
Positionspapier: Das Zahnmedizinstudium der Zukunft

Stand Mai 2021

Zusammenfassung

Die im Jahr 2019 verabschiedete Reform der zahnmedizinischen Approbationsordnung von 1955 beschränkt sich zunächst auf den zweiten Abschnitt des Zahnmedizinstudiums. Vor allem vor dem Hintergrund der Angleichung an die Weiterentwicklung des Medizinstudiums („Masterplan Medizinstudium 2020“) ist ein abschließender Reformschritt für den ersten Studienabschnitt der Zahnmedizin unabdingbar. Die bereits etablierte, effektive interdisziplinäre praktische Ausbildung soll gestärkt, die wissenschaftliche Ausbildung soll wie in der Medizin deutlich verbessert werden. Das Studium der Zahnmedizin soll ferner an deutlich gewandelte demografische Rahmenbedingungen und neue Ansätze zur Prävention, zum Erhalt und zur Wiederherstellung von Mundgesundheit angepasst werden. Dies kann einerseits durch eine stärkere Verschränkung mit dem Studium der Medizin erfolgen und andererseits auch durch ein longitudinales Curriculum der Zahnmedizin als orale Medizin. Der Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog Zahnmedizin (NKLZ) legt die Grundlage für eine zeitgemäße kompetenzorientierte Ausbildung und muss daher zwingend weiterentwickelt werden. Wesentliche Aspekte der weitergehenden Reform der Zahnmedizinerausbildung sind eine strukturelle Gleichstellung mit der Medizin im Sinne einer Angleichung von Betreuungsverhältnissen und Anrechnungsfaktoren sowie die Schaffung von adäquaten Freiräumen für Forschung. Grundvoraussetzung ist hierzu eine vollumfassende Finanzierung.

Präambel

Zielstellung der Zahnmedizin sind die Förderung der Mundgesundheit und die Prävention und Therapie von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen. Die zahnmedizinischen Fachdisziplinen sind einerseits charakterisiert durch den Fortschritt, den die Grundlagen- und klinischen Fächer durchlaufen, andererseits durch die Versorgungsanforderungen an Zahnärztinnen und -ärzte sowie an forschende Zahnmedizinerinnen und -mediziner.

Die Ausbildung in der Zahnmedizin war in Deutschland über Jahrzehnte von der im Jahr 1955 inaugurierten Approbationsordnung für Zahnärzte (ZApprO) geprägt. Die Zahnmedizin im unmittelbaren Nachkriegsdeutschland war gekennzeichnet von einer meist mangelhaften oralen Gesundheit und einem großen Sanierungsbedarf bei Patientinnen und Patienten aller Altersgruppen, vor allem aber im Feld der zahnärztlichen Prothetik. Mehr als 50% der Seniorinnen und Senioren waren zahnlos oder hatten zumindest eine große Anzahl von Zähnen verloren. Auch die Erkrankung Karies war ein generelles Problem aller Bevölkerungsschichten unabhängig vom Lebensalter. Somit nahm die Versorgung der Patientengruppe mit Prothesen, Kronen und Brücken einen sehr großen Raum in Anspruch, der sich auch in der Lehre bereits ab dem vorklinischen Studienabschnitt niederschlug. Dieser Zustand dauerte in der Patientenversorgung bis in die 1970er Jahre an, da erst dann nennenswerte Bemühungen um Zahnerhaltung (Prävention, minimalinvasive Füllungstherapie, Endodontologie) einsetzten. Mit jedem weiteren Jahr erfolgreicher zahnärztlicher Prävention war die zahnmedizinische Ausbildung entsprechend den Vorgaben der ZApprO von 1955 sukzessive

immer weniger an den Betreuungsbedürfnissen der Bevölkerung orientiert. Es bestand daher die Gefahr, dass die jungen Zahnmedizinerinnen und -mediziner zunehmend am Bedarf vorbei ausgebildet werden.¹ Das Gutachten des Wissenschaftsrates (WR) legte in 2005 erstmalig die vielfältigen Defizite der Universitätszahnmedizin offen.² Hauptkritikpunkte des Gutachtens waren der als mangelhaft bezeichnete wissenschaftliche Output der universitätszahnmedizinischen Standorte, aber auch die zu sehr auf mechanistische Aspekte fokussierte Forschung mit unzureichendem Bezug zur Medizin.² Ähnlich gestaltete sich die Kritik an der unzeitgemäßen universitären Lehre und der auch hier unterentwickelten horizontalen Verknüpfung mit der Medizin.² Darüber hinaus wurde die finanzielle, räumliche und labortechnische Ausstattung an vielen Standorten als mangelhaft beschrieben. Es wurde ferner konstatiert, dass vor allem der Lehranteil durch die im Vergleich zur Medizin diskriminierenden Anrechnungsfaktoren in den praktischen Kursen zu hoch sei, um den wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern einen ausreichenden zeitlichen Spielraum für Forschung zu gewährleisten.

In der Zeit nach 2005 verfolgten Universitäts- und Landespolitik gleichermaßen die Idee, o.g. Probleme mit Hilfe einer Novelle der ZApprO anzugehen. Erste Grundidee war der sogenannte „Common Trunk“ (Abb. 1), also die gemeinsame Ausbildung von Studierenden der Zahnmedizin und der Medizin im ersten Studienabschnitt („Vorklinik“), gefolgt von einem „Phantomjahr“ für die Zahnmedizinierenden (Ausbildung in Simulation an einem Phantomkopf) und weiteren zwei Jahren klinischer Ausbildung an Patientinnen und Patienten. Ein weiterer Aspekt dieser geplanten Novelle war, die Anrechnungsfaktoren der Zahnmedizin an die Medizin anzugleichen, um die unten näher beschriebene Benachteiligung (auch im Rahmen einer leistungsorientierten Mittelvergabe) abzuschaffen. Zwölf Jahre nach dem WR-Gutachten nahm die Politik in 2017 die ursprüngliche Idee dieser Novelle erneut auf und trieb diese mit signifikantem Einsatz voran. Die Idee eines „Common Trunk“ in Form einer gemeinsamen Vorklinik wurde vor dem Hintergrund der zwischenzeitlich erfolgten Weiterentwicklung des Medizinstudiums verworfen. Insbesondere, weil nun in der Medizin die gegenläufige Idee der Auflösung eines rein vorklinischen Abschnitts verfolgt wurde.

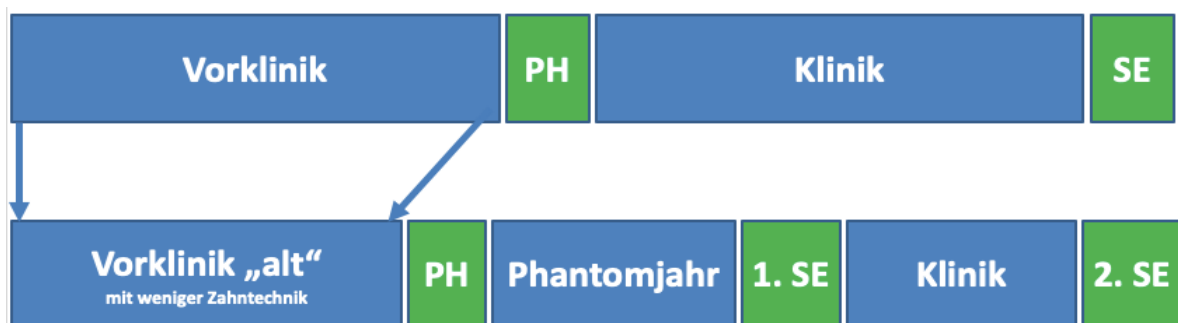


Abb. 1: ZApprO 1955 (oben; PH: „Physikum“; SE: Staatsexamen) vs. ZApprO 2019 (unten). Das Modell nach ZApprO 2019 zeigt gleichzeitig die zahnmedizinische Seite des verworfenen Common Trunk-Modells mit einem für Human- und Zahnmedizin gemeinsamen Ausbildungs- und Prüfungsabschnitt in den ersten vier Fachsemestern.

Stattdessen fand kurzfristig eine Kompromissvariante unter weitgehender Beibehaltung des ersten Studienabschnitts als erstem Reformteil den Weg in die politischen Gremien. Bezeichnend im Verlauf der politischen Entwicklung der neuen ZApprO war, dass im Bundesrat über ein Gesetz abgestimmt wurde, ohne vorher die Ausfinanzierung zu klären. Dies führte mittelfristig 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. So kann eine zukunftsorientierte Neuausrichtung im Rahmen der Reform der Zahnmedizinerausbildung nicht gelingen.

Nun gilt es zunächst, auch den ersten Abschnitt des Zahnmedizinstudiums zu reformieren, ungeachtet der beschriebenen Unstimmigkeiten im Bereich des zweiten und dritten Studienabschnitts. Der Medizinische Fakultätentag (MFT) fordert daher, dass der zweite Reformschritt der zahnmedizinischen Ausbildung zeitgleich mit der Reform der Approbationsordnung für Ärzte und Ärztinnen (ÄApprO) angegangen wird.

Fragestellung

Im vorliegenden Positionspapier soll erörtert werden, welche Kernelemente ein zukunftsfähiges, kompetenzorientiertes Zahnmedizinstudium enthalten soll und wie diese sinnvoll in einen nächsten Reformschritt der ZApprO integriert werden können. Dabei halten wir es für unabdingbar, dass ein aktualisierter Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Zahnmedizin (NKLZ 2.0) in diese Novelle integriert ist. Ebenso unstrittig ist es, dass das Zahnmedizinstudium generell eine korrespondierende Verknüpfung mit dem Medizinstudium aufweisen muss, dessen Form zu erörtern sein wird. In diesem Zusammenhang begrüßt es der Medizinische Fakultätentag ausdrücklich, dass zahnmedizinische Lehrinhalte wieder als Standard in die ÄApprO aufgenommen werden.

Grundvoraussetzungen

Die Zahnmedizin ist ein akademisches, universitäres Fach und versteht sich als Teil der Medizin. Dies erfordert innerhalb der Medizinischen Fakultäten eine gleichberechtigte Rolle. Eine solche Gleichstellung kann nur auf der Basis gleicher normativer Vorgaben erreicht werden. Wie bereits im WR-Gutachten von 2005 festgestellt, müssen dafür die Anrechnungsfaktoren für die Lehre im Zahnmedizinstudium an die für das Medizinstudium gültigen angeglichen werden. Beispielsweise hat ein praktischer Kurs im Dental Skills Lab (Phantomkurs), in dessen Rahmen Patientenbehandlungen an Simulatoren und gegenseitige Übungen der Studierenden erfolgen, lediglich einen Anrechnungsfaktor von 0,3, obwohl die Sicherheitsverordnungen zum Umgang mit giftigen Chemikalien, scharfen, hochtemperierten oder schnellrotierenden Geräten zwingend eine durchgehende Betreuung und damit einen Anrechnungsfaktor von 0,5 und eine Anpassung der Gruppengrößen voraussetzen. Der MFT fordert daher eine entsprechende Angleichung mit den Vorgaben und der Budgetierung der Medizin in allen Belangen, nicht zuletzt, um die Sicherheit von Studierenden sowie Patientinnen und Patienten gewährleisten zu können.

Die Zahnmedizin ist ein sehr stark praktisch orientiertes Fach, das eine weit überdurchschnittliche Feinmotorik voraussetzt. Bereits innerhalb des Studiums, im Rahmen des klinischen Studienabschnitts, findet ein erheblicher Kompetenzerwerb auf dem Feld der invasiven Patientenbehandlung statt. Durch die zumindest in den integrierten klinischen Kursen ab 2021 umgesetzten Anrechnungsfaktoren und Betreuungsrelationen analog zur Medizin sowie den beliebig gekürzten CNW musste jedoch der zeitliche Umfang dieser Kurse erheblich reduziert werden. Der Medizinische Fakultätentag fordert daher eine Erhöhung des Zeitanteils dieser für die praktische Ausbildung so zentralen Lehrformate ohne Einschränkung der Betreuungsqualität und -sicherheit aus Kostengründen.

Fundamentale Inhalte des zahnmedizinischen Curriculums

Wie bereits im NKLZ 1.0 aufgezeigt, muss ein zeitgemäßes Zahnmedizinstudium kompetenzorientiert ausgerichtet sein. Ein diesbezügliches Desiderat besteht bei der obsoleten ZApprO in der Kommunikation und zahnärztlichen Gesprächsführung. Diese Aspekte werden zwar bereits aus Eigenverantwortung von den universitätszahnmedizinischen Standorten gelehrt, sind aber bis heute nicht verbindlich longitudinal im gesamten Studienverlauf curricular verankert. Es ist daher elementar, theoretisches Wissen und praktische Fertigkeiten auf dem Sektor der Patientenkommunikation sowie deren zentrale Bedeutung für das spätere

ärztliche Handeln im ersten Abschnitt des Zahnmedizinstudiums zu vermitteln. Dieser „Communication Track“ soll sich longitudinal über das Studium erstrecken und sowohl Arzt-Patienten-Kommunikation als auch kollegiale und interprofessionelle Kommunikation umfassen.

Auch wenn zahnärztliche Prävention in Anbetracht von z.B. 50 % weniger Füllungen seit den 1970er Jahren ein Erfolgsmodell darstellt, so ist gerade auf dem Sektor der Parodontologie, Mundkrebsprävention und Seniorenzahnmedizin demografisch betrachtet noch lange kein zufriedenstellender Status erreicht. Aufgrund des Präventionserfolgs ist jedoch absehbar, dass die Zahnmedizin der Zukunft primär die Gesundheitsförderung und Vermeidung oraler Erkrankungen im Fokus haben wird und nicht lediglich deren Behandlung. Sie muss primär präventionsorientiert gedacht werden. Sowohl Ist-Zustand als auch die dargestellte nahe Zukunft müssen über den NKLZ vermittelt im Zahnmedizinstudium der Zukunft entsprechend breiten Raum einnehmen.

Ein weiteres Ziel des Studienganges Zahnmedizin ist die Ausbildung von wissenschaftlichen Kompetenzen. Mit diesem Rüstzeug für die Studierenden der Zahnmedizin werden sie zu lebenslang Lernenden, die ihr professionelles Handeln durch Weiterlernen kontinuierlich verbessern und ihr Kompetenzniveau erhalten. Im Studium erlernen sie Prinzipien der evidenzbasierten Medizin und Zahnmedizin, sie erwerben Kompetenz in der Evaluation wissenschaftlicher Quellen und sie verinnerlichen die Grundsätze guter wissenschaftlicher und klinischer Praxis. Ergänzend sollten flächendeckend Kriterien und Strukturen zur Auswahl und Förderung wissenschaftlich besonders begabter Studierender etabliert werden. Bislang existieren Wissenschaftlichkeit und wissenschaftliches Arbeiten fast ausschließlich im Rahmen von Dissertationsprojekten, vereinzelt unterstützt durch strukturierte Promotionsprogramme. Der MFT empfiehlt daher ergänzend zum ab 2023 gegen Ende des Studiums eingeführten Querschnittsbereich die Einführung eines longitudinalen wissenschaftlichen Curriculums in das Zahnmedizinstudium, incl. der Erstellung einer studienbegleitenden wissenschaftlichen Arbeit analog zum Medizinstudium.

Voraussetzung dafür sind entsprechende zeitliche Freiräume für die wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Diese können nur gewonnen werden, wenn die zeitliche Überbeanspruchung in der Lehre oder Erhöhungen des Lehrdeputats (aus Spargründen) unterbleiben. Ebenso muss es den Universitätszahnkliniken möglich sein, Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aus Grundlagenfächern für die Forschung einzustellen, um tragfähige wissenschaftliche Arbeitsgruppen in der Zahnmedizin zu etablieren, ohne dass diese kapazitätsrelevant werden. Andernfalls würde sich die Studierendenzahl erhöhen, wodurch das Zeitbudget der wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wiederum zusätzlich belastet würde. So würde der positive Effekt im gleichen Zug umgekehrt. Nur wenn Lehrende zeitliche Freiräume haben, sich wissenschaftlich zu engagieren, können sie auch gute Vorbilder für den wissenschaftlichen Nachwuchs sein. Ergänzend sollten analog zur Medizin auch in der Zahnmedizin Clinician-Scientist-Programme eingeführt bzw. bestehende Programme an den Fakultäten für Zahnmedizinerinnen und -mediziner geöffnet, zusätzliche Förderer gewonnen und weitere Anreize für Nachwuchsforscherinnen und -forscher geschaffen werden.¹

Die Revolution des technischen Bereichs in der Zahnmedizin durch Digitalisierung hat bereits begonnen. In Zukunft wird es deutlich weniger Zahntechnikerinnen und -techniker und wesentlich mehr Dental-Ingenieurinnen und -Ingenieure, Dental-Mechatronikerinnen und -Mechatroniker und mehr Personal im Bereich Informatik und in angrenzenden Feldern geben. Zum aktuellen Zeitpunkt wird ein Großteil der praktischen Ausbildung noch von analogen Verfahren dominiert. Dies muss sich sowohl in der Diagnostik als auch in der Therapie in diesem Jahrzehnt sukzessive ändern, wenn das Zahnmedizinstudium zukunftssicher gestaltet werden soll. Die Studierenden müssen frühzeitig auch mit digitalen Verfahrensweisen vertraut gemacht und ihre digitale Kompetenz gestärkt werden. Inhaltlich wird dieser Aspekt in der aktuellen Novelle der ZAppRO zwar berücksichtigt, die praktische Umsetzung ist jedoch nur eingeschränkt möglich, da die notwendige Finanzierung in den meisten Bundesländern nicht abschließend sichergestellt ist. Ebenso zu beachten sind die Weiterentwicklungen auf dem Sektor der künstlichen Intelligenz, welche gerade die Diagnostik in den nächsten Dekaden grundlegend verändern werden. Diese Aspekte müssen im Zuge der dringenden Fortsetzung der Reform des Zahnmedizinstudiums ebenso zeitnah Berücksichtigung finden wie die Ausbildung von

professionsrelevanten Soft Skills. Andernfalls wird die deutsche Zahnmedizin gegenüber der internationalen Konkurrenz deutlich zurückfallen.

Von fundamentaler Bedeutung für die Weiterentwicklung der Zahnmedizin ist ferner der durchaus umstrittene Aspekt des Absolventenprofils als gemeinsame Basis für eine/die weitere Qualifizierung approbierter Zahnärztinnen und -ärzte. Ein guter Vergleich war bislang der Erwerb der Fahrerlaubnis: Ein Absolvent bzw. eine Absolventin des Zahnmedizinstudiums in Deutschland kann zwar Auto fahren, zu einem Formel-1-Rennen wird er oder sie sich aber sicherlich nicht gleich anmelden. Neben der Beschreibung des Absolventenprofils ist es also ebenso wichtig, die darauf aufbauende postgraduale Qualifizierung zu reformieren. Absolventinnen und Absolventen brauchen sicher auch in Zukunft ein gutes praktisches Rüstzeug. Die vier Semester mit Schwerpunkt klinischer Behandlung bleiben das Rückgrat der Zahnmedizinerausbildung und müssen – wie oben beschrieben – zwingend weiter ausgebaut werden. Nicht zuletzt realisiert dieser Studienabschnitt das anerkannt höchste Niveau der Kompetenzvermittlung. Anders als im Medizinstudium, das mit einem praktischen Jahr (PJ) mit ca. 1.600 Stunden praktisch-ärztlicher Tätigkeit abschließt, werden solche Zahlen im Zahnmedizinstudium nicht erreicht. Im Falle von zu wenigen Stunden klinischer Behandlung an Patientinnen und Patienten würden am Ende des Zahnmedizinstudiums erhebliche Defizite mit in die zahnmedizinischen Praxen übernommen.

Es bleibt unstrittig, dass ein Absolvent bzw. eine Absolventin einer deutschen Universitätszahnklinik nicht jeden Aspekt der möglichen späteren Tätigkeiten umfassend und kompetent bedienen kann. Wir setzen uns daher für die flächendeckende Implementierung von strukturierten Fort- und Weiterbildungsangeboten ein sowie Masterstudiengängen, die qualitätssichernd in der Hand der Fakultäten bleiben und entweder postgradual als Vollzeitstudium oder berufsbegleitend verankert werden sollten.

Vorschläge zur Fortführung der Reform der ZApprO

Zentrales Element der inhaltlichen Ausgestaltung des Zahnmedizinstudiums soll in Zukunft der Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog Zahnmedizin (NKLZ) sein. Dafür muss er regelmäßig strukturiert aktualisiert werden. So kann der Katalog die inhaltliche Weiterentwicklung des Zahnmedizinstudiums normativ – und dabei dynamisch – begleiten. Die zahnärztliche Approbationsordnung, die eher in Dekadenabständen angepasst wird, muss diesem fortschrittsdienlichen Element Raum lassen und lediglich den äußeren Rahmen für die verlässliche Umsetzung von Ausbildung und Prüfung bieten. Obwohl der NKLZ aktuell noch keine Anbindung an die ZApprO hat, muss die Weiterentwicklung des NKLZ zum NKLZ 2.0 ausreichend finanziert und gesichert werden. Aufbauend auf den Erfahrungen mit der Weiterentwicklung des NKLZ kann der MFT die Erstellung des NKLZ 2.0 federführend und in Zusammenarbeit mit den weiteren relevanten Akteuren vorantreiben.

Bereits jetzt bietet das Studium der Zahnmedizin eine frühe Vermittlung klinisch-praktischer und theoretischer Inhalte und Kompetenzen. Vor dem Hintergrund der in der ÄApprO angedachten stärkeren Vernetzung von Medizin- und Zahnmedizinstudium halten wir es daher für konsequent und unabdingbar, in der Zahnmedizin zunächst das bereits etablierte Z-Curriculum beizubehalten und weiter zu schärfen, nicht zuletzt durch deutlich früheren Patientenkontakt. Für eine weitere Verfolgung der Idee des „Common Trunk“ wäre es zwar denkbar, den Kernbereich der Curricula Medizin und Zahnmedizin in den ersten vier Semestern an vielen Stellen gemeinsam zu gestalten und den Vertiefungsbereich mit klinisch vernetzten zahnmedizinischen Inhalten mit Prävention als Fundament auszugestalten. Die Hauptargumente *gegen* den „Common Trunk“ wiegen jedoch schwer. Zum einen besteht die Gefahr, dass das Zahnmedizinstudium als „Parkstudium“ für das Studium der Medizin missbraucht wird. Auf der anderen Seite müssen angehende Zahnmedizinerinnen und -mediziner innerhalb des eigentlichen Studienfachs möglichst früh „abgeholt“ werden, um deren initiales Interesse an den spezifischen Aspekten und Fragestellungen der Zahnmedizin zu verstetigen und ihre Leidenschaft für die zahnärztliche Praxis zu wecken. Vor diesem Hintergrund erscheint uns ein longitudinales Curriculum der oralen Medizin mit Zahnmedizin-zentriertem Kern- und Vertiefungsbereich

sinnvoller. Es betont die Eigenständigkeit des Faches (und des Curriculums) und ermöglicht durch interdisziplinäre Module mit der Medizin gemeinsame Lehrinhalte und -formate („Common Rungs“ oder „Core Common Trunk“; Abb. 2).

Neben einem gesondert zu beschreibenden Kerncurriculum innerhalb des NKLZ 2.0 muss es den universitätszahnmedizinischen Standorten darüber hinaus möglich sein, zur Profilbildung eigene Schwerpunkte in der Ausbildung im klinischen Abschnitt zu definieren und den Studierenden ein Neigungsstudium zu ermöglichen.

Die Etablierung digitaler Lehrformate wurde durch die Corona-Pandemie erheblich beschleunigt. Dadurch wurden aber auch Defizite der vergangenen Dekaden offengelegt. Die digitale Lehre wird ergänzend zum Präsenzunterricht zukünftig den Bereich der theoretischen Vermittlung von Inhalten (z.B. durch das „flipped classroom“-Format und „blended learning“) maßgeblich gestalten. Dementsprechend sollten digitale Lehrformate in einer neuen ZApprO explizit verankert werden, inklusive angemessener Anrechnungsfaktoren. Des Weiteren zeigt sich bei den aktuellen Überlegungen zur Umsetzung der neuen ZApprO, dass kaum Ressourcen für Kleingruppenunterricht und für die neu zu schaffenden Querschnittsbereiche zur Verfügung stehen. Daher sollten zur Weiterentwicklung des Zahnmedizinstudiums methodische und zeitliche Gestaltungsspielräume für die Curriculumentwicklung eröffnet werden.

Der Bereich der fakultätsinternen Prüfungen ist vor dem Hintergrund der weitergehenden Reform der zahnmedizinischen Ausbildung von besonderer Bedeutung. Der traditionelle Vorteil der Zahnmedizin ist, dass viele Dinge, die in der Medizin in der jüngeren Vergangenheit mühevoll und teuer eingerichtet wurden (bspw. OSCE, Skills Lab), bereits längst im Rahmen der klinischen Simulations- und Patientenkurse etabliert sind. Dieser exzellente Standard der praktischen Ausbildung in der Zahnmedizin muss erhalten bleiben. Ein bislang wenig beachteter Faktor ist in diesem Kontext die Verfügbarkeit und Akquise von für die Behandlungskurse geeigneten Patientinnen und Patienten. Im Gegensatz zur Medizin müssen die universitären Zahnkliniken in großem Umfang in Konkurrenz zu den niedergelassenen Praxen sehr aktiv ambulante Patientinnen und Patienten anwerben, um den Unterricht an Patientinnen und Patienten sicherstellen zu können. Die staatlichen Zuführungsbeträge basieren auf einem deutlich zu niedrig angesetzten CNW (s.o.) und sind nicht kostendeckend für die Ausbildung der Studierenden. Deshalb sind viele Standorte zusätzlich auf Einnahmen aus der Krankenversorgung angewiesen, um die Personaldecke für die Lehre stellen zu können. Nehmen die Einnahmen aus den klinischen Studierendenkursen ab, weil die entsprechenden Patientinnen und Patienten fernbleiben, erwachsen daraus also weitere Budgetprobleme. Hinzu kommt, dass die Vorbereitung der Kurspatientinnen und -patienten durch die Kursassistentinnen und -assistenten zusätzlicher zeitlicher Anstrengungen bedarf. Dieses Problem muss im Sinne der oben beschriebenen Bedeutung der klinischen Kurse für den Kompetenzerwerb junger Zahnmedizinerinnen und -mediziner strukturell adressiert werden. Um die Behandlung in den Universitätszahnkliniken attraktiver zu gestalten, könnten Anreize für die Patientinnen und Patienten geschaffen werden, beispielsweise signifikante Rabatte bei allen Behandlungen, freies Parken für Kurspatientinnen und -patienten, aber auch kostenfreie Mundhygienetrainings und Kinderbetreuungsangebote. Um eine qualitativ hochwertige Ausbildung sicherzustellen, ist dieser Mehraufwand von den in der Finanzierungsverantwortung stehenden Ländern zu finanzieren.

Es ist offensichtlich, dass die Corona-Pandemie aufgrund der umfassenden und langanhaltenden Hygiene- und Sicherheitsmaßnahmen, die nach aktuellem Stand schon seit mindestens drei Ausbildungssemestern vorherrschen, die klinisch-praktische Ausbildungsqualität der künftigen Zahnärztinnen und -ärzte in erheblichem Maß beeinträchtigt. Alternative Lehrformate oder reine Phantomkurse in der Simulation können die Ausbildung an Patientinnen und Patienten nur ergänzen und niemals dauerhaft ersetzen. Der gegenwärtige Verlust an (primär praktischer) Ausbildungsqualität kann nur mit extrem hohem Aufwand, aber trotzdem nicht vollständig, im Rahmen eines regulär dauernden Zahnmedizinstudiums aufgefangen werden. Die Medizinischen Fakultäten setzen alles daran, diesen Schaden so gering wie möglich zu halten, doch um den Kompetenzerwerb der jungen Zahnmedizinerinnen und -mediziner zu sichern, ist eine prioritäre Rückkehr zum Unterricht an Patientinnen und Patienten in Qualität und Umfang wie in Zeiten vor der Corona-Epidemie unumgänglich.

Inhaltliche und strukturelle Verknüpfung mit dem Medizinstudium

Weil sich das Medizinstudium nunmehr in der Phase eines Referentenentwurfes befindet, ist es notwendig, auch die strukturelle Anpassung der Zahnmedizin bis 2025 zu planen. Wir halten die themen- und symptombezogene Vernetzung der zahnmedizinischen Disziplinen untereinander sowie die themen- und symptombezogene Vernetzung der zahnmedizinischen Disziplinen mit Grundlagenfächern und klinischen Fächern der Medizin für elementar, u.a. durch frühe klinische Bezüge anhand geeigneter Patientenbeispiele. Sowohl Interprofessionalität als auch Interdisziplinarität müssen deutlich ausgebaut werden, um sowohl interdisziplinäres Krankheitsverständnis als auch longitudinale Aspekte (z.B. Lebensphasen, Sozialmedizin, Palliativmedizin, Gender-Aspekte) zu erfassen. Im Zentrum stehen die medizinischen Aspekte, die für eine gut ausgebildete Zahnärztin oder einen gut ausgebildeten Zahnarzt in der Praxis der Zukunft wichtig sein werden, also die relevanten Erkrankungssituationen und Konsultationsgründe, die den Alltag in der Zahnarztpraxis ausmachen. Für eine solche Annäherung und Nutzung der Synergien müssen sinnvolle Veränderungen der Struktur des Studiums, wie sie im Masterplan Medizinstudium 2020 formuliert wurden, auch der Zahnmedizin ermöglicht werden. Eine Stärkung der übergreifenden medizinischen Kompetenz in der Zahnmedizinerausbildung erschöpft sich nicht in einer Verschränkung von Grundlagenfächern im ersten Studienabschnitt oder im Lernen in interdisziplinären Gruppen. In diesem Zusammenhang definieren wir klinisch und demografisch relevante interdisziplinäre Inhalte an den Schnittstellen zwischen Medizin und Zahnmedizin, die Eingang in das zahnmedizinische Curriculum finden müssen. Beispiele dafür sind:

1. Mundgesundheit und orale Prävention,
2. Stoffwechsel (auch mikrobieller Stoffwechsel) und die Rolle der Kaufunktion,
3. Kauffunktion/Kopfschmerz/Orthopädie,
4. Schmerzmedizin,
5. Pharmakologie und (Multi-)Medikation, Wechselwirkungen,
6. Lunge/COPD und orales Mikrobiom,
7. Obstruktive Schlafapnoen/HNO/Kardiologie,
8. Entzündungsmedizin/Allgemeinerkrankungen und marginale/apikale Parodontitis,
9. Demographie und Seniorenmedizin,
10. Halitosis und Psychologie, Rauchen, Lebensstil etc.
11. Mundgesundheit/Ernährung/Adipositas/Metabolisches Syndrom/Diabetes etc. sowie
12. Mundgesundheitsbezogene Lebensqualität.

Neben der fächerspezifischen Interaktion ist auch die strukturelle Verknüpfung der beiden Studiengänge zu erörtern. Zum einen wird vermutlich die Möglichkeit von Innovationsstudiengängen mit enger Verschränkung von Medizin und Zahnmedizin seitens der Medizin im Rahmen der Innovationsklausel fortbestehen. Wir sehen es allerdings kritisch, die Weiterentwicklung der deutschen interdisziplinären Zahnmedizin lediglich auf eine Innovationsklausel zu reduzieren. Eine reformierte ÄApprO muss allen Studiengängen Raum für strukturelle und inhaltliche Weiterentwicklungen und Innovationen bieten. Die dabei gemachten Erfahrungen müssen im Sinne einer lebendigen Weiterentwicklung des Medizin- und Zahnmedizinstudiums regelmäßig bewertet werden und wiederum in planbarer Weise Eingang in die Weiterentwicklung von NKLZ und ZApprO finden.

Wir halten den interprofessionellen Ansatz in der Lehre prinzipiell für erstrebenswert. Junge Medizinerinnen und Mediziner sowie Zahnmedizinerinnen und -mediziner sollten an den Schnittstellen der Berufsausübung gemeinsam ausgebildet werden, um den Grundstock für ein zukunftsfähiges, effektives interdisziplinäres Miteinander und auch Synergien zu schaffen. Dies sollte wie oben beschrieben in gemeinsamen Modulen und Praktika („Common Rungs“, Abb. 2) erfolgen, die einen „Core Common Trunk“ bilden. Auch wenn eine gemeinsame erste Staatsexamensprüfung nicht anzustreben ist, müssen die Zeitpunkte der ersten Staatsexamensprüfung in Medizin- und Zahnmedizinstudium gegenseitig adjustiert werden. Ferner wird es essenziell sein, den NKLM 2.0/3.0 und einen weiterentwickelten NKLZ 2.0/3.0 aufeinander abzustimmen

und beide so auszuarbeiten, dass sie gleichermaßen Akzeptanz bei Fakultäten und Fachgesellschaften finden. Im Sinne einer „Living guideline“ gilt es, die beiden Kataloge auch zukünftig eng aufeinander abgestimmt regelmäßig an die Erfordernisse der (Zahn-)Medizin als Teil eines selbstlernenden Gesundheitssystems anzupassen. Dies bedeutet auch, dass verstärkt zahnmedizinische Inhalte als Lernziele im NKLM abgebildet werden.

Ebenso sinnvoll erscheint es, gemeinsame Prüfungsformate auszuarbeiten und – wie oben wiederholt betont – die kapazitären Parameter und Ressourcen zwischen Medizin und Zahnmedizin gleichwertig zu etablieren. Der Zeitaufwand für mündlich-praktische Staatsexamina beträgt in der Zahnmedizin in der Regel be-

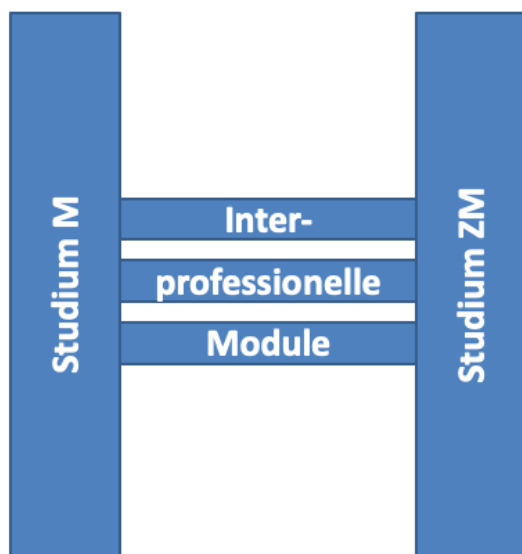


Abb. 2: Die Idee von leitersprossenartigen gemeinsamen interprofessionellen Modulen Medizin/Zahnmedizin („Common Rungs“ / „Interprofessional Rungs“ / „Core Common Trunk“).

reits jetzt mehrere Wochen pro Jahr. Ab 2022 kommt aufgrund der neuen ZApprO eine weitere Examensprüfung hinzu. Dies birgt erhebliches zeitliches Konfliktpotenzial, da die vorlesungsfreie Zeit von Examina dominiert sein wird. Von einer weiteren Steigerung von Anzahl und Komplexität der Staatsexamina, wie es derzeit in der Medizin zu beobachten ist, raten wir dringend ab. Da Prüfungen das Lernverhalten von Studierenden erfahrungsgemäß stark prägen, sollten im Studiengang Zahnmedizin weiterhin praxisbezogene Lehr- und Prüfungsformen verwendet werden, deren Umsetzbarkeit sorgfältig zu evaluieren ist. Wichtige Aspekte wären hierbei Interdisziplinarität und Interprofessionalität, problem- und symptombezogenes Lernen und Lehren, wissenschaftliche Orientierung und früher Patientenkontakt. Die Inhalte und Formate der staatlichen Prüfungen sollten wiederum sorgfältig auf das Studium abgestimmt werden, um das „constructive alignment“, also die Kongruenz der Lehr- und Prüfungsinhalte zu gewährleisten. Dabei ist eine enge Kooperation zwischen den Fakultäten und dem IMPP wichtig, wie sie aktuell über den MFT auf den Weg gebracht wird.

Fazit

Die Reform des ersten Studienabschnitts der Zahnmedizin muss aufgrund der Veränderungen im Studiengang Medizin kurzfristig neu gedacht und umgesetzt werden. Das vorliegende Positionspapier des MFT beschreibt diesbezügliche Grundlagen, Probleme und Notwendigkeiten. Kernpunkte der Überlegungen zu einem modernen Zahnmedizinstudium der Zukunft sind:

1. Die Definition essenzieller Verknüpfungspunkte zwischen Medizin und Zahnmedizin als „Mindestschnittmenge“ der interdisziplinären Ausbildung („Core Common Trunk“) im ersten Studienabschnitt und die Abkehr von der alten Idee des „Common Trunk“.
2. Ideal erscheint daher ein longitudinales Curriculum der oralen Medizin mit Zahnmedizin-zentriertem Kern- und Vertiefungsbereich, welches durch interdisziplinäre Module mit der Medizin gemeinsame Lehrinhalte und -formate ermöglicht.
3. Eine Schärfung des Z-Curriculums mit deutlich früherem Patientenkontakt.
4. Die Sicherung und Stärkung der praktischen Ausbildung an Patientinnen und Patienten.
5. Die Etablierung eines longitudinalen „Science Track“ sowie
6. die strukturelle Gleichstellung der Zahnmedizin mit der Medizin.

Literatur

1. Frankenberger R, Weng D, Wucherpfennig G, Tröltzsch M, Ries S, Baresel J, Bechtold M, Walter M, Wiltfang J. Perspektive Zahnmedizin 2030 – Positionspapier der DGZMK. Dtsch Zahnärztl Z 2020;75:D1-D8.
2. Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Zahnmedizin an den Universitäten in Deutschland. Wissenschaftsrat (2005).

Danksagung

An der Erarbeitung des Positionspapiers waren unter der Federführung von MFT-Präsidiumsmitglied Prof. Dr. Roland Frankenberger folgende Personen beteiligt:

Prof. Dr. Andreas H. Guse, Hamburg,

Prof. Dr. Rainer Haak, Leipzig,

Prof. Dr. Reinhard Hickel, München,

Prof. Dr. Andreas Jäger, Bonn,

Dr. Andreas Söhnel, Greifswald,

Prof. Dr. Dr. Jörg Wiltfang, Kiel.

Wir danken Ihnen vielmals für den produktiven Austausch und freuen uns auf die weitere Zusammenarbeit auf dem Weg der Reform des Zahnmedizinstudiums in Deutschland!