

IMPLANTOLOGIE ZEITUNG

Informationen zur oralen Implantologie

OFFENER BRIEF an die Landeszahnärztekammern:

MKG-Chirurgen und Oralchirurgen planen für die Zukunft; Reizthema für die Zahnärzte?

Dr. Hans-Jürgen Hartmann, Tutzing

Seit Einführung der Weiterbildungsordnung Oralchirurgie 1975 als zahnärztliche Gebietsbezeichnung war das Verhältnis zwischen Oralchirurgen und Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen, deren Weiterbildung in einer ärztlichen Weiterbildungsordnung geregelt wird, bisweilen von erheblichen Spannungen geprägt, was in den Gerichtsurteilen von Zweibrücken in den Jahren 1997 bis 1999 gipfelte. Eingriffe des Oralchirurgen und MKG-Chirurgen sind in weiten Teilen des dentoalveolären Bereiches deckungsgleich. Bei Überschneidungen kam es bei unterschiedlicher Zugangsberechtigung, sei sie ärztlich oder zahnärztlich definiert, zu Konflikten. Die Implantologie spielte hierbei eine besondere Rolle, was auch die schon oben genannten Gerichtsurteile bestätigen. Mit der wissenschaftlichen Anerkennung der Implantologie 1982 einerseits und ihrer Aufnahme in die GOZ 1988 andererseits, ergab sich auch eine wirtschaftliche Bedeutung. Dazu wurden die Grenzen der Zahnmedizin ausgelotet in dem Sinne, was ist allgemeine Heilkunde, also Medizin, und was ist Zahnmedizin. Die Gerichtsverfahren von Zweibrücken, die hier als bekannt vorausgesetzt werden dürfen, zeugen davon.

Auf eine Entscheidung des EUGH vom Herbst 2004, in der festgelegt wurde, dass die allgemeine Heilkunde die Zahnheilkunde nicht mehr generell mit einschließt, sei hier am Rande hingewiesen. Sie wird aber bei einer zunehmenden Positionierung der ZMK als Teilgebiet der Medizin als Folge der vorgesehenen Änderung der zahnärztlichen Approbationsordnung beachtet werden müssen.

Gegensätzliche Auffassungen zwischen den beiden Berufsgruppen waren allerdings nicht nur eine isolierte Auseinandersetzung zwischen Zahnärzten und Ärzten, sondern auch eine Frage über Ausbildung und Lehrinhalte bis hin zur Vergabe der Lehrstühle an deutschen Universitäten. Die Gesamtentwicklung kann seit geraumer Zeit nun nicht mehr rein national gesehen werden, sondern muss zukünftig mehr und mehr europäische Vorgaben berücksichtigen. Die Richtlinie 2005/36/EU über die Anerkennung von Berufsqualifikationen wurde vom Europäischen Parlament und vom Rat der EU am 7. September 2005 verabschiedet. Sie ist am 20. Oktober 2005 in Kraft getreten und muss binnen zwei Jahren von den Mitgliedsstaaten umgesetzt werden.

Das EU-Parlament und der EU-Rat nimmt damit auch Einfluss auf die deutsche Gesundheitspolitik. Obendrein gibt es in Europa kein Land mit einer dem deutschen System vergleichbaren Struktur. Es gibt keine gesetzlichen Krankenkassen, kein so filigranes Bezuschussungssystem, keinen so starken Formalismus, keine Honorarverteilungsrichtlinien wie in Deutschland. Es gibt in anderen Ländern der EU kein Kompetenzsystem oder keine Facharztausbildung wie in Deutschland. Damit ist es noch nicht genug. Es gibt keine den KZVen und KVEn, Landes Zahnärzte- und Landesärztekammern vergleichbaren Strukturen. Es gibt keine Niederlassungsbeschränkungen, Sicherstellungsaufträge, Verordnung zur Abrechnung der einen oder anderen Leistung und vieles mehr. Dabei geht es nur um den kleinen Bereich Zahn-Mund- und Kieferheilkunde.

Die Oralchirurgen als "Speerspitze" der zahnärztlichen Chirurgie sind eine von zwei Fachzahnarztgruppen, deren Gebiet in einer entsprechenden Weiterbildungsordnung beschrieben wird. Sie stoßen in chirurgischen Bereichen, eher als die Zahnärzte, an Grenzen, die von MKG-Chirurgen und Vertretern anderer medizinischer Gebiete ebenfalls versorgt werden. So gibt es zumindest im dentoalveolären Bereich zwei konkurrierende Berufsgruppen Arzt und Zahnarzt. Im Bereich der Sinus sind die Hals-Nasen-Ohrenärzte oder im Bereich der Unfallchirurgie auch noch die Traumatologen, die dieses Gebiet des Gesichtes behandeln. Auch die plastischen Chirurgen oder Dermatologen sind mit von der Partie. Warum kommt erst jetzt das Gerangel an die Öffentlichkeit? Es ist die Auseinandersetzung um chirurgische und implantologische Versorgungskompetenz, die Diskussion um zu lange Ausbildungszeiten und dem damit verbundenen zu späten Eintritt in den Beruf, die Europäisierung durch zunehmenden Einfluss Brüssels und die neue Dienstleistungsverordnung. Das Hygienegesetz und vieles mehr, schon seit langen Jahren diskutiert, nimmt zusätzlich immer stärker Gestalt an. Ein aufeinander Zugehen der das gleiche Gebiet versorgenden Fachärzte, hier insbesondere in das der Oralchirurgen, sollte schon längst begonnen haben. Wenn wir jetzt nicht anfangen, als Ärzte und Zahnärzte unsere berufsbezogene Zukunft in Europa selbst zu gestalten, laufen wir Gefahr, ins Abseits zu geraten. Wenn die ärztliche Weiterbildung zum klassischen MKG-Chirurgen eine isolierte deutsche, traditionelle Ausbildung bleibt, ohne ähnliche Beispiele in Europa, so ist die Vergleichbarkeit der Weiterbildungsinhalte deutscher MKG-Chirurgen mit griechischen, portugiesischen oder italienischen Kollegen nur bedingt möglich. Die Niederlassungsfreiheit in Europa räumt diesen Kollegen für das gleiche Therapiegebiet einen Wettbewerbsvorteil ein. Sie können früher in den Beruf einsteigen, da sie als Zugangsvoraussetzung zur Weiterbildung nicht die Doppelapprobation haben. Offiziell ist z.B. die Oralchirurgie als zahnärztliches Gebiet in Portugal seit kurzem eingeführt. Die Kollegen betreiben dort die orale Chirurgie mehr als Schwerpunkt, denn als Gebiet. Nachdem weitestgehend in Europa die Oralchirurgie getrennt von der MKG-Chirurgie betrieben wird, stehen Konflikte ins Haus. Die Verhandlungspartner der DGMKG-Chirurgie und des BDO unter Moderation der BZÄK glauben diese in Deutschland durch eine novellierte Weiterbildungsordnung, die gleichermaßen ärztliche und zahnärztliche Vorstellungen berücksichtigt, überwunden zu haben. Eine Stärkung der zahnärztlichen Chirurgie für den Zahnarzt wäre langfristig die Folge. Der Zahnarzt hat aufgrund seiner Approbation einen vollen Zugang zur Chirurgie seines Fachgebietes. Das ist die Aussage des Urteils von Zweibrücken. Auch wenn in den Staaten der EU Medizin und Zahnmedizin in getrennten Ausbildungswegen vermittelt werden, können trotzdem gleiche Ausbildungsinhalte wechselseitig anerkannt werden. Das stärkt die Zahnmedizin in der Betrachtung als Teilgebiet der Medizin. Es stellt sich aber die Frage unter Beachtung des EUGH-Urteils, wie viel Medizin benötigt eigentlich die Zahnmedizin zur Auftragserfüllung nach dem Zahnheilkundengesetz? Ungeachtet dieser Antwort kann jetzt schon gesagt werden, wer eine erweiterte Chirurgie des Fachgebietes nach internationalem Standard, also "Orale und Maxillofaciale Chirurgie", betreiben will, benötigt als Zahnarzt zusätzliche medizinische und als Arzt zusätzliche zahnmedizinische Kenntnisse. Diese könnten während der Weiterbildung vermittelt werden. Ob am Ende eine zweite Approbation angestrebt wird, sollte dem einzelnen EU-Land überlassen bleiben. Unbestritten liegt die zukünftige universitäre Entwicklung der ZMK in einer Vermittlung von mehr medizinischer Kompetenz für den angehenden Zahnarzt.

Zahnärztliche Kollegen als Oralchirurgen ausgebildet, haben kaum mehr Lehrstühle inne oder aber es ist von der Vergangenheit her deutlich zu erkennen, dass der Anteil der Lehrstühle in der Oralchirurgie weniger wird. Es besteht wohl offensichtlich eine sehr geringe wissenschaftliche Tätigkeit in der gesamten Zahnmedizin und damit natürlich auch in der Oralchirurgie. Eine Veränderung muss unter Berücksichtigung der vom Wissenschaftsrat festgestellten Defizite zum Erhalt der ZMK als universitäre Ausbildung erfolgen.

Unter diesen vielschichtigen Problemen ist es nur allzu verständlich, dass sich die Oral- und MKG-Chirurgen zu verständigen suchen. Der von vielen zahnärztlichen Kollegen geäußerten Befürchtung, die zahnärztliche Chirurgie wandere in den Bereich der MKG-Chirurgie ab, kann dadurch begegnet werden, indem sich die Zahnärzteschaft konstruktiv in den Entwicklungsprozess einbringt und dadurch mit einem Gewinn an medizinischer Kompetenz profitiert. Die Oralchirurgen als chirurgische Fachzahnärzte sind prädestiniert, die Vertretung der zahnärztlichen Chirurgie bei den Verhandlungen zu übernehmen. Es kann nicht in ihrem Interesse liegen, die zahnärztliche Chirurgie aus dem allgemein zahnärztlichen Bereich herauszunehmen, sondern im Gegenteil, den Teil der zahnärztlichen Chirurgie zu stärken, um für andere zahnärztlich chirurgische oder kieferchirurgische Leistungen Freiraum zu haben. Dass nach Einführung der neuen Gebührenordnung und Einbindung implantologischer Leistungen in den privaten Versicherungsvertrag die Verhältnisse besonders eskalierten, liegt auf der Hand. Die wirtschaftlichen Interessen und Möglichkeiten der Implantologie werden aber auch in Zukunft aufgeteilt sein zwischen den Berufsgruppen: Zahnärzte, Fachzahnärzte/Oralchirurgen und MKG-Chirurgen.

Der Übergang von der chirurgischen Dominanz zur prothetischen Dominanz in der Implantologie, auch von den MKG-Chirurgen nicht bestritten, stärkt die Position der prothetisch orientierten Zahnärzte. Allgemein anerkannt wird, dass die Zahnärzte prothetische Kompetenz haben und über geeignete Fortbildung, z.B. "Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie" oder als "Oralchirurgen" auch chirurgische Kompetenz aufweisen. Den Kieferchirurgen wird unbestritten eine höhere chirurgische Kompetenz zugestanden, dafür aber eine zum Teil geringere prothetisch-implantologische. Die Verantwortung in der Implantologie aber ist unteilbar.

Es deuten sich jetzt schon im Rahmen der Gesamtverantwortung Probleme an, entweder den Chirurgen oder Prothetiker betreffend. Daher ist unter Berücksichtigung all dieser Kriterien die Kooperation aller implantologisch und/oder chirurgisch tätigen Kollegen sinnvoll. Die Vorstellungen der MKG-Chirurgen und Oralchirurgen, das Gebiet der Mundhöhle und deren Randbereiche nicht mehr als Mitbewerbergebiet sondern als gemeinsames Gebiet zu betrachten, Ausbildung, Weiterbildung und Fortbildungen zu konzentrieren und zu koordinieren, erachte ich daher als eine sinnvolle Strategie. Ausbildungszeiten könnten reduziert, Kompetenzen erhöht und Zahnärzte in ihrer chirurgischen Ausbildung unterstützt werden. Es muss allerdings gewährleistet sein, und so sind die bisherigen Verhandlungen meines Wissens auch geführt worden, dass die zahnärztliche Chirurgie dem niedergelassenen Zahnarzt erhalten bleibt und zwar uneingeschränkt. Durch die Approbation erhält der Zahnarzt seine Zugangsberechtigung zur umfassenden Ausübung der ZMK, dazu gehört natürlich auch die Chirurgie. Wir sollten den gemeinsamen Bestrebungen von Politikern nach Qualifikation, Qualifizierung, Qualitätsstandard, gesetzlichen Rahmenbedingungen durch gesetzliche Krankenkassen, Einkaufsmodellen oder Vorstellungen an Europa eher durch Schulterschluss begegnen, als dass wir uns in täglichen Auseinandersetzungen um Kompetenzen und Verfahrensweisen kümmern. Weder Oralchirurg noch der MKG-Chirurg werden den chirurgischen Ast, auf dem sie sitzen, absägen. Zahnärzte sind durch ihre Überweisungen notwendig für sie zum wirtschaftlichen Überleben.

Wir Zahnärzte wünschen uns eine künftig engere Kooperation von MKG- und Oralchirurgen, wie dies in Bayern seit längerem erfolgreich praktiziert wird. Mit Blick auf die europäischen Entscheidungsgremien sollten Wege gefunden werden, ohne die chirurgische Tätigkeit aller Zahnärzte aus dem Blick zu verlieren. Ich würde nur wünschen, dass die Zahnärzte, die Berufsverbände und Gesellschaften zu einer baldigen Lösung dieses Problems kommen, ehe andere Kreise die Lösung vorgeben!