



Stellungnahme der DGEndo zur aktuellen Debatte: Generalist - Spezialist

Aktuelle Beiträge in der Standespresse und Mitteilungen einiger standespolitischer Verbände suggerieren derzeit ein Bild eines drohenden Verteilungskampfes zwischen Spezialisten und Generalisten, das falsch ist.

Die DGEndo widerspricht diesen Darstellungen hiermit in aller Deutlichkeit!

Offenbar kommt die aktuelle Diskussion zu dieser Thematik diesen berufspolitischen Verbänden und Ihren Funktionären gerade recht, ist es doch ein willkommenes Thema, bei dem man gegen eine Minderheit (Spezialisten) polemisieren kann und sich dabei die Zustimmung der Mehrheit (Generalisten) erhofft. Einfacher sind Mitglieder und Wählerstimmen wohl kaum zu aquirieren.

Die in den hypothetischen Szenarien geschilderte Spaltung des Berufsstandes wird dadurch erst proklamiert und geschürt, was die Protagonisten billigend in Kauf nehmen. Den vielen fortbildungseingeweihten Kollegen in Deutschland wird damit indirekt eine rein verteilungspolitische Motivation unterstellt. Die DGEndo begrüßt die klare Positionierung der BZÄK hierzu, die dieses Vorgehen in aller Schärfe verurteilt¹.

Informationen zur Endodontie an die Öffentlichkeit

Es ist legitim und wünschenswert, dass Fachgesellschaften die Bevölkerung über weitergehende Möglichkeiten in der Zahnheilkunde informieren. Patienten sollte dabei empfohlen werden, sich bei anstehenden endodontischen Behandlungen mit ihrem Hauszahnarzt zu beraten, ob ein Spezialist hinzugezogen werden soll.

Qualität der Endodontie in Deutschland?

In vielen kontrollierten Studien wird die Prognose endodontischer Therapien untersucht. Es zeigt sich einhellig, dass dabei äußerst hohe Erfolgsraten²⁻⁸ erzielt werden können. In solchen kontrollierten Studien wird nach einem festgelegten Protokoll behandelt und werden so definierte Qualitätskriterien eingehalten. Diese Art Studien zeigt, was zu erreichen ist.

In epidemiologischen Studien hingegen wird der status quo in der Bevölkerung untersucht: Wie hoch ist der Anteil der wurzelbehandelten, aber noch erkrankten Zähne. Hier zeigen sich nicht nur in Deutschland, sondern weltweit signifikant schlechtere Ergebnisse⁹⁻²⁹, als nach kontrollierten Studien zu erwarten wäre. Allerdings rangiert Deutschland hier eher am unteren Ende der Skala²⁴. Diese Untersuchungen zeigen, was tatsächlich erreicht wird.

Natürgemäß erfüllen epidemiologische Untersuchungen nie die Kriterien für höchste Evidenzlevel. Wer jedoch solche Untersuchungen als wissenschaftlich fragwürdige Methoden kritisiert, offenbart eher selbst fehlenden Sachverstand.

Bevor an dieser Stelle nun Berufsfremde Qualitätssteigerung in der deutschen Endodontie fordern, weisen wir darauf hin, dass in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern die entsprechende spezialisierte universitäre Ausbildung noch fehlt. Zudem ist bereits die Honorierung klassischer endodontischer Leistungen in Deutschland insbesondere innerhalb der GKV völlig inakzeptabel. Sie lässt dem Zahnarzt zumeist weder ausreichend Raum für die erforderliche Behandlungszeit, noch für moderne, kostenintensive Materialien³⁰.

Wann Spezialisten?

In vielen Ländern ist eine weitergehende Spezialisierung längst etabliert und auch für Deutschland seit längerem gefordert^{30,31}. Nicht jede endodontische Behandlung erfordert jedoch zwingend den Spezialisten. In der Oralchirurgie oder der Kieferorthopädie ist es seit Jahrzehnten etabliert, dass jeder Kollege in Abhängigkeit von der Schwierigkeit eines Behandlungsfalls oder den eigenen Tätigkeitsschwerpunkten entscheidet, wann er einen spezialisierten Kollegen hinzu zieht. Zu einer Limitierung zahnärztlicher Leistungen auf Fachzahnärzte ist es



dadurch nie gekommen. Dies sollte ebenso in anderen Fachgebieten möglich sein, um dem Patienten alle Möglichkeiten der Zahnheilkunde anbieten zu können.

Was ist ein Spezialist?

Leider kommt es auch zu missbräuchlichem Umgang mit der Bezeichnung Spezialist. Dies gipfelt darin, dass Fortbildungsveranstalter ihren Teilnehmern nach wenigen Fortbildungstagen und einer kleinen Prüfung ein Spezialistenzertifikat aushändigen. Diese Vorgehensweise schadet dem Berufsstand und führt zu Irreführungen bei Kollegen und Patienten. Zur Definition des Spezialisten gibt es mittlerweile eine klare Rechtsprechung³²⁻³⁵, die zuletzt sogar amtliche Leitsätze definiert hat. Demnach ist ein Spezialist in seinem Fach, wer über herausragende Kenntnisse und Erfahrungen verfügt, die sogar über denen eines Fachzahnarztes liegen müssen. Über diese äußerst hohe Qualifikationsanforderung hinaus ist zudem insbesondere der Umfang der Tätigkeit im entsprechenden Gebiet ausschlaggebendes Kriterium. Klares Kennzeichen dabei ist eine z. B. ausschließliche Tätigkeit in diesem Fachbereich.

Ein Zahnarzt, der ausschließlich Endodontie betreibt, ist auf Überweisungen durch andere angewiesen. Entweder behandelt er erfolgreich und zeichnet sich durch gute Zusammenarbeit mit seinen Überweisern aus, oder er wird schnell keine Überweisungen mehr erhalten.

Deutschland steht jedoch erst am Anfang der Entwicklung einer Überweiskultur und verfügt derzeit gar nicht über eine entsprechende Anzahl an Spezialisten für Endodontologie. Aktuell gibt es 12 Spezialisten der DGE und 30 Endo-Spezialisten der DGZ. Daher hat sich vielfach bereits eine Zusammenarbeit mit Kollegen etabliert, auch wenn diese nicht formal Spezialisten sind, aber bereits intensiv fortgebildet. Grundlage dabei ist eine vertrauensvolle und professionelle Zusammenarbeit. Die Entscheidung hierüber trifft naturgemäß der überweisende Zahnarzt. Diese Zusammenarbeit funktioniert vielerorts bereits sehr lange und gut. Es ist dabei Aufgabe unserer Kammern, Missbrauch mit der Bezeichnung Spezialist zu verhindern!

Die rasante Entwicklung moderner Möglichkeiten in der Medizin erfordert zwangsläufig eine weitergehende Spezialisierung auch in der Zahnheilkunde. Diese lässt sich auch standespolitisch nicht verhindern. Stattdessen sollte der Berufsstand sie aktiv in konstruktivem Miteinander gestalten, statt Wildwuchs und eventuelle staatliche Zwangsmassnahmen zu tolerieren!

Quellennachweis:

- [1] Pressemitteilung der BZÄK vom 08.09.08
- [2] Morse et al (1983)
- [3] Pekruhn et al (1986)
- [4] Orstavik (1987)
- [5] Akerblom & Hasselgren (1988)
- [6] Caliskan & Sen (1996)
- [7] Orstavik (1996)
- [8] Sjögren et al (1997)
- [9] Allard & Palmquist (1986)
- [10] Petersson et al (1986)
- [11] Bergström et al (1987)
- [12] Eckerbom et al (1987)
- [13] Eriksen et al (1988)
- [14] Ödesö et al (1990)
- [15] Eriksen & Bjertness (1991)
- [16] Imfeld (1991)
- [17] Eckerbom et al (1991)
- [18] de Cleen et al (1993)
- [19] Petersson (1993)
- [20] Ray & trope (1995)
- [21] Buckley & Spangberg (1995)
- [22] Eriksen et al (1995)
- [23] Saunders et al (1997)
- [24] Weiger et al (1997)
- [25] De Moor (2000)
- [26] Kirkevang et al (2000)
- [27] Jiménez Pinzón et al (2004)
- [28] Skudutyte-Rysstad & Eriksen (2006)
- [29] Sunay et al (2007)
- [30] Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Gutachten 2000/2001
- [31] Empfehlungen des Wissenschaftsrat zur Weiterentwicklung der Zahnmedizin an den Universitäten in Deutschland (2005)
- [32] Urteil des OLG Nürnberg AZ 3U2675/06 vom 20.03.07
- [33] Urteil des OLG Kleve AZ 13 B 503/07 vom 20.08.2007
- [34] Urteil des BVerfG AZ BvR 1147-01 vom 08.01.2002
- [35] Urteil des BVerfG AZ 1 BvR 159/04