

Führt die Kenntnis der Weiterbildungsordnungen in Oralchirurgie der europäischen Länder zu Lösungsansätzen auf nationaler Ebene?

In Europa sind Medizin und Zahnmedizin zwischenzeitlich als getrennte Studiengänge in den einzelnen Ländern mit zum Teil gleichen Inhalten allerdings ohne Rechtsanspruch auf wechselseitige Anerkennung derselben eingeführt worden. Dies geschah, obwohl immer mehr medizinische Erkenntnisse in die Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde einfließen und sie sich zunehmend in Erfüllung ihres Auftrages als Teilgebiet der Medizin entwickelt.

DR. HORST LUCKEY/NEUWIED

Österreich und im Wesentlichen die mediterranen Länder haben die stomatologische Weiterbildung zu Gunsten des zahnmedizinischen Studienganges verlassen. Es kann durchaus bezweifelt werden, ob diese Trennung der Ausbildung unter Berücksichtigung europäischer Mehrheiten der richtige Weg gewesen ist. Denn aus dieser Trennung entsteht vor allem hinsichtlich einer umfassenden chirurgischen Weiterbildung ein nicht unerhebliches Konfliktpotenzial, zumal nach neuester Rechtsprechung des EuGH der Arzt nicht mehr generell die Zahnheilkunde ausüben darf. Bisher schloss die Gesamtheilkunde die Zahnheilkunde mit ein. Die Frage aber nach dem Umfang klinischer Medizin für den Zahnarzt wird durch die neue Rechtslage, die übrigens eine Neufassung des deutschen Zahnheilkundegesetzes notwendig macht, nicht beantwortet, erst recht nicht für denjenigen, der sich in chirurgischer Weiterbildung befindet. Die Professionalisierung, also die Entwicklung einer standardisierten, wissenschaftlichen Ausbildung und ein durch Gesetz festgeschriebener Monopolanspruch auf dem „Berufsmarkt“ des ärztlich-zahnärztlichen Berufsstandes im Sinne einer staatlich abgesicherten Legitimation, verlief bei den Zahnärzten im Vergleich zu dem der Ärzte in der Regel in den Ländern mit einem von der Medizin getrennten Studiengang Zahnmedizin ungleich schwieriger. Deutschland nimmt auch hier einerseits durch die Auswirkungen der Kurierfreiheit und andererseits durch die Eingliederung der Dentisten um 1954, aber auch durch das die Berufsausübung regelnde „Zahnheilkundegesetz“ eine Sonderrolle ein. Dazu kommt noch ein bis heute andauerndes, mangelhaftes Interesse des Gesetzgebers von den Anfängen der Professionalisierung bis heute, die Approbationsordnungen in regelmäßigen Abständen zu aktualisieren. Eine Änderung der ärztlichen Approbationsordnung stand auf der Agenda der jetzigen Regierung in Deutschland, die der zahnärztlichen nicht. Wissenschaftlicher Fortschritt und gesellschaftlicher Wandel rufen aber von Zeit zu Zeit nach einem Engagement des Staates, da gerade die medizinischen Berufsgruppen nicht nur wegen ihres sozialen Auftrages einheitlich ausgebildet werden müssen. Eine starke zentrale zahnärztliche Berufsvertretung wäre von den Anfängen bis heute zur Durchsetzung berechtigter Interessen für den Berufsstand hilfreich gewesen. Sie fehlt bei den Zahnärzten nicht zuletzt durch partikularistisches Denken bis heute.

Welche Fragen entwickeln sich auf Grund getrennter Ausbil-

dungsgänge Medizin/Zahnmedizin für die chirurgische ZMK? Zur Beschreibung des Gebietes „Orale und Maxillofaziale Chirurgie“ nach internationalem Standard benötigt die Medizin zahnmedizinische und die Zahnmedizin zusätzliche medizinische Inhalte, wenn sie in der Ausbildung getrennt vermittelt werden. Grundsätzlich würde ein medizinisches Grundstudium mit anschließender Spezialisierung in einem der Gebiete hinsichtlich einer Verkürzung der Aus- und Weiterbildungszeiten sinnvoll sein. Diese Frage stellt sich aber in Europa zurzeit nicht. Das Spektrum der Oral- und Maxillofazialen Chirurgie wird durch nationale und internationale Standards bestimmt. Der Behandlungsbedarf der Bevölkerung einerseits und andererseits der wissenschaftliche Auftrag sind steuernde Elemente. Nicht jeder macht alles, er wird sich auf bestimmte Bereiche konzentrieren und die Grenzen zu den benachbarten Disziplinen sind fließend. DANIEL LASKIN (IAOMS) hat in einer Präsentation in Barcelona vor wenigen Wochen die Zukunft der Oral- und Maxillofazialen Chirurgie beschrieben. Er führte unter anderem aus:

- I. Die Pathologie des Gebietes, die Dentoalveoläre Chirurgie, die Präprothetische Chirurgie mit Implantologie und die Traumatologie sind die Minimalvoraussetzungen, die ein OMFS wie ein Experte beherrschen sollte.
- II. Darüber hinaus sollte er kompetent sein in der kieferorthopädischen Chirurgie, in der Kiefergelenkchirurgie und in der lokalen rekonstruktiven Chirurgie.
- III. Er sollte Kenntnisse besitzen in der Spaltenchirurgie, in der ästhetischen Chirurgie, in der Onkologie, in der Mikrochirurgie und in der Kraniofazialen Chirurgie.

Diese inhaltliche Dreiteilung mit fließenden Übergängen ohne strenge Abstufung der Weiterbildung selbst (es gibt keinen OMFS erster, zweiter und dritter Ordnung) macht Sinn, sie baut aufeinander auf und spannt den Bogen von einer Tätigkeit in ambulanten bis hin zu klinischen Einrichtungen und Zentren und fördert das Gruppenzugehörigkeitsgefühl.

Wer gibt die Richtung vor?

Den Fachverbänden wird in Europa im Vergleich zu den Kammern zukünftig eine größere Bedeutung de facto zukommen. Die Entwicklung der Weiterbildungsstandards in den einzelnen nationalen Gesellschaften wird zum größten Teil durch