

verschwiegen, dass die Zahnmediziner auch eine schlechtere Ausgangslage als z.B. ihre Kollegen von der übrigen Medizin haben. Verschiedene Regelungen (geringere Berücksichtigung von Leistungen in der Patientenversorgung, geringere Anrechnung von Unterricht am Patienten bei doppelt so großen Gruppenstärken, kapazitätswirksame Anrechnung von nicht-medizinischen Wissenschaftlern usw.) führen zu einer deutlich ungünstigeren personellen Ausstattung in der Zahnmedizin.

Aber zurück zur Vergütung der universitären Patientenbehandlung. Ungeachtet der schwerwiegenden Fälle, die vom Lehrpersonal behandelt werden müssen, gibt es natürlich für die Hochschulen die Notwendigkeit, Patienten für die praktische Ausbildung der Studenten zu rekrutieren, und zwar Patienten mit weniger komplexen, mit „Standard“-Problemen. Der Wissenschaftsrat weist darauf hin, dass solche Patienten, die ebenso gut erfahrene niedergelassene Behandler (anstelle von wenig routinierten, noch übenden Studenten) in Anspruch nehmen können, oftmals nur durch finanzielle Abschläge gewonnen werden können. In zunehmendem Maße kommen Patienten aus unteren sozialen Schichten an die Unikliniken, die auf eine Behandlung ohne höhere Selbstbeteiligung angewiesen sind. Insgesamt ergibt sich, dass die im Rahmen der Studentenausbildung erbrachten Therapien keineswegs zur Kompensation von Verlusten in der Intensivbehandlung herangezogen werden können. Bis 2003 kam noch erschwerend ein 20prozentiger Vergütungsabschlag seitens der Kassen hinzu.

Im Ergebnis kann man sagen, dass die universitäre Patientenbehandlung einerseits eine Notwendigkeit ist, weil sie eine offensichtlich bestehende und sogar noch größer werdende Versorgungslücke schließt. Andererseits scheint sie immer mehr zum Zuschussgeschäft zu werden bzw. Ressourcen zu binden, die eigentlich für Lehre und Forschung zur Verfügung stehen müssten. Der Wissenschaftsrat spricht von einer „Quersubventionierung der Krankenversorgung aus den Etats der Wissenschaftsministerien“. In seiner Pressemeldung anlässlich der Vorstellung seines Gutachtens appelliert der Wissenschaftsrat an die Krankenkassen, „die Versorgungsleistungen der universitären Zahnmedizin ohne ungerechtfertigte Abstriche anzuerkennen“.

Wir haben uns daraufhin an mehrere Spitzenverbände der Krankenkassen gewandt und gefragt, welche Möglichkeiten der angemessenen Finanzierung komplexer Patientenbehandlung an den Unis sie sehen. Die Gefragten reagierten „gemeinsam und einheitlich“ mit einem Schreiben des AOK-Bundesverbandes, dessen wichtige Passagen wir nachfolgend dokumentieren. Sie ziehen sich pauschal hinter die Delegation des Versorgungsauftrages an die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sowie hinter die steuerzufinanzierenden

Aufgaben im Bereich Forschung und Lehre zurück. Zweifellos haben sie einige Argumente auf ihrer Seite. Aber es nützt ja nichts, in dieser schwierigen Frage den schwarzen Peter nur weiterzuschieben. Damit werden die Kassen unseres Erachtens ihrer Verantwortung für ihre Versicherten im Besonderen und für die Versorgungslandschaft im Allgemeinen nicht gerecht.

Wenn - wie der Wissenschaftsrat ausführt - bestimmte Behandlungen „für niedergelassene Kollegen wirtschaftlich nicht mehr tragbar sind“ und auch bei den Universitäten zu Schwierigkeiten führen, dann droht, je härter die Verteilungskämpfe im Gesundheitswesen werden, um so mehr die Unterversorgung der betroffenen (Kassen-)Patienten. Angesichts dieses Umstandes sollten auch AOK und Co. mit nach Lösungen suchen. Ein Angebot in diese Richtung macht Dr. Ahrens in seinem Schreiben, indem er auf die Möglichkeit von Direktverträgen zwischen Hochschulkliniken und Krankenkassen hinweist. Hierzu führt allerdings der Wissenschaftsrat aus, dass bisher „die Kassen bei ihren unmittelbaren Budget-Verhandlungen mit den Universitätsklinikern unter Verweis auf das ‚Gebot der Kostenneutralität‘ die Übernahme der Mehrkosten verweigert“ hätten.

Die Finanzierung der Behandlung bleibt also trotz Abschaffung der Vergütungsabschläge und Möglichkeiten der Direktverträge ein Problem - ein Problem, bei dem u.E. weiterhin die gesetzlichen Kassen gefordert sind, aber neben ihnen auch noch andere, zum Beispiel die KZVen, die schließlich den Sicherstellungsauftrag für alle gesetzlich Versicherten haben, sowie der Bund und die Länder als Träger der Hochschulen.

In den nächsten fünf Jahren müssen Fortschritte erzielt werden, und dies keineswegs nur bei der hier behandelten Finanzierungsproblematik. Der Wissenschaftsrat hat den Zuständigen innerhalb und außerhalb der Hochschulen eine Reihe von Hausaufgaben mit auf den Weg gegeben, die sie auf Dauer nicht ignorieren dürfen. Im Fall von Untätigkeit droht die Schließung einzelner Standorte, und es steht auch in Frage, ob die Zahnmedizin überhaupt auf Dauer an den Hochschulen angesiedelt bleiben oder auf Fachhochschulniveau degradiert wird. Hier spielen durchaus die auch vom Wissenschaftsrat beobachteten, zum Teil von zahnärztlichen Verbänden und Körperschaften unterstützten Tendenzen, die zahnärztliche Behandlung zu einem kommerzialisierten Wellness- und Beauty-Angebot zu entwickeln, eine Rolle. Wir werden die nächsten Schritte verfolgen und uns nach Kräften dafür einsetzen, dass Ausbildung und Forschung auf hohem wissenschaftlichen Niveau stattfinden und die Verbindung zur Medizin ausgebaut wird.

Dr. Celina Schätze
Irmgard Berger-Orsag

Impulse für die Studienreform

Anfang des Jahres hat der Wissenschaftsrat „Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Zahnmedizin an den Universitäten in Deutschland“ veröffentlicht. Es handelt sich um einen fundierten Überblick über die Situation der zahnmedizinischen Lehre, Forschung und Krankenversorgung. Die DAZ-VDZM-Arbeitsgruppe Studienreform (AGSR), die von den Berufsverbänden Vereinigung Demokratische Zahnmedizin und Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde getragen wird, begrüßt die meisten Anregungen des Rates zu einer Verbesserung der zahnmedizinischen Ausbildungssituation.

Struktur verbessern

Der Wissenschaftsrat (WR) weist auf die unzureichende Ausstattung mit Lehr- und Forschungspersonal (Wissenschaftlern) hin. In Japan stehen 24% mehr Personal je Student zur Verfügung, in den USA sogar 59%. Hierzulande kommen in der Zahnmedizin dreimal so viele Studierende auf einen Wissenschaftler wie in der Humanmedizin. Die Gruppengröße liegt für Unterricht am Patienten in der Zahnmedizin bei sechs, in der Medizin bei drei. Konsequenterweise empfiehlt der WR, eine Gruppengröße im klinischen Unterricht von drei „anzustreben“ und mehr Kleingruppenunterricht durchzuführen.

Die Kapazitätsverordnung rechnet die Leistung der zahnmedizinischen Ausbilder erheblich geringer an; der Anrechnungsfaktor liegt in der Humanmedizin bei 0,5, in der Zahnmedizin nur bei 0,3. Mit viel weniger Personal soll also die gleiche Lehrleistung erbracht werden. In der Schweiz werden nach Auskunft des WR etwa viermal so viel Mittel je Studierendem aufgewandt wie in Deutschland! Aus den Angaben des Wissenschaftsrats lässt sich folgern, dass mehr in die Ausbildung der zukünftigen Zahnmediziner investiert werden sollte, was ja auch zur generellen Forderung nach mehr Ressourcen für Bildung und Forschung passt.

Ein Teilaspekt der WR-Anregungen zur Verbesserung der Lehre ist, dass niedergelassene Zahnärzte einbezogen werden sollen. Hierfür böte es sich an, wie in der Allgemeinmedizin so genannte Lehrpraxen in das Curriculum einzubinden. Niedergelassene Zahnärzte sollten in begrenztem Umfang als Teilzeitdozenten an der Universität beschäftigt werden. Beides solle nicht auf die Kapazität angerechnet werden.

Akademische Kultur

Eine grundlegende Kritik des WR am derzeitigen Studium lautet, dass „sich die intellektuellen Anforderungen des Zahnmedizinstudiums oftmals auf eine überwiegend rezeptive und repetitive Bewältigung einer großen Stofffülle [...] und mechanisch-technische Fertigkeiten“ beschränkten. Zwar spricht sich der Wissenschaftsrat dafür aus, die Zahnmedizin weiterhin bei den Universitäten anzusiedeln. Aber er erwartet ein Mehr an „akademischer Kultur“. Das betreffe nicht nur die „schwach ausgeprägte Forschungsorientierung“ der Zahnmedizin, sondern auch die Ausbildung

der Studierenden. Eine zukünftige Approbationsordnung (AppO-Z) müsse vorsehen, Studierende an Forschungsthemen heranzuführen und im wissenschaftlichen Denken und Arbeiten zu schulen. Hierfür möchte der WR alle Studierenden in der Appo-Z zu einer wissenschaftliche Arbeit verpflichten, die in einem Zeitrahmen von vier bis sechs Monaten zu erstellen ist. Mit der Approbation solle die Berufsbezeichnung „Dentalmedizinischer Doktor“ (wie in den USA „DMD“) verliehen werden. Der akademische Grad „Dr. med. dent.“ solle nur noch für Dissertationen verliehen werden, die einen substanziellen Beitrag zum wissenschaftlichen Erkenntnisfortschritt leisten.

Fächerspektrum

Der Wissenschaftsrat hält nichts von der rückwärtsgeordneten Maxime der Standesvertreter, um jeden Preis die „Einheitlichkeit des Berufsstands“ hochzuhalten. Vielmehr müssten mehr Spezialisierungen möglich sein. Und diese spiegeln sich auch im Fächerspektrum, das der Wissenschaftsrat vorschlägt: Zu den bisherigen vier Hauptfächern soll die Parodontologie hinzutreten. Außerdem sind Querschnittsbereiche wie Oralmedizin, Public Health, Zahnärztliche Anästhesie/Schmerztherapie, Gerostomatologie und Kinderzahnheilkunde vorgesehen.

Approbationsordnung

Die Approbationsordnung, aber auch die Kapazitätsverordnung müssen neu gefasst und überarbeitet werden, um die adäquate Ausbildung zukünftiger Zahnärzte zu sichern. Der Wissenschaftsrat teilt einen wesentlichen Kritikpunkt der VDZM-DAZ-Arbeitsgruppe Studienreform (AGSR): Das Curriculum muss von unnötigen Inhalten entlastet werden, und da bietet sich die Zahntechnik an. Der Zahnarzt, sagen AGSR wie Wissenschaftsrat, muss zahntechnische Arbeitsweisen zwar kennen, nicht aber alle selber ausführen können. Ausbildungsanteile, die ausschließlich der routinemäßigen Anfertigung von Zahnersatz dienen, sollten daher im Studium auf wenige Beispiele begrenzt werden. Die AGSR wurde in ihren Vorschlägen noch konkreter: Die Studierenden sollten alle zahntechnischen Arbeiten einmal ausgeführt haben, aber in den klinischen Ausbildungsanteilen und den Prüfungen nicht mehr selbst ausführen müssen. Die „kleine insuffiziente Zahntechnikerlehre“ verbraucht Ausbildungszeit, die für Wichtiges benötigt wird.

Hochschullehrer: Hausaufgaben nur teilweise gemacht

Etwa gleichzeitig mit der Wissenschaftsrats-Veröffentlichung gaben die Zahnmedizin-Professoren ihre Konzept zur Studienreform bekannt. Die Vereinigung der Hochschullehrer der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (VHZMK) hat die reformierte Humanmedizin-Approbationsordnung berücksichtigt, die im Jahr 2002 in Kraft getreten ist. So finden sich viele positive Elemente wieder, beispielsweise die Regel, dass in gegenstandsbezogenen Studiengruppen eigenständiges, problemorientiertes Arbeiten geübt werden sollen, oder dass Studierende durch eigene Beiträge fächerübergreifende Probleme und Beziehungen zwischen medizinischen Grundlagen und klinischen Anwendungen zu verdeutlichen

haben. Aber insgesamt weist die VHZMK-Publikation noch nicht den Weg zur einer wirklich besseren Ausbildung der Zahnärzte. Hauptproblem ist, dass die Studierenden wie bisher erst im siebten von zehn Semestern an den Patienten kommen und somit nur vier Semester am Patienten tätig werden sollen. Das Konzept der AGSR dagegen sieht sechs Semester Arbeit am Patienten vor, davon fünf mit invasiven Maßnahmen. Die VHZMK schafft es nicht, mehr Praxisnähe und Patientenarbeit in ihrem Curriculums-Entwurf unterzubringen, weil sie die Zahnmedizinstudenten bis zum vierten Semester die gleichen Kurse absolvieren lassen will wie die Medizinstudenten. Dieser Ansatz ist zu schematisch. Gemeinsame Studienjahre in der Vorklinik dienen nicht dem Ziel einer verbesserten Integration von Medizin und Zahnmedizin. Dies lässt sich eher durch eine verstärkten, auf den Bedarf der Zahnmedizin abgestimmte medizinischen Unterricht im klinischen Studienabschnitt erreichen. Das Medizinstudium umfasst sechs Jahre, das Zahnmedizinstudium nur fünf Jahre. Daher kann im Zahnmedizinstudium nicht so viel Zeit für vorklinische medizinische Inhalte verwandt werden, wenn die praktische Ausbildung der Zahnmedizinstudenten im notwendigen Umfang gewährleistet sein soll. Die rein formale Übernahme des humanmedizinischen Studienanfangs führt auch dazu, dass der zukünftige Zahnarzt vor Studienbeginn einen dreimonatigen Krankenpflegedienst absolvieren soll. Der soll ihn „in Betrieb und Organisation eines Krankenhauses“ einführen und ihn „mit den üblichen Verrichtungen der Krankenpflege vertraut“ machen. Wozu soll denn das dienen? Eine zahnärztliche Famulatur dagegen, die mit der zahnärztlichen Versorgung vertraut machen soll und die auch die AGSR für sehr sinnvoll hält, soll gemäß VHZMK-Konzept nicht vor Aufnahme des Studiums abgelegt werden.

Der Wissenschaftsrat hat gemahnt, „Partikularinteressen der einzelnen Fächer“ „zu Gunsten einer substanziellen Neugewichtung der Ausbildungsinhalte zurückzustellen. Von den Hochschullehrern, die die Interessen der vier „großen“ Fächer vertreten, war das nicht wirklich zu erwarten. Von daher sind die VHZMK-Vorschläge zur Neugewichtung auch noch unzureichend. Beispielsweise kann es nicht befriedigen, das Studierende wie bisher in der Kieferorthopädie-Prüfung eine kieferorthopädische Behandlungsapparatur herstellen soll. Dies hat Rückwirkungen auf die Ausbildung, in der dann unnötigerweise wieder Zahntechnik und nicht die eigentliche Kieferorthopädie geübt wird.

Modellklausel

Der Wissenschaftsrat empfahl, eine novellierte Approbationsordnung sollte die Erprobung von Modellstudiengängen für Zahnmediziner ermöglichen. Das hatte die VHZMK schon früher und auch in ihrem derzeitigen Vorschlag abgelehnt. Die AGSR hatte sich dagegen für eine Modellklausel in der AppO-Z analog zur medizinischen Approbationsordnung ausgesprochen. Mit neuen Modellen könnten innovative Universitäten Unterrichtsformen und Studienstrukturen erproben. Die AGSR wird die Vorschläge des Wissenschaftsrats weiter analysieren und den eigenen Reformvorschlag weiterentwickeln. Einige Vergleiche stellt schon die Tabelle auf dieser Seite her. Wenn die Approbationsordnung schon novelliert werden soll, dann soll auch ein Zahnmedizinstudium resultieren, dass wirklich „up to date“ ist, ohne Rücksicht auf das Bremsen der Interessengruppen. Das Projekt Studienreform muss sich daran messen, ob es etwas für die Zielgruppen und die „Kunden“ bringt, also für die Patienten und für die Studenten.

Dr. Harald Strippel,
M.Sc. in Dental Public Health

Wissenschaftsrat	DAZ-VDZM-Arbeitsgruppe Studienreform	VHZMK (Zahnmedizin-Professoren)
Raum für neue Lehrinhalte schaffen	Rein zahntechnische Anteile stark reduziert; bspw. keine Anfertigung von Zahnersatz im „Physikum“, stattdessen Prüfung am Phantomkopf	Rein zahntechnische Anteile reduziert; aber bspw. auch weiterhin Anfertigung von Zahnersatz im „Physikum“
Anforderungsprofil für den europäischen Zahnarzt als Mindestanforderung.	Noch nicht berücksichtigt	
Gruppengrößen im klinischen Unterricht herabsetzen, Gruppengröße von i.d.R. drei Studierenden anstreben	Zahnarzt betreut bei Patientenbehandlung eine Gruppe von höchstens drei Studierenden	
Synoptische Betrachtungsweise	Parallele Kurse in verschiedenen Behandlungsdisziplinen	Integrierte Kurse mit verschiedenen Schwerpunkten
Bundeseinheitliche kenntnisbezogene Abschlussprüfungen (Institut f. med.-pharmazeutische Prüfungsfragen)	Nein, keine „Ankreuzprüfungen“, sondern mündlich-praktische Prüfungen, um Lernen in sinnvollen Zusammenhängen zu schulen	Teils-teils: „Ankreuzprüfung“ nach zwei Semestern, weitere Prüfungen mündlich-praktisch
Erprobung von Modellstudiengängen an einzelnen Universitäten	Ja	Nein
Keine konkreten Lehrpläne vorgeben	Keine Lehrpläne vorgegeben, obwohl die Vorschriften zu Leistungsnachweisen (Scheinen) das Studium strukturieren	