



In der letzten Forum-Ausgabe haben wir unserer Besorgnis über die Entwicklung im Bereich der zahnärztlichen Aus-, Fort- und Weiterbildung Ausdruck verliehen und weitere Beiträge zu diesem Thema angekündigt. Geplant sind Stellungnahmen verschiedener Autoren, die in ihrer kritischen Haltung der unseren grundsätzlich nahe stehen – auch wenn nicht alle Akzente und Details der Meinung der Redaktion entsprechen. – – – – DIE FORUM-REDAKTION

Die Reise nach Bologna

von Dr. Dr. Rüdiger Osswald, München

Seit meiner Niederlassung vor 21 Jahren ist die Berufspolitik durch nachgerade kriegerische Auseinandersetzungen geprägt. Dabei ist wenig Gutes herausgekommen. Der Stand ist weit davon entfernt, mit einer Stimme zu sprechen, und berufspolitisch ausgesprochen erfolglos.

Wie konnte es passieren, dass wir durch die Festzuschussregelungen jedes Jahr 1,5 Milliarden für die Versorgung unserer Patienten verlieren und so die Sanierung der Krankenkassen alleine finanzieren?

Viel gravierender ist, dass wir unsere Zahnheilkunde aus den Augen verloren zu haben scheinen. Wie konnte es geschehen, dass uns der neue BEMA zur Körperverletzung auffordert, weil er vorschreibt, erhaltungswürdige Organe zu entfernen oder ihren Erhalt privat zu berechnen? Das ist mit meinem Bild von Zahnheilkunde nicht zur Deckung zu bringen.

Der Freie Verband befindet sich im freien Fall. In das entstehende Vakuum drängt eine Allianz aus Bundeszahnärztekammer, DGZMK und der Vereinigung der Hochschullehrer. Sie schickt sich an, die Weiterbildungsordnung zum Nachteil der Allgemeinzahnärzte unter ihre Kontrolle zu bringen.

Ausgangspunkt ist ein Gutachten des Wissenschaftsrates aus dem Jahre 2005.

Bezüglich der Qualität von Forschung und Lehre an den zahnmedizinischen Hochschulen kommt dieses Gutachten zu einem alles andere als schmeichelhaften Ergebnis. Davon haben Sie wenig gelesen? Das ist kein Zufall. Denn es steht nichts drin, womit man freiwillig Reklame laufen würde. Der Wissenschaftsrat fordert die Hochschulen ultimativ auf, sich endlich und sehr deutlich wieder an die Medizin anzunähern. Er droht offen, Fakultäten zu schließen, und zwischen den Zeilen, die Zahnheilkunde an die Fachhochschule zu relegieren.

Von der Medizin hat sich die zahnheilkundliche Lehre und Forschung nach dem Krieg in der Tat immer weiter entfernt, um der vorwiegend mechanistischen US-amerikanischen Lehre zu folgen. Bis zur Mitte des letzten Jahrhunderts wurden die international gültigen Standards in den deutschsprachigen Ländern gesetzt und medizinisch begründet. Heute wird im Wesentlichen nacherzählt, was die Amerikaner vorbeten. Der Wissenschaftsrat fordert jetzt eine synoptische, fachgebietsübergreifende Lehre und Forschung im Sinne von Oralmedizin, also eine deutliche Fokussierung auf die Ganzheitlichkeit im medizinischen Sinne. Damit fordert er deutlich das Gegenteil von dem, was in Deutschland erforscht und gelehrt wird.

In Reaktion auf dieses Gutachten haben profilierte Hochschullehrer das „Weißbuch der ZahnMedizin Band 2“ veröffentlicht.

Die Schreibweise signalisiert auffällig, dass die Botschaft verstanden wurde. Darüber haben Sie in der Standespresse gelesen? Auch das ist kein Zufall. Wir sollen anscheinend den Eindruck gewinnen, die Hochschullehrer hätten aus eigenem Antrieb heraus phantastische Perspektiven für unser Fachgebiet entwickelt. Die Realität ist eine andere. Es war vielmehr der Wissenschaftsrat, der der Hochschule eine Perspektive von Zahnheilkunde aufgezeigt hat, die sie bisher selbst nicht hatte. So muss Prof. Schlagenhauf nicht nur einräumen, dass niemand an der Hochschule über ein Gesamtbild von Zahnheilkunde verfügt und Oralmedizin nicht gelehrt wird. Er muss auch zugeben, dass er niemanden sieht, der diejenigen Hochschullehrer Oralmedizin lehren könnte, die in 6 bis 10 Jahren die Studenten zu Oralmedizinern ausbilden sollen.

Das Wort von der „Wissensexplosion in der Zahnheilkunde“ zieht sich wie ein roter Faden durch das Weißbuch.

Diese angebliche Wissensexplosion dient als Feigenblatt für die eigenen Versäumnisse. Zum einen sehen sich die Hochschullehrer nicht mehr in der Lage, den Studenten das notwendige Wissen und die erforderlichen praktischen Fähigkeiten zu vermitteln. Fünf Jahre des teuersten aller Studiengänge sollen nicht ausreichend sein, Oralmedizin zu lehren. Zum anderen dient die angebliche Wissensexplosion dem Zweck, die Forderung nach weiteren Fachzahnarzt- und Masterstudiengängen zu begründen, die hauptberuflich an der Universität oder berufsbegleitend absolviert werden sollen. Dass die nebenberuflich erworbenen Titel hochpreisig sind, versteht sich von selbst. Dieselben Hochschullehrer, die die Studenten im regulären Studium nicht oralmedizinisch auszubilden vermögen, wollen das postgraduiert und gegen Geld plötzlich können.

Der Wissenschaftsrat fordert eine fachübergreifende, synoptische Zahnheilkunde im Sinne von Oralmedizin. Die Hochschullehrer geben vor, diese Forderung nur durch mehr zahnärztliche Spezialisierung erfüllen zu können.

Das ist ein Widerspruch in sich selbst. Ich sehe keine Wissensexplosion. Natürlich sind in der Zahnheilkunde nicht alle Fragen beantwortet. Wir haben jedoch kein wesentliches Problem fehlenden Wissens oder fehlender wissenschaftlicher Erkenntnisse. Wir haben vielmehr ein beachtliches Problem bei der Integration des vorhandenen Wissens zu einem Gesamtbild von Zahnheilkunde. Das größte Problem, das wir haben, ist jedoch die fehlende Umsetzung des vorhandenen Wissens in praktische und praktizierbare Zahnheilkunde im Sinne von Oralmedizin. Das müsste die Hochschule leisten. Das leistet sie aber nicht. Und sie kann es momentan auch nicht leisten. Warum?

An der Hochschule ist der höchste Grad der Spezialisierung erreicht, den man sich

in einem solch kleinen Fachbereich überhaupt vorstellen kann.

Und was kommt dabei heraus? Niemand überblickt den Gesamtfall. Die spezialisierten Abteilungen der Hochschule arbeiten nicht zusammen. Im besten Fall arbeiten sie nur aneinander vorbei. Im schlimmsten Fall arbeiten sie sogar gegeneinander. Ich möchte in keinem Falle den Eindruck erwecken, ich sei gegen Spezialisten. Ich arbeite sehr wenig kieferorthopädisch und überweise für gezielte Leistungen an einen Fachzahnarzt. In besonders schwierigen Fällen implantiere ich auch nicht selbst, sondern überweise an einen Kieferchirurgen. Die Notwendigkeit weiterer Fachzahnärzte oder gar Master bestreite ich jedoch ganz entschieden.

Als niedergelassener Allgemeinzahnarzt bin ich nämlich schon Spezialist: Der Spezialist für Zahnheilkunde.

Zahnmedizin ist keines der großen Fächer innerhalb der Medizin, wie Chirurgie, Innere, Gynäkologie oder Pädiatrie. Sie ist, wenn sie fachübergreifend ausgeübt wird, jedoch mit der Augen- oder der HNO-Heilkunde in jeder Beziehung vergleichbar. Innerhalb der DGZMK scheint jedoch die Auffassung verfestigt, unser kleines Fachgebiet sei inzwischen so komplex, dass es vom Allgemeinzahnarzt nicht mehr überschaubar sei. Natürlich kann nicht jeder alles machen. Deshalb wird jeder Allgemeinzahnarzt Patienten mit besonderen Problemstellungen für die Durchführung gezielter Maßnahmen an einen Kollegen überweisen, der sich aufgrund seiner besonderen Leistungen in diesem Fachgebiet einen guten Ruf erworben hat. Das war schon immer so. Aber ein nicht mehr überschaubares Fachgebiet? Eine medizinische Fachgesellschaft, die von ihren Mitgliedern behaupten würde, ihr Fachgebiet nicht zu überblicken, hätte sicher kaum welche!

Die behauptete „Wissensexplosion“ ist vorgeschoben und konstruiert.

Spezialisierung bedeutet zwangsläufig Ein- und Beschränkung. Die Hochschullehrer haben sich durch ihre Spezialisierung auf immer kleinere Disziplinen sehr weit vom medizinischen Fachbereich „Zahnheilkunde“ entfernt. Sie verdrängen die Realität, blasen ihre Disziplinen künstlich auf und scheinen inzwischen zu glauben, jeweils große medizinische Fächer zu vertreten. Sie müssen dringend auf den Boden der Realität zurückkehren und sich erin-

Wer die Originalaussagen des Wissenschaftsrates (WSR) nachlesen möchte, findet die „Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Zahnmedizin an den Universitäten in Deutschland“ vom Jan.2005 unter www.wissenschaftsrat.de oder kann das 75-seitige Gutachten per E-Mail beim DAZ anfordern. Der DAZ hat nach Vorstellung der Empfehlungen in DAZ-Forum 85-2005, S. 21-23, zu einzelnen Aspekten Stellung bezogen. Die von Dr. Dr. Osswald angesprochene Forderung nach mehr Fachzahnärzten (über Kieferorthopäden und MKG-Chirurgen hinaus) wird vom WSR nicht etwa von Versorgungsfiziten hergeleitet sondern vom Vergleich mit anderen Industrienationen, die keineswegs gleichartige Facharztdisziplinen und z.T. nur eine Handvoll solcher Spezialisten aufweisen, und vom Vergleich des kleinen humanmedizinischen Teilbereiches Zahnmedizin mit der gesamten Humanmedizin – ein wahrhaft gelungenes Beispiel für einen misslungen Vergleich!

nern, dass sie jeweils nur Spezialisten für zahnheilkundliche Basisdisziplinen sind. Zahnmedizinisch war der Wissenschaftsrat offensichtlich sehr schlecht beraten.

Der Wissenschaftsrat ist weit davon entfernt, beispielsweise von den Augenärzten eine postgraduierte Ausbildung zum „Facharzt für oder Master of Kurzsichtigkeit“ zu fordern.

Wie konnte es soweit kommen? Ich will nur einen von vielen Gründen nennen. Der Fortbildungsmarkt ist schließlich ein Markt wie jeder andere. Nehmen wir an, dass sich innerhalb eines medizinischen Fachbereichs 5% der Kollegen berufen fühlen, die anderen 95% fortzubilden. Dann finden sich unter rund 4.000 Augenärzten 200 Referenten. Das ist gut auszuhalten. Bei rund 60.000 Zahnärzten errechnen sich jedoch 3.000 Referenten. Das sorgt in einem vergleichbar kleinen Fachgebiet für erhebliches Gedränge. Diese müssen sich profilieren, um die Aufmerksamkeit von 57.000 potentiellen Kunden auf sich zu lenken. Dabei überbieten sie sich gegenseitig. So kommt es zu Vorträgen wie dem auf einem Berliner Zahnärztetag, bei dem ein Endodontologe ernsthaft empfahl, den gangränösen Zahn und seine Umgebung vor der Trepanation zunächst 30 Minuten desinfizierend vorzubehandeln. Um aufzufallen, wird uns der Nächste vielleicht lehren wollen, dem Patienten vorher noch einen Einlauf zu machen. Denn ohne jeden Zweifel hat der Enddarm eine Verbindung zur Mundhöhle und damit zur gangränösen Pulpa.

Natürlich kann man jede zahnärztliche Verrichtung so lange verkomplizieren, bis sie den Spezialisten erfordert.

Weitaus schwieriger ist es, einfache, genau so erfolgreiche oder sogar erfolgreichere Protokolle zu beschreiben. Gerade die mechanistischen Voraussetzungen für eine lege artis-Verrichtung werden von den Spezialisten in immer neue Höhen getrieben, um ihr eingeschränktes Behandlungsspektrum zu rechtfertigen. Noch dazu sponsert die Industrie, die ein natürliches Interesse daran hat, uns immer neues technisches Gerät zu verkaufen, viele dieser Veranstaltungen. Dass solche verkomplizierten Protokolle ausgesprochen zeitintensiv und in der Folge nur noch privat-zahnärztlich zu bezahlen sind, versteht sich von selbst. In der Folge ist der Spezialist an der Behandlung des gemeinen AOK-Patienten nicht interessiert. Wir Allgemeinzahnärzte sind vielmehr aufgerufen, ihm unsere solventen Patienten zu überweisen. Und wer wird die erdrückende Mehrzahl der Patienten behandeln, die sich den Spezialisten nicht leisten kann oder will? Wir natürlich! Und wie behandeln wir dann? Irgendwie halt. In den Augen der Hochschule jedoch in keinem Falle lege artis! Das ist weder mit meinem Bild vom kompetenten Allgemeinzahnarzt noch von Zahnheilkunde zur Deckung zu bringen.

Dass sich Fachzahnärzte und Master mit weniger Honorar bescheiden werden, ist nicht zu erwarten.

Es muss also Geld für ihre überlegende Honorierung her. Um es zu beschaffen, entzieht uns Professor Noack im Weißbuch die Berufsbezeichnung „Allgemeinzahnarzt“ und degradiert uns zu „Hauszahnärzten mit eingeschränktem Behandlungsspektrum“. Nach seiner Vorstellung werden wir zukünftig mit den Hausärzten um die Versorgung sozial schwacher Patienten konkurrieren und dafür aus ihrem Topf bezahlt werden. Nein, Sie haben sich nicht verlesen. Noacks Hauszahnarzt soll sich mit den Allgemeinärzten die Patienten und das Honorar teilen! Denn wenn seine Hauszahnärzte teilweise aus dem Budget der Ärzte finanziert werden und nicht mehr alle zahnärztlichen Leistungen erbringen dürfen, verbleibt mehr Geld für die Honorierung seiner Spezialisten. Dies muss man vor dem Hintergrund bewerten, dass die Allgemeinärzte mit den Fachärzten inzwischen um jeden Euro bis aufs Messer streiten. Kollege Noack hat aber noch ganz andere Visionen.

Noacks – fast ist man versucht zu schreiben – „dusseliger“ Hauszahnarzt mit eingeschränktem Behandlungsspektrum soll zukünftig insbesondere präventiv arbeiten.

Er soll den Trinker von der Flasche, den Raucher vom Tabak und den Diabetiker vom Schokoriegel entwöhnen. Noch näher kann man uns Allgemeinzahnärzten wohl kaum treten. Auf der anderen Seite sieht Professor Noack ein Netzwerk strahlender Fachzahnärzte mit der Lizenz zur lege artis-Behandlung, die diejenigen, die es sich leisten können, mit wissensexplodierter Zahnheilkunde beglücken. Zur leistungsgerechten Honorierung der Meister reicht das bei den dusseligen Hauszahnärzten eingesammelte Geld aber noch nicht aus. Deshalb schreibt Professor Wagner in der Quintessenz völlig ungeniert über „gebührenrechtliche Auswirkungen der Schwerpunktbildung“ und „Budgetaspekte der Schwerpunktbildung (sektorale HVMS)“. Dafür wird er vom Senior der mechanistischen Zahnmedizin in Pischels DZW als Visionär gefeiert.

Hochschuleitig sind die Überlegungen, wie man die Honorare der Allgemeinzahnärzte in die Taschen der eigenen Kunden lenken kann, also bereits abgeschlossen.

Erkennen Sie die Parallelen? Genau so ist es bei den Allgemeinärzten gelaufen. Sie standen bereits mit einem Fuß jenseits der Klippe, ehe es ihnen durch die Gründung eines starken Berufsverbandes gelungen ist, die Fachärzte in die Position zurückzudrängen, die ihnen zukommt. Zuerst wurde den Hausärzten ihre angebliche Schmalspurausbildung vorgeworfen. Anschließend dienten die eigenen Titel als Legitimation, sich großzügig bei den Honoraren zu bedienen. Das kann man nur als offene Kriegserklärung an uns Allgemeinzahnärzte bezeichnen. Eine vergleichbare Entwicklung müssen wir um jeden Preis verhindern. Um dabei erfolgreich zu sein, müssen wir uns in einem bundesweiten Verband organisieren und mit einer Stimme sprechen. Die Realität ist nämlich eine andere.

Viele Hochschullehrer ziehen sich mehr und mehr aus der Studentenausbildung zurück und überlassen sie unerfahrenen Assistenten.

Sie verbringen ihre Zeit mit der Vorbereitung und Veranstaltung kostenpflichtiger Curricula und reisen durch die Lande. Professor Hülsmann tingelt sogar durch die Regenbogenpresse, um unter Beugung der Wahrheit in äußerst unkollegialer Weise für die Kunden seiner AGET Patienten zu werben. Auf der Liste der Referenten in Krens fehlt kaum ein deutscher Hochschullehrer. Pischel applaudiert und reibt sich vergnügt die Hände. Und wir bekom-

men Assistenten zur Weiterbildung, die häufig kaum mehr als einen stark gelockerten Zahn extrahiert haben.

Unter dem Deckmäntelchen „Bologna-Prozess“ soll uns das als zwingend notwendig „verkauft“ werden.

Mit dem Bologna-Prozess hat das überhaupt nichts zu tun. Der Begriff eignet sich jedoch ideal, die zur Durchsetzung dieser Pläne erforderliche Verwirrung zu stiften. Jeder kennt ihn, aber kaum einer weiß genau, was sich dahinter verbirgt. Wenn man als Zahnmediziner den Bologna-Prozess ohne Not umsetzen will, muss man es machen wie die Schweizer, die ihren „cand.med.dent.“ zum Bachelor und den approbierten Zahnarzt zum „Master“ abgewertet haben. Eine Freundin meiner Tochter studiert Event-Management an einer privaten Einrichtung und wird mit dem Master abschließen. Meine Frau wird im örtlichen Fitness-Center von einer „Bachelor“ trainiert. Wir sollten sorgfältig überlegen, ob wir uns ohne Not mit solchen Titeln vergleichbar machen wollen. Noch haben wir ein sehr viel höher bewertetes akademisches Staatsexamen.

1999 wurde in Bologna von den Bildungsministern von 29 europäischen Staaten der Aufbau eines europäischen Hochschulraumes mit Hilfe gestufter Studiensysteme beschlossen. Über 60% der akademischen Ausbildungen sind inzwischen auf das Bachelor-Master-System umgestellt. Die Anpassungen im Rahmen des Bologna-Prozesses werden in Deutschland genutzt, um akademische Ausbildungsgänge stärker zu gliedern und zu straffen, auf Beschäftigungsfähigkeit orientierte Ausbildungen mit kürzerer Dauer zu schaffen und ganz neue Ausbildungsgänge zu etablieren. Im Medizinbereich wird über die Definition einer für alle Gesundheitsberufe verbindlichen Grundqualifikation mit Bachelor-Abschluss diskutiert. Für die Angehörigen bisheriger „Hilfsberufe“ (Pflegerkräfte, Assistenzpersonal in Praxen, Physiotherapeuten usw.) würde dies vermutlich eine Aufwertung bringen – für die ärztliche Ausbildung ist es umstritten. Zunächst bleibt es – wie für Juristen und Lehrer – bei der bisherigen Studienstruktur und dem Staatsexamen. Da für das Medizinstudium – anders als für die Zahnmedizin – vor einigen Jahren eine Modellklausel eingeführt wurde, die ein Abweichen von der Approbationsordnung erlaubt, werden allerdings derzeit an einigen Universitäten Studiengänge modellhaft erprobt, die Teile der Bologna-Kriterien erfüllen.

Interessierte erhalten weitere Infos zu Bologna über E-Mail daz.koeln@t-online.de bei der DAZ-Geschäftsstelle.

Master und Bachelor können wir immer noch werden, wenn Zahnmedizin aufgrund der vom Wissenschaftsrat bescheinigten unzureichenden Qualität von Lehre und Forschung an der Fachhochschule gelehrt wird.

Für Mediziner ist die Vorstellung eines „Master of Geburtshilfe“ völlig abstrus. Sie reden im Zusammenhang mit dem Bologna-Prozess allenfalls über „medizinnahe Berufe“. Wenn man sich in Gefahr begibt, kann man bekanntlich darin umkommen. Wir sollten uns deshalb sehr ernsthaft fragen, ob wir die selbstständig liquidierende „Bachelor of Mundhygiene“ oder den am Patienten arbeitenden „Master of Totalprothese“ unbedingt wollen.

Die zahnmedizinischen Hochschulen sind personell und finanziell unzureichend ausgestattet.

Wenn sie Lehre und Forschung verbessern wollen, müssen sie ihre wissenschaftlichen Assistenten langfristig binden. Mit dem Titel „Fachzahnarzt“ wollen sie ihnen eine Perspektive bieten. Diese langfristige Bindung von qualifiziertem Lehrpersonal ist auch im Interesse der Allgemeinzahnärzte. Wir werden in der Folge besser ausgebildete Assistenten zur Weiterbildung bekommen. Es ist auch keineswegs so, als hätten wir Allgemeinzahnärzte nicht eigene Probleme zu lösen.

In keinem Fall dürfen wir zulassen, dass die Hochschule ihre Probleme auf dem Rücken und mit dem Honorar der gewissenhaft arbeitenden Allgemeinzahnärzte löst.

Ich sehe die Notwendigkeit von neuen Fachzahnärzten nicht. Ich sehe aber keinen Grund, die Hochschule bei der Lösung ihrer Probleme zu behindern. In meinen Augen spricht nichts gegen zusätzliche Fachzahnärzte, wenn sie von der Hochschule als für sich selbst überlebensnotwendig angesehen werden. Folgende Bedingungen sind jedoch mit den Allgemeinzahnärzten nicht verhandelbar:

- Zukünftige Fachzahnärzte müssen mindestens vierjährig in Vollzeit an der Hochschule ausgebildet werden.
- Niedergelassene Fachzahnärzte dürfen ausschließlich in ihrem Fachbereich tätig werden.
- Niedergelassene Fachzahnärzte dürfen nur auf Überweisung durch einen Allgemeinzahnarzt tätig werden.
- Es darf keinen von einer deutschen Hochschule graduiert oder gegen Geld postgraduiert weitergebildeten Bachelor oder Master geben.

Ziel kollektiven ärztlichen Handelns ist die Verbesserung der Volksgesundheit.

Prof. Schlagenhauf behauptet, dass ca. 40% der Bevölkerung an einer behandlungsbedürftigen Parodontitis leiden. Prof. Hülsmann behauptet, dass 50% der wurzelkanalbehandelten Zähne nach 5 Jahren nicht mehr in Funktion stehen. Ich kenne eine große Menge kompetenter Allgemeinzahnärzte, aus deren Praxen diese Zahlen nicht stammen können. Wenn es denn aber so sein sollte - wie wollen wir diese gravierenden Probleme lösen? Mit Spezialisten, Mastern und Fachzahnärzten? Niemand kann ernsthaft glauben, dass das gelingen kann. Zumindest nicht in diesem Jahrhundert. Zur Lösung dieser Probleme führt kein Weg am kompetent diagnostizierenden und im Sinne von Oralmedizin fachübergreifend diagnostizierenden und indikationsgerecht therapierenden Allgemeinzahnarzt vorbei. Alles hängt mit Allem zusammen. Und es waren nicht die wenigen Milchzahnärzte, die der Zahngesundheit unserer Kinder zu ihrer Spitzenstellung in Europa verholfen haben. Einer muss den Überblick über den Gesamtfall behalten. Das kann nur der erfahrene Allgemeinzahnarzt. Deshalb ist der kompetente Allgemeinzahnarzt für die Patienten so unverzichtbar wie ihr Allgemeinarzt.

Das Ziel ist erreichbar und alle Anstrengungen wert.

Die Studenten benötigen eine solide oralmedizinische Ausbildung. Approbierte Oralmediziner brauchen keine kostenpflichtige postgraduierte Master- oder Fachzahn Ausbildung, sondern eine Assistentenstelle bei einem kompetenten Allgemeinzahnarzt. Niedergelassene Allgemeinzahnärzte benötigen eine berufsbegleitende Fortbildung in unter den real existierenden Bedingungen auf hohem Niveau praktizierbarer, fachgebietsübergreifender Zahnheilkunde. Wenn also jemand die vom Wissenschaftsrat eingeforderte flächendeckende Versorgung der Bevölkerung mit Oralmedizin umsetzen kann, dann sind es kompetent und teilgebietsübergreifend diagnostizierende und therapierende Allgemeinzahnärzte!

Der kompetente Allgemeinzahnarzt ist der „Spezialist für Gesamtzahnheilkunde“.

Fachgebietsübergreifende Zahnheilkunde ist sein tägliches Brot. Ein eingeschränktes Behandlungsspektrum haben ohne jeden Zweifel die Spezialisten für Teilgebietszahnheilkunde. Richtig ist, dass er sich der Allgemeinzahnarzt zum „Arzt für Zahnheilkunde“ weiterentwickeln muss. Arzt wird man aber nur durch ärztliche Approbation. Der Wissenschaftsrat möchte den Oralmediziner.

Gerne! Wir Allgemeinzahnärzte sehen kein Problem, ihm diesen Wunsch zu erfüllen.

Der zukünftige Allgemeinzahnarzt ist also nicht der „Hauszahnarzt mit eingeschränktem Behandlungsspektrum“ aus Noacks Visionen, sondern der „Fachzahnarzt für Oralmedizin“.

Meister unseres Fachbereiches wird man nicht durch gegen Geld und Sitzfleisch erworbene Titel. Meister wird man durch grundsätzliche Ausbildung, grundsätzliche Fortbildung und vor allem durch umfangreiche Erfahrung in fachübergreifender Zahnheilkunde durch die tägliche Arbeit am und mit dem Patienten!

Die Umsetzung der Pläne von BZÄK, DGZMK und der Vereinigung der Hochschullehrer soll bereits im kommenden Herbst auf der Bundesversammlung beschlossen werden. Wir Allgemeinzahnärzte müssen gemeinsam Sorge dafür tragen, dass diese Pläne von unseren Standsvertretern mit dem gebotenen Nachdruck der erdrückenden Mehrheit ihrer Mitglieder und Wähler abgelehnt werden. Andernfalls werden wir ohne Stuhl in Bologna dastehen.

Dr. Dr. Rüdiger Osswald
Allgemeinzahnarzt in München
Geschäftsführer des BVAZ
www.bvaz.de



Aus: NZB 6/2008