhaltungskunde der MZK-Klinik des Universitätsklinikums Heidelberg, Im Neuenheimer Feld 400, 69120 Heidelberg, hans-joerg.staehle@med.uni-heidelberg.de

Löst eine pyramidale Weiterbildungsordnung die bestehenden Qualitätsprobleme? Offener Brief von Osswald auf Staehles Vorschläge zum Weiterbildungswesen & Stellungnahme Staehles

Osswald zu Staehle

Sehr geehrter Herr Kollege Staehle,

mit der Bemerkung „Das kammergetragene Weiterbildungssystem in der Zahnmedizin ist defizitär und veraltet“ nehmen Sie das Diskussionsergebnis vorweg und vermitteln so gleich im ersten Satz Ihrer Stellungnahme den Eindruck, lediglich vorzugeben, eine ergebnisoffene „Diskussion in der Sache“ mit uns Allgemeinzahnärzten führen zu wollen. Mich persönlich beeindruckt das nicht. Ich bin schließlich weder Student noch Hochschullehrer mit eingeschränktem Behandlungsspektrum, sondern ein in fachgebietsübergreifender synoptischer Zahnheilkunde erfahrener Allgemeinzahnarzt. Dass Sie mir vorwerfen, die Debatte ins Lächerliche zu ziehen, weil ich anmerke, dass es in der Medizin weder einen Facharzt für grauen Star noch für Tonsillektomie gibt, trifft mich nicht. Denn es ist so, wie es ist, womit Ihr Vorwurf lediglich die diskussionswürdige Frage aufwirft, ob Wahrheit lächerlich sein kann. Ich gebe jedoch gerne zu, dass es sich um eine Überspitzung handelt, die meine Überzeugung auf einen Punkt bringt, der Diskussionen um das falsche Thema vermeiden hilft. Dass Sie selbst kein Kind von Traurigkeit sind, zeigt sich darin, dass Sie mir und allen anderen, die Ihre Meinung nicht teilen, die Geisteshaltung von Dentisten aus den 50iger Jahren des letzten Jahrhunderts attestieren. Damit sind wir in meinen Augen quitt und können uns der wirklichen Sachfrage unaufgeregt widmen.

Um mit gutem Beispiel voranzugehen, bringe ich gerne meine Freude darüber zum Ausdruck, dass Sie die Zahnheilkunde nicht länger mit der Humanmedizin vergleichen, sondern – wie es unserem Fachbereich zusteht – mit einzelnen Facharzt-richtungen. Die von Ihnen beispielhaft erwähnte Innere Medizin, die mit unterschiedlichsten inneren Organen befasst ist, die – jedes für sich – im Vergleich zum Zahn eine unvergleichlich höhere Komplexität sowohl im gesunden wie im pathologisch veränderten Zustand aufweisen, sollten wir in der Diskussion besser außen vorlassen, um uns von Seiten unserer ärztlichen Kollegen nicht dem berechtigten Vorwurf der Überheblichkeit oder gar der Überhöhung auszusetzen. Die Medizin unterscheidet nicht von ungefähr zwischen großen und kleinen Fächern. Da Sie von

letzteren, mit denen die Zahnheilkunde allein vergleichbar ist, die Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde erwähnen (die Augenheilkunde kennt nur einen Facharzt, sonst nichts), will ich meine Auffassung in dem von Ihnen gewählten Vergleich gerne präzisieren. Dass auch dieser Fachbereich mit deutlich komplexeren Strukturen befasst ist, will ich dabei gerne vernachlässigen.

In der Tat kennt der Fachbereich HNO zwei Fachärzte, nämlich den des Facharztes für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und den des Facharztes für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen. Im Vergleich sind wir Zahnärzte mit unseren drei Fachzahnärzten also breit aufgestellt. Eine im Sinne des Fachbereichs fakultative Weiterbildung besteht in der „Speziellen Hals-Nasen-Ohren-Chirurgie“, eine weitere im Erwerb der Zusatzbezeichnung „Plastische Operationen“. Bei allen anderen Zusatzbezeichnungen, die Sie erwähnen (Allergologie, Schlafmedizin, Schmerztherapie, Akupunktur etc.) handelt es sich um nicht fachspezifische Weiterbildungen, die von vielen Fachärzten, auch denen für Allgemeinmedizin, teilweise schon während der Facharztausbildung nebenher absolviert werden können. Hierzu ist anzumerken, dass es schon heute keinem Zahnarzt verwehrt ist, sich – strukturiert oder nicht – in vielerlei und teilweise sogar in denselben Bereichen fortzubilden und dies im Sinne einer Schwerpunktbezeichnung auf seinem Praxisschild kund zu tun. Eine neue, pyramidale Weiterbildungsordnung, wie Sie sie einfordern, brauchen wir dafür nicht. Deutlich wird, dass fachspezifische Zusatzbezeichnungen in der HNO jeweils nur im chirurgischen Bereich erworben und geführt werden. Das macht ja fachlich auch Sinn. Hier dürfen wir allerdings nicht übersehen, dass wir die zahnheilkundliche Chirurgie betreffend neben dem Oralchirurgen auch noch den Facharzt für Mund-, Kiefer-, und Gesichtschirurgie haben und damit sogar eine Facharztbezeichnung, die zu erwerben keinem Zahnarzt verwehrt ist.

Auch ihre Anmerkung, eine Facharztausbildung dauere mehrere Jahre, und somit könne die Fertigkeit des Zahnarztes, der seine universitäre Ausbildung gerade abgeschlossen hat, wohl kaum mit derjenigen eines Facharztes verglichen werden, ist nur zu einem in meinen Augen unwesentlichen Teil berechtigt. Man darf schließ-

lich nicht übersehen, dass sich die Humanmediziner während ihres Studiums mit sämtlichen Organstrukturen befassen, wobei für jede einzelne nur wenig Zeit zur Verfügung steht, die noch dazu zum erdrückenden Teil lediglich theoretisch genutzt wird. Erst danach werden sie zu praktizierenden Fachärzten weitergebildet, die sich auf jeweils wenige Organstrukturen beschränken. Der Zahnmedizinstudent beschäftigt sich ganz im Gegenteil während seines Gesamtstudiums nahezu ausschließlich mit dem Zahn. Dies noch dazu in vielstündiger praktischer Tätigkeit am Patienten. Wir können in der Folge davon ausgehen, dass sich der gerade fertige Zahnarzt bereits ungleich besser mit dem Zahn und seiner Pathologie auskennt als der gerade fertige Arzt mit derjenigen des Halses, der Nase und der Ohren. Hinzu kommt in der Zahnmedizin noch die zweijährige Pflichtweiterbildung bei einem niedergelassenen Allgemeinzahnarzt.

Über alle vorgetragene Argumente gesehen, hält Ihr Vergleich nach dem Verständnis des Berufsverbandes der Allgemeinzahnärzte (BVAZ) der sachlichen Überprüfung nicht Stand.

Dass es der Zahnmedizin gelungen ist, mit der Karies lediglich eine der drei ihr im Wesentlichen zu Grunde liegenden Infektionskrankheiten „in den Griff zu bekommen“, liegt nicht an einer veralteten und defizitären Weiterbildungsordnung, sondern allein an der mangelhaften medizinischen Ausbildung während des Studiums. Dafür geben die Endodontologen mit ihren trotz mechanischer Hochrüstung seit mehr als 60 Jahren unveränderten und ärztlicherseits unakzeptablen Behandlungsergebnissen ein bedröhtes Beispiel: Wenn die Studenten in der Infektionslehre gelernt hätten, wie man einen bakteriellen Knocheninfekt behandelt, wüssten sie als berufsfertige Zahnärzte auch, wie man eine apikale Ostitis ausheilt. Schließlich besteht die einzige Schwierigkeit bei der Behandlung der Endodontitis in welchem Stadium auch immer darin, einmal eine Sonde bis zum Apex bzw. darüber hinaus vorzuschieben. Der Rest ist Fleißarbeit und Barfußmedizin. Man stelle sich – um im Medizinvergleich zu bleiben – bloß vor, was geboten wäre, wenn beispielsweise die Behandlung der Tuberkulose oder der Gonorrhoe – je nach Stadium – in 10% bis 40% der Fälle mit der Chronifizierung, der

Amputation oder gar der Elimination des infizierten Organs enden würde. Mit der Parodontologie verhält es sich ähnlich: Obwohl seit mehr als 60 Jahren beschrieben, wird nach wie vor völlig übersehen, dass die Kombination aus funktioneller Überlastung und bakteriellem Infekt den Supergau für den Zahnhalteapparat darstellt. Wenn die Studenten gelernt hätten, dass jede menschliche Organstruktur durch funktionelle Überlastung pathologische Veränderung erfährt (in den meisten Fällen entzündlicher Natur), würden sie die Zusammenhänge in einem multifaktoriellen Krankheitsbild, wie sie die Parodontitis darstellt, sehr viel leichter und schneller begreifen und entsprechend therapieren lernen.

Unakzeptabel sind nicht nur die Ergebnisse, die diese defizitäre Ausbildung zeitigt. Nicht hinnehmbar ist darüber hinaus, dass entsprechend relevante Hinweise erfahrener Allgemein Zahnärzte, die Pathogenese und Folgen dieser Infektionskrankheiten tagtäglich fachgebietsübergreifend in ihrer Praxis beobachten, hochschulseitig im besten Fall mit einem nachsichtigen Lächeln bedacht werden. Um dieses Defizit zu begreifen, muss man nur auf die Implantologie schauen, die von Allgemein Zahnärzten entwickelt, hochschulseitig jedoch noch lange Zeit später als obsolet bezeichnet wurde. Wenn ich darüber nachdenke, was von dem, was hochschulseitig als Wissensexplosion bezeichnet wird und als Begründung für weitere Fachzahnarzttrichtungen vorgebracht wird, in den letzten 50 Jahren wirklich aus der Hochschule gekommen ist, fällt mir nicht besonders viel ein. So wurde, um ein weiteres Beispiel aus der Zahnerhaltung zu nennen, alles Wesentliche, was Kunststofffüllungen in Säure-Ätz-Technik betrifft, von einem bescheidenen Japaner bereits vor vielen Jahren beschrieben. Alles Bedeutende, was danach hochschulseitig an evidenzbasierten Erkenntnissen veröffentlicht wurde, passt auf eine einzige DIN-A4-Seite.

In diesem Sinne brauchen wir keine weiteren Fach Zahnärzte, sondern müssen die Studentinnen und Studenten vielmehr endlich zu Ärzten und Ärztinnen für Zahnheilkunde ausbilden.

Wie Sie mir einmal in einem persönlichen Gespräch in Ihrer Abteilung Anfang der 90er Jahre mitgeteilt haben, erhoffen Sie sich durch weitere Fach Zahnärzte eine längere Bindung Ihrer Assistenten an die Hochschule, um so die Ausbildung der Studenten zu verbessern. Eine bessere Ausbildung der Studenten ist auch im Interesse von uns Allgemein Zahnärzten, die diese

schließlich übernehmen und fortbilden müssen. Deshalb steht der BVAZ Ihrem Wunsch durchaus aufgeschlossen gegenüber. Unverzichtbar und nicht verhandelbar ist für uns allerdings, dass sich diese neuen Fach Zahnärzte auch wie solche benehmen. Will heißen, sie müssen in Vollzeit über mindestens vier Jahre an einer Universität ausgebildet werden, müssen sich nach ihrer Niederlassung auf die Behandlung in ihrem Fachbereich beschränken und dürfen nur auf Überweisung durch einen Allgemein Zahnarzt tätig werden.

Da weder die Hochschule noch die Bundeszahnärztekammer trotz vieler Angebote bis heute ein einziges Mal zu unseren Bedingungen Stellung genommen haben, hat sich bei uns der Eindruck verfestigt, dass man unsere Forderungen nicht erfüllen, sondern vielmehr Kolleginnen und Kollegen weiterbilden will, die den Fach Zahnarzt nur auf ihrem Schild führen, ansonsten aber behandeln, wen und was sie wollen. Solche Zwitterbehandler werden wir nicht zulassen. In diesem Zusammenhang verweise ich gerne noch einmal auf ein höchstrichterliches Urteil, dass Fachärzte maximal 5% ihrer Behandlungszeit für die Behandlung von Erkrankungen aufwenden dürfen, die außerhalb ihres Fachbereichs liegen. Dieses Urteil hat im Klagefall sicher auch für Fach Zahnärzte Bestand. Vor diesem Hintergrund stellt sich und stelle ich Ihnen die Frage, wie Ihrer Meinung nach ein Fach Zahnarzt, der nicht Kieferorthopäde ist, unter diesen Bedingungen in freier Wildbahn überleben soll.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen
Rüdiger Osswald - www.bvaz.de

Stahle zu Osswald

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit komme ich dem Wunsch der Redaktion nach, zu dem an mich gerichteten offenen Brief von Herrn Dr. Dr. R. Osswald Stellung zu beziehen:

1. Im Zahnmedizinstudium wird - bei gleichbleibender Ausbildungsdauer - erfreulicherweise der Vermittlung medizinischer Kenntnisse zunehmend Bedeutung zugemessen und Raum gegeben. In den Zahnmedizinischen Fächern werden im Rahmen der zur Verfügung stehenden Lehrstunden wichtige theoretische und praktische Grundlagen gesetzt - nicht mehr und nicht weniger. Niemand, der den Kenntnisstand eines Absolventen des Zahnmedizin-

studiums (fünf Jahre Studium) kennt, kann diesen mit jenem eines medizinischen Facharztes (sechs Jahre Studium zuzüglich mindestens vier bis sechs Jahre Facharztweiterbildung mit Abschlussprüfung, ggf. zuzüglich des Erwerbs von weiterbildungsgemäßen Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen) ernsthaft auf eine gleiche Stufe stellen.

2. Es besteht ein hoher Konsens, dass nach dem Studium eine Weiterqualifikation unabdingbar ist. Die fachlich begründete Tendenz einer Spezialisierung ist unübersehbar.

3. Es sollte ein Modell gefunden werden, in dem die auch künftig unverzichtbaren Generalisten mit ausgewiesenen Spezialisten zum Wohl des Patienten optimal zusammenarbeiten.

4. Herr Dr. Dr. Osswald sieht echte Weiterbildungen mit entsprechend nachzuweisender Expertise offenbar auf einem ähnlichen Niveau wie die in der Zahnmedizin bislang verbreiteten ungeprüften Interessen- und Tätigkeitsschwerpunkte, die bekanntlich weitgehend nach Selbsteinschätzung erfolgen. Ob sich ein Zahnarzt, im Fall dass er selbst medizinische Hilfe benötigt, einem Absolventen des Medizinstudiums, der nach seinem Examen keine Weiterbildung erfahren hat und auf dem Praxis Schild lediglich mit ungeprüften Interessen- und Tätigkeitsschwerpunkten nach Selbsteinschätzung aufwarten kann, vertrauensvoll in die Hände begeben würde, mag jeder für sich selbst entscheiden.

5. Die zweijährige Vorbereitungszeit von Zahnärzten zur Erlangung der Kassenzulassung ist gerade keine (!) Weiterbildung. Die Behauptung, es handle sich um eine Pflichtweiterbildung ist somit falsch.

6. Jegliche Form der zahnärztlichen Weiterbildung ist in Deutschland nicht Sache der Universitäten sondern der Zahnärztekammern, die auch die Inhalte, die Strukturen und den Umfang festlegen. Insofern können Universitäten hier nur unterstützend wirken.

7. Es gibt in der Tat etliche (zahn)medizinische Vorstellungen und Verfahren, die zunächst von Ärzten und Zahnärzten außerhalb der Universität entwickelt wurden, um später nach entsprechender wissenschaftlicher Evaluation entweder bestätigt oder verworfen zu werden. Daraus eine Ablehnung eines Ausbaus des Weiterbildungswesens abzuleiten ist allerdings nur schwer nachvollziehbar.

8. Über eine Fachbereichsbeschränkung von Fachzahnärzten kann man sehr wohl diskutieren. Im Rahmen einer Neuordnung des Weiterbildungswesens mit Fachzahnarzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen ließe sich hier vermutlich eine gute differenzierte Lösung finden. Zum „Überleben“ einer vergleichsweise geringen Anzahl hochqualifizierter Spezialisten braucht man sich kaum Sorgen zu machen.

9. Ich habe nichts zu verbergen, wenn ich meine Position bekräftige, dass ein

Ausbau der Weiterbildung viele positive Effekte haben wird einschließlich (indirekt) einer Verbesserung der Ausbildung von Studierenden. Es erscheint gleichwohl bemerkenswert, öffentlich mit konkreten Inhalten eines vor weit mehr als einem Jahrzehnt geführten persönlichen Vier-Augen-Gesprächs konfrontiert zu werden.

10. Zu den übrigen Ausführungen von Herrn Dr. Dr. Osswald sehe ich an dieser Stelle von einem Kommentar ab, hier wer-

den sich aufmerksame Leserinnen und Leser ohnehin ihr eigenes Urteil bilden.

Prof. Dr. Dr. H. J. Staehle, Heidelberg

Anschrift des Verfassers

Prof. Dr. Dr. Hans Jörg Staehle, Poliklinik für Zahnerhaltungskunde der MZK-Klinik des Universitätsklinikums Heidelberg. Im Neuenheimer Feld 400, 69120 Heidelberg, hans-joerg.staehle@med.uni-heidelberg.de

Zahnärztliches Weiterbildungskonzept ohne Sozialkompetenz und Perspektive

von Dr. Wolfgang Kirchhoff, Marburg

Seit vierzig Jahren beobachten ältere Kollegen/-innen in der alten und neuen Bundesrepublik Deutschland missbilligend eine defizitäre zahnmedizinische Hochschulbildung. Im Ergebnis bildet eine mehrheitlich reformunwillige Professorenschaft unter Anleitung einer weiteren Kosten scheuenden von CDU/SPD/FDP/Grünen/Linken geführten Ministerialbürokratie junge Menschen zu Zahnärzte/-innen aus, deren partielle Berufsunfähigkeit billigend in Kauf nehmend. Nebenbei verhindert die fast ausnahmslos drittmittelinduzierte Forschung an unseren Hochschulen die Ausbildung eines wissenschaftskritischen Potenzials bei unseren Berufsanfängern.

Die zahnmedizinische Bildungselite unserer Universitäten praktiziert in ihrem Berufsalltag die kontraproduktive Zersplitterung in Einzeldisziplinen und achtet an den meisten Hochschulen penibel auf die Einhaltung der gegebenen Abgrenzungen. Eine höchst umfangreiche und zusätzlich staatlicherseits alimentierte Privatpraxis, systematische Industrierberatung, die Jagd nach Beteiligungen und Patenten, industrielle Auftragsforschung und lukrative Vortragstätigkeiten im Sinne der Auftraggeber täuschen auf der Ebene der Hochschullehrer z. T. personelle Engpässe vor. In der überwiegenden Anzahl der Universitäts-Zahnkliniken wird die fachliche Überwindung der Abteilungsgrenzen verweigert und damit die integrative Ausbildung zur Berufsfähigkeit aktiv verhindert.

Da darf sich niemand wundern, wenn der in dieser Weise sozialisierte zahnärztliche Nachwuchs einer Ausweitung von Fachzahnarztqualifikationen und Zusatzbezeichnungen offen gegenübersteht. Skepsis

ist angebracht, wenn Protagonisten von Weiterbildungskonzepten euphemistisch die derzeitige Existenz eines hochwertigen Universitätsstudiums annehmen, um daraus die Erarbeitung eines grundlegenden Gesamtkonzeptes der Spezialisierungen abzuleiten. Das Studium der Zahnheilkunde ist ebenso reformbedürftig wie die Ausgestaltung der Beschäftigungsverhältnisse des akademischen Überbaues. Die Wiedergeburt der in weiten Teilen demokratiefeindlichen Ordinarien-Universität ist mit dem gesellschaftlichen Auftrag zur unabhängigen Grundlagenforschung nicht kompatibel.

Unabhängig davon, für wie reformbedürftig man die Weiterbildung auch halten will, vordergründig idealistische Konzepte, die den zweiten Schritt vor dem ersten zu tun beabsichtigen, können allenfalls anregend wirken, nicht aber als Aufforderung zur unmittelbaren Veränderung.

Erst einmal ist ein umfassendes, primäres zahnmedizinisches Ausbildungskonzept mit einem adäquaten Personalschlüssel zu verwirklichen, bevor ein unabhängiges Weiterbildungskonzept ernsthaft diskutiert werden kann.

Ein defizitäres Grundstudium mit einer sich anschließenden, privatwirtschaftlich zu finanzierenden Weiter-Qualifikation mit dem Ziel der Berufsfähigkeit ist letztlich nicht mit dem Grundgesetz vereinbar und eröffnet perspektivisch der Fachhochschule die Möglichkeit der Einführung einer kürzeren, vorwiegend praxisorientierten Ausbildung für dentistoides Fachpersonal.

Theoretisch könnte es ein G'schmäckle haben, sich aus der Situation personeller

Engpässe und nahezu ausschließlich industriell induzierter Forschungstätigkeit im Rahmen eines reformunfähigen Hochschulsektors um eine weitere Ausdehnung der Berufstätigkeit von Hochschullehrern zu bemühen. Ethisch nicht vertretbar ist die gelegentlich vorgetragene Argumentation, dass die Einführung eines universitär geleiteten zahnärztlichen Weiterbildungskonzepts die personellen Engpässe des eigentlichen Ausbildungsauftrages beheben helfe. Der Zweck heiligt die Mittel? Man hätte sich ein vergleichbares Engagement für die Modernisierung der Approbationsordnung gewünscht.

Panische Reaktionen sind in dieser Frage gleichwohl unangebracht, denn:

Die zahnmedizinische Versorgung der Bevölkerung ist eher aus sozialen Gründen gefährdet als aus Gründen einer mangelhaften Weiterbildung der Zahnärzteschaft.

Dass sich in der Zwischenzeit merkwürdige Blüten von kaum noch überschaubaren nationalen und internationalen Zertifizierungen, abenteuerlichen Praxisadressen, einer denkwürdigen Vermehrung von ausländischen Doktorhüten und überseeischen Professorentiteln in all ihrer zweifelhaften Schönheit zeigen, wird man aushalten müssen. Im Rahmen der Breitenversorgung haben sich die Patienten(-innen) diesbezüglich noch nicht sehr beeinflussen lassen. Bei der exponentiell zunehmenden Privatisierung der Zahnmedizin ist es zukünftig das primäre Anliegen der GKV-Patienten, sich eine gerade noch finanzierbare Wurzelkanalbehandlung, Zahnreinigung oder Krone zu sichern. Die inflationär zunehmenden Titel und phantasievollen Praxisadressen,

Homepages und/oder Zertifikate für XYZ waren in der Vergangenheit nicht ausschlaggebend für die Wahl des zahnärztlichen Therapeuten und werden bei der Zunahme prekärer Arbeitsverhältnisse in der Breitenversorgung auch zukünftig keine bedeutungsvolle Rolle spielen, allen Marketingbestrebungen, Patientenbindungs-Versprechungen und Bestrebungen der Dental-Industrie zum Trotz. Auch bei dem Versuch, die Patienten immer häufiger zu Kunden zu degradieren, werden das aufgeklärte Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient und die Glaubwürdigkeit seiner Therapie zu bezahlbaren Preisen noch solange die Arztwahl maßgeblich bestimmen, bis sich die Zahnheilkunde vollständig privatisiert haben wird.

Die Protagonisten des zahnärztlichen Weiterbildungskonzeptes argumentieren regelmäßig in die Richtung von erfolgten Wissensexplosionen, einer zunehmenden Differenzierung zahnärztlicher Disziplinen und behaupteten Analogien zur Entwicklung in der Medizin. Grundlagenforschung voraussetzende Wissensexplosionen mit der Folge objektiv feststellbarer Quantensprünge therapeutischer Neuerungen auf den klassischen Gebieten der Zahnheilkunde sind eine in ihrer Zielrichtung durchschaubare Fiktion.

Die für eine Breitenversorgung notwendige **konservierende Zahnheilkunde** brachte eine medizinisch unbedachte Ablösung vom Amalgam durch neue Werkstoffe und veränderte Präparationstechniken hervor.

Neue **präventive Strategien** halten sich im überschaubaren Bereich. Die Veränderungen erfolgten sukzessive und wurden von der Zahnärzteschaft nachvollzogen.

Alte erfolgreiche wissenschaftliche Erkenntnisse der **Endodontologie** werden nicht einmal angewendet, die neuen Methoden nicht ausreichend evaluiert und dreidimensional dokumentiert.

Die **Kinderzahnheilkunde** als Bestandteil der Konservierenden Zahnheilkunde lässt leider einen nicht unerheblichen Anteil des zu versorgenden Klientels zahnmedizinisch unerfasst. Diese Unterlassungen wurden nicht durch Wissensexplosionen hervorgerufen, ihre Ursachen sind seit den 20er Jahren des vorigen Jahrhunderts bekannt und wurden von Alfred Kantorowicz (1880-1962) früher erfolgreich bekämpft: **Soziale Inkompetenz und sozialwissenschaftliche Ignoranz verhindern bis zum heutigen Tage den Vollzug sozialmedizinischer Erkenntnisse.**

In die **Prothetik** wurden hauptsächlich neue Materialien eingebracht, deren Indikation und Verarbeitung zu beachten sind. Konstruktiv dominieren weiterhin Brücken und herausnehmbarer Zahnersatz das Praxisgeschehen, nach wie vor sind Teleskop- und Konuskronen die Mittel der Wahl. Das gilt gleichermaßen für implantat-prothetische Versorgungsformen.

Die **Implantologie** wurde vor über 40 Jahren aus der Praxis in den dentalen Anwendungsbereich lanciert, also blieb Zeit genug, um sich massenhaft vertraut zu machen; allein die DGI hat über 7.000 Mitglieder in Deutschland.

Bezüglich der **Knochenersatzmaterialien** ist die Wissensexplosion ausgeblieben, vorhersagbare Ergebnisse liegen ohne Grundlagenforschung noch im Dunkeln.

Die **Parodontologie** kämpft mit Hilfe von Knochenersatzmaterialien um den ultimativen Regenerations-Kick im 0,5 Millimeter-Bereich. Weder die Anwendung von Lasern noch von antimikrobieller photodynamischer Therapie ermöglichen relevante Fortschritte; auch hier fehlt es vorrangig an einem sozialen breitenwirksamen Vollzug von hinlänglich bekannter Therapie und vorbeugenden Maßnahmen. Die diesbezügliche Volksgesundheit könnte endlich wünschenswerte Fortschritte machen, wenn nur die Erkenntnisse Oskar Weskis (1879-1952) sozialkonform und mit fachkompetentem Personal umgesetzt würden.

Die **zahnärztliche Chirurgie** arbeitet im Grundsatz mit den gleichen Erkenntnissen und Methoden wie vor Jahrzehnten. Neue bildgebende Verfahren können bei Ausnahmeindikationen die Arbeit erleichtern. Seit 40 Jahren wird dental implantiert und seit 20 Jahren wird Knochen aufgebaut.

Für kompliziertere Therapie-Verfahren stehen zwei spezialisierte Disziplinen, die **Oral-Chirurgie und die Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie** zur Verfügung. Sieht man vom Fehlen einer implantbezogenen Grundlagenforschung ab, so ist der breitenwirksame Vollzug durch diese Disziplin bislang nicht gefährdet, von einer fundamentalen, das Fachgebiet sprengenden Wissensexplosion ist nichts bekannt geworden.

Die **Kieferorthopädie** ist bereits eine Spezialdisziplin, die sich zum größten Teil ästhetischen Verbesserungen mit neuen Materialien widmet, die die Ergebnisse als solche nicht verbessern. Ihre Grundlagenforschung ruht seit Jahrzehnten – Wis-

sensexplosionen: Fehlanzeige. Die auf chirurgischem Vorgehen basierende kieferorthopädische Therapie wird von chirurgischen Fachärzten durchgeführt.

Fasst man diesen, natürlich nur vereinfacht dargestellten Gang durch unser Fachgebiet zusammen, so ergibt sich:

Die Neuerungen sind im Wesentlichen technischer und materieller Art und nicht so sehr Bestandteile zahnmedizinisch neu zu realisierenden, relevanten Praxiswissens.

Jeder halbwegs auch manuell begabte Abiturient(-in) sollte fähig sein, unter günstigen Ausbildungsbedingungen das medizinische Wissen und das zahnmedizinische Handwerk zu erwerben, um **berufsfähig** die Universität zu verlassen und sein Berufsleben lang dieses enge Fachgebiet und mit Hilfe der ohnehin vorgeschriebenen Fortbildung zu beherrschen. **Wissensexplosionen, die neue Fachdisziplinen hervorbringen, sehen anders aus.** Über die Notwendigkeit von regelmäßigen Überprüfungen des Wissenstandes ließe sich diskutieren.

Eine partielle Differenzierung unseres Fachgebietes ist zu beobachten. **Sie betrifft jedoch nahezu ausschließlich die Gebiete einer rational nicht nachvollziehbaren, Krankheiten erfindenden, evidenzfreien Zahnheilkunde ganzheitlicher, naturheilkundlicher, biologischer, irgendwie komplementärer, anthroposophischer etc. Art.**

Während die Spezialisten der Kieferorthopädie ihre erklärten Therapieziele wie die Reduktion von Karies, Parodontopathien und Kiefergelenks-Erkrankungen nicht einmal nachweisen konnten, sind auch die mechanisch vermessenden **Kiefergelenks-Spezialisten** mit ihrem elektronisch aufgepeppten Instrumentarium inzwischen deutlich an ihre diagnostischen und therapeutischen Grenzen gestoßen. Die funktionstherapeutisch orientierten Wissenschaftler sahen sich kürzlich gezwungen, auf die Technik der Artikulationslehre von Alfred Gysi (1865-1935) und seinen Mittelwertartikulator zu verweisen. Würden wir die parodontologischen und sozialmedizinischen Erkenntnisse Oskar Weskis (1879-1932), der schon 1924 die Verankerung der Parodontal-Therapie in der Sozialversicherung forderte, heute in der sozialen Breitenversorgung therapeutisch verwirklichen, wären wir fortschrittlicher im eigentlichen, humanen Sinne, als es innovative Spielereien wie photodynamische Therapieansätze von Spezialisten je sein

könnten. Solange die en vogue-Diagnosen von CMD nicht einmal international standardisiert wurden, sind diesbezüglich tätige Zahnärzte(-innen) zumeist auf einem grenzüberschreitenden, von keiner Evidenz getriebenen Gebiet experimentell tätig.

Selbst die zahnärztliche **Prothetik** verzichtet nahezu gänzlich auf hohe Evidenz-Grade. Dem entsprechend fehlen der Zahnheilkunde die für eine Spezialisierung grundlegenden wissenschaftlich fundierten Leitlinien für standardisierte Therapieschritte fast völlig. Wie begründet sich eine Spezialisierung im evidenzarmen bis -freien Raum, die zu einer besseren Versorgung beitragen soll? Die Esoteriker(-innen) und Anthroposophen(-innen) finden ihre esoterisch / anthroposophisch / pseudowissenschaftlich ausgerichteten Therapeuten(-innen) wie die uns artverwandte Spezies die Trüffel im Walde, solange sie einer auf diese Leistungen ausgerichtete Krankenversicherung angehören oder persönlich gut bei Kasse sind. Für die soziale Breitenversorgung im Rahmen der GKV bedarf es keiner auf diese Gebiete spezialisierten und zertifizierten Zahnärzten(-innen).

Völlig verfehlt sind vergleichende Hinweise auf vermeintliche Parallelen zu den Facharztgebieten der Allgemeinmedizin. Osswald hat mehrfach und sehr richtig auf die unvergleichlichen Besonderheiten unseres sehr kleinen Fachgebietes hingewiesen. Welcher ernst zu nehmende zukünftige Fachzahnarzt der Parodontologie will sich denn einem Vergleich mit dem differenzialdiagnostischen Know-how des Internisten oder den operativen Befähigungen des Herzchirurgen stellen? Diese Argumente beflügeln eine Gespensterdiskussion, nachgerade das Gegenteil einer rationalen Steuerung der Zukunft unseres Berufsstandes.

Ohne den Vollzug in der Anwendung bekannter und epidemiologisch nachweislich wirksamer zahnmedizinischer Maßnahmen in der Breitenversorgung ist die Diskussion über Spezialisierungen im oftmals evidenz- und leitlinienfreien Raum sozialmedizinisch obsolet und dient objektiv der zunehmenden Privatisierungstendenz und gruppenegoistischen Honorarvermehrung innerhalb der Zahnmedizin.

Insofern muss es nicht verwundern, dass von den objektiven Interessen des überwiegenden Teils der Bevölkerung in der vorherrschenden Diskussion bislang keine Rede war. Unstrittig und ungeachtet aller Einwände gegen weitere Spezialisierungen, bedeutet diese in unserem Gesellschafts-

system eine weitere Verteuerung wissenschaftlich noch fragwürdiger Gesundheitsleistungen; diese Tatsache unterscheidet uns auch grundlegend von den Verhältnissen in der früheren DDR, in deren System private Zuzahlungen nicht vorgesehen waren. **Unsere Gesellschaft leistet sich nicht nur eine Mehrklassen-Medizin sondern auch millionenfachen sozialen Sprengstoff mit der Hinnahme von Kindern und Jugendlichen, Alleinerziehenden, (Langzeit-)Arbeitslosen, Migranten, berufstätigen „Aufstockern“ usw. mit einem hohen Armuts- und Gesundheitsrisiko.** Praxisgebühren, Zuzahlungen bei Arzneimitteln, Kosten von Zahnreinigungen, Füllungen, Zahnersatz, gestiegene Versicherungs- und Zusatzbeiträge lassen der Durchschnittsfamilie mit Durchschnittseinkommen (ca. 1300 € netto im Monat) und zwei Kindern keinerlei weitere Spielräume mehr, ein fragwürdiges zahnmedizinisches Spezialistentum ohne wirkliche Evidenz und gesellschaftliche Legitimation zu honorieren. Fragwürdiger zahnmedizinischer Fortschritt für die Upper Classes unserer Gesellschaftsordnung wird weiterhin von selbst und anderswo ernannten Spezialisten bei Spitzenhonoraren bedient.

Der kassenzahnärztlichen sozial orientierten Breitenversorgung wäre erst einmal damit gedient, dass altbekannte wissenschaftliche Erkenntnisse epidemiologisch wirksam organisiert und sozial verträglich in therapeutisches und vorbeugendes Handeln umgesetzt werden würden. Diese Aussage bezieht sich vor allem auf die Durchführung einer umfassenden Kinder- und Jugendzahnheilkunde für das verbliebene Drittel der Erkrankten ggf. im Rahmen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, einer kostenfreien Füllungstherapie, kostenfreier endodontologischer Maßnahmen, einer in allen Praxen angebotenen kostenfreien Parodontaltherapie, kostenfreier Zahnreinigungen und kostenreduzierter Zahnersatzversorgungen, eventuell auch in konkurrierenden Versorgungssystemen. Ultima ratio wäre eine den Veränderungen angepasste neue Approbationsordnung.

Über die Einführung zahnärztlicher Spezialisten ließe sich in späteren Jahren eventuell qualifizierter nachdenken, vielleicht sogar zu einem Zeitpunkt, nachdem das globale System in die sich ubiquitär andeutende Insolvenz gegangen ist. Bis dahin wird der Teil der Kollegenschaft, der sich nach wie vor sozial verantwortlich fühlt, die Probleme einer adäquaten Breitenversorgung mit demokratischer Legitimation zu diskutieren und wenn möglich, umzusetzen haben.

KZVB nach Sozialgerichtsurteil: Claridentisvertrag ist unwirksam

Klare Schlappe für die AOK Bayern: ihr Vertrag „Claridentis“ ist kein integrierter Versorgungsvertrag. Das hat das Sozialgericht München im Juli 2011 entschieden (Az. S 38 Ka 5208/09). Die AOK Bayern kann deshalb Zahlungen, die im Rahmen dieses Vertrages erfolgen, nicht auf die vertragszahnärztliche Gesamtvergütung anrechnen. Laut AOK beteiligen sich an Claridentis rund 140 Vertragszahnärzte, denen finanzielle Vorteile und Vergütungszuschläge zugesagt wurden.

Der Entscheidung des Sozialgerichts München, gegen die Berufung möglich ist, war ein jahrelanger Streit zwischen der KZV Bayern und der AOK des Landes vorausgegangen. Nach der Auffassung des Gerichts erfüllt der Claridentis-Vertrag die Voraussetzungen für einen integrierten Versorgungsvertrag nach § 140 a ff SGB V nicht. Das Gericht stützt sich bei seinem Urteil auf die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts. Davon ist im konkreten Fall nach Rechtsmeinung des Sozialgerichts München abgewichen worden. Insoweit kommt dem Rechtsstreit grundsätzliche Bedeutung bei.

Für Kopfschütteln sorgt bei der KZVB die Reaktion der Managementgesellschaft Dent IV GmbH, die die Claridentisverträge abwickelt, auf das Urteil. Sie spricht von einer „Verhinderung des Wettbewerbs im Gesundheitswesen“. KZVB-Chef Dr. Janusz Rat dazu: „In diesem Rechtsstreit ging es einzig und allein um die Vertragsgestaltung durch gesetzliche Krankenkassen und die sich daraus ergebenden finanziellen Konsequenzen für die vertragszahnärztliche Versorgung. Hier hat das Sozialgericht München der AOK Bayern klare Grenzen aufgezeigt und verhindert, dass der zahnärztlichen Versorgung der bayerischen AOK-Versicherten durch einen Selektivvertrag Millionenbeträge entzogen werden.“ Rats Stellvertreter Dr. Stefan Böhm ergänzt: „Das zahnärztliche Budget der AOK Bayern ist schon ohne den Claridentisvertrag zu knapp bemessen. Die KZVB war deshalb letztes Jahr gezwungen, für AOK-Versicherte fast drei Monate lang sogenannte Puffertage auszurufen, an denen die vertraglich vereinbarte Honorarhöhe nicht mehr garantiert werden konnte. „Der Claridentisvertrag ist ein Affront, weil die AOK Bayern einige wenige Zahnärzte zu Lasten aller besser stellen wollte.“

Quelle: Pressemeldung der KZV Bayern vom 14.07.2011 – www.kzvb.de/presse

Blick über den zahnmedizinischen Tellerrand: Position der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) zur zunehmenden Subspezialisierung in der Medizin

Nicht nur in der Zahnmedizin, auch in der (übrigen) Medizin stellt sich bei zunehmender Ausbildung von Spezialisierungen und Subspezialisierungen die Frage, ob und wie diese Qualifikationen in eine ganzheitliche und effiziente Patientenversorgung integriert werden können.

Die Allgemeinmedizin hat eine zentrale Bedeutung für die medizinische Versorgung der Bevölkerung. Sie ist auf den ganzen Menschen spezialisiert und hat als Querschnittsfach keine klar abgrenzbare Zuständigkeit für ein bestimmtes Organsystem oder definierte Pathologien. Ihre besondere Rolle liegt in der wohnortnahen Primärversorgung, der umfassenden Versorgung chronisch Kranker, insbesondere von Mehrfach-erkrankten, sowie in der Prävention und Gesundheitsförderung aller Altersgruppen und beider Geschlechter. Dieses Modell ist weltweit auch deshalb erfolgreich, weil die Mehrheit der Beratungsanlässe in der ambulanten Medizin von Allgemeinärzten erfolgreich und abschließend versorgt werden kann. Nur bei ungefähr 5 bis 10 Prozent aller Beratungsanlässe ist die Hinzuziehung von Fachspezialisten erforderlich.

In den letzten Jahren besteht eine Tendenz zur **fortschreitenden Subspezialisierung** in Form von speziellen Curricula und neuen Zusatzbezeichnungen, die u.a. durch Kassenärztliche Vereinigungen und Ärztekammern geschaffen werden. Viele Initiativen betreffen die Kernkompetenz der allgemeinärztlichen Versorgung. Als Beispiele seien genannt:

- Palliativmedizin (Basisversorgung)
- Präventionsmedizin (aktuelles Curriculum der BÄK)
- Psychosomatik
- Suchtmedizin
- Geriatrische Basisversorgung
- Sozialmedizin (Rehantrag)
- Sexualmedizin
- Notfallmedizin
- Schmerztherapie
- Impfwesen

Jeder dieser Querschnittsbereiche, die keinem einzelnen Organfach fest zugeordnet werden können, kann mit Recht seine besondere Bedeutung für die Versorgung der Bevölkerung beanspruchen. In jedem dieser Bereiche könnten Subspezialisten den Allgemeinärzten vermutlich „Defizite“ vorwer-

fen. In der Regel können aber für die Versorgung tatsächlich relevante „Defizite“ nicht belegt werden. Sofern hier eine besondere Bedeutung für die Grundversorgung der Bevölkerung gesehen wird, sind sie außerdem in der universitären Ausbildung im Rahmen des Medizinstudiums angemessen zu unterrichten, was durch entsprechende Anpassungen der Approbationsordnung und deren Umsetzungen erfolgt. Hier sind die neu eingeführten Querschnittsfächer und der in Arbeit befindliche nationale Kompetenzkatalog zu nennen. Strukturelle Besonderheiten unseres Gesundheitssystems wie die extrem hohe Frequenz bei den Arzt-Patient-Kontakten, die naturgemäß zu kurzen Kontakt-Zeiten führt, dürfen zudem nicht mit einer prinzipiell fehlenden Kompetenz verwechselt werden. Insofern bedarf es zunächst einer sorgfältigen Analyse von eventuell bestehenden Versorgungsmängeln, um dann mit entsprechenden Steuerungsinstrumenten gezielt Abhilfe zu schaffen.

Der Bedarf einer spezialisierten Versorgung für eine kleine Gruppe von Patienten wird in definierten Einzelfällen nicht bestritten, für die Mehrheit der Bevölkerung ist eine allgemeinärztliche Basisversorgung jedoch sowohl ausreichend als auch zweckmäßig. Ein „Mehr“ an Diagnostik und Therapie ist angesichts von verbreiteter Über- und Fehlversorgung keineswegs immer gleichbedeutend mit einer besseren Versorgung, sondern kann im Gegenteil das Wohlbefinden von Individuen erheblich beeinträchtigen, ohne ihre Prognose zu verbessern. Hier ist beispielsweise ein unkritisches Screening ohne entsprechende Evidenzbasis zu nennen, wie dies bei der Studie zum Neuroblastomscreening eindrucksvoll nachgewiesen werden konnte.

Die Schaffung dieser Vielzahl von Subspezialisierungen in Verbindung mit Titeln, Zusatzbezeichnungen oder Abrechnungsprivilegien unterhöhlt und gefährdet eine ressourcensparende gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung und das umfassende Betreuungskonzept der Allgemeinmedizin, in dem immer mehr Kernkompetenzen aus der Allgemeinmedizin herausgeschnitten und in neue Subspezialisierungen verlagert werden. Die damit einhergehende Entwertung betrifft aber auch andere

Fachgebiete, denen Basiskompetenzen, z.B. einer angemessenen Schmerztherapie, abgesprochen werden.

Diese nachgelagerten Zusatzqualifikationen sind ggf. eher Ausdruck struktureller Defizite der **Weiterbildung** (in allen Fächern), in der Kernkompetenzen offenbar nicht ausreichend vermittelt werden. Diese Aufgabe wird von den in Deutschland für die Qualität der Weiterbildung zuständigen Ärztekammern insofern nicht optimal wahrgenommen. Inhaltlich und konzeptionell optimierte Strukturen für eine angemessene Weiterbildung sind in vielen europäischen Ländern (z.B. Dänemark, Frankreich, Großbritannien, Niederlande, Spanien) etabliert, wo diese im Regelfall auch an akademischen Zentren mit Abteilungen für Allgemeinmedizin angebunden sind.

Strukturierte, pharmafreie, am Versorgungsbedarf der Bevölkerung und am Lernbedarf der Ärzte orientierte **Fortbildung** in diesen Querschnittsbereichen wird im Rahmen der lebenslangen Fortbildung ausdrücklich begrüßt. Eine Verknüpfung mit bestimmten Kursen, Weiterbildungszeiten, Prüfungen oder Zusatzbezeichnungen bedarf im Einzelfall jedoch einer besonderen Rechtfertigung.

Deshalb wünscht sich die DEGAM für die Zukunft

- kontinuierliche bundesweite Überarbeitung des Ausbildungskataloges und dessen konsequente Umsetzung, um ärztliche Basisfertigkeiten zu stärken und außerhalb des jeweiligen Spezialgebietes unnötige Kompetenzen herauszunehmen,
- Integration von Kernkompetenzen der Primärversorgung in die **Weiterbildung** ohne zusätzliche zeitliche Belastung der Ärzte in Weiterbildung,
- Integration von Kernkompetenzen der Primärversorgung in die **Fortbildung**, die sich am Lernbedarf orientieren soll und ohne spezielle Zertifizierungen auskommt,
- Wirtschaftliche und strukturelle Rahmenbedingung, in denen Allgemeinärzte ihren **Versorgungsauftrag** erfüllen können.

Sektion Fortbildung, Sektion Versorgungsaufgaben, Sektion Weiterbildung in der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), 03.07.2011