

Für eine umfassende Studienreform

Dr. Harald Strippel, M.Sc., Mülheim

DAZ-Forum Nr. 83, 1. Quartal 2004, 23. Jg., S. 20–22

Zuerst komme die Reform des Medizinstudiums, und dann gehe es an die zahnmedizinische Studienreform. So hieß es lange Zeit. Unterdessen ist die Approbationsordnung (AO) für Ärzte in Kraft getreten (01.10.2002). Vieles wurde grundlegend überarbeitet. Prüfungen werden teilweise nicht mehr in Einzelfächern, sondern fachübergreifend abgehalten. „Integrierte Unterrichtsveranstaltungen“ und „problemorientiertes Lernen“ wurden eingeführt. Die Studierenden arbeiten Fallbeispiele in eigenständiger Lernarbeit durch. Bei den Fächerinhalten gab es Änderungen; zum Beispiel ist der Biochemie-Unterricht um die Molekularbiologie erweitert worden. Das und vieles Andere sind lobenswerte Errungenschaften. Und nun kann es wohl auch an die Studienreform in der Zahnmedizin gehen. Da, wo es Überschneidungen und Abstimmungsbedarf zwischen Mediziner- und Zahnmedizinerbildung gibt, kann man sich jetzt auf die neue Ärzte-AO beziehen.

Die zahnärztliche Approbationsordnung besteht seit 1955 und ist seither nur geringfügig verändert worden. Die deutsche Ausbildung erfüllt zwar formal die EU-Anforderungen, aber die Gewichte der Inhalte sind falsch verteilt. Viel zu viel zahntechnische Betätigung raubt Zeit für Arbeit am Patienten und die eigentlich *zahnärztliche* Ausbildung. Die „Mini-Zahntechnikerlehre“ mit insuffizienter Ausstattung bedeutet keine praxisnahe „psychomanuelle Schulung“ – es sei denn, der Zahnarzt entschiede sich, am Patienten mit dem Handstück zu arbeiten. Qualitätsbewertung von Zahnersatz oder die Zusammenarbeit mit dem Techniker werden nicht gelehrt. Vertreter der Zahnärzteschaft zögern allerdings, den Technik-Überhang zu stützen, weil sie fürchten, Zahnärzte könnten dann die Berechtigung zur Führung eines Praxislabors verlieren. Das ist eine ausgesprochen defensive Haltung, denn selbstverständlich gäbe es Rechtskonstruktionen, mit denen das Praxislabor erhalten würde. Soviel Kreativität darf von einem „freien Beruf“ wohl verlangt werden.

Gravierende Defizite

Im Studium kommt die Patientenbehandlung zu kurz. Die strikte Trennung von vorklinischen und klinischen Inhalten verhindert problemorientiertes Lernen. Gebiete wie Kinderzahnheilkunde, Psychologie, Prävention, Soziale Zahnheilkunde und Alterszahnheilkunde werden vernachlässigt, ebenso wissenschaftliche Herangehensweise, kritisches Denken, Literaturbeschaffung und -auswertung, Evidenzorientierung.

Kein Wunder, dass die Studierenden als „Kunden“ der Universität die Qualität ihrer Ausbildung mit einer 3,6 auf der Schulnotenskala bewerteten und erhebliche Veränderungen der Ausbildungsstruktur forderten. Dieses ergab die aufwändige Umfrage der *DAZ-VDZM-Arbeitsgruppe Studienreform (AG Studienreform)*. Sie befragte an allen westdeutschen Universitäten die Studierenden des zehnten Semesters zu Studienqualität und Reformwünschen (Strippel und Bögner, Zahnärztliche Mitteilungen 83, 2/93, 50-59, 1993). Das war vor gut zehn Jahren; aber auch heute würde das Ergebnis wohl nur an wenigen Standorten anders aussehen.

Letzte Mini-Änderung

Die Studienreformdebatte war Anfang der 1990er Jahre durch den Einigungsvertrag BRD-DDR in Schwung gekommen, der vorsah, Kinderzahnheilkunde in die Approbationsordnung aufzunehmen. Die „kinderstomatologische“ Ausbildung war in der DDR gut ausgebaut. Für die westdeutsche Vereinigung der Hochschullehrer der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (VHZMK) stellte die Forderung nach Aufwertung der Kinderzahnheilkunde allerdings ein Ärgernis dar, weil bestehende Besitzstände der vier „großen“ Fächer zugunsten des neuen Faches hätten (ein wenig) eingeschränkt werden müssen. Die wortführenden Vertreter der Zahnerhaltungs- und Zahnersatzkunde wandten sich entschieden gegen jede Beschränkung ihres Anteils. Die VHZMK sorgte dafür, dass bei ihrem 1991er Beschluss zur Anpassung der Approbationsordnung nur zwei ostdeutsche Professoren stimmberechtigt waren, und bügelte die Aufwertungsbestrebungen der auch in Westdeutschland äußerst selten

Kinderzahnheilkundler ab. Bei der Gelegenheit wollten die „Zahnerhalter“ auch gleich Sezessionsbewegungen der Parodontologen vorbeugen und die Prävention mit vereinnahmen.

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG), zuständig für den Erlass der AO, folgte bedauerlicherweise den Vorschlägen der VHZMK. Es verfügte Ende 1992, dass „eine Vorlesung in Zahnerhaltungskunde“ nunmehr auch „Primärprophylaxe, Parodontologie und Kinderzahnheilkunde“ zu umfassen habe. Im gleichen Zuge wurden diese Fächer der Zahnerhaltungsprüfung einverleibt. Nur ganze 14 Stunden Kinderzahnheilkunde-Vorlesung wurden eingeführt und keine in der Approbationsordnung ausgewiesene praktische Ausbildung – das war's. Was für ein trauriger Zustand im Vergleich zum Ausland, wo Kinderzahnheilkunde, Parodontologie und Prävention/Public Health seit langem als eigenständige, gewichtige Fächer zum Kanon gehören! Das Ministerium hätte einen wegweisenden Entwurf vorlegen sollen, und wenn die Länder im Bundesrat unerwünschte finanzielle Auswirkungen gefürchtet hätten, hätten sie die Sache ja in den Vermittlungsausschuss tragen können.

Grundsächlicher Reformbedarf

Immerhin sah und sieht das Ministerium einen grundsätzlichen Reformbedarf der Zahnmediziner-Ausbildung. 1993 arbeitete auf seine Veranlassung eine Sachverständigengruppe daran, die Reformkonzepte verschiedener Beteiligter abzustimmen. An der so genannten „10er-Gruppe“ sind neben VHZMK, Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und Freiem Verband Deutscher Zahnärzte (FVDZ) die VDZM-DAZ-Arbeitsgruppe Studienreform, die Studierenden, die Bundesländer und die Planungsgruppe Medizin der Zentralen Vergabestelle für Studienplätze (ZVS) beteiligt.

Als Ergebnis liegen zwei ausgearbeitete, vom Ansatz her unterschiedliche Reformmodelle auf dem Tisch: das der VHZMK und das der AG Studienreform. Vom letztgenannten Konzept hat der FVDZ noch eine Variante erstellt. Auch er sieht die Mängel der Ausbildung, an deren Ende keineswegs ein „praxisfertiger“ Zahnarzt steht. Jedoch fehlt ihm offensichtlich der Impuls, sich der Beharrungsstrategie der Mehrheits-Professoren entgegenzustellen.

Zwischen VHZMK und AG Studienreform war aber dennoch vielfach Konsens möglich. So besteht Übereinstimmung über die Ziele des Studiums, die Vorschaltung eines einmonatigen Praktikums, die Verbesserung der Betreuungsrelation Assistent : Student (statt bisher 1 : 6 künftig 1 : 3), die Erweiterung der Stundenzahl auf ca. 5000 und die Einführung von neuen Vorlesungen und Kursen in Zahnmedizinischer Prävention und Gesundheitswissenschaften, Assistenz in zahnmedizinischen Behandlungskursen, Diagnostik und Behandlungsplanung, Zahnärztlicher Psychologie/Psychosomatik und Zahnärztlich-chirurgischer Propädeutik. Mündliche und praktische staatliche Prüfungen sollen nach dem 2., 4., 6. und 10 Semester abgehalten werden.

Ansonsten geht der VHZMK-Vorschlag die Umstrukturierung nur sehr halbherzig an. Er hält die Trennung zwischen Vorklinik und Klinik aufrecht; die Patientenbehandlung setzt erst sehr spät ein, und die Betätigung der Studierenden im Zahntechnik-Labor nimmt noch immer zu großen Raum ein.

Wissenschaftler gegen Experimente

Ein schönes Beispiel dafür, wie die Spitzenorganisationen der Hochschullehrer und des Berufsstands mit Reformchancen umgehen, war die Sache mit der Modellklausel. Eine Vorschaltnovelle der Ärzte-Approbationsordnung eröffnete 1999 die Möglichkeit, einen Medizin-Modellstudiengang einzurichten. Durch diese Neuregelung konnten innovative Entwicklungen und alternative Studiengänge auf den Weg gebracht werden, auch wenn sie von einigen sonst zwingenden Vorgaben der Approbationsordnung für Ärzte abwichen.

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) bot der zahnmedizinischen 10er-Gruppe an, für die zahnärztliche Approbationsordnung per Vorschaltnovelle ebenfalls eine entsprechende Klausel zu schaffen. Professoren, BZÄK und FVDZ winkten ab. Zu aufwändig, so ein Modellstudiengang. Das Geld reiche ohnehin nicht für die Ausbildung – woher sollten da die zusätzlichen Mittel für Experimente kommen! (Im Berliner Modell kommen sie von der Robert-Bosch-Stiftung und vom Bundesforschungsministerium.) Einzig die AG Studienreform war *für* die Modellklausel. Sie argumentierte, Reformstudiengänge seien kein Zwang; vielmehr könnten interessierte Universitäten

inhaltliche und strukturelle Änderungen erproben und dadurch an Profil gewinnen. Die AG legte einen Entwurf für die Modellklausel-Regelung vor; die zahnmedizinische Klinik der Charité äußerte Interesse an der Durchführung eines Modellstudiengangs.

Reforminitiativen gehen immer von *wenigen*, besonders stark motivierten Teams aus und nicht etwa von einer Mehrheit der Professorenschaft. Das Gesundheitsministerium zog aus den ablehnenden Voten der wenig innovationsfreudigen Hochschulvertreter in der 10er Gruppe das Fazit, es bestehe kein Interesse der Zahnmedizin-Lehrkräfte an dem Aufbruch zu neuen Ufern und ließ den Gedanken der Modellklausel fallen. Wieder eine vertante Chance! Ohne Not wurden Möglichkeiten für verbesserte Lehre aufgegeben. Keine Experimente nötig, sondern nur Standard-Ausbildung? Wenn das so wäre, könnte die Zahnmedizin wirklich bald an Fachhochschulen angesiedelt werden.

Aktueller Stand

Immerhin kann nun nach der Novellierung der Ärzte-AO für die Zahnärzte-AO die nächste Runde beginnen. Die Bundeszahnärztekammer hatte von jeher die Positionierung den Interessenvertretern der Hochschullehrer überlassen und es vermieden, den Professoren hineinzureden – wohl um dafür auf anderen Feldern, z.B. der GOZ, ihrerseits keine Einmischung fürchten zu müssen. Fürs erste hat sie nun zu einem „Koordinierungsausschuss AO-Z“ eingeladen, bei dem DGZMK/VHZMK und Freier Verband mit von der Partie sind. Wird die „Leitung“ der Veranstaltung durch die BZÄK zu mutigen Neuentwicklungen führen? Die Erfahrungen der Vergangenheit sprechen eher dagegen.

Die AG Studienreform fordert auf jeden Fall eine echte Reform und will sich nicht mit dem kleinsten gemeinsamen Nenner der vier großen Klinikfächer zufrieden geben. Ihr Vorschlag sieht vor:

- Zahnerhaltende Maßnahmen (Zahnfüllungen und Parodontologie) werden schon im 2. Semester in der Simulationseinheit („Phantomkopf“) geübt; erst in späteren Semestern folgen komplexe Prothetikübungen.
- Eine mehrtägige propädeutische Prüfung am Phantomkopf nach dem 2. Semester prüft die praktischen „psychomanuellen“ Fähigkeiten anhand der typischen *zahnärztlichen* Tätigkeiten (Füllungstherapie); das dient auch der Prüfung, ob die Studierenden überhaupt die Voraussetzungen für den Beruf mitbringen (Studieneingangsprüfungen wären auch gut; die Universitäten sollten sich die Studierenden selbst aussuchen können, was auf die weitgehende Abschaffung des ZVS-Verfahrens hinausläuft).
- Präventive Zahnheilkunde wird mit größerem Stundenumfang und Übungen am Patienten eingeführt.
- Den Studierenden werden im Fach Gesundheitswissenschaften die gesellschaftlichen Einflüsse auf Mundgesundheit und -krankheit verdeutlicht; sie werden über Praktika mit dem Berufsfeld Öffentlicher Gesundheitsdienst vertraut, und ihnen werden Strategien zur Gesundheitsförderung und zur Verminderung sozialer Ungleichheit nahegebracht.
- Einer der bisher drei vorklinischen Zahntechnik-Kurse entfällt; die Studierenden führen aber dennoch alle zahntechnischen Arbeiten *einmal* im Techniklabor eigenhändig durch.
- Vorklinische und klinische Inhalte werden in einer „logischen“ Reihenfolge angeordnet.
- Früh kommen die Studierenden in Kontakt mit Patienten und üben zunächst Mundhygieneinstruktionen und Zahnreinigungen; schrittweise werden sie an invasive und komplexe Behandlungsmaßnahmen herangeführt.
- Statt wie bisher vier Semester arbeiten die Studierenden sechs Semester am Patienten, davon fünf mit invasiven Maßnahmen wie Füllungstherapie.
- In den klinischen prothetischen Kursen wird mehr am Patienten und weniger im Labor gearbeitet (nur die „zahnärztlichen“ Labortätigkeiten werden durchgeführt).
- Patientenurse in Prothetik, Zahnerhaltung, Parodontologie, Kinderzahnheilkunde und Alterszahnheilkunde laufen nicht wie bisher blockweise in verschiedenen Semestern, sondern erstrecken sich über zwei oder drei Semester, wodurch die Studierenden – wie in der späteren Praxis – auf allen zahnärztlichen Gebieten gleichzeitig arbeiten.
- Der Anteil der Kieferorthopädie wird abgesenkt, aber kieferorthopädische Diagnostik verstärkt gelehrt (es soll nicht wie derzeit der Eindruck erweckt werden, der Zahnarzt könne umfassend

kieferorthopädisch therapeutisch tätig werden; mit der Reform muß gleichzeitig eine Verbesserung der Weiterbildung in Kieferorthopädie erfolgen).

- In den vorklinischen und klinischen Prothetik-Prüfungen werden keine zahntechnischen Arbeiten von den Studierenden selbst angefertigt, sondern nur eingegliedert; ebenfalls wird in der Prüfung nicht mehr die Herstellung von kieferorthopädischen Geräten verlangt.
- Parodontologie und Kinderzahnheilkunde werden eigenständige Fächer.

Insgesamt hat die AG Studienreform ein Konzept vorgelegt, das an Bewährtem festhält, gleichzeitig aber unnötigen Ballast abwirft und zukunftsweisende Elemente einbringt. Eine inhaltlich verbesserte Ausbildung und die verbesserte Betreuungsrelation leisten einen Beitrag zur Qualitätssicherung der zahnmedizinischen Versorgung. Wenn die Mundgesundheit der Bevölkerung verbessert werden soll, erfordert das besser ausgebildete Zahnärzte. Für dieses Ziel braucht es jedoch gesundheitspolitisches Wollen. Deshalb müssen sich Gesundheitspolitiker in Bund und Ländern mehr einbringen. Die Sache ist zu wichtig, um sie einer einzelnen Interessengruppe zu überlassen.

Nicht zuviel bewegen, keinen Abteilungsquadratmeter und keine Assistentenstelle abgeben – das ist die Devise der Mehrheit in der Dental-Professorenschaft. Also bleibt es Aufgabe der AG Studienreform, die Dinge voranzutreiben. Sie möchte ihren Studienplan aktualisieren, mit der AO Ärzte abgleichen, die neuen Finanzierungsformen abwägen („Kostennormwert“ anstelle der Kapazitätsverordnung), Vorschläge des Wissenschaftsrats aufgreifen, die früheren Annahmen von einem Bedarfsrückgang bei Zahnärzten kritisch überprüfen und vor allem die Gesundheitspolitik aktivieren.

Bei dieser ehrenamtlichen Tätigkeit sind weitere Mitstreiter willkommen. Auch Studierende können sich in DAZ und VDZM für die bessere Ausbildung – zumindest ihrer Nachfolger – einsetzen!

Dr. med. dent. Harald Strippel, M.Sc.

Wrangelstr. 17a

45472 Mülheim an der Ruhr

schaestrip@aol.com