



„International nicht konkurrenzfähig“

Wissenschaftliche Politikberatung. In seinen „Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Zahnmedizin an den Universitäten in Deutschland“ wird der Wissenschaftsrat 2005 überraschend deutlich. Lehrpläne seien überfrachtet, wissenschaftliches Denken werde nicht gefördert, die Krankenversorgung behindert. Erwägt wird der Abbau von Standorten. Was hat sich seitdem getan?

AUTORIN: DR. PASCALE ANJA DANNENBERG

SELTEN ÜBT DER WISSENSCHAFTSRAT (WR), das wichtigste wissenschaftspolitische Beratungsgremium von Bund und Ländern, deutlich Kritik in seinen Empfehlungen an die Politik. Doch in seinem Papier zur Weiterentwicklung der Zahnmedizin 2005 heißt es: „Die Bestandsaufnahme zur Situation der Zahnmedizin an den deutschen Universitäten zeigt, dass die universitäre Zahnmedizin in Deutschland noch immer durch eine Reihe von Defiziten gekennzeichnet ist, die eine Weiterentwicklung des Faches in Forschung und Lehre und eine Verbesserung der Krankenversorgung behindern.“ Die Lehrpläne seien „überfrachtet“, förderten eine „rezeptive und repetitive Lernweise statt Problemlösungskompetenz und wissenschaftliches Denken“. Die Gruppengrößen beim Unterricht am Patienten seien zu senken und an die Verhältnisse der Humanmedizin anzugleichen.

„SCHLECHTE BETREUUNGSRELATIONEN“

Der WR konstatiert: „Nach wie vor leidet die Zahnmedizin in Deutschland, auch im Vergleich zum Ausland, über [sic] eine besonders hohe Lehrbelastung und schlechte Betreuungsrelationen. Eine Ursache hierfür sieht der Wissenschaftsrat in der Kapazitätsverordnung (KapVO). Er empfiehlt daher, die bei der Ermittlung der zahnmedizinischen Lehrkapazität zur Anwendung kommenden Anrechnungsfaktoren zu korrigieren. Zudem sollte sichergestellt werden, dass in der Zahnmedizin beschäftigte nichtmedizinische Wissenschaftler (vor

allem Naturwissenschaftler), die keinen Unterricht am Patienten durchführen, auch nicht auf die Lehrkapazität angerechnet werden.“

Vorgeschlagen werden bundeseinheitliche Abschlussprüfungen, „die engen Bezüge zwischen Zahn- und Allgemeinmedizin“ zu berücksichtigen, wissenschaftliche Inhalte stärker zu integrieren, strukturierte Promotionsprogramme und Postgraduiertenprogramme für den wissenschaftlichen Nachwuchs anzubieten. Denn: „Eine deutliche Forschungsorientierung der universitären Zahnmedizin ist an den meisten Standorten bislang nicht entstanden. Dies führt dazu, dass die wissenschaftlichen Leistungen international nicht ausreichend konkurrenzfähig sind. Um das Leistungsvermögen der deutschen Zahnmedizin zu steigern, muss der Anteil des wissenschaftlichen Personals und der Forschungsressourcen an denjenigen Standorten substantiell erhöht werden, die die Voraussetzungen zum Aufbau eines international kompetitiven Forschungsschwerpunkts erfüllen.“ Den Abbau universitärer Standorte von 31 auf „maximal“ 25 „würde der Wissenschaftsrat daher begrüßen“, um die beschriebenen Defizite anzugehen.

Die Quantität verringern, um die Qualität steigern zu können, ist nach Auffassung des WR die Devise. Denn, auch das stellt der WR klar heraus: „Die Kliniken der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde nehmen sowohl in der stationären als auch in der ambulanten Krankenversorgung einen erheblichen Versorgungsauftrag wahr. Dies wird von den Kostenträgern bis-

her nicht anerkannt. Die Universitätskliniken sollten daher künftig für diese Versorgungsleistungen eine kostendeckende Vergütung erhalten. Zudem sollten Möglichkeiten eröffnet werden, dass sich die Kostenträger auch an den Behandlungskosten unter Einsatz neuer Methoden und Materialien beteiligen, da ansonsten weiterhin Versorgungsleistungen zu Lasten der ausschließlich für Forschung und Lehre bestimmten Landesführungsbeträge finanziert werden.“

Was hat sich seitdem getan? Zunächst einmal wird 2005 der damalige WR-Vorsitzende, der Neurologe Prof. Dr. Karl Max Einhäupl, im *Ärztblatt* zitiert mit der Aussage, in fünf Jahren, also 2010, wolle der WR prüfen, ob forschungs- und lehrförderliche Strukturen entstanden sind: „Sollten wir im Rahmen dieser Überprüfung feststellen, dass keine substanziellen Fortschritte an den Medizinischen Fakultäten erreicht worden sind, werden wir gegebenenfalls die Schließung einzelner zahnmedizinischer Ausbildungsstätten empfehlen.“

LEHRE AUFWERTEN

2010 dann nimmt der WR das Thema „Hochschulische Qualifikationen für das Gesundheitswesen“ in sein Arbeitsprogramm auf und beauftragt einen „Erweiterten Ausschuss Medizin“ mit der Erarbeitung der Empfehlungen, die 2012 veröffentlicht werden. Unter dem damaligen Vorsitz des Germanisten Prof. Dr. Peter Strohschneider ist darin von einer Standortschließung keine Rede mehr. Vielmehr sieht der WR 2012 zukünftige (Zahn-)Ärzte durch das Studium „gut vorbereitet“ – plädiert aber für eine leistungsorientierte Mittelvergabe (LOM) für die Lehre neben der leistungsorientierten Mittelvergabe für Leistungen in der Forschung. Das könnte für die Zahnmedizin ein zielführender Ansatz und für die „geringere Forschungsleistung“ im Vergleich mit der Medizin bei der Mittelvergabe ein Rettungsanker sein, um nicht Stellen an die Medizin abtreten zu müssen (siehe Interview Seite 20–26).

WISSENSCHAFTLICHE KARRIEREWEGE SCHAFFEN

Abermals macht sich 2012 der WR stark für individuelle Studienschwerpunkte, „eine stärker kompetenzorientierte, problemorientierte und patientenzentrierte“ Studiengestaltung und eine „stärkere Gewichtung der Vermittlung wissenschaftlichen Arbeitens“ über einen kontinuierlichen „Studienpfad“. Dabei wird kritisierend konstatiert, wissenschaftliche Karrierewege in der Zahnmedizin seien nur eingeschränkt möglich. Explizit wird deshalb an die Empfehlungen von 2005 gemahnt, „vermehrt wissenschaftliche Karrieremöglichkeiten in der Zahnmedizin zu schaffen“. Zudem solle sich die Zahnmedizin „bei der Einwerbung von drittmittelfinanzierten Forschungsprojekten stärker in die Medizinischen Fakultäten einbringen“. Als Schnittmengen werden Versorgungsfor- schung, Epidemiologie und medizintechnisch orientierte Forschung genannt.

„SACHFREMDE AUSHANDLUNGSPROZESSE“

Erkannt wird in den Empfehlungen von 2012 auch die Zunahme älterer Patienten und die damit verbundenen demografischen Herausforderungen, zugleich die im Rahmen des Hochschulpakts 2020 nicht erfolgte Ausweitung der Studienkapazitäten für die Human- und Zahnmedizin, sodass deren Anfängerzahlen zurückblieben hinter dem generellen Anstieg der Studienanfängerzahlen, bedingt durch doppelte Abiturjahrgänge und Wegfall der Wehrpflicht.

Das heißt, wenngleich der WR 2012 explizit formuliert, er betrachte „mit Sorge“, dass „die Versuche zur Novellierung der von 1955 stammenden Approbationsordnung für Zahnärzte seit Jahren an teilweise sachfremden Aushandlungsprozessen scheitern“ im Bund und in den Ländern und die Schief-lagen benennt, vor allem das Desiderat auf der Ebene der Forschung, stuft er die Zahnmedizin inzwischen aber als nicht mehr so dramatisch ein, als dass Studienstandorte gestrichen werden sollten.





BUND UND LÄNDER IGNORIEREN BEIM HOCHSCHULPAKT DIE (ZAHN-)MEDIZIN

Einhäupl indes schätzt die Situation weiterhin kritisch ein. Beim Deutschen Zahnärztetag 2015 wird er von der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) mit den Worten zitiert: „Wir brauchen mehr Forschung in der Zahnmedizin.“ Er plädiert, wie der WR 2012, für eine Verbundforschung. Andererseits stellt er fest, die Zahl zahnmedizinischer Fakultäten sei so gering, dass Kooperationen schwerfielen. Sein ernüchterndes Fazit: „Die kritische Masse fehlt, und es fehlt der wissenschaftliche Drive.“

HOCHSCHULEHRER KRITISIEREN ZAPPRO-REFERENTENENTWURF

Dann liegt 2016 ein Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) vor zur neuen Approbationsordnung für Zahnärzte und Zahnärztinnen (ZApprO). Und schon wieder hagelt es Kritik – jetzt wieder an der Lehre. Die Vereinigung der Hochschullehrer für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (VHZMK) reagiert auf den Entwurf mit einem Schreiben an das BMG: „Bei aufgrund der Budgetneutralität verkürzter Lehrzeit dürfte somit trotz erhöhter Betreuungsrelation das Lernergebnis bzgl. der klinisch-praktischen Fertigkeiten deutlich hinter dem der bisherigen Kurse zurückbleiben.“

2020 bringt die DGZMK ein Positionspapier unter dem Titel „Perspektive Zahnmedizin 2030“ heraus. Gleich im ersten Satz heißt es: „Die Zahnmedizin in der Bundesrepublik Deutschland befindet sich in einer multifaktoriell bedingten kritischen Phase.“ Beobachtet werde „eine zunehmende Ökonomisierung des Berufes“. Dessen Attraktivität habe in den vergangenen 20 Jahren „erheblich und kontinuierlich gelitten“, der Geschäftsklimaindex habe sich „jahrelang im freien Fall“ befunden und sich erst aktuell „etwas erholt“, die Niederlassung wird als „ehemals prioritäres Ziel“ bezeichnet, die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen hätten sich „deutlich verschlechtert“.

ZAHNÄRZTE SIND KEINE ÄRZTE?

Forschung sei an den zahnmedizinischen Universitätsstandorten zu stärken ebenso wie eine Vernetzung zwischen Medizin und Zahnmedizin. Gefordert wird „ein klares politisches Bekenntnis zur Zahnmedizin als universitäres und systemrelevantes Medizin-Fach inkl. der dafür nötigen personellen und finanziellen Ausstattung“.

Bezeichnend sei, dass der Zahnärzteschaft in der Corona-Pandemie der „Rettungsschirm“ verwehrt und so den Kolleginnen und Kollegen „offiziell von der Bundesregierung bescheinigt“ worden sei, nicht zu den Ärzten zu gehören. Indes sei in den vergangenen drei Dekaden „nicht zuletzt wachgerüttelt durch das Positionspapier des Wissenschaftsrates zur Entwicklung der Zahnmedizin als universitäres Fach aus dem Jahr 2005 eine deutliche Weiterentwicklung der Zahnmedizin zu beobachten“.

ZAPPRO VERABSCHIEDET – AUSFINANZIERUNG UNGEWISS

Auch das 2021 verfasste „Positionspapier: Das Zahnmedizinstudium der Zukunft“ des Medizinischen Fakultätentages (MFT) nimmt Bezug auf den WR: „Das Gutachten des Wissenschaftsrates (WR) legte in [sic] 2005 erstmalig die vielfältigen Defizite der Universitätszahnmedizin offen.“ So nimmt der MFT gleichfalls die Aspekte einer hohen Lehrbelastung und schlechten Betreuungsrelationen in den Fokus. Entlasten sollte die neue ZApprO.

Doch bei der Abstimmung im Bundesrat sei diese erfolgt, ohne die Ausfinanzierung zu klären. Im Fokus stand dabei der Curricularnormwert (CNW), der sich für jede Lehrveranstaltung zusammensetzt aus der Gruppengröße (Betreuungsrelation), den Semesterwochenstunden und dem Anrechnungsfaktor für die Lehre. Der MFT bilanziert: „Dies führte mittel- und langfristig dazu, dass der für eine adäquate Umsetzung der ZApprO nötige Curricularnormwert (CNW) von 9,67 von den Bundesländern ohne nachvollziehbare sachliche Begründung auf 8,86 gekürzt wurde. Dabei wurde die bereits erfolgte Angleichung von Anrechnungsfaktoren an die medizinische Ausbildung teilweise wieder rückgängig gemacht, Gefährdungsrisiken durch mangelhafte Betreuung bewusst außer Acht gelassen und die Empfehlung des Wissenschaftsrats konterkariert.“

Folglich fordert der MFT eine „Gleichstellung“ der Zahnmedizin zur Medizin bei der Lehre sowie die Stärkung wissenschaftlicher Kompetenzen – wobei Forschungs-Freiräume nur möglich seien, „wenn die zeitliche Überbeanspruchung in der Lehre oder Erhöhungen des Lehrdeputats (aus Spargründen)“ unterblieben.

Gleichfalls müsse es den Kliniken möglich sein, Wissenschaftlern aus Grundlagenfächern für die Forschung einzustellen ohne Kapazitätsrelevanz (und Zunahme der Studierenden). Zudem spricht sich der MFT wie zuvor schon die DGZMK für eine „korrespondierende Verknüpfung“ zwischen dem Studium der Zahnmedizin und der Medizin aus.

Grundvoraussetzung für die geforderte Gleichstellung: „eine vollumfassende Finanzierung“.

„Der Wurf war größer geplant“

AUTORIN: DR. PASCALE ANJA DANNENBERG

Neue Approbationsordnung. Hat die Studienreform ihr Ziel einer verbesserten Zahnmedizinerausbildung verfehlt? Anruf bei Professor Dr. Andreas Jäger, Präsident der Vereinigung der Hochschullehrer für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (VHZMK) und Direktor der Poliklinik für Kieferorthopädie am Universitätsklinikum Bonn. Sein Fazit: „In der Gesamttendenz ist es am Ende ein wenig ein Sparprogramm geworden.“



Im November 2016 werden die Bundeszahnärztekammer (BZÄK), die Vereinigung der Hochschullehrer Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (VHZMK), die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) sowie die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) um eine Bewertung des Referentenentwurfs zur neuen Approbationsordnung für Zahnärzte und Zahnärztinnen (ZApprO) gebeten. VHZMK und DGZMK halten daraufhin noch im November fest, der

Entwurf sei unpräzise gehalten, sodass keine Berechnungen möglich seien zum Curricularnormwert (CNW), der sich für jede Lehrveranstaltung zusammensetzt aus der Gruppengröße (Betreuungsrelation), den Semesterwochenstunden und dem Anrechnungsfaktor für die Lehre. Zudem: „Bei aufgrund der Budgetneutralität verkürzter Lehrzeit“ sei davon auszugehen, dass trotz erhöhter Betreuungsrelation das Lernergebnis hinsichtlich der „klinisch-praktischen Fähigkeiten deutlich hinter dem der bisherigen Kurse“ zurückbleibe.

BESSERE LEHRE – BUDGETNEUTRAL?

In einem weiteren gemeinsamen Schreiben von VHZMK und DGZMK sowie BZÄK und KZBV Anfang Dezember 2016 wird noch einmal nachgelegt bei den CNW-Berechnungen: Sobald diese möglich seien, erscheine eine Anpassung der Kapazitätsverordnung und damit der Aufnahmekapazität Studierender „zwingend erforderlich“. Dass eine verbesserte Betreuungsrelation für die Ausbildung qualitätsfördernd, zugleich aber budgetneutral sein soll, halten VHZMK, DGZMK, BZÄK und

KZBV für nicht realistisch, sie zielen ab auf eine verbesserte Personalausstattung an den Universitätskliniken.

Drei Tage bevor die ZApprO im Oktober 2018 auf die Tagesordnung des Bundesrats kommt, unternehmen VHZMK und DGZMK einen weiteren Vorstoß. Sie verfassen an die Landesminister ein Schreiben, in dem sie „vor der Verabschiedung ein Konzept zur Sicherstellung der Ausfinanzierung [fordern], da andernfalls die Reform ihr Ziel einer verbesserten Zahnmediziner-ausbildung verfehlen wird“. Im Juni 2019 dann lehnt der Bundesrat die von der Bundesregierung beabsichtigte gemeinsame Ausbildung in den Studiengängen Zahnmedizin und Humanmedizin im vorklinischen Abschnitt (Common Trunk) ab. Die Länder begründen ihre Haltung damit, dass eine solch grundlegende Reform auch die Weiterentwicklung der medizinischen Ausbildung umfassen solle, den Masterplan 2020.

„PROBLEM“ NICHT NUR FÜR BZÄK

Allerdings stimmt der Bundesrat Änderungen an der seit 1955 weitgehend unveränderten ZApprO zu. Das Studium soll sich künftig in einen viersemestrigen vorklinischen und einen sechssemestrigen klinischen Studienabschnitt (zwei „am Phantom“ und vier am Patienten) gliedern, und nach jedem der drei Studienabschnitte soll eine staatliche Prüfung abgelegt werden. Der Bundesrat beschließt auch, bei den Praxisteilen das Verhältnis von Lehrenden zu Studierenden zu verbessern – im Unterricht „am Phantom“ statt 1:20 künftig 1:15, am Patienten statt 1:6 künftig 1:3. Zugleich warnt der Bundesrat, die kleineren Lerngruppen dürften nicht zu einer verringerten Studienplatzkapazität führen. Das bezeichnet nicht nur die BZÄK als „Problem“. Kleinere Lerngruppen bedeuten eine Neuberechnung des CNW. Je höher dieser ist, desto mehr Unterricht kann angeboten werden, desto mehr Personal wird allerdings auch benötigt. Der MFT hatte ursprünglich empfohlen, den bisherigen CNW von 7,8 auf 9,67 anzuheben.

„Betreuungsrelation und Anrechnungsfaktor wurden teilweise an die Medizin angepasst, aber eben nicht überall 1:1“

POLITISCHE ZAHLENJONGLAGE

Doch bei der Verabschiedung der neuen ZApprO im Bundesrat im Juni 2019 wird der CNW lediglich auf 8,86 angehoben. Prof. Dr. Peter Eickholz schreibt in einem Beitrag für die Zahnärztlichen Mitteilungen (zm) im Februar 2020, hilfreich habe sich dabei die von der Politik Ende 2019 beauftragte Stiftung für Hochschulzulassung erwiesen, in deren Musterstudienplanentwurf der Anrechnungsfaktor gesenkt worden sei von 0,5 (1 Stunde Lehre entspricht 30 Minuten angerechneter Lehrleistung unter ständiger Anwesenheit der Kursassistenten) auf 0,3 (1 Stunde Lehre entspricht 20 Minuten angerechneter Lehrleistung ohne ständiger Anwesenheit der Kursassistenten).

Hat die Reform nun ihr Ziel einer verbesserten Zahnmediziner-ausbildung verfehlt – oder nicht? Anruf bei Prof. Dr. Andreas Jäger, Präsident der Vereinigung der Hochschullehrer für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (VHZMK) und Direktor der Poliklinik für Kieferorthopädie am Universitätsklinikum Bonn.

„Die CNW-Anhebung der neuen ZApprO stellt nicht den Aufwuchs dar, den man sich versprochen hatte, wenn gleich Betreuungsrelation und Anrechnungsfaktor teilweise an die Medizin angepasst wurden, aber eben nicht überall 1:1“, fasst Jäger zusammen. So falle die finanzielle Unterstützung der Länder unterschiedlich aus: Durch die neue ZApprO und den angehobenen CNW-Wert sei nicht nur mehr Personal



VHZMK-Präsident Prof. Dr. Andreas Jäger

nötig, sondern häufig auch eine Anschubfinanzierung zur Umsetzung der Reform. In Bonn seien zum Beispiel die Personalkosten aufgestockt worden, nicht aber die benötigten Investitionskosten, das laufe „zäh“. Zu dem Thema habe die VHZMK eine deutschlandweite Umfrage initiiert, die derzeit ausgewertet werde.

Wie hat die Politik die CNW-Zahlenjonglage begründet? „Die Frage der Begründung ist letztlich eine Frage der Finanzen, oder wie es so schön heißt, eine Frage der Machbarkeit. Das ist politische Realität“, sagt Jäger. Seiner Ansicht nach gebe es möglicherweise zwar „Effektivitätssteigerungen“ durch eine reduzierte Gruppengröße, das eigentliche Problem der Umsetzung der neuen ZApprO sei aber letztlich nicht die reduzierte Unterrichtsstundenzahl, sondern vielmehr, „dass andere Dinge jetzt eher hinten runterfallen mussten“.

VIELE LEHRINHALTE UNBERÜCKSICHTIGT

Primär habe im Fokus gestanden, eine bessere praktische, patientenbezogene Ausbildung auf den Weg zu bringen. Diese sollte „ein gewisses Maß nicht unterschreiten“. Dadurch allerdings hätten Aspekte der inhaltlichen Weiterentwicklung wie zum Beispiel Wissenschaftlichkeit, Ethik, Kommunikation, professionelles Handeln und gesundheitspolitische Aspekte, aber auch der interaktive Unterricht in kleinen Gruppen in der neuen ZApprO nicht im gewünschten Ausmaß berücksichtigt werden können. „Der Wurf war größer

geplant, man konnte dann aber mit diesem CNW-Wert nicht das umsetzen, was man ursprünglich vorhatte“, bilanziert Jäger.

Als Beispiel führt er die Prothetik an. Es sei etwas anderes, ob man eine große Vorlesung abhalte und die Vorsorgeplanung eines Patienten referiere oder ob man ein Zeitfenster habe, um eine solche Planung „interaktiv im Dialog mit den Studierenden in angemessenem Umfang zu diskutieren“, sodass einer individuelleren Ausbildung genüge getan und dabei prinzipielle Aspekte der Problemlösung und klinischen Entscheidungsfindung berücksichtigen werden könnten.

„Da ist dann schnell Ende der Fahnenstange“, stellt Jäger fest. Dennoch erlaube die neue ZAppRO eine individuellere Gestaltung des Studiums durch Schwerpunktsetzung an den einzelnen Studienorten, ein Standardstudienplan sei nun passé. Gleichwohl lautet Jägers Fazit: „In der Gesamttendenz ist es am Ende ein wenig ein Sparprogramm geworden.“

Hätte die Politik am Common Trunk, an der gemeinsamen Ausbildung der angehenden Mediziner und Zahnmediziner im vorklinischen Abschnitt festhalten sollen? Nach Auffassung der DGZMK würde ein Common Trunk keinen Sinn mehr machen, da im Masterplan 2020 für die Medizin ein frühe-

rer praktischer Kompetenzerwerb vorgesehen sei. Jäger hingegen wägt ab: „Eine stärkere Verzahnung, ein gemeinsames Teilstudium wäre ein stärkeres Signal gewesen. Ich persönlich hätte das gut gefunden, kann mich aber auch den Argumenten der anderen Seite anschließen.“ Zumal das zahnmedizinisch spezifische Denken bei einem Common Trunk womöglich erst nach dem Physikum hätte reifen können, so „weiß man von Anfang an, wo man hingehört und ob die Wahl des Studienfachs die richtige war“, überlegt er.

Wurden, wie vom WR 2005 erwägt, Standorte abgebaut? „Nein, Rostock stand zwar vor längerer Zeit auf der Kippe, blieb dann aber als Standort für Mecklenburg-Vorpommern erhalten“, berichtet Jäger. Dies sei lange vor der Einführung der neuen ZAppRO gewesen.

LIMITIERTER ETAT FÜR GUTE LEHRE

Statt auf Standortabbau setzt der WR 2012 dann auf eine leistungsorientierte Mittelvergabe (LOM) für die Lehre. Könnte das nicht der richtige Ansatzpunkt sein für die Zahnmedizin angesichts ihrer höheren Lehrleistung und geringeren Forschungsleistung im Vergleich zur Medizin? Im Prinzip sei eine LOM für die Lehre sinnvoll, da sie Anreize bieten solle, die Lehre interessanter zu gestalten, neue Medien einzu-

beziehen, erläutert der stellvertretende Studiendekan Jäger. Er schiebt ein, er habe es als Student noch erlebt, dass Hochschullehrer ihre Vorlesung im Sitzen gehalten hätten, aus einem Manuskript vorlesend, ohne ein einziges Bild zu zeigen. Doch für die Zahnmedizin sei das Instrument der LOM in diesem Bereich „ein stumpfes Schwert“. Zum einen sei eine LOM für die Lehre aktuell schon verpflichtend an den Fakultäten. Diese legten jedoch für diesen Bereich in der Regel einen limitierten Etat fest, mit dem „man nicht so große Sprünge machen kann“. Zum anderen basiere das Modell auf studienübergreifenden Evaluationen der Studierenden, sodass „die Pathologie dann vielleicht auch eine tolle Lehre bescheinigt bekommt“ und der insgesamt gedeckelte Etat dann zu teilen sei. Generell sei es aber so, dass heute niemand mehr habilitieren könne, der nicht eine gewisse Anzahl an von Fakultät oder Dekanat angebotenen Didaktikseminaren besucht habe – wenn gleich eine „hochdekorierte Forschung“ immer noch gewichtiger sei, sagt der Bonner Wissenschaftler.

2021 betrug der Zuführungsbetrag des Landes Nordrhein-Westfalen (NRW) an die Medizinische Fakultät Bonn 121.217.424 Euro und die LOM-Mittel 5.582.100 Euro, lautet die Auskunft des Universitätsklinikums Bonn auf Nachfrage. Zum Verhältnis der zwischen Lehre und Forschung aufzuteilenden Mittel befragt, heißt es nach mehrmaliger Anfrage bloß, eine Trennung werde nicht praktiziert.

Zu Höhe, Gewichtung und Leistungskriterien der LOM-Mittel für die sieben medizinischen Fachbereiche in NRW teilt das Wissenschaftsministerium in Düsseldorf auf Nachfrage mit: 20 Prozent des Landeszuschusses für Lehre und Forschung seien in den Jahren 2012 bis 2021 als leistungsorientierte Mittelvergabe neben Lehr- und Forschungsleistungen auch für die „Umsetzung des Landesgleichstellungsgesetzes“ vergeben worden – „in unterschiedlicher Gewichtung“, die von den Hochschulen selbst festzulegen sei. Dieser Landeszuschuss solle anhand eines „neuen Ver-



fahrens“ auf Basis der „Stellungnahme des Wissenschaftsrats zur Weiterentwicklung der Universitätsmedizin Nordrhein-Westfalen“ künftig auf 35 Prozent aufgestockt werden. LOM-Kriterien für Lehre und Forschung seien die Absolventenzahlen sowie die „Höhe der verausgabten Drittmittel“.

LANDESBUDGETS „ZWECKENTFREMDET“?

Allerdings bezeichnet der WR 2005 die globalen Landesführungsbeträge für Lehre und Forschung als „zweckentfremdet“: „Es ist davon auszugehen, dass der ausschließlich für Forschung und Lehre bestimmte Landesführungsbetrag zur Deckung der Defizite im Bereich der Krankenversorgung zweckentfremdet wird und damit eine Quersubventionierung der Krankenversorgung aus den Etats der Wissenschaftsministerien erfolgt.“ Wenngleich der bis 2004 gültige 20-prozentige Poliklinikabschlag abgeschafft worden sei, verweigerten die Kassen unter Verweis auf das „Gebot der Kostenneutralität“ die Übernahme der Mehrkosten der Universitätskliniken. ZMK-Kliniken seien zudem oftmals darauf angewiesen, Abschläge auf die von den Patienten zu leistenden Zuzahlungen und Materialkosten zu gewähren.

Jäger erläutert, dass die Kassen nur 80 Prozent der im GKV-Leistungskatalog festgehaltenen Krankenversorgungsleistungen zahlten, etwa bei Füllungen; der 20-prozentige Abzug sei mit einem Zuschuss aus dem jeweiligen Länderpotopf für Forschung und Lehre begründet, doch diese Regelung aufgehoben worden, sodass Kassen heute bei der

Patientenversorgung die Kosten in der Regel zu 100 Prozent übernehmen.

DISBALANZEN ZUR MEDIZIN

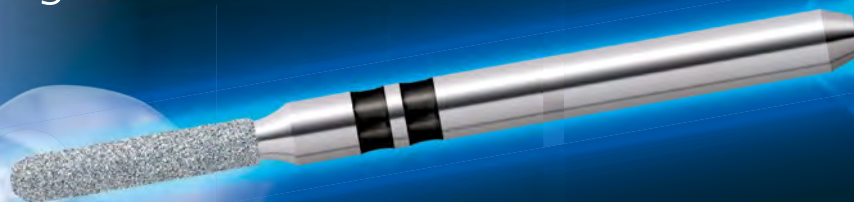
Forschungsleistung wird in Wissenschaft und Politik seit jeher stärker gefördert als Lehrleistung. Das heißt, wenn die Studien- und Arbeitsbedingungen dem medizinischen Nachwuchs, etwa über einen Science Track, eher Freiräume zum Forschen ermöglichen als dem zahnmedizinischen Nachwuchs, werden auf dem Karriereweg schon früh ungleiche Weichen gestellt. „Gar keine Frage, die Forschungsleistung in der Zahnmedizin könnte immer besser sein, sie ist aber auch nicht so schlecht, wie das noch 2005 der Wissenschaftsrat dargestellt hat“, meint Jäger. Grund für Forschungsdefizite seien strukturelle Probleme an den Hochschulkliniken, sodass angehende Zahnmediziner häufig nur eingeschränkte Optionen hätten, innerhalb ihrer Arbeitszeit Forschungsleistungen zu erbringen. Obschon Deutschlands Zahnmedizin bei der Forschung im internationalen Vergleich sicherlich keinesfalls im hinteren Bereich liege, herrsche hierzulande häufig das Prinzip „Top oder Flop“. Wenige aktive Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler würden sehr gute Forschungsleistung erbringen. Diese werde im internationalen Vergleich aber auf mehr Schultern verteilt. Dies sei bedingt durch ein robusteres Stellenkontingent für einen Mittelbau, der „bei uns stark ausgedünnt“ sei, während er „in anderen Ländern signifikant zur Forschungsleistung beiträgt“.

SCIENCE TRACK SCHAFFT FREIRÄUME ZUM FORSCHEN – BISHIER NUR IN DER MEDIZIN

Nach den Empfehlungen des WR 2005 sollten entsprechend der klinischen Humanmedizin auch in der klinischen Zahnmedizin beschäftigte nichtmedizinische Wissenschaftler (etwa Naturwissenschaftler) nicht auf die Lehrkapazität angerechnet werden, da diese keinen Unterricht am Patienten durchführen. Indes besteht auch diese Disbalance weiter.

Jede Hochschulstelle werde über den Haushalt der Länder finanziert mit Ausnahme der Drittmittelstellen, das gelte auch für die Medizin, erläutert Andreas Jäger. Doch während der Personalschlüssel in der Medizin in der Regel an die Bettenanzahl der Kliniken gekoppelt sei, werde in der Zahnmedizin, vergleichbar mit den vorklinischen Fächern in der Medizin, die Studierendenzahl in Abhängigkeit des vorhandenen Personals berechnet, sodass die

Hochleistungs-Kronentrenner für Zirkoniumdioxid von ORIDIMA



Hergestellt in
Deutschland

Höhere Standzeit durch extrem
festen Halt der Diamanten

Dieses moderne Diamantinstrument wurde speziell entwickelt, um Kronen und Brücken aus äußerst widerstandsfähigem Zirkon in kurzer Zeit zu trennen. Ihr persönlicher Medizinprodukte-Berater vor Ort steht Ihnen für weitere Informationen gerne zur Verfügung.

Zahnmedizin, wenn sie mehr Personal für die Forschung einstelle, automatisch mehr Studierende ausbilden müsse.

HOCHSCHULPAKT OHNE (ZAHN-)MEDIZIN

Einen deutlichen Aufwuchs der Studienplätze in der (Zahn-)Medizin wird es perspektivisch wohl nicht geben. Nach den Gründen befragt, warum „die human- und zahnmedizinischen Studienanfängerzahlen in den letzten Jahren hinter dem generellen Anstieg der Studienanfängerzahlen zurückgeblieben sind“, wie der WR 2012 das mit Blick auf den Hochschulpakt 2020 konstatiert, antwortet das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) auf Nachfrage lapidar: „Der Hochschulpakt 2020 sah keine explizite Ausweitung der Studienkapazität für die Human- und Zahnmedizin vor.“

Die Zahl der Studienplätze in der Human- und Zahnmedizin sei von 12.064 im Jahr 2005 auf 13.546 im Jahr 2020 gestiegen (eine aktuelle Statistik der BZÄK unter Quellenverweis auf die Stiftung für Hochschulzulassung weist allerdings für 2020/21 1.547 Studienplätze in der Zahnmedizin und 9.660 Studienplätze in der Medizin aus, insgesamt demnach 11.207). Zugleich verweist das BMBF in seiner Antwort auf die Länder: „Es lag in der Verantwortung der Länder, mit den Mitteln des Hochschulpakts die Kapazität in den verschiedenen Fächergruppen bedarfs-

gerecht zu erhalten beziehungsweise auszubauen.“

Der von 2007 bis 2020 laufende Hochschulpakt, der zwischen Bund und Ländern geschlossen worden war, finanzierte 1,63 Millionen zusätzliche Studienplätze angesichts doppelter Abiturjahrgänge und des Wegfalls der Wehrpflicht mit rund 17,7 Milliarden Euro vom Bund und rund 16,6 Milliarden Euro von den Ländern nach Angaben des Abschlussberichts der Gemeinsamen Wissenschaftskonferenz (GWK). Nach den Auskünften des BMBF hätten demnach die Länder die Studienplätze in der Human- und Zahnmedizin gesamt lediglich auf 1.482 in den Jahren 2005 bis 2020 aufgestockt, derweil die

BUND WILL SICH NICHT AN MEHRKOSTEN DES MASTER- PLANS 2020 BETEILIGEN

restlichen 1.628.518 Studienplätze sich auf andere Fächer verteilen.

Angesichts des demografischen Wandels, Ärztemangels und drohenden Zahnärztemangels reibt man sich verwundert die Augen. Jäger vermutet finanzielle Gründe für die nicht erfolgte Aufstockung der Studienplätze in (Zahn-)Medizin im Rahmen des Hochschulpakts.

Die für Lehre und Forschung aufzuwendenden Grundmittel für einen universitären Abschluss an einer Hochschule in Trägerschaft der Länder der Fächergruppe Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften (einschließlich Zentrale Einrichtungen der Hochschulkliniken) beziffert das Statistische Bundesamt mit 218.900 Euro im Jahr 2019 – Zahnmedizin wird nicht gesondert ausgewiesen (und könne auch nicht ausgewertet werden, heißt es auf Nachfrage). Zum Vergleich: Ein Studium in Mathematik/Naturwissenschaften kostet 62.800 Euro, Ingenieurwissenschaften 56.100 Euro, Rechts-, Wirtschafts- und Sozialwissenschaften 35.300 Euro, Geisteswissenschaften 30.900 Euro.

Auch will sich der Bund künftig nicht an der durch den Masterplan 2020 einhergehenden Mehrkosten beteiligen, Studienplätze fielen in die Zuständigkeit der Länder. Das geht im November 2022 aus einer Antwort der Bundesregierung auf eine Anfrage der Unionsfraktion hervor.





KARRIERECHANCEN NOCH GERINGER

All diese Disbalancen und Defizite werden noch verstärkt durch mangelnde Zukunftsperspektiven in der universitären Zahnmedizin. So könne, berichtet Jäger, ein habilitierter Mediziner, der in der Universität keine Leitungsposition erreiche, anders als ein Zahnmediziner, immer noch zum Beispiel Chefarzt an einem Krankenhaus werden. Hingegen blieben für Zahnmediziner in der Regel nur die Optionen Hochschule oder Praxis.

Zwar habe es in der Vergangenheit Phasen gegeben, in denen zusätzlich zu den vier traditionellen zahnmedizinischen Lehrstühlen Zahnerhalt/Parodontologie, Prothetik/Werkstoffkunde, Kieferorthopädie, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie Substrukturen und entsprechende Leitungspositionen geschaffen worden seien, erinnert sich Jäger. Doch anders als in der Medizin sei die Tendenz zu einer größeren Diversifizierung momentan eher rückläufig, so sein Eindruck. Heute gebe es beispielsweise (fast) keinen Lehrstuhl mehr für Oralchirurgie oder für vorklinische Prothetik. Das betreffe auch die Fächer Parodontologie, Kinderzahnheilkunde und Alterszahnheilkunde. „So werden die wissenschaftlichen Karrieremöglichkeiten in der Zahnmedizin natürlich kleiner“, resümiert Jäger.

PRIVATWIRTSCHAFTLICHE GEFAHREN

Als „Damoklesschwert“ macht der Bonner Poliklinik-Direktor auch die Zunahme privatwirtschaftlicher Klini-

ken mit angeschlossenen Fakultäten aus. Er führt als Beispiele die Paracelsus Medizinische Privatuniversität im Klinikum Nürnberg an, die dort seit 2014 als Zweitniederlassung existiert nach der Gründung im österreichischen Salzburg 2002, und die 2009 gegründete Danube Private University im österreichischen Krems, an der auch Zahnmedizin studiert werden kann. Die Höhe der Studiengebühren nach Angaben der Klinikseiten belaufen sich auf rund 16.000 Euro pro Studienjahr in Nürnberg für Medizin, pro Semester in Krems auf 13.500 Euro für Zahnmedizin.

Ein negatives Zukunftsszenario könnte nach Jäger auch darin bestehen, dass Kliniken künftig vermehrt aufgekauft werden, um den eigenen Nachwuchs selbst auszubilden. Das gelte zumindest für die Medizin und sei ein Trend nicht nur in Deutschland. „Wenn die Politik den Eindruck gewinnt, das wird uns zu teuer, zieht sie sich womöglich aus der Ausbildung zurück, das ist nicht ganz von der Hand zu weisen, auch wenn es in der Zahnmedizin keine konkreten Überlegungen gibt“, konstatiert der VHZMK-Präsident. Da stelle sich die Frage nach dem Inhalt und der Qualität der Ausbildung, doch das sei immer auch vom Standpunkt abhängig:

CORONA-SCHIRM NUR FÜR ÄRZTE, NICHT FÜR ZAHNÄRZTE

Braucht der Studierende übergeordnete Kompetenzen oder muss er nach Abschluss gleich praktisch einsetzbar sein?

In Deutschland gebe es aktuell eine „sehr gute praktische Ausbildung“ auch im Vergleich zu anderen europäischen Ländern, findet Jäger. Doch künftig könnte es verschiedene Überlegungen geben, entweder eine primär praktische Ausbildung zu forcieren oder aber, wie in einigen europäischen Ländern und zum Teil in den Vereinigten Staaten, eine stärker theoretische Ausbildung und eine praktische, meist vom Studierenden zu finanzierende, anschließende spezialisierende Ausbildung.

POLITISCHE UNGLEICHBEHANDLUNG

Sind Zahnärzte keine Ärzte? Anders als im ärztlichen Bereich, wo Ausgleichszahlungen in Form eines Rettungsschirms aufgelegt wurden, um pandemiebedingte Honorareinbrüche auszugleichen, hat die Politik für die Zahnärzte keinen Corona-Schutzschirm aufgespannt. Stattdessen gab es eine „Liquiditätshilfe“ mit 100-prozentiger Rückzahlungsverpflichtung, wenn weniger Leistungen erbracht wurden, also faktisch ein Darlehen.

Bemessungsgrundlage der Abschlagsregelung für 2020 waren 90 Prozent der Vergütung zahnärztlicher Leistungen der Krankenkassen im Jahr 2019. Der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung gelang es dann, mit dem GKV-Spitzenverband 2021 einen Pandemiezuschlag für Vertragszahnärzte zu vereinbaren, um pandemiebedingte Mehrkosten abzumildern.

Und Andreas Jäger erinnert sich, dass impfberechtigte (geschulte und zertifizierte) Apotheker seit Februar 2022 und damit früher als impfberechtigte (geschulte und zertifizierte) Zahnärzte, seit Mai 2022, gegen COVID-19 impfen dürfen. Er meint, die Ungleichbehandlung beim Rettungsschirm sei ein „kleines Indiz, das kann man sicherlich so interpretieren“, wie dies die DGZMK 2020 formuliert habe, dass Zahnärzten damit von der Bundesregierung bescheinigt worden sei, nicht zu den Ärzten zu gehören.

„Ich rufe der Politik zu: Eine gute Ausbildung kostet Geld!“

Nachgefragt. Viel Lehre, wenig Forschung, Besserstellung der Medizin, politisches Misstrauen, extreme Unterfinanzierung. „Das Problem ist: Es ändert sich nichts“, sagt Professor Dr. Roland Frankenberger, Direktor der Poliklinik für Zahnerhaltung der Philipps-Universität Marburg, Präsidiumsmitglied des Medizinischen Fakultätentages (MFT) und von 2019 bis 2022 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde.

INTERVIEW: DR. PASCALE ANJA DANNENBERG



Professor Frankenberger, warum wird nach Auffassung der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) und des Medizinischen Fakultätentages (MFT) die Ausbildung von Zahnmedizinern gegenüber der Ausbildung von Humanmedizinern benachteiligt?

Ein großes Problem ist die Lehrbelastung. Auch wenn ich das Wort aufgrund des negativen Zungenschlags gar nicht mag – wir lehren ja gerne und mit großer Leidenschaft – ist der Lehranteil in der Zahnmedizin ungleich höher als

in der Medizin. So liegt die Betreuungsrelation von Professorinnen und Professoren zu Studierenden in Deutschland in der Medizin bei etwa 1:20 – in der Zahnmedizin bei etwa 1:85; die Betreuungsrelation wissenschaftlicher Vollzeitstellen zu Studierenden liegt in der Medizin bei etwa 1:1,8 – in der Zahnmedizin bei etwa 1:9,5. Hinzu kommt, dass die Medizin an deutschen Universitäten schon immer eine stärkere Lobby hatte, was man an steigenden Professorenzahlen, aber auch am sonstigen Per-

„DIE MEDIZIN HATTE SCHON IMMER EINE STÄRKERE LOBBY“

sonal erkennt. Jahrzehntlang war auch der „Anrechnungsfaktor“ in der Zahnmedizin grundlos niedriger. In der Medizin hatte Unterricht am Krankenbett ohne aktive Behandlung einen Anrechnungsfaktor von 0,5, bei der invasiven Behandlung durch Studierende im Kurs der Zahnerhaltung oder Prothetik lag der Faktor bei 0,3. Das ist unlogisch und unfair. Auch deswegen war die Novelle der Approbationsordnung für Zahnärzte und Zahnärztinnen (ZApprO) längst überfällig, ein wichtiger Hebel, um aus dieser Ungleichheit herauszukommen, aber auch ein teures Instrument, weil signifikant mehr Stellen benötigt werden.

Ist aus Ihrer Sicht diese Benachteiligung politisch gewollt?

Jeder weiß, dass sowohl das Medizin- als auch das Zahnmedizinstudium sehr teuer ist. Auf der einen Seite ist gute Ausbildung personalintensiv und damit alleine schon nicht preiswert zu bekommen, auf der anderen Seite muss eine ganze Reihe investitions- und reinvestitionsfähiger Instrumente und Apparate vorgehalten und gewartet werden. Der politische Wille hat sich in den letzten 30 Jahren auf dem Weg zur neuen ZApprO wiederholt als wenig „spendabel“ präsentiert. Ein weiterer fundamentaler Aspekt ist die Mittelverteilung innerhalb der Universitäten und der Fakultäten. Es ist kein Geheimnis, dass die Numerus-clausus-Fächer randvoll mit Studierenden sind, während die Nicht-NC-Fächer unter teilweise dramatischen Nachfrageeinbrüchen leiden.

Es lässt sich demografisch kinderleicht ausrechnen, dass das noch nicht das Ende der Problemspirale ist. In den „kleinen“ Fächern fehlt massiv das Geld, was innerhalb der Universitäten sehr gerne aus der Medizin „abgezweigt“ wird. Und wenn die Medizin per se zu wenig Geld bekommt, wird an vielen Standorten die Zahnklinik als „Steinbruch“ genutzt, um wiederum Geld in die Medizin umzuleiten. Hier ist die „Leistungsorientierte Mittelvergabe“ (LOM) ein probates Mittel, die wegen ihrer Lehr-Überlastung ohnehin systematisch benachteiligte Zahnmedizin zusätzlich zu bestrafen für die im Vergleich mit der Medizin zwangsläufig geringere Forschungsleistung.

Macht die seit Oktober 2020 gültige ZApprO überhaupt Sinn, wenn die Medizin ihren Masterplan 2020 wohl frühestens erst 2025 umsetzt – und dann weitere Anpassungen auch in der Zahnmedizin notwendig werden?

Die Standespolitik vertrat sehr lange und vehement den Standpunkt, dass die Zahnmedizin nicht warten könne, bis der Masterplan 2020 kommt. Man befürchtete, dass im ohnehin ungleichen Verteilungskampf um Stellen und Budgets die Zahnmedizin großen Schaden erleiden könne. Das war zweifelsohne richtig, denn nach heutigem Stand wird die neue Approbationsordnung in der Medizin frühestens 2027 scharf geschaltet, wir hätten also circa sieben Jahre verloren. Daher war es gut, die Zahnmedizin schon jetzt teilweise zu reformieren, um auch den



Prof. Dr. Roland Frankenberger (Marburg)

Vorlauf zu haben, zwangsläufig später bemerkte „handwerkliche Fehler“ beheben zu können, dann, in einem zweiten Schritt, mit dem Masterplan den vor-klinischen Studienabschnitt der Zahnmedizin an die Medizin anzupassen.

Im Positionspapier der DGZMK zur Zukunft der Zahnmedizin ist zu lesen, ein habilitierter Zahnmediziner könne im Fall des wissenschaftlichen Scheiterns nicht Chefarzt an einer nichtuniversitären Klinik werden. Warum?

Wenn ein Mediziner habilitiert, kann er im Falle des Scheiterns einer Universitätslaufbahn mit seinem Titel immer noch sehr gut Chefarzt an einer außeruniversitären Klinik werden, das heißt, es mangelt nicht an Perspektiven für den wissenschaftlichen Nachwuchs. Ein habilitierter Zahnmediziner kann (außer als MKG-Chirurg) nicht an ein Kreiskrankenhaus oder ein städtisches Klinikum gehen, da es dort schlichtweg keine entsprechenden Abteilungen gibt. Bekommt er später keinen Lehrstuhl oder keine der begehrten unbefristeten Stellen an einer Universitätszahnklinik, bedeutet dies, dass er in die Niederlassung gehen „muss“. Dafür hat er aber mit seiner wissenschaftlichen Laufbahn nicht zehn oder 15 Jahre publiziert und Drittmittel eingeworben. Wie wollen wir ernsthaft in der Zahnmedizin wissenschaftlichen Nachwuchs akquirieren, wenn wir den jungen Menschen keine Perspektive bieten können?



„WIR BRAUCHEN DEFINITIV MEHR KLINISCHE FORSCHUNG“

Wie bewerten Sie die 2005 ausgesprochenen Empfehlungen des Wissenschaftsrats (WR) für die Zahnmedizin, den Anteil des wissenschaftlichen Personals und der Forschungsressourcen zu erhöhen und die bei der Ermittlung der zahnmedizinischen Lehrkapazität zur Anwendung kommenden Anrechnungsfaktoren zu korrigieren und nichtmedizinische Wissenschaftler (vor allem Naturwissenschaftler) nicht auf die Lehrkapazität anzurechnen?

Die Empfehlungen des WR von 2005 waren richtig und wichtig. Der WR hat auf der Seite der Zahnmedizin angemahnt, dass sich der Forschungoutput verbessern müsse und dass sich die Ausrichtung der Forschung an die biomedizinische Forschung anpassen habe. Ebenso wurde angemahnt, dass die Zahnmedizin extrem unterfinanziert sei und auf der Seite der Universitäten enorme Anstrengungen unternommen werden müssten, dies von der Personal- und Ausstattungsseite her zu ändern. Heute – 17 Jahre später – wird eines klar: Die Universitätszahnkliniken haben ihre Hausaufgaben zu weiten Teilen erledigt und die Vorwürfe des WR sehr ernst genommen. Auf der Universitätsseite ist in die-



sen 17 Jahren an vielen Standorten dagegen überhaupt nichts passiert. Deswegen sage ich immer: „Man darf das Schweinchen nicht nur den ganzen Tag wiegen, hin und wieder sollte man auch das Füttern nicht vergessen.“ Ein großes Problem ist auch, dass das Einstellen von Naturwissenschaftlerinnen und Naturwissenschaftlern sofort kapazitätsrelevant wird und zur Folge hat, dass mehr Studierende aufgenommen werden müssen. Somit funktioniert ein Stellenaufwuchs in der Wissenschaft nur unzureichend. Aber auch hier verschafft die neue ZAppRO Linderung durch mehr Stellen und mehr Freiraum für Forschung. Des Weiteren brauchen wir definitiv mehr klinische Forschung. In der Medizin gibt es schon Clinician-Scientist-Programme, wo wirklich gute Nachwuchsleute gefördert werden. So etwas sollten wir auch in der Zahnmedizin etablieren. Das halte ich für ganz wichtig.

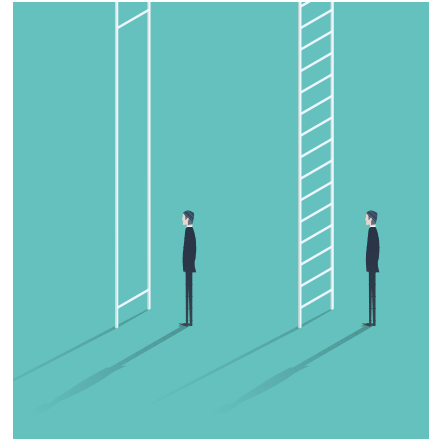
Warum ist die Budgethöhe an deutschen Zahnmedizin-Standorten so unterschiedlich? Laut DGZMK kann sie sich um mindestens das Fünffache unterscheiden. Ist das Länderwille?

Wenn Sie die Landkarte einmal anschauen, dann sehen Sie: Bayern gut, Baden-Württemberg gut, NRW sehr ordentlich und dann wird es schon problematisch. Mein Bundesland zum Beispiel ist eine absolute Katastrophe: In unseren Kursräumen stehen noch Baisch-Schränke von 1964, das heißt hier wurde einfach 60 Jahre nicht reinvestiert. In der Anatomie regnet es seit Jahren durch die Decke. In unserer Klinik ist nach einem Wasserschaden im November 2021 ein Drittel des Gebäudes inklusive des Forschungslabors nicht benutzbar. Wir haben erst neue Behandlungsstühle bekommen, als in ganz Europa bis zum Ural keine Ersatzteile mehr zu bekommen waren. Im Klartext: Wenn ein bisschen Geld für die Zahnis übrig ist, wird ein bisschen geflickt, aber es wird nie vorausschauend investiert. Dafür fehlt hinten und vorne das Geld. Da fragt man sich natürlich: „Wie kann das sein?“. Ich rufe zum wiederholten Male der Politik zu:

„Wenn ihr eine gute Ausbildung haben wollt, dann kostet das auch Geld. Und wenn ihr nicht bereit seid, genug Geld in die Universitäten zu stecken, dann werdet ihr mittelfristig damit leben müssen, dass die Ausbildung in Deutschland schlechter wird.“ Es ist schon absurd, dass man von uns in Forschung und Lehre erwartet, auf einem Esbit-Kocher dauerhaft ein 3-Sterne-Menü zu kochen. Ich liebe meinen Beruf. Aber nur mit Leidenschaft alleine werden wir es am Ende des Tages nicht schaffen, das sage ich in aller Deutlichkeit. Und da tut es einfach weh, wenn man die beschriebenen Budget-Unterschiede betrachtet.

„Der MFT empfiehlt [...] ergänzend zum ab 2023 gegen Ende des Studiums eingeführten Querschnittsbereich die Einführung eines longitudinalen wissenschaftlichen Curriculums“ – was heißt das konkret? Und warum stehen „kaum Ressourcen [...] für die neu zu schaffenden Querschnittsbereiche zur Verfügung“?

„NUR MIT LEIDENSCHAFT ALLEINE WERDEN WIR ES NICHT SCHAFFEN“



Wie schon dem WR geht es auch dem MFT darum, (Zahn-)Mediziner das Grundrüstzeug wissenschaftlichen Arbeitens zu vermitteln, um wissenschaftlichen Nachwuchs zu akquirieren, aber auch, um jedem angehenden (Zahn-)Arzt, auch ohne Habilitation, wissenschaftliches Denken beizubringen. Laut einer Umfrage weiß die Hälfte unserer Medizinstudierenden nicht, was



● ● ● Made in Germany

Ab sofort zu
DAUER-TIEFPREISEN

Totale Prothese
(1 Kiefer/14er): **219,- €***

Totale Prothesen
(2 Kiefer/28er): **419,- €***

*inkl. Modelle, Artikulation, Versand, Zähne, Bisschablonen, indiv. Löffel und Try-In. Zuzüglich MwSt.

permadental®
Modern Dental Group

PERMADENTAL.DE
0 28 22 -71330

EVO fusion – digital hergestellte Prothesen Jetzt für jede Praxis erhältlich!

Ohne Investitionen und Veränderungen im Praxisablauf ab sofort für jede Zahnarztpraxis möglich: EVO fusion – digitale Produktion meisterhaft kombiniert mit etablierten klinischen Protokollen. Nutzen Sie alle Vorteile für Ihre Patienten.

KLINISCHES PROTOKOLL:

- Konventioneller Abdruck oder IOS-Scan von konventionellem Abdruck oder Modell
- Einzelabdruck mit individuellem Löffel oder IOS-Scan von Einzelabdruck mit individuellem Löffel
- Konventionelle Bissregistrierung mit Bissplatte und Wachswall oder IOS-Scan von Bissplatte und Wachswall
- Gerne digitalisieren wir für Sie Ihre eingesendeten Abdrücke mit unseren Laborscannern



Zur Online-Anforderung
des EVO fusion-Kataloges
für Praxismitarbeiter

kurzelinks.de/EVO-fusion



eine Habilitation ist. Dieses Wissen zu vermitteln, ist auch seit jeher eine Forderung der Politik, der Rechnung zu tragen ist. Doch gerade diese wissenschaftsorientierten Querschnittsbereiche im dritten Studienabschnitt, die analog zur Medizin eingeführt worden waren, wurden schon wieder gekürzt, da die Länder, unter anderem wegen der Pandemie, kein Geld haben, diese vollumfänglich auszufinanzieren.

Warum fordert der MFT einen „Communication Track“, der sich über das gesamte Studium erstrecken und im ersten Studienabschnitt vermittelt werden soll? Das heißt, warum kommt die Arzt-Patienten-Kommunikation immer noch zu kurz?

Bei uns behandeln die Studierenden echte Patientinnen und Patienten. In unseren Kursen würden sie ohne von uns en passant gelehrte Patientenkommunikation nicht klarkommen. Aber Kommunikation ist nicht per se in der ZApprO verankert. Auch Psychologie und Patientenführung stehen nicht in der ZApprO. Die Medizin ist da definitiv weiter. Diese Faktoren müssen endlich auch in der Zahnmedizin prüfungsrelevant werden.

Das Z-Curriculum soll nach Auffassung des MFT „durch deutlich früheren Patientenkontakt“ geschärft werden. Doch wie soll das gelingen, wenn „im Gegensatz zur Medizin die universitären Zahnkliniken in großem Umfang in Konkurrenz zu den niedergelassenen Praxen sehr aktiv ambulante Patientinnen und Patienten anwerben“ müssen?

„PRÜFUNGS-AUFWAND WIRD SICH VERDOPPELN, WENN NICHT VERDREIFACHEN“

Das ist in der Zahnmedizin von Standort zu Standort unterschiedlich. Bei uns in Marburg müssen wir uns aktiv um das Anwerben von Patienten kümmern. In ein Klinikum der Maximalversorgung werden Patienten in die entsprechenden medizinischen Fachabteilungen eingewiesen, Medizinstudierende können dann am Krankenbett problemlos unterrichtet werden. Wir in der Zahnmedizin hingegen treten in direkte Konkurrenz zur Zahnarztpraxis. Und da sagt der Patient: Warum soll ich hier drei Stunden für eine Füllung sitzen, wenn das in einer Praxis in einer halben Stunde erledigt ist? Des Weiteren legen wir in Deutschland inzwischen 48 Prozent weniger Füllungen pro Jahr als vor 30 Jahren.

Damals haben wir Studierende uns gegenseitig behandelt, ich habe 1990 den ganzen Flur meines Studentenwohnheims durchbehandelt. Diese Patientengruppe hat heute so gut wie keine

Karies mehr, die Karies verschiebt sich in die vulnerablen Gruppen. In der Parodontologie zeigt sich ein komplett anderes Bild, hier müssen Patienten an den Universitätszahnkliniken eher abgewiesen werden, weil die Nachfrage viel zu hoch ist. Noch ein wichtiger Aspekt: Während im Medizinstudium jährlich zigtausende Euro für Schauspielpatienten ausgegeben werden, die von den jungen Medizinerinnen und Mediziner untersucht werden, müssen unsere Patienten auch noch dafür bezahlen, dass sie von Studierenden behandelt werden. Das ist eine extreme Schiefelage.

Außerdem spüren wir natürlich auch den demografischen Wandel. Unsere Patienten sind im Schnitt 20 Jahre älter als früher, nicht mehr so belastbar, multimorbid und erfordern so einen wesentlich höheren Aufwand. Dies ist auch ein Grund, warum die Verbesserung der Betreuungsrelation dringend angepasst werden musste.

Warum wurden dann nicht etwa die vom MFT geforderten „Anreize für die Patientinnen und Patienten [durch] signifikante Rabatte bei allen Behandlungen“ längst geschaffen?

Solche Rabatte gibt es an einigen Standorten schon. Zum Beispiel erhalten Patienten ein ÖPNV-Ticket, freies Parken oder zahlen reduzierte Zuzahlungen im Vergleich zur Praxis. Solche Anreize halte ich für extrem wichtig, damit auch die letzte Fakultät kapiert, dass etwas getan werden muss: Alle Patienten, die freiwillig zu uns kommen, muss man richtiggehend verwöhnen. Die klinische Kursbehandlung ist das Backbone unseres Studiums. Wir sind maximal gefordert, dass das auch in Zukunft so bleibt. In anderen EU-Ländern zum Beispiel behandeln Studierende zum Teil kaum Patienten. Entsprechend ist das Niveau. Unser Niveau in Deutschland war traditionell sehr gut. Ich kämpfe dafür, dass dies so bleibt.

Im MFT-Positionspapier heißt es, digitale Verfahrensweisen würden zwar in der neuen ZApprO berücksichtigt, doch sei die praktische Umsetzung nur eingeschränkt

möglich, da die Finanzierung in den meisten Bundesländern nicht sichergestellt sei. Was heißt das für die Ausbildung?

Vor diesen Investitionen können sich die Bundesländer nicht drücken. Man kann die Studierenden nicht auf einem Level von vor 30 Jahren ausbilden. Da wird auch etwas passieren.

Alles in allem, was sind die größten Herausforderungen der Zahnmedizin-Ausbildung?

Eine Herausforderung ist sicher, wie schon gesagt, die Bereitstellung von ausreichend Patienten für klinische Kurse. Das erfordert eine erhebliche Vor- und Nachbereitung der „Kursgängigkeit“ von Patienten, denn gerade Anfängerinnen und Anfänger sollten natürlich nur bis zu einem gewissen Schwierigkeitsgrad behandeln. Auch muss dafür eine große Zahl potenzieller Patienten erst einmal zur Verfügung stehen. Als Stolperstein empfinde ich im Moment außerdem die Flut an neuen Prüfungen, die wir durch die neue ZAprO zu bewältigen haben werden. Uns wird vom Gesetzgeber ein sehr enger Korsettrahmen vorgegeben: wie lange wir prüfen müssen, wie viele Beisitzerinnen und Beisitzer es gibt, was diese können müssen, wann wir die Noten eintragen müssen et cetera, sodass sich der Prüfungsaufwand im Vergleich zur alten ZÄPrO mindestens verdoppeln, wenn nicht verdreifachen wird in den nächsten Jahren. Daran lässt sich ein grundsätzliches Misstrauen den Prüferinnen und Prüfern gegenüber ablesen, die in schmale Korridore gezwängt werden, damit auf keinen Fall ein Studierender ungerecht behandelt wird. Aber vergleichen Sie doch einmal den Studienerfolg bei uns im Vergleich zu Jura zum Beispiel. Da juckt es keinen, wenn jemand zweimal durch das Examen fällt. Bei uns ist so etwas dermaßen selten, dass ich mit diesem Misstrauen überhaupt nichts anfangen kann. Am Ende wird genau das Gegenteil passieren: Wir werden eine signifikant höhere Durchfallquote erhalten,



KÖLN

14. – 18.03.2023

14. März 2023: Fachhändlertag
40. Internationale Dental-Schau

inklusive **IDScconnect**

SHAPING THE DENTAL FUTURE



Koelnmesse GmbH · Messeplatz 1 · 50679 Köln · Deutschland
Telefon +49 1806 773577* · ids@visitor.koelnmesse.de

* (0,20 Euro/Anruf aus dem dt. Festnetz; max. 0,60 Euro/Anruf aus dem Mobilfunknetz)



„WIR WERDEN PATIENTEN- ZEIT VERKÜR- ZEN MÜSSEN“

weil wir als Prüfer nicht mehr flexibel sind, auch einmal ein Auge zuzudrücken.

Was heißt das konkret?

Ich konnte auch einmal eine Ersatzfrage stellen, wenn die Studierende oder der Studierende einen schlechten Tag hatte, das ist unter den neuen Vorgaben nicht mehr möglich. Ich habe eine Zeitvorgabe, sodass ich auch Studierende, die ich eigentlich kurz prüfen könnte, weil sie super sind, jetzt 30 Minuten prüfen muss. Wir werden in den Semesterferien nichts anders mehr machen als Z1, Z2, Z3. Und dann werden mir meine jungen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die im Schnitt fünf Jahre bei mir bleiben – wir sind sehr glücklich über diese Kontinuität – sehr bald sagen, dass sie nicht nur prüfen wollen in ihrem Beruf. Ich sehe das als eine riesengroße Gefahr, dass der Nachwuchs sagt: Das ist nicht der Job, den ich mir vorstelle, ich komme nicht

mehr zum Patientenbehandeln, von Forschung brauchen wir überhaupt nicht mehr zu reden. Das heißt, wir müssen extrem aufpassen, dass uns diese Prüfungsflut nicht über den Kopf wächst. Wir haben dies aktuell als MFT gemeinsam mit der VHZMK beim BMG substantiiert vorgebracht, und ich bin guter Hoffnung, dass diese Probleme behoben werden können, bevor sie uns akut stören.

Was sehen Sie als weiteres Manko der neuen ZAppro?

So gerecht es ist, den Anrechnungsfaktor zu erhöhen, so sehr wurde unterschätzt, dass dadurch die integrierten klinischen Kurse viel personalaufwändiger wurden und damit zeitlich gekürzt werden mussten. Deshalb geht man in diesen Kursen jetzt von zehn Stunden pro Woche aus – das ist eine Reduktion von fast 50 Prozent. Ob eine bessere Betreuungsrelation wirklich zu effizienterer Behandlung führt, muss sich erst noch zeigen. De facto werden wir die Patientenzeit verkürzen müssen. Zwar brauchen wir dann nicht mehr so viele Patienten, doch auch die Zeit für Kompetenzerwerb am Patienten wird geringer. Und im Examen muss dann ein großer Anteil von dem, wofür das ganze Semester Zeit war, in einer oder zwei Wochen absolviert werden. Unter diesen Bedingungen ist es umso wichtiger – um noch einmal auf den frühen Patientenkontakt zurückzukommen – die jungen Kolleginnen und Kollegen möglichst früh in ihrem späteren Beruf „anzufixen“, das heißt sie früh mit klinischen Aspekten, also mit Famulaturen und Praktika, vertraut zu machen.

Im DGZMK-Papier heißt es, bis 2035 stehen rund 50 Prozent aller Praxen zur Übernahme ...

Ja, 50 Prozent aller Praxisinhaber sind über 50 Jahre alt. Nicht nur der wissenschaftliche Nachwuchs fehlt, auch der Nachwuchs in den Praxen, vor allem in ländlichen Regionen, wird in der Zukunft eklatant fehlen. Und da wir im Vergleich zur Medizin immer zehn Jahre hinterher sind, kann man das gut prognostizieren.

Noch einmal zurück zu den Empfehlungen des WR aus dem Jahr 2005. Wie ist Ihr Fazit? Ist die Zahnmedizin seitdem eine bessere geworden?

Es mögen andere darüber urteilen, ob wir in Marburg gute Wissenschaft machen oder nicht. Ich halte es für sehr solide, was wir leisten. Meine Poliklinik ist anhand internationaler Zitationen und Drittmittelwerbungen objektivierbar international sichtbar, obwohl mir nur 15 Prozent der Flächen für Forschung und Lehre zur Verfügung stehen, die ich eigentlich nach dem Hochschul-Informationssystem (HIS) haben sollte. Und damit arbeiten wir jeden Tag und versuchen, gute Lehre und gute Forschung zu machen. Das Problem ist: Es ändert sich nichts. Ich erhalte jedes Jahr einen Brief, der mir aufzeigt, wie viel mehr Fläche mir aufgrund meiner wissenschaftlichen Leistung zustehen würde, aber leider haben wir die Flächen nicht, warten wir auf nächstes Jahr. Das ist die Realität. Und wenn dann jemand sagt, ihr macht zu wenig Forschung, sage ich, ja gut, gebt mir die restlichen 85 Prozent und eine mit der Medizin vergleichbare Lehrleistung, dann können wir ernsthaft auf Augenhöhe diskutieren. Mit der erwähnten LOM habe ich in den letzten fünf Jahren 22 Prozent meiner Stellen verloren.

Warum wurden Ihnen 22 Prozent Ihrer Stellen gekürzt?

Da wurde nach dem Schlüssel der LOM gekürzt: Wer mehr forscht, behält seine Stellen, wer weniger oder „schlechter“ forscht, dem werden Stellen weggenommen, egal wie viele Studierende derjenige ausbilden muss. Und aufgrund der in unserem Gespräch diskutierten Benachteiligungen sind dann bei denen, die nicht zum Beispiel extrem hoch gerankte Publikationen in Science oder Nature vorweisen können, Stellen weggekürzt worden. Das betrifft bei uns die gesamte Zahnmedizin. Aber auch hier haben wir jahrelang konsequent für unsere Studierenden gekämpft – und so wurde uns gerade versprochen, dass diese Kürzungen teilweise wieder rückgängig gemacht werden. Immerhin!

Stresstest ZApprO

Studienbedingungen. Nach langen Jahren des Wartens ist die neue Approbationsordnung im Bundesrat 2019 verabschiedet worden. In kürzester Zeit mussten die Hochschulen den Studiengang neu konzipieren, ohne sich einer Finanzierung sicher zu sein. So ist die ZApprO 2021 dann auch eher holprig gestartet. Ein StuPa-Statement.

AUTOR: FVDZ-STUDIERENDENPARLAMENT

Die neuen Jahrgänge der Zahnmedizin-studierenden fühlen sich wie Versuchskaninchen. Auch die Hochschulen hat die neue ZApprO überrumpelt. In weniger als einem Jahr mussten sie die Struktur des Studiengangs neu planen und Konzepte entwickeln, ohne sich einer Finanzierung sicher zu sein, zusätzlich die Lehre unter Pandemiebedingungen bewältigen. Dementsprechend ist die Organisation vor Ort überwiegend chaotisch.

THEORIELASTIGER ANFANG

Auf der Bundesfachschaftstagung (BuFaTa) Ende November 2022 in Hamburg tauschten sich Studierende über die unterschiedlichen Bedingungen an ihren Unis aus. An manchen Standorten wurden die altbewährten zahntechnischen Kurse überwiegend beibehalten und nur geringfügig angepasst. An anderen jedoch sind die ersten

Semester nun sehr theorielastig. Das ist ein großes Problem. Viele Studierende merken so erst sehr spät, ob ihnen der handwerklich geprägte Beruf der Zahnmedizin überhaupt liegt und Spaß macht. Die bis dahin auflaufenden Kosten sind auch inflationsbedingt heute höher als je zuvor.

Um den neuen Kurs „Präventive Zahnheilkunde“ ohne viel Aufwand anbieten zu können, haben mehrere Universitäten die Vorlesungen für Erstsemester und Studierende aus den Klinika zusammengelegt – für viele eine Überforderung und befremdlich. Auch hoffen manche Studienanfängerinnen und -anfänger, durch die Umstrukturierung leichter zum Studium der Humanmedizin wechseln zu können. In einer früheren Version der ZApprO war tatsächlich die vollständige Zusammenlegung der Vorklinik im Human- und Zahnmedizinstudium geplant. Wegen

dieser Wechselproblematik und aus Sorge um die Zahnmedizin als eigenständigem Studiengang und Beruf ist dies sehr kritisch zu betrachten.

Z1-PRÜFUNG BEREITET SORGEN

Auch psychischer Druck und Ungewissheit belasten die Studierenden zunehmend. Meistens entwickeln die Hochschulen ihre Semesterpläne nur Schritt für Schritt, sodass neue Studierende sich nicht auf die Lehrinhalte einstellen und vorbereiten können. Die notwendige Anschaffung eines teuren Artikulators wird oft erst eine Woche zuvor angekündigt. Außerdem fehlen die Referenzen höherer Semester sowie Ablaufpläne der anstehenden Kurse und Prüfungen. Besonders die erste staatliche Prüfung Z1 des Jahrgangs 2021 bereitet große Sorgen: Innerhalb einer Woche werden alle theoretischen vorklinischen Fächer mündlich geprüft. Die Studierenden müssen fast sämtliche theoretischen Inhalte des alten Vorphysikums und Physikums in kürzester Zeit abrufen können – Physik, Physiologie, Chemie, Biochemie, Anatomie, Biologie sowie die Grundlagen der Zahnmedizin. Nicht zu vernachlässigen ist außerdem die ohnehin schon belastende Situation der Studienstarter durch ein Abitur und studentisches Leben unter Corona-Bedingungen.

OPTIMISMUS ERHALTEN WOLLEN

Nach einem Jahr neuer Approbationsordnung lässt sich zusammenfassen, dass wir unsere positive Haltung, die ZApprO als Chance zur Verbesserung zu sehen, nicht verlieren wollen. Die gegebenen Umstände machen dies allerdings sehr schwer. Hochschulen und Studierende sind überfordert durch die Planungsunsicherheit und Doppelbelastung, die sich ergibt aus neuer Approbationsordnung, Pandemie sowie fehlenden Kapazitäten. Deshalb müssen wir uns auch in Zukunft auf eine Umsetzung und Verbesserung der rechtlichen Rahmenbedingungen des Zahnmedizinstudiums fokussieren, um eine qualitativ hochwertige Lehre zu erhalten und humane Studienbedingungen gewährleisten zu können.

