



INSTITUT DER DEUTSCHEN ZAHNÄRZTE

Qualitätssicherung in der zahnmedizinischen Versorgung

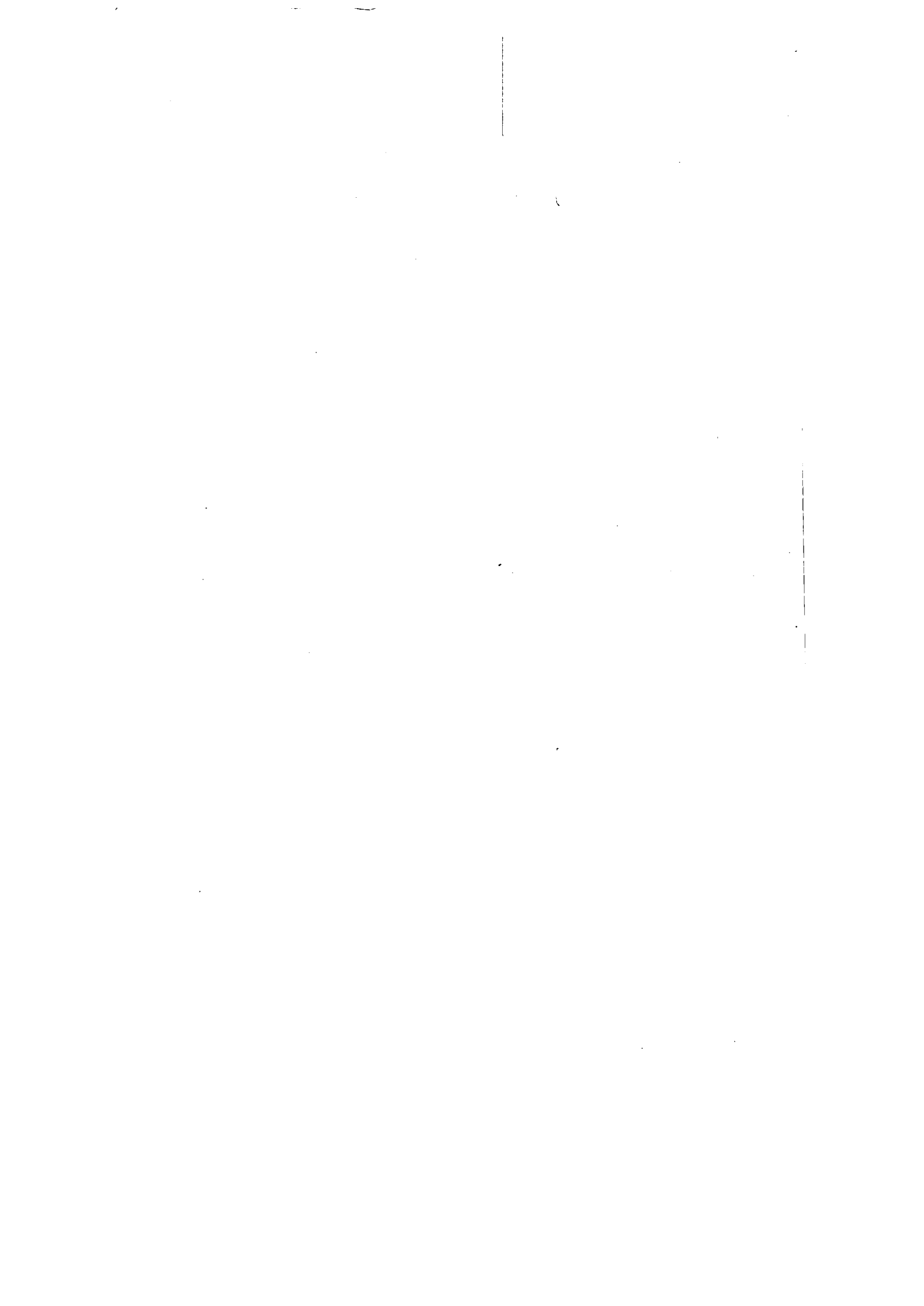
Weißbuch

2. Auflage

Materialienreihe
Band 15

Mit Beiträgen von:

J. Bauch, J. Becker, E.-A. Behne, B. Bergmann-
Krauss, P. Boehme, C. Boldt, K. Bößmann, K. Budde,
D. Buhtz, H.-J. Gronemeyer, K. Kimmel,
H.-P. Küchenmeister, W. Micheelis, P. J. Müller,
T. Muschallik, C.-T. Plöger, M. Schneider, H. Spranger,
M. Steudle, B. Tiemann, J. Viohl, K. Walther,
W. Walther, J. Weitkamp, P. Witzel



**Weißbuch
Qualitätssicherung in der
zahnmedizinischen Versorgung**

Materialienreihe
Band 15



Weißbuch Qualitätssicherung in der zahnmedizinischen Versorgung

im Auftrag der
Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung

2. Auflage

Mit Beiträgen von:

J. Bauch, J. Becker, E.-A. Behne, B. Bergmann-Krauss, P. Boehme,
C. Boldt, K. Bößmann, K. Budde, D. Buhtz, H.-J. Gronemeyer,
K. Kimmel, H.-P. Küchenmeister, W. Micheelis, P. J. Müller,
T. Muschallik, C.-T. Plöger, M. Schneider, H. Spranger, M. Steudle,
B. Tiemann, J. Viohl, K. Walther, W. Walther, J. Weitkamp, P. Witzel

Herausgeber:

Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ)

in Trägerschaft von

Bundeszahnärztekammer

– Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e.V. –

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung – Körperschaft des öffentl. Rechts –
50931 Köln, Universitätsstr. 71–73



Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 1995

Gesamtbearbeitung:

Dr. med. dent. Peter Boehme
niedergelassener Zahnarzt/Bremen
Dipl.-Volksw. Paul J. Müller
Institut der Deutschen Zahnärzte/Köln

Redaktion:

Inge Bayer
Claudia Büttner
Dorothee Fink
Institut der Deutschen Zahnärzte/Köln

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

**Weissbuch Qualitätssicherung in der zahnmedizinischen
Versorgung** / im Auftr. der Kassenzahnärztlichen
Bundesvereinigung. Hrsg.: Institut der Deutschen Zahnärzte
(IDZ). Mit Beitr. von: J. Bauch... [Gesamtbearb.: Peter Boehme; Paul J. Müller.
Red.: Inge Bayer]. — 2. Aufl. — Köln : Dt. Ärzte-Verl., 1995
(Materialienreihe / Institut der Deutschen Zahnärzte ; Bd. 15)
ISBN 3-7691-7837-8

NE: Bauch, Jost; Boehme, Peter [Bearb.]; Bayer, Inge [Red.];
Qualitätssicherung in der zahnmedizinischen Versorgung; Institut der
Deutschen Zahnärzte <Köln>; Materialienreihe

1. Auflage 1994
2. Auflage 1995

ISBN 3-7691-7837-8

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf deshalb der vorherigen schriftlichen Genehmigung des Verlages.

Copyright © by Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln 1995

Gesamtherstellung: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln

Vorwort

Burkhard Tiemann

Dem vorliegenden Sammelband, der hiermit der gesundheits- und sozialpolitischen Öffentlichkeit vorgestellt wird, liegt ein Auftrag des Vorstandes der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) zugrunde, einen möglichst vollständigen Sachstandsbericht zur Qualitätssicherung in der zahnmedizinischen Versorgung in Form eines Weißbuches zu erstellen.

Bei der Konzeption dieser Dokumentation wurde von der Erkenntnis ausgegangen, daß viele bestehende Regelungen und Strukturen in der zahnmedizinischen Versorgung bereits seit langem der Sicherstellung dessen dienen, was heute als „Qualität“ in ihren strukturellen, prozeduralen und ergebnismäßigen Dimensionen bezeichnet wird.

Der Bereich der zahnmedizinischen Versorgung in Deutschland ist im internationalen Vergleich durch eine besonders hohe Regelungsdichte gekennzeichnet. Viele dieser bestehenden Regelungen stehen in unmittelbarer Beziehung zur Erzielung von Qualität bzw. weisen Qualitätskomponenten auf. Darzustellen war deshalb eine Vielzahl von Regelungskreisen und Regelungsbereichen. So sollte zum einen die gesamte Bandbreite der Regelungen angesprochen werden, die sich aus dem Berufsbild des Zahnarztes als verkammertem Heilberuf ergeben. Hier herrscht eine hochentwickelte Eigenregulierung und Selbststeuerung vor.

An die Zahnarztpraxis und ihre technische Ausstattung knüpfen eine weitere Reihe von Regelungen an, die nicht nur Sicherheit und Umgang mit der Technik und Produkten, sondern insbesondere auch die Struktur- und Prozeßqualität bestimmen.

Zusätzliche Regulierungen ergeben sich ferner durch das Sozialgesetzbuch für den allergrößten Teil der zahnärztlichen Berufsausübung im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung.

Bei der Darstellung der vielfältigen Aspekte der Qualitätssicherung ist daher zunächst die formale „Übersetzung“ der Vielfalt der bestehenden heterogenen Handlungsfelder der zahnärztlichen Selbstverwaltung und gesetzgeberischen Maßnahmen in die Kategorien des erst im letzten Jahrzehnt über Fachkreise hinaus bekannt gewordenen Politikfeldes „Qualitätssicherung“ erforderlich. Hierbei soll die Vielfalt qualitätssichernder Aspekte, die Komplexität von Qualitätssicherung in einem Heilberuf deutlich werden, die sich einem einseitig mechanistisch-ergebnisorientierten Verständnis entzieht.

Insbesondere ideologisch motivierte Versuche, Qualitätssicherung als das Produkt statistisch untermauerter Ergebniskontrollen zu verstehen, sind im Ansatz verfehlt. Bedauerlicherweise ist in der Vergangenheit, aber auch ausgelöst durch die Neuregelungen des GRG und des GSG, in der Öffentlichkeit eine stark vereinfachende Diskussion über die angebliche Notwendigkeit qualitätssichernder Maßnahmen im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung geführt worden.

Die vorliegende Dokumentation beweist, daß zu keinem Zeitpunkt eine Notwendigkeit für gesetzgeberische Eingriffe in diesem Bereich bestanden hat, weil eine möglichst gute Behandlungsqualität seit jeher im ureigensten Interesse des behandelnden Zahnarztes und der zahnärztlichen Profession liegt und die Zahnärzteschaft ein umfassendes System qualitätssichernder Maßnahmen aufgebaut hat.

Die hierfür geschaffenen Institutionen und Maßnahmen reichen von der Niederlassungsberatung über Fortbildungsangebote bis hin zu den Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen. Die öffentliche Diskussion über Qualitätssicherungsmaßnahmen läßt oft nicht nur diese bereits in der Vergangenheit erarbeiteten Mechanismen unberücksichtigt, sondern reduziert die Fragestellung teilweise auf eine bloße Betrachtung der Ergebnisqualität. Vor einer Analyse ärztlichen Handelns unter Qualitätsaspekten muß jedoch die Frage beantwortet werden, welche Voraussetzungen geschaffen werden müssen, um den jeweiligen Leistungsträgern die Erreichung des gewünschten Qualitätsniveaus zu ermöglichen. Damit rückt die Struktur- und Prozeßqualität in den Vordergrund.

Ein mechanistisches Qualitätsverständnis, wie es in der Gewährleistungsvorschrift des § 135 Abs. 4 SGB V zum Ausdruck kommt, kann solchen Anforderungen schon im Ansatz nicht gerecht werden, sondern versucht Qualitätssicherung durch Garantiehaftung zu erzwingen. Eine Beeinflussung der Qualitätsdeterminanten liegt aber nur zum Teil in der Gestaltungs- und Risikosphäre der Zahnärzte. Patientenmitarbeit und -motivation spielen ebenso eine Rolle wie qualitätssichernde leistungs- und kostengerechte Vergütungen.

Es ist nicht zu verkennen, daß gerade das System der Gesetzlichen Krankenversicherung in den letzten Jahren zunehmend Tendenzen aufweist, die unter Qualitätsaspekten kontraproduktiv wirken: Plafondierungen, Pauschalierungen, Budgetierungen und Degressionsregelungen sind ebensowenig geeignet, eine qualitative Versorgung zu fördern, wie Einschränkungen der Therapie- und Vertragsfreiheit von Zahnarzt und Patient oder Gefährdungen für die freiberufliche Leistungserbringung.

Die sich zur Zeit abzeichnende Instrumentalisierung der Qualitätsdiskussion als eines weiteren Vehikels zur Kosteneinsparung der Krankenkassen hat mit Qualitätssicherung nichts zu tun, sondern beinhaltet im Gegenteil zumindest in der mittelfristigen Perspektive das konkrete Risiko der Qualitätsreduzierung. Qualität ist nur dort möglich, wo fachlich hochstehende Ausbildung, innovative Fortbildung, Wettbewerbsbereitschaft und leistungs- und kostengerechte Vergütungen gewährleistet sind.

Da durch die Ermöglichung hochstehender Behandlungsqualität nicht nur das Versorgungs-niveau der Bevölkerung, sondern auch die Berufszufriedenheit des Zahnarztes gefördert wird, können derartige Maßnahmen der Unterstützung der Zahnärzteschaft sicher sein. Die vorliegende Dokumentation möchte einen Beitrag dazu leisten und aufzeigen, daß die Wirklichkeit der Qualitätssicherung den oft vollmundigen politischen Postulaten weit vorausgeeilt ist und den Berufsalltag des Zahnarztes prägt.

Bei aller Bemühung um Vollständigkeit der Darstellung qualitätssichernder Maßnahmen konnte sie selbst für diesen Sammelband nicht erreicht werden. So fehlt z.B. ein Beitrag zur Thematik der Beherrschung von Arzneimittelrisiken in der zahnärztlichen Versorgung, ebenso wie eine Darstellung des überaus wichtigen Bereiches der Wirtschaftlichkeitsprüfung im Rahmen der zahnärztlichen Versorgung, die im System der Gesetzlichen Krankenversicherung verankert ist. Beide Sektoren wären einer monografischen Darstellung zugänglich und sind jeweils im Kontext angrenzender oder überlagernder Qualitätssicherungsinstitutionen angedeutet.

Überhaupt sind viele Themen dieses Sammelbandes letztlich miteinander verwoben, ergänzen sich oder überlagern sich teilweise. Angesichts der sachstrukturellen Interdependenzen in den verschiedenen Beiträgen, wurde diesem Werk ein Sachregister beigegeben, welches das schnelle Auffinden einzelner Aspekte erleichtern soll.

Allen Autoren dieses Sammelbandes sei an dieser Stelle noch einmal Dank gesagt für ihre Mitwirkung an dieser erstmaligen Gesamtdarstellung der Qualitätsproblematik für den zahnärztlichen Bereich. Sie haben ganz wesentlich dazu beigetragen, der innerzahnärztlichen und auch der allgemeinen Öffentlichkeit den bisherigen Stand der Qualitätssicherung, aber auch die Optionen für sinnvolle Weiterentwicklungen zu verdeutlichen.

Die KZBV verbindet mit der Vorlage dieses Weißbuches die Aufforderung an die gesundheits- und sozialpolitische Öffentlichkeit, den Weg zu einer vorurteilsfreien Diskussion aller Aspekte der Qualitätssicherung auch und gerade im Hinblick auf die Voraussetzungen des Versorgungssystems freizugeben und nicht durch kurzfristige Finanzierungsaspekte oder ideologische Barrieren zu verengen.

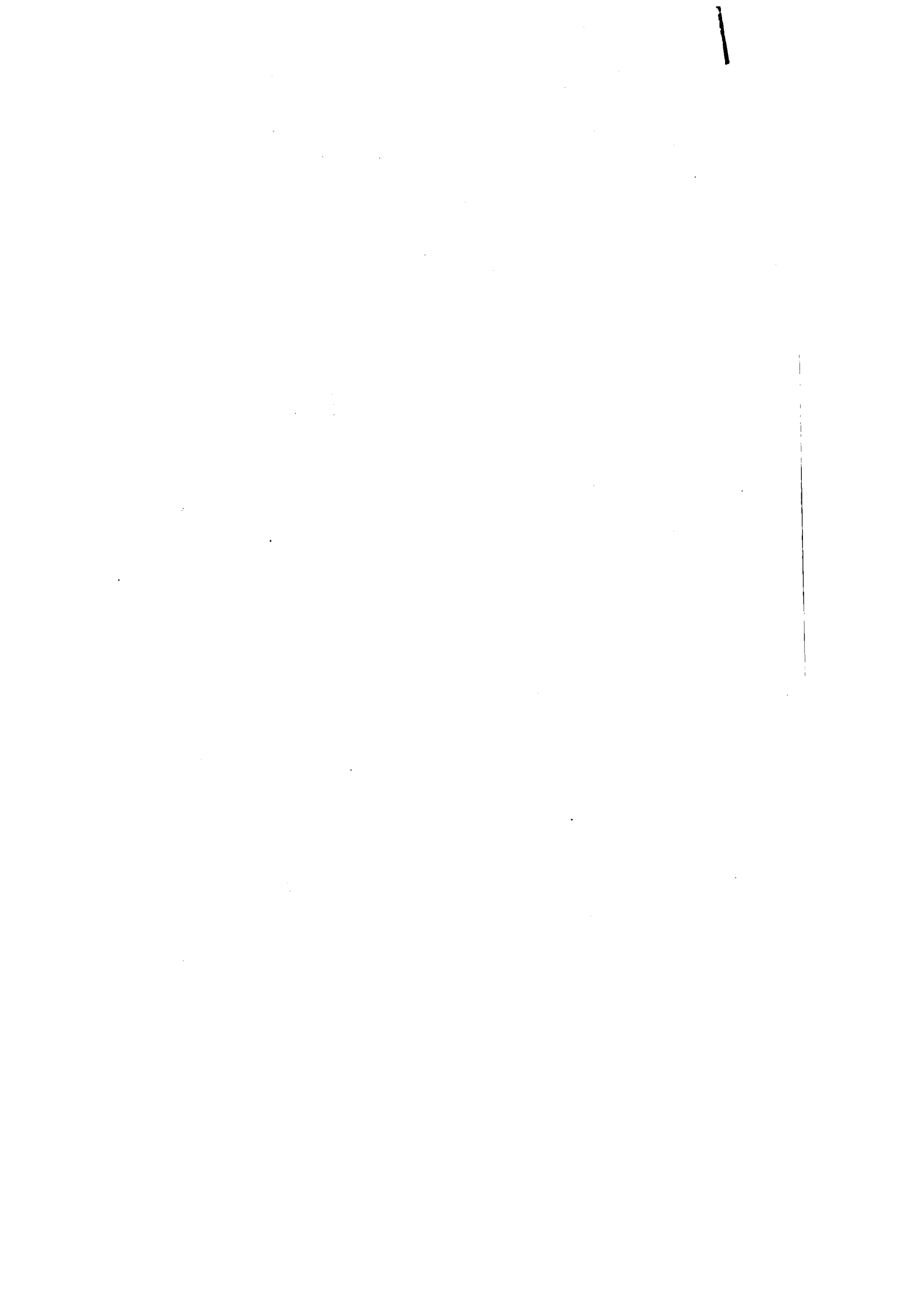
Köln, im September 1994

Inhaltsverzeichnis

Vorwort (B. Tiemann)	V
A Einführung	1
1 Struktur der Qualitätssicherung – Struktur des Berichts Zum formalen Aufbau des Sachstandsberichts	3
B Qualitätssicherung durch Strukturgrößen	11
B.1 Strukturgrößen des Versorgungssystems	11
2 Ausbildung (H.-P. Küchenmeister)	13
3 Weiterbildung (C.-T. Plöger)	31
4 Fortbildung (B. Bergmann-Krauss)	45
5 Medizinisch-technischer Fortschritt (E.-A. Behne)	61
6 Normung und Prüfung von Dentalprodukten (J. Viohl)	71
7 Die Vergütung zahnärztlicher Leistungen: Pauschale versus Einzelleistungs- vergütung (M. Schneider)	89
8 Berufspflichten (C. Boldt)	105
9 Institutionen der vertragszahnärztlichen Versorgung (M. Steudle)	119
10 Sicherstellung der Versorgung (T. Muschallik)	137
B.2 Strukturgrößen der zahnärztlichen Praxis	153
11 Arbeitsschutz (D. Buhtz)	155
12 Röntgen (J. Becker)	173
13 EDV-Unterstützung (T. Muschallik)	189
Exkurs: Einige Kennziffern zu den Kosten der Qualitätssicherung in den zahnärztlichen Praxen	197
C Qualitätssicherung durch Prozeßgrößen	201
C.1 Prozeßgrößen des Versorgungssystems	201
14 Begutachtungen von Behandlungsplanungen und Schlichtungsverfahren (T. Muschallik)	203
15 Einsatzrahmen des Assistenzpersonals (H. Spranger/H.-J. Gronemeyer)	221

16	Verfahren zur Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (T. Muschallik)	229
17	Richtlinien zur Versorgung im Rahmen der GKV (P. Boehme)	237
18	Qualitätssicherung in der zahnmedizinischen Prävention (P. Witzel/J. Bauch) ..	245
C.2 Prozeßgrößen der zahnärztlichen Praxis		251
19	Infektionsschutz in der Zahnarztpraxis (K. Bößmann)	253
20	Zahnarzt und Zahntechniker (K. Kimmel)	269
21	Entsorgung von Zahnarztpraxen (K. Walther/K. Budde)	285
22	Indikationsgerechte Auswahl von Dentalprodukten – Das Dental Vademekum (P. J. Müller)	295
23	Zahnärztliche Qualitätszirkel (W. Walther)	305
D Ergebnisgrößen der Qualitätssicherung		317
D.1 Ergebnisgrößen des Versorgungssystems		317
24	Mundgesundheit der Bevölkerung (W. Micheelis)	319
D.2 Ergebnisgrößen der zahnärztlichen Praxis		329
25	Präventive Therapieorientierung (H. Spranger/J. Weitkamp)	331
Nachwort (P. Boehme/B. Tiemann)		339
Verzeichnis der Autoren		343
Sachregister		345

A Einführung



1 Struktur der Qualitätssicherung – Struktur des Berichts

Zum formalen Aufbau des Sachstandsberichts

Im nachfolgend wiedergegebenen Grundsatzpapier der Bundeszahnärztekammer und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung zur Qualitätssicherung in der zahnmedizinischen Versorgung (Grundsatzpapier 1988:588–93) wird unterschieden zwischen Struktur-, Prozeß- und Ergebnisgrößen für Qualität und von Qualitätssicherung. Dies entspricht dem neueren Verständnis von Qualitätssicherung (Herber/Müller 1985:123–129).

Von gleicher Wichtigkeit ist auch die Unterscheidung zwischen den Ebenen, auf denen Qualitätssicherung stattfindet und stattfinden muß: der Ebene des Systems der Versorgung insgesamt und der Ebene der einzelnen zahnärztlichen Praxis.

Diese im Grundsatzpapier der zahnärztlichen Organisationen kombinierten Gliederungskriterien wurden später zur Grundlage der Berichterstattung (Müller 1989:780–782) über die eigenen Tätigkeiten im Bereich der Qualitätssicherung. Sie wurden auch für den vorliegenden Sachstandsbericht verwandt.

Wie in der nachfolgenden Tabelle ersichtlich, können die einzelnen Expertisen den vorgestellten Dimensionen entsprechend eingeordnet werden. Andererseits gibt es natürlich immer Querbezüge, und so hätten bestimmte (Teil)-Aspekte auch anderen Rubriken zugeordnet werden können. Das umfangreiche Sachregister erlaubt jedoch, diesen Querbezügen nachzugehen.

Tabelle 1: Weißbuch zur Qualitätssicherung in der zahnmedizinischen Versorgung Strukturierung der Expertisen zu den Einzelthemen	
Der konzeptionelle Rahmen: Das Grundsatzpapier der zahnärztlichen Bundesorganisationen	
Qualitätssicherung durch Strukturgrößen	
<i>Strukturgrößen des Versorgungssystems</i>	<i>Strukturgrößen der zahnärztlichen Praxen</i>
Ausbildung	Arbeitsschutz
Weiterbildung	Röntgen
Fortbildung	EDV-Unterstützung
Medizinisch-technischer Fortschritt	
Normung und Prüfung von Dentalprodukten	
Beitrag des Vergütungssystems	
Berufspflichten	
Institutionen der vertragszahnärztlichen Versorgung	
Sicherstellung der Versorgung	
Qualitätssicherung durch Prozeßgrößen	
<i>Prozeßgrößen des Versorgungssystems</i>	<i>Prozeßgrößen der zahnärztlichen Praxen</i>
Begutachtungen und Schlichtungsstellen	Infektionsschutz in der Zahnarztpraxis
Einsatzrahmen des Assistenzpersonals	Zahnarzt und Zahntechniker
Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	Entsorgung von Zahnarztpraxen
Richtlinien zur Versorgung im Rahmen der GKV	Indikationsgerechte Auswahl von Dentalprodukten (Dental Vademekum)
Qualitätssicherung der Prävention	Zahnärztliche Qualitätszirkel
Ergebnisgrößen der Qualitätssicherung	
<i>Ergebnisgrößen des Versorgungssystems</i>	<i>Ergebnisgrößen in der zahnärztlichen Praxis</i>
Mundgesundheit der Bevölkerung	Präventive Therapieorientierung

Literaturverzeichnis

- (1) *BDZ/KZBV-Arbeitsgruppe Qualitätsfragen*: Grundsatzpapier zur Qualitätssicherung in der zahnmedizinischen Versorgung. Zahnärztliche Mitteilungen 6/1988, S. 588–593
- (2) *Herber, R.; Müller, P. J.*: Voraussetzungen, Möglichkeiten und Grenzen der Qualitätssicherung aus zahnärztlicher Sicht. In: Institut für Freie Berufe, Forschung über Freie Berufe – Jahrbuch 1983/84, Nürnberg 1985, S. 123–129
- (3) *Müller, P. J.*: Die Selbstverwaltung tut viel zur Qualitätssicherung der Versorgung. Zahnärztliche Mitteilungen 7/1989, S. 780–782

Qualitätssicherung in der zahnmedizinischen Versorgung

Das Grundsatzpapier hat folgenden Wortlaut:

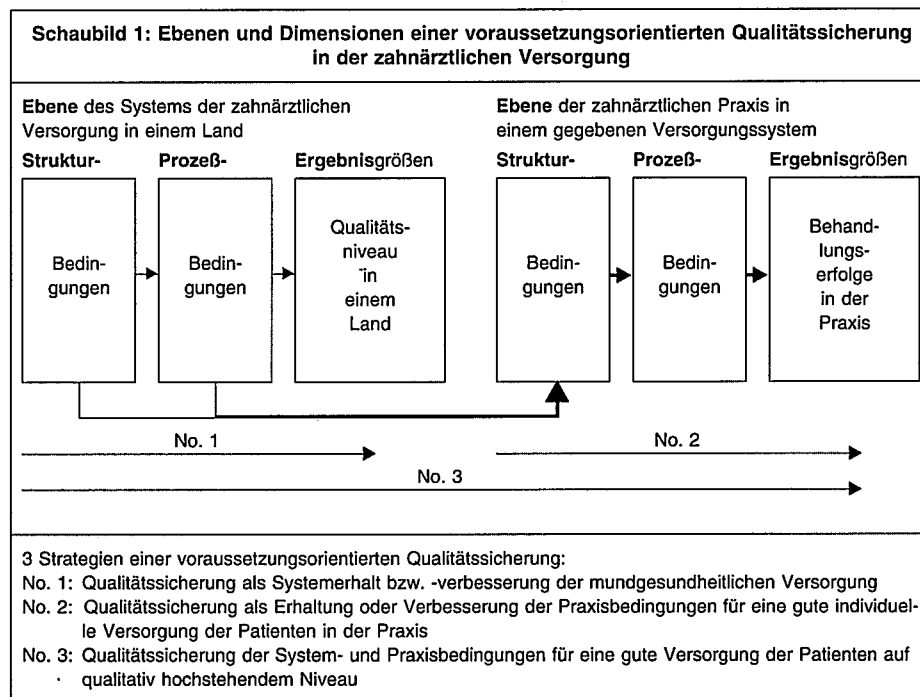
1. Begriffsbestimmungen

Qualitätssicherung muß die Bedingungen für eine qualitativ hochstehende zahnmedizinische Versorgung sicherstellen

Bedenkt man die Vielfalt der Einflußgrößen, die auf die Qualität der zahnärztlichen Versorgung einwirken, so wird deutlich, daß Qualitätssicherung mehr sein muß als ein isoliertes Verbessern einzelner Rahmenbedingungen für eine qualitativ hochstehende zahnmedizinische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Qualitätssicherung muß als Gesamtkonzept und als wesentli-

cher Bestandteil der Gesundheits- und Sozialpolitik auf allen Ebenen der zahnärztlichen Versorgung bedacht und gefördert werden.

Bei der Qualitätssicherung wird traditionellerweise unterschieden zwischen Struktur-, Prozeß- und Ergebnisgrößen für und von Qualität der gesundheitlichen Versorgung. Ergänzt um die verschiedenen Ebenen der gesundheitlichen Versorgung – zum einen das Versorgungssystem in einem Land, zum anderen die Einheiten, in denen Versorgung im Einzelfall realisiert wird – ergibt sich eine komplexe Struktur von Abhängigkeiten, welche in Schaubild 1 nur in groben Zügen dar-



gestellt ist. Es macht jedoch sehr deutlich, daß sich Qualitätssicherung nicht nur in der Erhaltung oder Verbesserung der Praxisbedingungen für eine gute individuelle zahnärztliche Versorgung der Patienten in den einzelnen Praxen erschöpfen darf. Würde dies zum vorherrschenden Problemverständnis, hieße dies, die Abhängigkeiten der in zahnärztlichen Praxen realisierbaren qualitativen Ergebnisse von den durch die Systembedingungen gesetzten Rahmengrößen zu negieren. Gleichmaßen wäre eine Qualitätssicherung allein auf der Ebene der Makrogrößen zu kurz gegriffen, weil so nicht gewährleistet wäre, daß günstige allgemeine Rahmenbedingungen auch für jede einzelne Zahnarztpraxis zutreffen würden.

In diesem Verständnis von Qualitätssicherung muß Qualitätssicherung deshalb immer zugleich Sicherung der System- als auch der Praxisbedingungen für gute Qualität sein.

In Schaubild 2 sind die wohl wichtigsten Einflußfaktoren auf die Qualität der zahnärztlichen Versorgung allgemein als auch hinsichtlich der individuellen Patientenversorgung aufgeführt. Es erhebt dennoch keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Es soll allerdings deutlich machen, daß Qualitätssicherung primär voraussetzungsorientiert erfolgen muß, um somit nicht nur Ergebnisgrößen zu sichern oder sogar zu verbessern, sondern auch zugleich Veränderungsmöglichkeiten zu identifizieren und beschreibbar werden zu lassen.

2. Maßnahmen

Qualität wird gesichert

Die im Interesse der Bevölkerung erforderliche Qualität der zahnärztlichen Versorgung wurde bislang gewährleistet durch

- eine Qualifikation des zahnärztlichen Nachwuchses entsprechend dem im Zahnheilkundengesetz und in der Approbationsordnung für Zahnärzte festgelegten Ausbildungsziel;

- eine Qualifikation des Zahnarztes, der eine Gebietsbezeichnung führt in dem jeweiligen Spezialgebiet durch eine im Rahmen der zahnärztlichen Selbstverwaltung kontrollierte und geprüfte Weiterbildung;

- die Beachtung der in der zahnärztlichen Berufsordnung niedergelegten Pflichten;

- eine in zahnärztlicher Selbstverwaltung organisierte ständig berufsbegleitende Fortbildung des Zahnarztes, die sicherstellt, daß der Zahnarzt die durch Aus- und Weiterbildung erworbenen Kenntnisse und Erfahrungen auf dem laufenden hält und sich mit neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der Zahnmedizin vertraut macht;

- Maßnahmen der Zahnärztekammern zur Sicherung der Qualität der vom Zahnarzt eingesetzten Materialien und technischen Geräte.

Die Qualitätssicherung setzt somit zunächst an entscheidenden Struktur- und Prozeßgrößen des Versorgungssystems insgesamt an, deren gleichbleibend qualitätsfördernde Wirkung keinesfalls als automatisch gegeben angenommen werden kann. Dies gilt z. B. sowohl für die Qualität der zahnmedizinischen Ausbildung zum praxisreifen Zahnarzt unter den Bedingungen überausgelasteter Hochschulen, wie für die Vergütungssysteme, die eine angemessene Honorierung für qualitativ gute Leistungen vorsehen müssen, aber unter dem Druck der Kostendämpfungspolitik stehen, sowie für die Qualität der Vielfalt der technischen Ressourcen, die der zahnärztlichen Versorgung in einem Land zur Verfügung stehen. Diese Beispiele sollen zeigen, daß ein qualitativ hochstehendes Versorgungsniveau ständig gesichert werden muß.

Ein weiterer Ansatzpunkt der Qualitätssicherung ergibt sich bei den Struktur- und Prozeßgrößen der einzelnen zahnärztlichen Praxen und damit auch beim zahnärztlichen Handeln als wesentlichstem aber nicht einzigen Teil des Handelns des Praxisteam. Durch Beratungskonzepte für die Aufbau- und Ablauforganisation der zahnärztlichen Praxis werden zunehmend die Bedingungen für eine qualitativ hochwertige Leistungsfähigkeit darstellbar und beherrschbar.

Das zahnärztliche Handeln hat wie die Patientenmitarbeit entscheidenden Anteil an der Qualität der gesundheitlichen Versorgung in jedem Einzelfall. Beide entziehen sich jedoch einer Standardisierung. Als Maß-

Schaubild 2: Ebenen und Dimensionen einer voraussetzungsorientierten Qualitätssicherung in der zahnärztlichen Versorgung

a. Ebene: System der zahnärztlichen Versorgung in einem Land

Strukturgrößen des Versorgungssystems	Prozeßgrößen des Versorgungssystems	Ergebnisgrößen des Versorgungssystem
<ul style="list-style-type: none"> - Qualitätsanforderungen an die <ul style="list-style-type: none"> ● Ausbildung ● Fortbildung ● Weiterbildung der Teilnehmer an der Versorgung - Grenzen der Standardisierbarkeit und Prognostizierbarkeit med. Handelns - Wandel in den Definitionen der lege-artis-Behandlung (med. Fortschritt) - Qualität technischer Ressourcen (Dentalmarkt) Dynamik der Innovationen und ihre Beherrschung - Morbiditätsstruktur und subj. Bedeutung der Mundgesundheit und deren Wandel - System der Versorgung und seiner Finanzierung <ul style="list-style-type: none"> ● Struktur der Versorgung (öffentliche vs. freiberufliche Träger) ● Versicherungssystem (Sachleistung oder Kostenerstattung) ● Aufgabenteilung (Zuständigkeiten) ● materielle Ressourcen ● Bereitschaft zur Allokation von knappen Ressourcen für verschiedene Verwendungsformen, z. B. für Prävention, Versorgung oder Qualitätssicherung 	<ul style="list-style-type: none"> - Chancen zur aktiven Patientenmitarbeit (Motivation durch Systemgrößen, wie Belohnungssysteme, Direktbeteiligung u.a.m.) - Mundgesundheitsverhalten - Koordination arbeitsteiliger Prozesse in der Versorgung - Begutachtungs- und Prüfverfahren - Tatsächliche Vielfalt jeweils individueller Befunde - Geschwindigkeit der Umsetzung von Innovationen in der Praxis (Anpassungsflexibilität) - Struktur der Behandlungsbedarfe und -nachfrage/ Inanspruchnahmeverhalten sowie Chancen der Realisierbarkeit einer indikationsgerechten Therapieplanung - Steuerungsbeitrag der Vergütungssysteme (Einzelleistungsvergütung oder Pauschalen) in Diagnostik und Therapie 	<div style="text-align: center; font-weight: bold; transform: rotate(90deg); transform-origin: center;">Schnittstelle zur Ebene der einzelnen Praxis (b.)</div> <ul style="list-style-type: none"> - Qualitätsniveau des Systems im Hinblick auf <ul style="list-style-type: none"> ● Versorgungsgrad ● Mundgesundheit sowie - Erwartungen an die zahnmedizinische Versorgung im Hinblick auf ihre <ul style="list-style-type: none"> ● Erbringung und ● Finanzierung

Schaubild 2: Fortsetzung		
b. Ebene: Zahnärztliche Praxis		
Strukturgrößen der Praxis	Prozeßgrößen der Praxis	Ergebnisgrößen
<ul style="list-style-type: none"> - Qualifikation des Personals - Praxispersonal, <ul style="list-style-type: none"> ● -organisation und ● -ablauf - Patientengut und Behandlungsnachfrage - Erwartungen von höchst individuellen Behandlungen in einem Vertrauensverhältnis - Technische Ausstattung - Wirtschaftliche Leistungsfähigkeit und Möglichkeiten einer breitenwirksamen Versorgung - Anpassungsfähigkeit an die Struktur- und Prozeßgrößen des gesamten Versorgungssystems 	<ul style="list-style-type: none"> - Patientenführung - Patientenmitarbeit im Einzelfall - Personalführung - Praxismanagement - Aufrechterhaltung der Qualifikation des Personals durch Fortbildung - Angemessene Nutzung und Wartung der technischen Ressourcen - Innovationsfreudigkeit - Anamnese und Medizinische Dokumentation - Behandlungsplanung, -verfolgung - Unwägbarkeiten in individueller Behandlungsplanung, Therapie und Prognose - Präventions- und Therapie-spektrum der Praxis - Lfd. Selbstbeobachtung der Leistungs(zwischen)ergebnisse in medizinischer und betriebswirtschaftlicher Hinsicht - Vergleich mit anderen Praxen und Erfahrungsaustausch 	<ul style="list-style-type: none"> - Behandlungserfolge <ul style="list-style-type: none"> ● technische Qualität der Versorgung ● Angemessenheit der Versorgung ● Patientenzufriedenheit und -treue ● Dokumentation der Abweichungen vom urspr. Behandlungsziel und ihre weitere Verfolgung

nahmen zur Qualitätssicherung zahnärztlichen Handelns bieten sich nach dem Stand der Forschung folgende Möglichkeiten an:

- Selbstkontrolle der eigenen Leistung
- kritische Überprüfung der eigenen Arbeitsstätte
- Verbesserung des kollegialen Informationsaustausches.

Hierbei wird auf der Basis eines Leistungsvergleichs die kritische Selbstüberprüfung der eigenen Tätigkeit ermöglicht. Voraussetzung hierfür ist die Schaffung geeigneter Parameter für

- die Festlegung von Kriterien für bestimmte zahnärztliche Arbeitsbereiche
- die Bereitstellung gesicherter Vergleichsdaten

- die angemessene Ausstattung und Funktionsfähigkeit der Arbeitsstätte.

Durch systematische Auswertung der Erfahrungen sollen dem Zahnarzt die nötigen Daten an die Hand gegeben werden, um den Qualitätsstand seiner Leistungsfähigkeit kritisch überprüfen und verbessern zu können. Für eine voraussetzungsorientierte Qualitätssicherung gewinnen Dienstleistungsangebote der zahnärztlichen Organisationen immer mehr an Bedeutung. Konzipiert als Hilfe zur Selbsthilfe werden Informations- und Beratungsangebote entwickelt, die die Handlungsmöglichkeiten der Zahnärzte stärken sollen. Sie dienen damit der Leistungssicherung und beziehen sich sowohl auf die Struktur- als auch auf die Prozeßgrößen in den einzelnen Praxen.

3. Zuständigkeit

Die Qualitätssicherung zahnärztlicher Berufsausübung ist ureigenste Aufgabe der zahnärztlichen Selbstverwaltung

Zu den bereits gesetzlich geregelten Aufgaben von Landes Zahnärztekammern und Bundeszahnärztekammer gehört es,

- Qualifikationsregelungen für die zahnärztliche Weiterbildung entsprechend den medizinisch-wissenschaftlichen Erfordernissen zu treffen;
- die ständig berufsbegleitende Fortbildung des Zahnarztes wissenschaftlich fundiert zu organisieren;
- erkennbar gewordene Fehlentwicklungen durch entsprechende Einrichtungen (z. B. Vermittlungsverfahren) zu überprüfen und zu bereinigen.

Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung regeln die Sicherstellung der Qualität der zahnärztlichen Versorgung

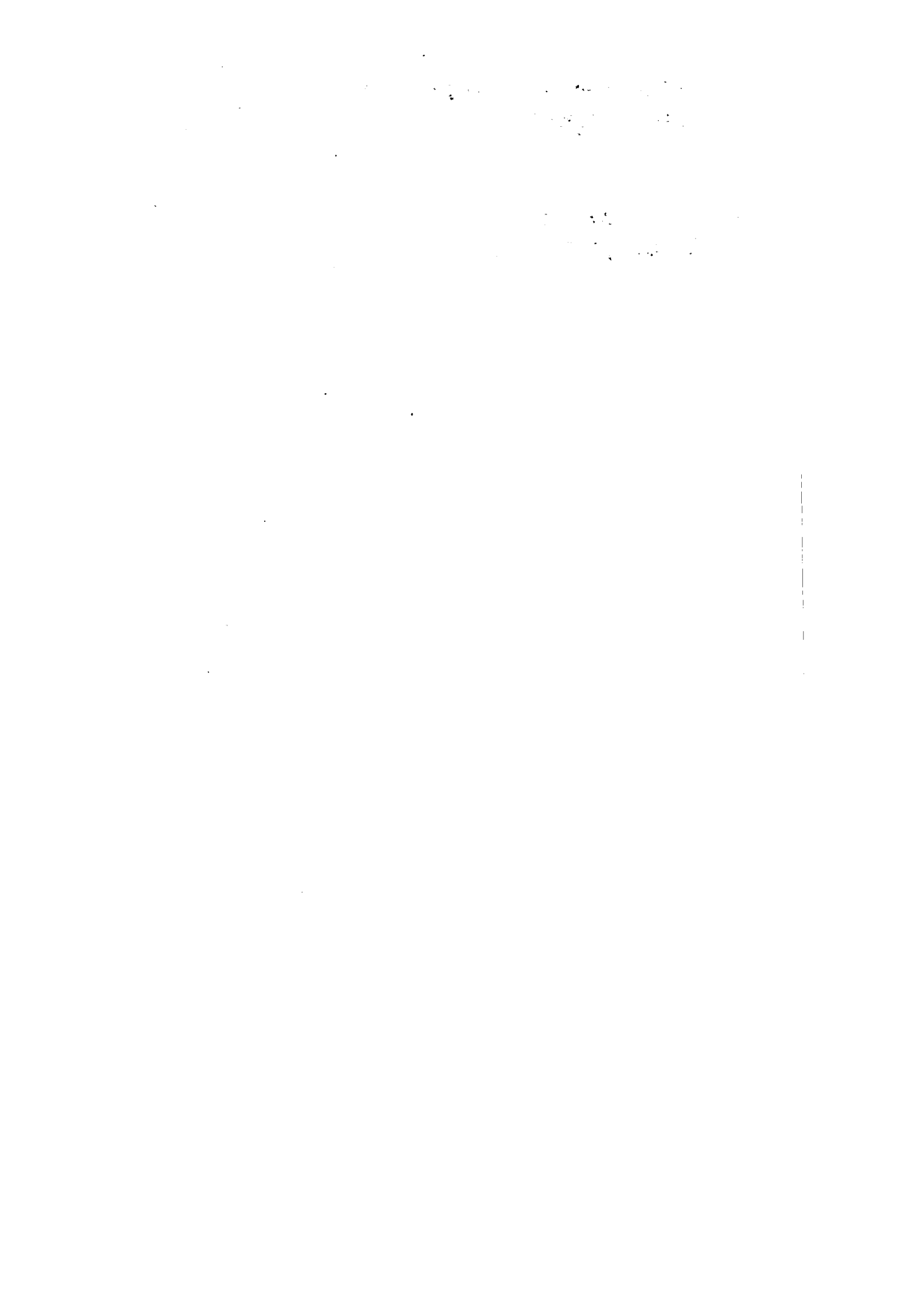
- in Form von Richtlinien und Empfehlungen;
- durch entsprechende Einrichtungen (z. B. Beratungs- und Gutachterverfahren).

Abgesicherte Verfahren

Die zahnmedizinischen wissenschaftlichen Fachgesellschaften und zahnärztlichen Berufsverbände entwickeln auf wissenschaftlicher Basis Studien und methodisch abgesicherte Programme zur Qualitätssicherung in verschiedenen Teilbereichen, die als methodisch abgesicherte, voraussetzungsorientierte Qualitätssicherungsmaßnahmen der praktischen Anwendung im Rahmen der zahnmedizinischen Versorgung zugeführt werden können. Die Methoden und Verfahren zur Sicherung der Qualität müssen sich allerdings in den durch die zahnärztliche Selbstverwaltung getragenen Organisationsrahmen einfügen.

B Qualitätssicherung durch Strukturgrößen

B.1 Strukturgrößen des Versorgungssystems



2 Ausbildung

Hans-Peter Küchenmeister

Inhaltsverzeichnis

1	Aktueller Stand der Ausbildungsbedingungen	13
2	Berufsverbände fordern Ausbildungsqualität ein	14
3	Bewertung der universitären Ausbildung durch junge Zahnmediziner	15
4	Forderung nach weiteren Studienfächern	18
5	Schwachpunkt Kapazitätsverordnung	19
6	Maßnahmen der Bundeszahnärztekammer	20
7	Vorschläge der Projektgruppe AO-Z des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte	21
8	Vorschläge der VHZMK	24
9	Arbeitsgruppe Studienreform in der Zahnmedizin	25
10	Literaturverzeichnis	29

1 Aktueller Stand der Ausbildungsbedingungen

Zahnmedizinische Ausbildung muß heute radikal situations- und patientenbezogen sein; sie muß sich den Anforderungen unserer Zeit mit Aufgeschlossenheit und Flexibilität stellen.

Dabei muß sie auf vielfältige theoretische Grundlagen fußen, um das Verständnis des zahnmedizinisch individuellen Problems eines Patienten im Zusammenhang mit seinem Gesamtorganismus, seiner Psyche und seinem sozialen Umfeld zu ermöglichen und zu vertiefen.

Das gegenwärtige Dilemma anscheinend diametraler Ansichten

- hie mit der Approbation einen „praxisfertigen“ Zahnarzt zu schaffen – wie es die Praktiker, Berufsorganisationen und Studenten fordern – oder
- da mit einem theoretisch gut, aber praktisch wenig vorbereiteten Zahnarzt nach der Approbation aufzuwarten – wie es die Hochschullehrer anstreben – gezwungen durch die „erschöpfende Nutzung der Studienplatzkapazitäten mit Überlastquoten“ – die von Politikern und Gerichten festgelegt wurde,

ist ein Symptom für das politische Versagen von Bildungs- und Gesundheitspolitikern.

Eine sorgfältige Analyse der vergangenen 15 Jahre seit Einführung der Kapazitätsverordnung (KapVO) zum Wintersemester 1977/78 ergibt, daß nach wie vor im medizinisch/zahnmedizinischen Studienbereich eine Verwaltung des Mangels Vorrang vor einer Sicherung der Ausbildungsqualität hat.

Als Motor, aber auch als Korrektiv könnten die seit Jahren vorliegenden Vorschläge der Betroffenen – Studenten, Assistenten, Praktiker, Berufsorganisationen, Hochschullehrer – zur Verbesserung der Ausbildungssituation dienen, wenn die Politik ihre Versäumnisse einsehen würde. Den Fehler zum Beispiel, daß im sogenannten Gesundheitsstrukturgesetz eine Qualitätssicherung zahnmedizinischer Therapie gefordert wird, eine Grundlage dazu – die Qualitätssicherung der Ausbildung – aber nicht im notwendigen Ausmaß gewährleistet ist.

Wir müssen unsere Ansichten darüber, was Ausbildungsqualität bedeutet, erweitern. Eine gute Ausbildung ist mehr als nur Wissen; sie muß Können und Umsetzen gleichermaßen beinhalten. Patienten wollen nicht nur behandelt, sondern mit ihren Gesamtbedürfnissen ernst genommen werden. Dies ist zwar in vielen gesundheitspolitischen Aussagen formuliert, findet aber keinen oder kaum einen Niederschlag in der universitären Ausbildung. Immerhin formuliert das Bundesgesundheitsministerium (BMG) im Juni 1993 zur Neuordnung des Medizinstudiums:

„Die qualitative Verbesserung des Medizinstudiums, seine praxisnähere Ausgestaltung und die stärkere Einbeziehung der Anforderungen des Arztberufes sind die Kerninhalte der Vorschläge zu einer grundsätzlichen Reform des Medizinstudiums ...“. (BMG 1993)

Dem ist bezüglich einer Reform des Zahnmedizinistudiums voll zuzustimmen.

Die Ausbildungsbedingungen müssen sich wandeln, dann können die Universitäten ihrem Auftrag nachkommen, Ausbildungsqualität zu sichern. Wer aber soll das bewerten, gar kontrollieren? Die Hochschule pocht auf

ihre Autonomie, die Studenten auf die akademische Freiheit; die Politiker stellen basisferne Forderungen auf, die Kultusbürokratie ist finanziell behindert.

2 Berufsverbände fordern Ausbildungsqualität ein

Da gehört es geradezu zu den originären Aufgaben der zentralen berufsständischen Organisationen, mit einer Dauerbeobachtung der Ausbildung einen Beitrag zur Qualitätssicherung zu leisten.

Ungehört, so scheint es allerdings bis jetzt, verhallen die Warnungen und Mahnungen der maßgeblichen zahnmedizinischen Verbände Bundeszahnärztekammer, Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und Freier Verband Deutscher Zahnärzte e.V., daß die Bildungspolitik nicht genügend Mittel bereitstellt, damit eine wünschenswerte Ausbildungsqualität erhalten bzw. erreicht wird.

Für die Mediziner Ausbildung sieht das BMG ein:

„Die Umsetzung der nun vorliegenden Reformvorschläge setzt eine Erhöhung des Stellenwertes der Lehre an den Medizinischen Fakultäten voraus sowie eine Reduzierung der Zahl der Medizinstudenten.“ (BMG 1993)

Wann folgt diese Einsicht auch für das Zahnmedizinistudium?

KZBV und Bundeszahnärztekammer haben zur Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen im Dezember 1989 festgestellt:

„Kaum beeinflussbar durch die Selbstverwaltungskörperschaften der Zahnärzte bleibt bislang der Problemkomplex ‚Sicherung der gleichbleibenden Qualität der Ausbildung der Zahnärzte‘. Die Frühjahrssitzung 1989 der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat hierzu festgestellt, daß eine hohe fachliche Qualifikation des Zahnarztes notwendig

macht, die Ausrichtung der Zugangskriterien zum Studium der Zahnmedizin an den tatsächlich vorhandenen Ausbildungskapazitäten vorzunehmen'.

Nach Untersuchungen des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ) ist unter den derzeitigen gegebenen Rahmenbedingungen an den Universitäten die Sicherstellung einer gleichbleibend guten Ausbildung gefährdet. Zur gleichen Aussage gelangten die Vertreter der zahnmedizinischen Wissenschaft auf dem Symposium 'Qualitätssicherung in der Zahnmedizin', welches der Bundesverband der Betriebskrankenkassen am 30.10.1989 im Bonner Wissenschaftszentrum veranstaltet hat."

(BZÄK/KZBV, TOP 4/4.12.1989)

3 Bewertung der universitären Ausbildung durch junge Zahnmediziner

Die Kapazitätsverordnung ist schuld: Schlechte Noten für das Zahnmedizinstudium: Knapp ein „Rite“ käme heraus, würde sich die Notengebung an den bundesdeutschen Universitäts-Zahnkliniken einmal umkehren, würden Jungapprobierte ihre Ausbildung benoten. In einer breit angelegten Umfrage über die Berufszufriedenheit frisch approbierter Zahnärzte hat im November 1986 das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ), eine gemeinsame Einrichtung der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), 4216 frisch approbierte deutsche Zahnärzte der Approbationsjahrgänge 1984 bis 1986 aufgefordert, ihre Meinung über die universitäre Ausbildung darzulegen (Abb. 1). Aus den rund 1100 Antworten konnte ein durchaus repräsentatives Meinungsbild erarbeitet werden, welches im Detail erschreckende Ausbildungsdefizite aufdeckte (Neuhaus/Bauch 1987).

Wurde das gesamte Studium von rund 80% der Beantwortenden mit sehr gut bis befriedigend beurteilt, so waren in den partiellen Bewertungen der Hauptfächer Zahnerhaltungskunde, Zahnersatzkunde, ZMK-Chirurgie

und Kieferorthopädie deutliche Unterschiede festzustellen.

Gute Zahnerhaltung

Die Bewertung der erhaltenen Ausbildung in der Zahnerhaltungskunde fällt eindeutig positiv aus, etwa 80% fanden sie gut bis sehr gut und rund 15% beurteilten sie mit befriedigend. Die von 83,4% als ausreichend bezeichnete Gelegenheit zur praktischen Patientenbehandlung scheint sich aber im wesentlichen auf die Füllungstherapie zu beziehen, denn die endodontische Behandlung wurde von 48% als nicht ausreichend empfunden, und die große Zahl von 78,7% bemängelte, daß sie keine ausreichende Gelegenheit zu einer Parodontalbehandlung gehabt hätte.

Die Ausbildung in der Zahnersatzkunde scheint gerade als ausreichend empfunden worden zu sein, rund 70% bewerteten sie mit sehr gut bis befriedigend. Mehrheitlich wurde ausgesagt, daß die praktisch durchgeführten Arbeiten als nicht ausreichend empfunden wurden, so z. B. bemängelten 87,7% die Möglichkeit, kombinierten Zahnersatz zu üben, 73,5% die mangelnde Anfertigung von Modellgußprothesen und 72% hielten die praktische Übung beim totalen Zahnersatz für nicht ausreichend.

Bedenklich: Kieferorthopädie

Schlechter in der Gesamtwertung wurde die Ausbildung in der ZMK-Chirurgie empfunden. Hier waren es über 40%, die mit ausreichend und schlechter bewerteten. Davon wertete rund die Hälfte mit mangelhaft und ungenügend. 77,2% gaben an, daß sie die Gelegenheit zur praktischen Behandlung für nicht ausreichend hielten, die durchschnittlich 15 extrahierten Zähne hielten 66,7% für nicht ausreichend, selbst durchgeführte operative Eingriffe wurden von 89,6% als nicht ausreichend empfunden und selbst die Möglichkeit der Assistenz bei operativen Eingriffen wurde von 50,8% bemängelt.

Ergebnisübersicht über eine schriftliche Befragung zur Berufszufriedenheit frisch approbierter Zahnärzte								
Stichproben: n = 1071 Zahnärzte, <u>davon</u> Approbationsjahr 1984 = 277 Approbationsjahr 1985 = 366 Approbationsjahr 1986 = 428								
Fragen zur Ausbildung in der Zahnmedizin								
Beurteilung der Qualität der Ausbildung allgemein	sehr gut	3,0 %	ausreichend	12,2 %				
	gut	43,3 %	mangelhaft	3,0 %				
Beurteilung der Qualität der erhaltenen technisch-praktischen Ausbildung	befriedigend	37,9 %	ungenügend	0,6 %				
	sehr gut	7,1 %	ausreichend	14,9 %				
	gut	41,6 %	mangelhaft	5,4 %				
	befriedigend	30,4 %	ungenügend	0,6 %				
Fragen zur Ausbildung in:	Zahnerhaltungskunde		Zahnersatzkunde		ZMK-Chirurgie		Kieferorthopädie	
Einschätzung der erhaltenen Ausbildung in den Fachbereichen	sehr gut	29,5 %	sehr gut	7,4 %	sehr gut	9,2 %	sehr gut	4,6 %
	gut	50,9 %	gut	33,6 %	gut	23,0 %	gut	13,6 %
	befriedigend	14,6 %	befriedigend	33,6 %	befriedigend	26,6 %	befriedigend	21,1 %
	ausreichend	3,9 %	ausreichend	17,7 %	ausreichend	21,2 %	ausreichend	26,0 %
	mangelhaft	0,8 %	mangelhaft	7,0 %	mangelhaft	14,9 %	mangelhaft	24,9 %
ungenügend	0,3 %	ungenügend	0,7 %	ungenügend	5,1 %	ungenügend	9,9 %	
Gelegenheit zur praktischen Patientenbehandlung ausreichend	ja	83,4 %	ja	45,3 %	ja	22,8 %		
	nein	16,6 %	nein	54,7 %	nein	77,2 %		
praktische Arbeiten durchgeführt	a) Füllungen gelegt – Amalgamfüllungen Ø 45 F. – Compositefüllungen Ø 29 F. – Inlays Ø 13 I.		a) Pfeilerpräparationen durchgeführt Ø 11 P.		a) Zähne extrahiert Ø 15 Z.			
	als ausreichend empfunden	ja	72,8 %	ja	35,0 %	ja	33,3 %	
	nein	27,2 %	nein	65,0 %	nein	66,7 %		

Fragen zur Ausbildung in:	Zahnerhaltungskunde	Zahnersatzkunde	ZMK-Chirurgie	Kieferorthopädie
als ausreichend empfunden	b) Wurzelkanäle behandelt Ø 16 W. ja 52,0% nein 48,0%	b) kombinierten Zahnersatz durchgeführt Ø 2 K.Z. ja 12,3% nein 87,7%	b) operative Eingriffe selbst durchgeführt (offene Frage) ja 10,4% nein 89,6%	
	c) Parodontalbehandlung durchgeführt Ø 4 B. ja 21,3% nein 78,7%	c) totaler Zahnersatz angefertigt Ø 3 T.Z. ja 28,0% nein 72,0%	c) operative Eingriffe assistiert (offene Frage) ja 49,2% nein 50,8%	
		d) Modellgußprothesen angefertigt Ø 2 M. ja 26,5% nein 73,5%		
Betreuung durch Kursaufsicht bei Patientenbehandlung aus- reichend	immer/häufig 73,3% selten/nie 32,7%	immer/häufig 47,3% selten/nie 52,7%	immer/häufig 73,0% selten/nie 27,0%	
patientenbezogene, praktische Ausbildung ausreichend	ja 61,6% nein 38,4%	ja 24,6% nein 75,4%	ja 18,8% nein 81,2%	
genügend technisch gut aus- gerüstete – Behandlungsplätze – Laborplätze	ja 63,0% nein 37,0% ja 66,1% nein 33,9%	ja 62,8% nein 37,2% ja 74,4% nein 25,6%	ja 67,6% nein 32,4% ja 53,8% nein 46,2%	
Gruppengröße ließ zufrieden- stellende Arbeit am Patienten zu	ja 57,7% nein 42,3%	ja 49,5% nein 50,5%	ja 42,0% nein 58,0%	

Fragen zur Ausbildung in:	Zahnerhaltungskunde	Zahnersatzkunde	ZMK-Chirurgie	Kieferorthopädie
zu selbständigem Arbeiten angeleitet	ja 68,6% nein 31,4%	ja 62,0% nein 38,0%	ja 47,2% nein 52,8%	
genügend Patienten vorhanden, um das Kurssoil zu erreichen	ja 71,7% nein 28,3%	ja 51,4% nein 48,6%	ja 41,6% nein 58,4%	

Quelle: Neuhaus/Bauch 1987

Abbildung 1

Doch das ist noch nicht das schlechteste Ergebnis, denn das erzielte die Ausbildung in der Kieferorthopädie mit nur 40% der Wertung von sehr gut bis befriedigend und knapp 45% der Noten mangelhaft und ungenügend. Durchweg kritisch äußerten sich die Befragten zu den durch die Kapazitätsverordnung (KapVO) vorgegebenen Gruppengrößen, die nach durchgehender Meinung mindestens der Hälfte keine zufriedenstellende Arbeit am Patienten zulässt.

4 Forderung nach weiteren Studienfächern

Für 36% der Befragten gab es Fächer in ihrer Ausbildung, die sie aus ihrer heutigen Sicht für die Berufstätigkeit für überflüssig halten. Dafür möchten sie aber aus anderen Gebieten mehr erfahren bzw. überhaupt etwas mitbekommen (Abb. 2).

Über die folgenden Fächer hätten die jetzt fertigen Zahnärzte aus heutiger Sicht während ihrer Studienzeit gern mehr Kenntnisse erworben (Mehrfachantworten waren möglich):

1 Praxisführung	73%
2 Arbeitssystematik des Zahnarztes	64%
3 Ergonomie	60%
4 Verwaltung	58%
5 Psychologie	50%
6 Mitarbeiterführung	45%
7 Patientenführung	36%
8 Berufspolitische Aspekte der Zahnmedizin	27%
9 Prophylaxe	19%
10 Sozialmedizin	15%

Quelle: Neuhaus/Bauch 1987

Abbildung 2

Ca. 60–70% der Antworten betrafen den konkreten Praxisführungsbereich, d.h. die befragten Zahnärzte hätten gerne mehr gewußt über Praxisführung, Arbeitssystematik des Zahnarztes, Ergonomie und Verwaltung. An zweiter Stelle kommen patienten- und personalbedingte Themen wie Psychologie, Mitarbeiter- und Patientenführung.

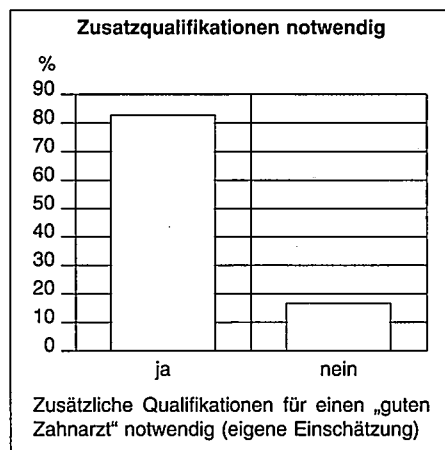
Zusatzqualifikation gewünscht

So glauben auch 83%, daß sie noch zusätzliche Qualifikationen brauchen, um ein „guter Zahnarzt“ zu werden (Abb. 3). Es ist auch verständlich, daß ca. 40% der Befragten der Meinung sind, daß ihre praktische Ausbildung, die sie während des Studiums erhalten haben, nicht ausreicht, um eine eigene Praxis führen zu können (Abb. 4).

Der größte Mangel und das stärkste Bedürfnis nach zusätzlichem Lehrstoff liegt demnach im Bereich der praktischen Ausbildung, d. h. der konkreten Vorbereitung auf die ärztliche, berufliche Tätigkeit.

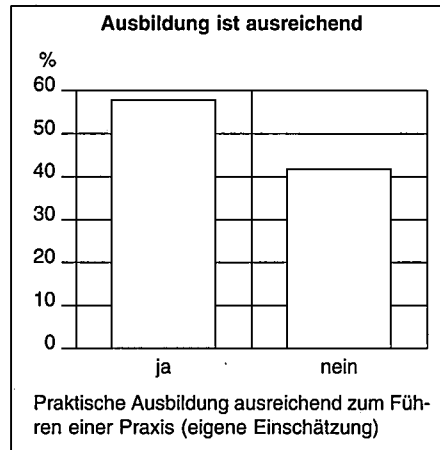
Gewichtige Aussagen

Diese Studie des IDZ fußt auf Aussagen derjenigen, die unmittelbar nach der Approbation die zahnärztliche Berufswirklichkeit ken-



Quelle: Neuhaus/Bauch 1987

Abbildung 3



Quelle: Neuhaus/Bauch 1987

Abbildung 4

nngelernt haben und mit ihrer Ausbildung an der Universität vergleichen konnten. Diese Aussagen sind wichtiger als die anderer möglicher Befragungsgruppen: Studenten können ihre Ausbildung nicht vergleichen, weil sie die Berufsanforderungen nicht kennen, Hochschullehrer können in der Regel nur ein theoretisches Ziel setzen, niedergelassene Zahnärzte erinnern sich in der Regel nur noch an nette Studienbegebenheiten.

Die kritische Bewertung der Befragten zeigt die Brisanz dieses Themas im Spannungsfeld zwischen Ausbildungsqualität und Kapazitätsverordnung, zwischen Student und Hochschullehrer, zwischen Standespolitiker und Bildungspolitiker. Um so wichtiger ist die engagierte Durchsetzung der Forderung aus den Hauptversammlungen des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte und der Bundeszahnärztekammer über ausbildungsqualitätsverbessernde Änderungen sowohl der Kapazitätsverordnung als auch der Approbationsordnung.

5 Schwachpunkt Kapazitätsverordnung

Korrekturmaßnahmen müssen immer wieder von den politischen Entscheidungsträgern

gefordert werden, die zahnärztlichen Berufsorganisationen haben hier jahrzehntelange Vorarbeiten geleistet. Hochschullehrer, Verwaltungsfachleute und Landespolitiker haben gemeinsame Maßnahmen zur Änderung der Kapazitätsverordnung (KapVO) für den Studiengang Zahnmedizin erarbeitet. Sie wurden sowohl dem früher zuständigen Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (BMJFFG) als auch dem Nachfolgeministerium BMG vorgetragen.

Dringendster Handlungsbedarf wird von allen Beteiligten gesehen, um die Ausbildung durch eine Reduzierung der Studentenzahl zu sichern. „Für eine ordnungsgemäße Ausbildung der Studierenden der Zahnheilkunde unter modernen Gesichtspunkten ist eine Änderung der Kapazitätsverordnung unumgänglich.“ Dieses Fazit zogen 1990 die Kapazitätsbeauftragten von 15 Universitäten anlässlich eines Symposiums über die Kapazitätsverordnung und stellten einen Maßnahmenkatalog auf, der sofortige Änderungen möglich machen würde (Abb. 5).

„Die anwesenden Kapazitätsbeauftragten der Universitäten fordern:

- eine Änderung der Betreuungsrelation in Angleichung an die Medizin;
- eine Änderung der Arzt-/Betten-Relation in Angleichung an die Medizin;
- eine Neubewertung des Anrechnungsfaktors der verschiedenen Kurse;
- eine Überarbeitung des Schwundfaktors;
- eine Neubewertung der Zahlen der poliklinischen Neuzugänge;
- eine Berücksichtigung der Verfügbarkeit „studentengerechter“ Patienten als limitierender Faktor;
- kapazitätsneutrale Stellen der Forschung;
- Freistellung des Hochschullehrer-Nachwuchses von Routine-Aufgaben;
- eine Berücksichtigung der Arbeitszeitverkürzung;
- Verbesserung der Ausstattung der Zahnkliniken mit nichtwissenschaftlichem Personal.“

Quelle: med. dent. magazin 2/1990, Seite 18

Abbildung 5

20

Diese Forderungen der Kapazitätsbeauftragten wurden unterstützt von den Vertretern des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte, des Bundesverbandes der Deutschen Zahnärzte und der Arbeitsgemeinschaft der Kammern Niedersachsen, Nordrhein und Bayern. Die Änderungsvorschläge wären nach einer vollständigen Beschreibung durch die Hochschullehrer auch als politische Argumentation durchaus brauchbar, ohne daß eine zusätzliche Grundlagenstudie anzufertigen wäre, wie es im Studiengang Medizin mit großem finanziellem und zeitlichem Aufwand geschehen ist.

Das im Auftrag des Bundesministers für Bildung und Wissenschaft erstellte Gutachten der Marburger Projektgruppe Zahnmedizin „Analyse und Bewertung von Daten und Methoden zur Kapazitätsermittlung im Studiengang Zahnmedizin“ war Grundlage für die Novellierung der Kapazitätsverordnung der Länder und ist somit Ursache der negativen Auswirkung von Ausbildungskapazität auf Ausbildungsqualität.

6 Maßnahmen der Bundeszahnärztekammer

Die zunehmenden Studienanfängerzahlen und die sinkende Ausbildungsqualität wurden vor allem von den unmittelbar Betroffenen – Studenten und Hochschullehrer – immer häufiger öffentlich angeprangert. Die Bundeszahnärztekammer fühlte sich ob dieser massiv vorgetragenen Schwachstellen des Bildungswesens in der Pflicht, ein Korrektiv zu finden.

So wurde 1985 festgelegt:

„Die Bundeszahnärztekammer ergreift zur Bewältigung dieser Probleme folgende Maßnahmen:

I. Qualität der Ausbildung

1. Gutachten über die Anforderungen an eine angemessene zahnärztliche Ausbildung

Es wird angestrebt, entsprechend einem bei den Ärzten vom BMJFG vergebenen Gutachtauftrag, untersuchen zu lassen, welche Mindestanforderungen an eine ordnungsgemäße zahnärztliche Ausbildung zu stellen sind und in welchen Bereichen unter Anlegung der so entwickelten Maßstäbe die ordnungsgemäße Ausbildung – insbesondere durch die einschränkenden Maßstäbe der Kapazitätsverordnungen – nicht gewährleistet ist.

2. Beschreibung der Mindestanforderungen an den „praxisreifen Zahnarzt“

Neben den Bemühungen um eine Gutachtenvergabe durch das BMJFG erarbeitet der Planungstab des BDZ in Zusammenarbeit mit den Hochschullehrern eine Beschreibung der Mindestanforderungen, die ein „praxisreifer Zahnarzt“ nach Abschluß seiner Ausbildung erfüllen muß. Zeitgemäße Gewichtungen und Anforderungen an die Zahnheilkunde, welche sich aus neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen und auch der Gesundheitspolitik ergeben, sollen hierbei berücksichtigt werden.

Dabei ist Ziel dieser Bestimmung einmal die Unterstützung des vom BMJFG zu vergebenden Gutachtens, zugleich aber auch die eigenständige Beurteilung von Ausbildungsmängeln, um ein gegebenenfalls notwendig werdendes eigenes Gutachten erstellen zu können.“ (BZÄK: Zukunft der Zahnheilkunde – Arbeitsprogramm des BDZ 1985)

Die Ergebnisse der eigenen Untersuchungen und Feststellungen werden auch den Hochschulen zur Verfügung gestellt, um von dort aus in den Kapazitätsprozessen als Argumentationsstütze eingesetzt werden zu können.

Soweit einer der Grundsatzbeschlüsse einer wichtigen zahnärztlichen Organisation, der

Bundeszahnärztekammer. Sieben Jahre lang kam keine Reaktion aus dem zuständigen Bundesministerium.

7 Vorschläge der Projektgruppe AO-Z des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte

Für eine praxisgerechte Approbationsordnung

Der Hochschulausschuß des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte e.V. hat 1992 eine „Projektgruppe AO-Z“ eingesetzt, um Vorschläge zur Änderung der AO-Z zu erarbeiten. In den Besprechungen, an denen auch Vertreter der Bundeszahnärztekammer teilnahmen, wurden die bestehende AO und die diversen Änderungsvorschläge anderer Verbände analysiert. Aufbauend auf den seit Jahren formulierten Änderungsvorschlägen des Hochschulausschusses zur Verbesserung der zahnmedizinischen Ausbildung an den Universitäten wurde als erster Schritt ein „Entwurf eines Studienplanes“ erstellt.

Die Grundsätze der Überlegungen wurden von Prof. Dr. H. Pantke und Dr. R. Hüttemann wie folgt zusammengefaßt:

„Die Projektgruppe „AO-Z“ im Freien Verband Deutscher Zahnärzte hält eine inhaltliche und strukturelle Änderung der Approbationsordnung für Zahnärzte (AO-Z) für unbedingt erforderlich.

Hierbei sollte, um die Probleme der Ärzte – ständige Reform der reformierten AO – zu vermeiden, Bewährtes, wie z. B. die Integration von theoretischer und praktischer Ausbildung sowie die Verbindung von mündlicher und praktischer Prüfung, auf jeden Fall erhalten bleiben. Eine programmierte bzw. zentrale schriftliche Prüfung lehnen wir grundsätzlich ab. Eine Kollegialprüfung, z. B. im Fach Zahnerhaltungskunde, können wir uns demgegenüber aber gut vorstellen.

Bei der Novellierung der AO-Z muß eine Anpassung an die veränderten wissenschaftli-

chen und praktischen Anforderungen, die an den Zahnarzt heute gestellt werden, erfolgen und damit eine Verbesserung der Ausbildungsqualität angestrebt werden. Insbesondere hat eine Schwerpunktverlagerung von der kurativen zur präventiven Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde zu erfolgen. Neben der Schaffung neuer Unterrichts- und Prüfungsfächer verlangt diese Forderung das Überdenken der Lehrinhalte und der Gewichtung der herkömmlichen Fächer. Hierbei muß durch die AO-Z ein für alle Universitäten verbindliches Grundmuster vorgegeben werden, von einer zu starren Reglementierung ist aber abzusehen. Trotz aller wünschenswerten Freiheit in Lehre und Forschung muß eine gegenseitige Anerkennung von Unterrichtsveranstaltungen und von Scheinen durch die einzelnen Universitäten gewährleistet sein.

Die novellierte AO-Z muß darüber hinaus nicht nur den augenblicklichen Anforderungen gerecht werden, sie sollte auch ohne ständige Änderungen eine Anpassung an zukünftige Fortschritte in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde sicherstellen und den einzelnen Universitäten die Möglichkeit geben, Schwerpunkte in Lehre und Forschung zu setzen.

Jede Änderung der AO-Z muß sich an dem Ziel des Studiums – Ausbildung eines praxisfähigen Zahnarztes – orientieren. Deshalb hat schon frühzeitig eine Ausrichtung des Unterrichts auf zahnärztlich spezifische Belange zu erfolgen, ohne aber dabei das naturwissenschaftliche und medizinische Grundlagenwissen zu vernachlässigen. Dabei ist zu prüfen, in welchem Umfang gemeinsame Lehrveranstaltungen mit den Humanmedizinern aufrechterhalten werden können bzw. sollen. Eine gegenseitige Anerkennung von Lehrveranstaltungen der Studiengänge Humanmedizin und Zahnmedizin ist soweit möglich – ohne Diskriminierung – unseres Studienfaches anzustreben.

Praxisnahe Ausbildung erforderlich

Im Vordergrund, insbesondere des klinischen Studienabschnittes, hat ein auf breiter theoretischer, wissenschaftlicher Basis ruhender praxisnaher Unterricht zu stehen. Vor allem ist, neben dem Erlernen und Üben therapeutischer Maßnahmen, auf die Diagnostik und eine fächerübergreifende Behandlungsplanung großer Wert zu legen. Erstrebenswert sind auch sogenannte integrierte Kurse. Eine novellierte AO-Z sollte eine solche Unterrichtsform zumindest nicht ausschließen.

Da die therapeutischen Maßnahmen manuelle Fähigkeiten voraussetzen, ist eine entsprechende fachbezogene Schulung der Psychomotorik in vor dem klinischen Studienabschnitt liegenden, propädeutischen und Phantomkursen zu verlangen. In diesen Kursen sollte aber auch die Vermittlung eines zahntechnischen Grundlagenwissens, auf das nicht verzichtet werden kann, erfolgen. Nicht nur in den genannten Kursen, sondern auch durch andere Unterrichtsveranstaltungen, z. B. in präventiver Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, sind die Studenten schon in den ersten Semestern an die Belange der Klinik heranzuführen.

Eine strenge Trennung zwischen einem vorklinischen und einem klinischen Studienabschnitt darf es nicht geben. Unter dieser Prämisse ist auch die von uns befürwortete Aufteilung des Studiums in

- 4 „vorklinische“ Semester
- 2 „propädeutische“ Semester (mit den Lernzielen der Behandlungssimulation und der Vermittlung von allgemeinmedizinischen Lehrinhalten)
- 4 „klinische“ Semester

zu sehen. Es sollten vier Prüfungen durchgeführt werden:

1. Physikum Teil I nach dem 2. Semester
2. Physikum Teil II nach dem 4. Semester
3. Staatsexamen Teil I nach dem 6. Semester
4. Staatsexamen Teil II nach dem 10. Semester