

Medizinsoziologische Grundlagen zahnärztlicher Arbeitsbedingungen

Im folgenden Beitrag unternimmt ein Zahnmediziner den Versuch des Brückenschlages zwischen seinem Fach und der Medizinsoziologie. Der Autor meint, für eine fundierte Diskussion über die zahnärztliche Versorgung sollte der Versuch gewagt werden, die Merkmale der zahnärztlichen Berufsausübung zu beschreiben und die Faktoren zu untersuchen, welche die Verhaltensstruktur der zahnärztlichen Versorgung determinieren. Daher geht es dem Autor nicht um das Auffüllen weiterer Datenträger, sondern um Unterlagen für Aussagen über den Versorgungsbedarf. Die Redaktion

Oberarzt Dr. P. A. Ehrl

Der gesundheitspolitische Einsatz der zahnärztlichen Arbeitskraft geschieht weitgehend ohne die Analyse relevanter Daten. Es wird die Forderung aufgestellt, aufgrund analysierter Fakten die Diskussion über die Effizienz des Zahngesundheitssystems zu führen.

Hierfür werden die Grundprinzipien und Ansatzpunkte der Untersuchung des zahnärztlichen Versorgungssystems erläutert. Medizinsoziologische Begriffe werden auf den Bereich der Zahnmedizin angewandt und Zielbereiche einer medizinsoziologischen Forschung auf dem Gebiet der Zahnmedizin projiziert.

1. Zur Einleitung:

Probleme der zahnärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik

In der zunehmenden Diskussion um die soziale Sicherung der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland geriet zwangsläufig auch die zahnmedizinische Versorgung in das Kreuzfeuer der von Parteien, Gewerkschaften, Arbeitgeberverband und Berufsorganisationen der Zahnärzte geführten Auseinandersetzung.¹⁾

Die mehr oder weniger von ideologischen Betrachtungsweisen ausgehend, recht konträren Beiträge können sich dabei in nur geringem Umfang auf empirisch gewonnenes Material stützen (s. die Abschnitte 1.3.1 und 1.3.2). Der oft erfolgte Ruf nach einer sachlich geführten Diskussion kann aber nur durch eine empirisch begründete Analyse der in der Praxis bestehenden Strukturen und Interdependenzen und den sich daraus konkret ergebenden Fragestellungen erfüllt werden.²⁾ Denn nur die theoretische Interpretation und Weiterentwicklung einer sorgfältig durchgeführ-

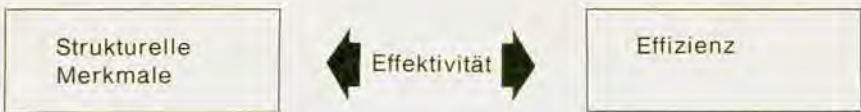
ten Analyse der bestehenden Verhältnisse hat Aussicht, als Verbesserung in der Praxis wieder realisiert zu werden.

Nur so sind wohl auch die Forderungen nach einer komplexen Planung des Gesundheitssystems sowie nach Beurteilungsmaßstäben für die Effektivitätskontrolle und wirksamen Steuerinstrumenten zu verstehen, um den Politikern, d.h. den Vertretern des Volkes, das Gesundheitssystem transparenter zu gestalten.³⁾ Die Beurteilung von Leistungen im Gesundheitswesen erscheint somit auf den ersten Blick als dringliches Vorhaben; man sollte jedoch dabei nicht die Grenzen übersehen, die einer solchen Evaluation durch die gegebenen Möglichkeiten gesteckt sind.⁴⁾

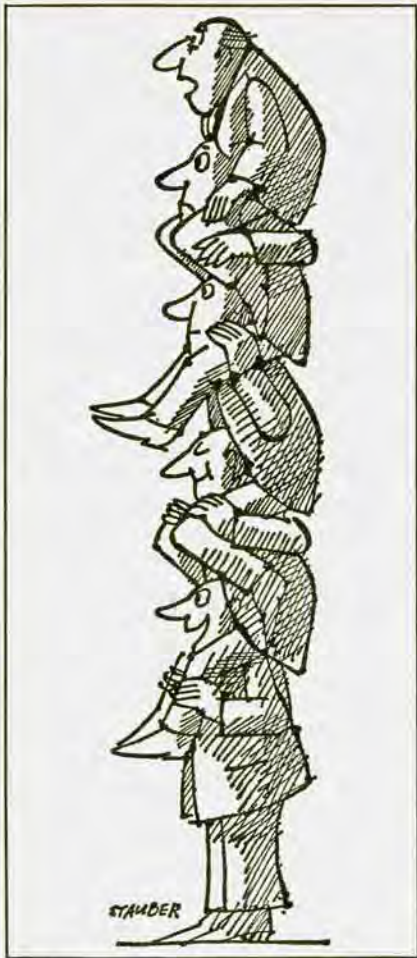
Bedingt durch die Tatsache, daß die Sicherstellung der zahnmedizinischen Versorgung der Zahnärzteschaft als Berufsgruppe übertragen wurde⁵⁾, sind die Zahnärzte als Profession Adressat der vorgetragenen Kritik oder des Lobes. Die Zahnärzteschaft als verantwortlicher Träger ihrer eigenen Sozialfunktion⁶⁾ steht damit selbst im Mittelpunkt einer Systemanalyse der von ihr geleisteten Versorgung. Denn sie hat die Möglichkeit und nimmt diese zu einem erheblichen Teil wahr, ihre Aufgaben selbst zu definieren und in ihren Verhaltensweisen zu realisieren. Es ist anzunehmen, daß sich die Argumentation der Zahnärzte auf Erfahrungen stützt, die in der täglichen Berufspraxis gemacht werden. Es erscheint daher interessant, die Faktoren und ihre Abhängigkeiten zu untersuchen, die die Arbeitssituation der Zahnärzte kennzeichnen; mit dem Ziel, negative Einflüsse aufzudecken und den Verantwortlichen zu ermöglichen, die daraus folgenden Konsequenzen zu ziehen. Letztes und wichtigstes Korrigens ist dabei immer eine für die Bevölkerung optimale zahnärztliche Versorgung.

2. Die Untersuchungsbereiche des zahnärztlichen Versorgungssystems⁷⁾

In einem Versorgungssystem kann man zunächst drei Untersuchungsbereiche unterscheiden: die strukturellen Merkmale (unabhängige Variable), die Effektivität (abhängige Variable) und die Effizienz (vermittelnde Variable).



Die dargestellte Abhängigkeit ist nicht die einzige, die die drei Faktoren beeinflusst. Faktoren, die von außen auf das System einwirken können, werden nur in ihrer Erscheinung erfaßt, der kausale Zusammenhang bleibt unberücksichtigt. Diese Betrachtungsweise genügt jedoch, ein solches System zu veranschaulichen.



Je höher der Standpunkt, um so beklammernder die Sicht!
Nebelspalter/Schweiz

Zwei weitere Faktoren, die zur Evaluation eines Versorgungssystems beitragen können, sind die Zulänglichkeit (adequacy) und die Angemessenheit (appropriateness).

Die einzelnen Faktoren sind zum besseren Verständnis im folgenden erläutert:

2.1 Strukturelle Merkmale (structural variables, unabhängige Variable).

Der Begriff „strukturelle Variable“ meint die vorgegebenen und institutionalisierten Merkmale des Systems; das sind die Zahl und Organisation der in dem System arbeitenden Personen (Zahnärzte, Helferrinnen, Zahntechniker etc.), Art und Organisation des Arbeitsbereiches (Praxisorganisation, Kontrolle, Zeitaufwand, von den Personen ausgeübte Funktionen, Art der Bezahlung, Zugänglichkeit für den Patienten) und die Einstellung der Verbraucher zu der angebotenen Dienstleistung (Gesundheitsverhalten, Erwartungen an das und Vertrauen zu dem System etc.).

2.2 Effektivität (effectiveness, abhängige Variable).

Unter Effektivität versteht man den Grad zu dem das angestrebte Ziel (Mundgesundheit der Bevölkerung) erreicht wurde. Indikatoren für die Effektivität sind weiterhin die tatsächliche Ausnutzung des angebotenen Organisationssystems (Anzahl und Qualität der ausgeführten zahnärztlichen Behandlungen), sowie andere Aufwendungen und Verhaltensmuster, die die Effektivität beeinflussen.

2.3 Effizienz (efficiency, vermittelnde Variable).

Die Effizienz stellt die verwendeten ökonomischen und nichtökonomischen Mittel der geleisteten Arbeit (input-output), also die unabhängige Variable der abhängigen gegenüber. Die wichtigsten Mittel sind dabei Zeit, geleistete Arbeit und Kosten, bezogen auf zahnärztliches Personal und die das Versorgungssystem in Anspruch nehmende Bevölkerung. Die „ökonomische Effizienz“ vergleicht nur die Kosten mit der Produktivität.

2.4 Weitere Bewertungsmaßstäbe.

Unter der Zulänglichkeit (adequacy) eines Systems versteht man die Gegenüberstellung der tatsächlich geleisteten und der angestrebten Versorgung, insbesondere der versorgte Bevölkerungsanteil zur Gesamtpopulation (coverage).

Der Begriff „Angemessenheit“ (appropriateness) bezieht sich auf den Planungsprozeß des Systems und beurteilt, ob die getroffenen Entscheidungen zur Erreichung des angestrebten Zieles unter den gegebenen Verhältnissen die besten waren.

Um nicht vermessen zu erscheinen, soll hier bereits bemerkt werden, daß die „unlösbare Gleichung der medizinischen Versorgung“, die zugleich die Wünsche der Verbraucher, die Bedürfnisse der Berufsinhaber und die Ressourcen des Staates berücksichtigen muß⁸⁾, hier nicht gelöst werden kann. Auch soll an dieser Stelle schon vor einer allzustarrenden Betrachtung von Gesundheitssystemen gewarnt werden. Anderson, W. nennt zwei „elastische Elemente“, die den Kern eines Gesundheitssystems ausmachen: Zum einen die Elastizität des Begriffes Krankheit und die Beachtung, die man ihm schenkt, zu anderem das notwendige freie Urteil und die Autorität des Arztes, des „Hüters des Systems“.⁹⁾

3. Zahnmedizin als Feld soziologischer Forschung

Der folgende Abschnitt behandelt die Entwicklung und die Bedeutung der soziologischen Forschung auf dem Gebiet der Zahnmedizin.

3.1 Bisherige soziologische Forschung auf dem Gebiet der Zahnmedizin in der Bundesrepublik Deutschland

Eine spezielle „Soziologie der Zahnmedizin“ gibt es nicht. Dies überrascht nicht, da selbst die Soziologie der Medizin in der Bundesrepublik ein junger Fachbereich ist und man sich zudem vorstellen kann, daß soziologische Probleme der Zahnmedizin innerhalb dieses Bereiches behandelt werden. Letzteres ist jedoch nur bedingt der Fall, und die wenigen bisher durchgeführten empirischen Untersuchungen, die sich mit Eigen- und Fremdbild, mit Ansehen und mit Bezugsgruppenproblemen der Zahnärzte beschäftigen, kommen nicht aus dem Bereich der Medizin.¹⁰⁾ Aufgrund dieser geringen Anzahl vorliegender Untersuchungen, die nur auf Teilgebiete des soziologischen zahnmedizinischen Problemkreises eingehen, muß man die Fest-

stellung treffen, daß eine empirische Sozialforschung für zahnmedizinische Belange auch unter Heranziehung hierfür zutreffender Untersuchungen in der Bundesrepublik nicht existiert.

Es könnte dabei nur von Vorteil für die zur Zeit mit Härte geführte gesundheitspolitische Diskussion sein, wenn man empirisch gewonnene Daten zur Grundlage machen würde. Die vielen Artikel, die in den Publikationen der zahnmedizinischen Fachpresse hierzu Stellung nehmen¹¹⁾, aber auch die wachsende Zahl der nicht-fachspezifischen Schriften zu diesem Thema, könnten einen höheren Grad der Objektivität erreichen, der es eher ermöglichte, zu realisierbaren Schlüsseln zu kommen. In einem politischen System, das seine sozialen Verpflichtungen ernstnimmt, ist es heute „nicht mehr zu verantworten, gesundheitspolitische Entscheidungen ohne vorherige wissenschaftliche Abklärung zu treffen.“¹²⁾ ¹³⁾

3.2 Soziologie in der Zahnmedizin: Internationale Ansätze.

Auch die internationale soziologische Literatur, die die Zahnmedizin zum Thema hat, muß sich eben genannten Vorwurf gefallen lassen. So schreiben Richards, N.B. und Cohen, L.K. in der Einleitung des von ihnen herausgegebenen, wohl ersten umfassenderen sozial-zahnmedizinischen Buches: „Much of what for social science consists of arm-chair philosophy and of statements of subjective and personal beliefs, which owe very little to scientific or objective methods.“¹⁴⁾

Die beiden Autoren schlagen deshalb vor, nur solche Untersuchungen zu berücksichtigen, die auf empirische Daten beziehen oder die sozialwissenschaftliche Theorie oder Technik anwenden.¹⁵⁾ Hält man diese Kriterien streng ein, so schrumpft auch die internationale sozial-zahnmedizinische Literatur zu wenigen relevanten Arbeiten zusammen¹⁶⁾. Besondere Erwähnung verdienen hier die Anstrengungen der FDI (Fédération Dentaire Internationale), die schon während mehrerer Veranstaltungen (z.B. 1966 Tel Aviv, 1968 Varna, 1969 New York, 1974 London) sich mit diesem Thema beschäftigte und Publikationen unterstützte, sowie die Arbeiten der WHO (Weltgesundheitsorganisation)¹⁷⁾, die schließlich zu einer

Studie führten, die im internationalen Vergleich verschiedener Gesundheitssysteme vor allem epidemiologische, aber auch sozialmedizinische Fragestellungen untersuchte. Ebenso genannt sein sollen die 1973 von der ADA (American Dental Association) edierten abstracts „Advances in socio-dental research“¹⁸⁾ und die Artikel sowie die ausführliche Bibliography der Schrift „Towards a sociology in dentistry.“

Interessant erscheint auch die von der ADA in dreijährigen Abständen durchgeführte Fragebogenaktion „Survey of dental practice“, die es erlaubt, objektive Rückschlüsse auf Entwicklungstendenzen zu ziehen²⁰⁾. Leider ergeben sich Zweifel hinsichtlich der Repräsentativität der Daten, da selbst die höchste erreichte Antwort-Rate nur 26 Prozent betrug (1968)²¹⁾. Ähnliche Umfragen unter den Zahnärzten wurden auch in Kanada in periodischen Abständen von der CDA (Canadian Dental Association) durchgeführt, die zwar ein höheres Echo als in den USA fanden (bis über 40 Prozent), die aber leider ebenso noch nicht als repräsentativ betrachtet werden können.²²⁾

An dieser Stelle stellt sich die Frage nach vergleichenden Untersuchungen zwischen den Mitgliedsstaaten der EG, die ja eine wechselseitige Anerkennung akademischer Diplome und die freie Wahl des Arbeitsplatzes im EG-Raum regelt (Artikel 55 — 66 der Römischen Verträge). Die kurzen, bisher durchgeführten Untersuchungen²³⁾ lassen bereits heute erhebliche Schwierigkeiten bei den geplanten Angleichungen erwarten, die in den nationalen Unterschieden der zahnärztlichen Versorgung begründet sind²⁴⁾. Gründliche Forschung wäre auf diesem Gebiet nur zu wünschen. Wenn auch die meisten sozialwissenschaftlichen Daten zur Zahnmedizin aus anderen Ländern, insbesondere Nordamerika, kommen, so erlaubt eine sorgfältige Interpretation jener Forschungsergebnisse, die unabhängig von den jeweils system-spezifischen Merkmalen sind, dennoch eine Anwendung in der BRD²⁵⁾.

3.3 Die sozialmedizinische und medizinsoziologische Forschung und ihre Bedeutung für die Zahnmedizin.

3.3.1 Unterschiede und Gemeinsamkeiten der Allgemeinmedizin und der Zahnmedizin ²⁶⁾.

Auf den ersten Blick könnte man annehmen, daß die berufliche Situation der Allgemeinmediziner und der Zahnmediziner die gleiche ist, da sie vom gleichen Gesundheitssystem beeinflußt und bestimmt wird ²⁷⁾. Man sollte jedoch vor einer unreflektierten Anwendung allgemeinmedizinischer Erkenntnisse im zahnmedizinischen Bereich warnen, sobald sie einen der folgenden Bereiche tangieren, die die beiden beruflichen Situationen in verschiedener Weise kennzeichnen:

a) Die Zahnärzteschaft kann als eigenständige Profession im medizinischen Sektor bezeichnet werden. Schon zahlenmäßig sind die Zahnärzte eine relativ große Gruppe (31774 Zahnärzte kommen auf 118726 Ärzte, 1975) ²⁸⁾, die zudem in einer eigenen Standesorganisation und deren Politik ihre Eigenständigkeit demonstriert ²⁹⁾. Dies macht sich z.B. bemerkbar bei den von Ärzten und Zahnärzten jeweils selbständig und unterschiedlich geführten Verhandlungen mit den Krankenkassen. Diese Eigenständigkeit beruht z.T. auch darauf, daß die Gruppe der Zahnärzte homogener ist als diejenige der Ärzte, da 95 Prozent der Zahnärzteschaft, jedoch nur 54 Prozent der Ärzte in der freien Praxis tätig sind ³⁰⁾ und innerhalb der Ärzteschaft noch zusätzlich eine Vielzahl von Positionen (Fachärzte, Krankenhaushierarchie) existiert ³¹⁾.

b) Im ökonomischen Bereich unterscheidet sich der Zahnarztberuf von dem des Arztes insofern, als die Pharmazeutische Industrie eine wesentlich geringere Rolle spielt. Bedeutend wird hier der Einfluß der Dentalindustrie, die durch ständige technische Innovationen direkten Einfluß auf die Behandlungsmethode, die „Produktivität“ und somit letztlich das Zahnarzt-Patient-Verhältnis hat ³²⁾. Ein weiteres Unterscheidungsmerkmal ist die für den Zahnarzt enge Kooperation mit den Zahntechnischen Laboratorien, ein Einfluß, den es in dieser Art für den Arzt nicht gibt ³³⁾.

c) Nicht zuletzt sollte bei der Beurteilung des Zahnarztberufes die Spezifität der von ihm verrichteten Tätigkeit berücksichtigt werden. Bei

der fachärztlichen Konzentrierung nur auf den Zahn-, Mund- und Kieferbereich muß man zum einen die psychologischen Komponenten, die diesem Körperbereich spezifisch anhaften ³⁴⁾, zum anderen die Wichtigkeit, die den Krankheiten dieses Bereiches insgesamt beigemessen wird, beachten ³⁵⁾. Diese beiden Faktoren sind Ursache bestimmter Attitüden und Einstellungen bei der Bevölkerung und den Zahnärzten und bestimmen somit die Berufssituation mit.

einen weiteren Gesichtspunkt finden, da dieser Beruf zunächst aus dem außermedizinischen Bereich kam, lange Zeit eigenständig war und erst in diesem Jahrhundert immer mehr mit der Medizin verwachsen ist, während alle anderen Facharztberufe als Spezialdisziplinen aus der Gesamtmedizin hervorgingen ³⁸⁾.

Trotz der genannten Unterschiede zwischen den Berufen des Arztes und des Zahnarztes erscheint es legitim, die Ergebnisse



„Museumsreif“

Handelsblatt: Pielert

d) Eine weitere Besonderheit, die jedoch ständig an Bedeutung verliert, soll nicht unerwähnt bleiben. Innerhalb der Zahnärzteschaft besteht eine Inhomogenität insofern, als ein Teil (ca. 25 %) eine andere Ausbildung durchlaufen hat. Dies spielt für einige Verhaltensweisen und Einstellungen (soziale Herkunft, Terminbestellung, Zufriedenheit mit der Standesvertretung, Bezugsgruppe) ³⁶⁾ Eigenbild, Bindung an den Beruf, Außen- und Binnenkontakte, Leistungsorientierung ³⁷⁾ eine Rolle, während das Bild der Zahnärzteschaft in der Bevölkerung sich bereits auf eine einheitliche Gruppe bezieht.

Man muß sicherlich bei Fachärzten anderer Gebiete ebenso Besonderheiten betrachten, die jedoch m. E. bei weitem nicht zu einer solch speziell charakterisierten Berufssituation geführt haben. Die Situation des Zahnarztberufes kann hierbei in seiner historischen Entwicklung

der sozialmedizinischen Forschung im Bereich der Gesamtmedizin auf die Zahnmedizin anzuwenden, da es weitaus mehr Analogien als Unterschiede zwischen beiden Berufen gibt. Diese sind durch den medizinischen Auftrag als solchen und das einheitliche Gesundheitswesen bestimmt. Bei einer differenzierten Betrachtung zahnmedizinischer Belange sollte man sich jedoch immer die aufgeführten Unterschiede vor Augen halten, um nicht den Fehler einer oberflächlichen Pauschalbetrachtung zu begehen.

Der Hinweis auf die Allgemeinmedizin kann jedoch nicht als Entschuldigung dafür dienen, daß sozialmedizinisches Denken bisher kaum Eingang in die Zahnmedizin gefunden hat, was Schmidt, A. zu der sarkastischen Bemerkung veranlaßt hat: „Man gewinnt aus vielen Unterlagen den Eindruck, daß die Zahnärzteschaft gegenüber den gewiß nicht progressiv denkenden

Ärzten noch Jahrzehnte hinterher hinkt³⁹⁾."

3.3.2 Medizinsoziologie in der Zahnmedizin

Seit man erkannt hat, daß die Medizin nicht dazu da ist, „um einzelnen Leuten Gelegenheit zu einem Brotstudium geben, sondern um die öffentliche Gesundheitspflege möglich zu machen (Virchow), sollte es keine Frage mehr sein, daß die Institution eben jener Gesundheitspflege ihre Funktion derart ausführen können sollte, daß damit eine optimale Effektivität für die Bevölkerung erreicht wird. Wenn sich dennoch selbst in der Allgemeinmedizin diese Vorstellung lange nicht in ihrer ganzen Bedeutung durchsetzte, die ja in ihrer Konsequenz bedeutet, daß auch die bislang als Tabu betrachtete Arbeitswelt des Praktischen Arztes Gegenstand objektiver Untersuchung wird⁴⁰⁾, so konnte sich in der vergleichsweise kleineren, einheitlicheren⁴¹⁾ und nicht so sehr in der öffentlichen Kritik stehenden Profession der Zahnmedizin bis heute die Auffassung halten, daß es sich hier um eine Dienstleistung besonderer Art handelt, eine Kunst von nur individueller Bedeutung⁴²⁾.

Allerdings ist anzunehmen, daß dies bei weitem nicht mehr die vorherrschende Meinung ist und lediglich als Ausdruck „übersteigter Aktivitäten der zahnärztlichen Berufsvertretungen“ betrachtet werden kann⁴³⁾. Die Bemühungen um die Verbreitung der Auffassung, die Zahn- und Mundpflege als integrierten Bestandteil der allgemeinen Gesundheitspflege anzusehen, sind nicht zu verkennen, und es steht zu erwarten, daß bei den starken Anstrengungen der internationalen Zahnmedizin (hier ist vor allem die FDI zu nennen) um Integration schon bald die von der WHO in einer Studie über Planung und Evaluation von Zahngesundheitsdiensten formulierte Maxime unumstritten ist: „Priorities normally have to be made with a view to giving maximum benefit to the greatest possible number of people“⁴⁴⁾. Demgegenüber zeichnen sich jedoch auch die Grenzen des sozialen Leistungsvermögens ab.

Wie in der Allgemeinmedizin, so reicht auch in der Zahnmedizin diese rein funktionale Ansicht nicht

aus, die Arbeitswelt des Zahnarztes exakt zu beschreiben. Die „biologische Versachlichung der Medizin“ im Moment der ärztlichen Handlung fand ihre Widerpart in der Tendenz zu einer starken Mystifikation der Rolle des Arztes und somit der gesamten Berufsgruppe.⁴⁵⁾ Dieser im Arzt-Patient-Verhältnis sichtbar werdende Antagonismus zwischen den individuellen Bedürfnissen des Arztes und des Patienten einerseits und zwischen den Forderungen der Gesellschaft an beide andererseits führte zu einem Interaktionsprozeß, der sich in dem Rollenverhalten der Ärzte (Zahnärzte) und der Patienten manifestierte. Die Medizin konnte sich auf diese Weise zu einer Art Subkultur entwickeln⁴⁶⁾. Als Außenstehender hat man es somit beim Arztberuf mit einer „geschlossenen Gesellschaft, einem Geheimbund zu tun“⁴⁷⁾, um es etwas überspitzt auszudrücken. Die medizinische Sphäre enthält somit Irrationalismen, die sich aus der Sonderstellung des Arztes in seiner gesellschaftlich wichtigen funktionalen Bedeutung und der damit verbundenen Möglichkeit, in die Intimsphäre von Individuen einzudringen, ergeben. Diese Subkultur hat sich längst von der reinen Beeinflussung durch die Praxis der medizinischen Funktion verselbständigt und hat bestimmte Verhaltensnormen für den Arzt und den Patienten, der die Grenze zur medizinischen Kultur überschreitet, diktiert⁴⁸⁾. Dies erlaubt eine Betrachtung der Zahnmedizin als Profession, die im folgenden näher erläutert werden soll.

3.4 Die Zahnmedizin: Eine „klassische Profession“

3.4.1 Vorbemerkung

In dem Prozeß der zunehmenden Arbeitsteilung in der Menschheitsgeschichte kann man zwischen einer ökonomischen und sozialen Differenzierung unterscheiden. Diese zweigleisige Entwicklung, deren Komponenten sich nicht vollständig trennen lassen, führte im nichtökonomischen Bereich zu der Klassen- oder Ständebildung. Danach ist das Mitglied eines Standes „nicht mehr direkt, sondern über intermediäre Gruppen mit der Gesamtgesellschaft verbunden“⁴⁹⁾. Ein Stand isoliert also seine Mitglieder von der direkten Integration in die Gesellschaft, d. h., er kanalisiert sowohl

die Einflüsse, die von außen auf den Stand wirken, als auch die Interessen seiner einzelnen Mitglieder. Die Widersprüche, die zwischen den Interessen des einzelnen und der Gesellschaft auftreten, finden somit eine Organisation, die es erlaubt, eine größere Macht auszuüben, als es dem einzelnen möglich wäre⁵¹⁾. Diese Macht kann um so größer werden, je bedeutender die soziale Funktion des Standes ist (Prestige). Ständisch bedeutet daher „Inanspruchnahme von Privilegien“⁵²⁾. Auch die Ärzteschaft bedient sich dieser Möglichkeit, was seinen Ausdruck findet in der Bundesärztereordnung von 1961: Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe. Diese Formulierung, die den Arztberuf der üblichen sozialen Interaktion entzieht, gestattet die Etablierung besonderer Rechte, verpflichtet aber auch zur besonders gewissenhaften Erfüllung des sozialen Auftrages. Die fortschreitende Spezialisierung und technisch bedingte Interdependenz der verschiedenen Gesellschaftsgruppen führte zur Entwicklung genauer charakterisierbarer Organisationsformen der Berufe, die sich mit dem Begriff der Profession beschreiben lassen:

3.4.2 Der Begriff der Profession

Professionen sind Berufe, deren Vertreter über Spezialwissen verfügen, das zur Erfüllung einer wichtigen sozialen Funktion dient. Von verschiedenen Autoren wurden vielfältige Kennzeichen einer Profession beschrieben⁵³⁾, die im folgenden kurz aufgezählt werden:

- a) Die Inhaber einer professionalisierten Berufsposition verrichten eine sozial wichtige Tätigkeit. Hiermit verbunden ist ein hohes soziales Ansehen.
- b) Professionen haben formale Berufsorganisationen, in denen die Kollegen partnerschaftlich und egalitär kommunizieren. Das Verhalten des einzelnen orientiert sich an den Kollegen. Die Berufsorganisation vertritt die Berufsangehörigen nach außen, bestimmt die Verhaltensnormen und schafft ein Bewußtsein der Zugehörigkeit (Solidarität).
- c) Das Monopol der Berufsausübung ist gesetzlich abgesichert. Die Konkurrenz ist eingeschränkt.
- d) Es existieren für die Berufsangehörigen verbindlich ethische Werte.

Die Tätigkeit wird Ziel an sich, das Berufsziel wird zum Lebensziel. Die ethischen Werte gehen in die Verhaltensnormen ein mit der Funktion, die Öffentlichkeit davon zu überzeugen, daß die Berufsangehörigen den angebotenen Dienst nicht nur kompetent, sondern auch ehrenhaft leisten (Carr-Saunders u. a.).

e) Die Berufsausübung hat ein ausgedehntes theoretisches Wissen zur Basis.

f) Der Zugang zum Beruf wird kontrolliert. Die Ausbildungswege sind institutionalisiert und die Karriere ist stabil.

2 4.3 Zahnmedizin als Profession

Wendet man eben genannte Kriterien für eine Profession auf die Zahnärzte an, so wird man leicht feststellen, daß sie alle zutreffen. So nennt Wardwell die Zahnärzteschaft als „the best established of the groups of independent health practitioners in terms of standards of professional training and requirements for licensure“⁵⁴⁾.

Die Zahnärzte besitzen eine Berufsorganisation (Zahnärztekammern mit ihrem Zusammenschluß auf Bundesebene: BDZ) bei der die Mitgliedschaft aller Zahnärzte obligatorisch ist. Das Monopol der Berufsausübung ist durch den Stellungsauftrag der RVO gesichert. Der Konkurrenzkampf ist durch die Untersagung der Werbung und bestimmte Verhaltensnormen⁵⁵⁾ eingeschränkt. In der Zahnmedizin gelten die hohen ethischen Anforderungen der Medizin im allgemeinen, die berufliche Tätigkeit ist durch wissenschaftliche Forschung fundiert, und der Zugang zum Beruf ist durch eine universitäre Ausbildung institutionalisiert. Die Bedeutung der Zahnmedizin als Beitrag zur Volksgesundheit ist anerkannt und das Ansehen entspricht dem anderer Professionen⁵⁶⁾.

Auch bei den zahnärztlichen Hilfsberufen ist eine Entwicklung zur Professionalisierung zu erkennen. Der WHO-Report of the expert committee on auxiliary dental personnel⁵⁷⁾ unterscheidet fünf Stufen:

1. die undifferenzierte Beschäftigung, bei der Dienste zufälligerweise ausgeübt werden;
2. die differenzierte Beschäftigung,

bei der durch Überlieferung ausgebildete Praktiker ohne administrative Restriktionen arbeiten;

3. die anfängliche Professionalisierung, bei der formelle Kurse bestehen, um Praktiker auszubilden, die organisiert und legislativ geschützt sind;

4. die intermediäre Professionalisation, bei der neben anderen Neuerungen die Einführung von Hilfskräften eingeführt wird;

5. die fortgeschrittene Professionalisierung, bei der neue Arten von Hilfskräften, z. B. die Zahnmedizinische Fachhelferin, erscheinen.

3.4.4 Exkurs: Freier Beruf, freie Praxis

Wie bereits erwähnt, üben 95 Prozent der Zahnärzte ihren Beruf in der freien Praxis aus. Dies erlaubt eine Betrachtung der Zahnmedizin insgesamt als Freien Beruf. Wie aus zahlreichen Publikationen in den Fachzeitschriften hervorgeht, identifizieren sich die Zahnärzte mit diesem Begriff des Freien Berufes. Auf den Begriff „Freier Beruf“ lassen sich die Kriterien für eine Profession anwenden, wichtigstes Moment wird hier jedoch die Eigenverantwortlichkeit bei der Berufsausübung und die Unabhängigkeit von anderen gesellschaftlichen Gruppierungen. Die Freien Berufe sind in einem Bundesverband zusammengeschlossen und vertreten gemeinsam ihre Interessen: „Jede Einschränkung freiberuflicher Entscheidungsfreiheit bedeutet zugleich eine Einschränkung des Freiheitsraumes eines jeden einzelnen in unserer Gesellschaft. Dieser ist zur Erhaltung und Erhaltung seines Freiheitsraumes allein und auf sich gestellt nicht mehr in der Lage; er bedarf dazu der Hilfe innerlich unabhängiger und nur ihrem Wissen und Gewissen verpflichteter Freier Berufe“⁵⁸⁾.

Somit ist es für die Freien Berufe „unerlässlich, ihre Aufgaben und Funktionen sowie ihre gesellschaftliche Stellung ... zu überprüfen“⁵⁹⁾, was in unserem Falle beispielsweise in der von BDZ und FVDZ initiierten Untersuchung über Eigen- und Fremdbild der Zahnärzte seinen Ausdruck findet. Diese Freiheit, die die Gesellschaft einer solchen Profession als Gesamtheit gewährt, gilt auch für die einzelnen Berufsmglieder innerhalb der Berufsgruppen

pe; d. h. die Berufsausübung des Zahnarztes trägt recht individualistische Züge: „...the individual practice varies by philosophy of the dentist, income classes served, geographic region, population density, age of dentist, availability and quality of auxiliaries, and a myriad of other variables“⁶⁰⁾.

Dies erschwert die Definition einer „typischen zahnmedizinischen Praxis“. Eine interessante Kategorisierung geht auf Hall zurück⁶¹⁾, welcher zahnärztliche Praxen unterscheidet, die auf die Profession als solche, auf die Praxis als Unternehmen oder auf das Wohlergehen des Klientel hin organisiert sind, sowie solche Praxistypen, die nach mehreren dieser Muster organisiert oder die desorganisiert sind⁶²⁾. Diese, wie auch andere Einteilungsversuche sind m. E. zu vage und zu theoretisch, da sie nicht auf empirisch gewonnenen Daten basieren, und können nur als kleine Hilfe bei der Diskussion dienen.

Die Freiheit eines Berufes ist jedoch nicht ohne den gesellschaftlichen Rahmen zu denken, in dem sie sich bewegt und durch den sie zugleich ihre Einschränkung findet. Lütz beschreibt dies so: „Auch in demokratischen Gesellschaften impliziert der exklusive Charakter, der einen Beruf als Besonderes nimmt und heraushebt, repräsentative Momente, die dasjenige, was geschützt werden soll, eliminieren: nämlich das autonome freiheitliche Leben dieses Berufes“⁶³⁾. Die Kontrollmechanismen der institutionalisierten ambulanten zahnärztlichen Versorgung sind dabei in bemerkenswertem Maße informeller Art⁶⁴⁾. Pflanz, M. beschreibt drei Einflußmomente, denen die Arztpraxis ausgesetzt ist: die Auffassung der Medizin, das Laiensystem und das gesellschaftliche Interesse⁶⁵⁾; Freidson, E. will eine Vielzahl organisierter Beziehungen erwähnt wissen, insbesondere die Kontrolle durch die Patienten und die Kollegen⁶⁶⁾ 67). M. E. sollten in diesem Zusammenhang betriebswirtschaftliche Faktoren, die die Arztpraxis beeinflussen, hier nicht vergessen werden (s. Kap. 1.4).

Die freie Praxis ist also gar nicht so frei. Zudem birgt jene Freiheit Gefahren bei der Institutionalisierung der Praxis. „Interestingly enough, also solo-practice may be the ideologically preferred form of practice — because of its autonomy

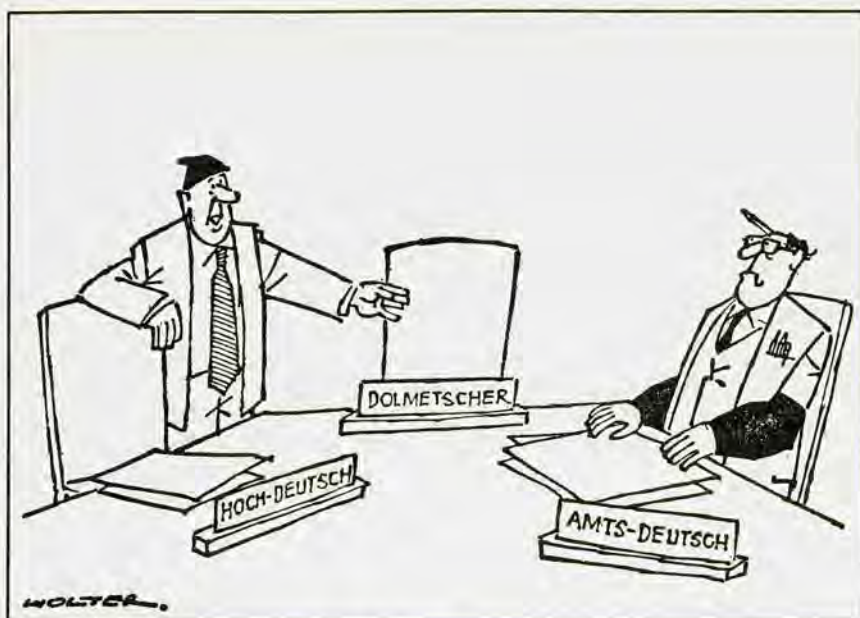
and independence — it ist also the most unstable form of practice“⁶⁸⁾. Dies führte zu Überlegungen, welche Organisationsform der Arztpraxis der Funktion der medizinischen Versorgung der Bevölkerung angemessen ist. So konnte Hughes, E.C. für andere Berufe zeigen, daß der im Rahmen organisierter Institutionen arbeitende Vertreter eines Freien Berufes unabhängiger ist als der freiberuflich Tätige⁶⁹⁾. Verschiedene Arbeiten (Hall, O., 1948; Freidson, E., 1960; Blau, P.M. und Scott, W.R., 1962; Wilensky, H.L. 1964) stützen die These, daß die freie Praxis keineswegs von vornherein als die dem Professionalismus günstigste Organisationsform anzusehen ist⁷⁰⁾. Diese Autoren schlagen deshalb eine Dienstleistungsorganisation vor, so wie auch Parsons, P. in „rationalem Sinne“ ein „formelles Disziplinarsystem“ für angemessener hält.

In diesem Zusammenhang möchte ich auch auf eine Bevölkerungsbefragung in Schweden hinweisen, wo in den dortigen privaten Zahnpraxen und Volkszahnpraxen nebeneinander die beiden erwähnten Organisationsformen bestehen⁷¹⁾. Diese Untersuchung konnte vor allem eine größere Behandlungskapazität der Privatpraxen aufzeigen.

Die Frage, welche Organisationsform für die zahnärztliche Praxis die beste ist, kann hier nicht zu Ende diskutiert oder sogar entschieden werden. Die erwähnten Ansätze liefern nur Teilaspekte dieses letzten Endes politischen Problems. Die politischen Konsequenzen der freien Praxis spielen jedoch auch für die Berufsausübung eine eminente Rolle.

4. Zielsetzung

Für eine fundierte Diskussion um die Problematik der zahnmedizinischen Versorgung sollte versucht werden, die Merkmale der zahnärztlichen Berufsausübung darzustellen und Faktoren zu untersuchen, die als Determinanten für Verhaltensstrukturen bei der zahnärztlichen Versorgung auftreten. M.E. wurde die Funktion der zahnärztlichen Berufspraxis und ihrer Binnen- und Außenabhängigkeiten für eine effiziente Versorgung der Bevölkerung bisher unterschätzt, da letztlich die Praxis der Ort ist, wo der medizinische Auftrag in einer ärztlichen Handlung realisiert wird,



„Noch nix fang an! Nix komplett, nix dritter Mann! Du versteh?“

Wolter/„Der Steuerzahler“

„die Nahtstelle der Anwendung aller wissenschaftlich-medizinischen Erkenntnisse für die Gesundheit des einzelnen.“⁷²⁾. „Scientists do more than discover principles and practitioners do more than merely apply them“. Es sind die Fertigkeiten im weiteren Sinne — darunter versteht man „bestimmte Anforderungen an die technische Kompetenz und an die Wertorientierung“⁷⁴⁾ —, die auf Quantität und Qualität der medizinischen Leistung den terminalen Einfluß nehmen. Daheim unterscheidet weiterhin die funktionalen Fertigkeiten von den extrafunktionalen. Die funktionalen Fertigkeiten oder „die rein technischen Anforderungen des Arbeitsprozesses“⁷⁵⁾ können beim Zahnarztberuf als diejenigen Faktoren bezeichnet werden, die direkt auf den Behandlungsvorgang Einfluß nehmen. Es sind dies die persönliche Fertigkeit des Zahnarztes, die zahnmedizinisch-technische Apparatur sowie die Beteiligung der für den Arbeitsprozeß zusätzlich erforderlichen Personen.

Die extrafunktionalen Fertigkeiten oder „die Bedingungen für die erfolgreiche Ausführung der Arbeitsprozesse“⁷⁶⁾ meinen jene Faktoren, die als äußerer Rahmen den Behandlungsvorgang überhaupt erst ermöglichen oder zumindest beeinflussen. Für die zahnärztliche Praxis sind das der organisationelle Rahmen der Praxis, die zahnmedizinische Aus- und Weiterbildung,

die fachlichen Einflüsse und Beziehungen über die Praxis hinaus, der ökonomische und politische Hintergrund sowie der private Freiraum des Zahnarztes.

Daß der Arbeitsprozeß in der zahnärztlichen Praxis vom Patienten mitbestimmt wird, steht außer Zweifel. Dieses Verhalten des Patienten soll jedoch hier nicht Gegenstand der Diskussion sein, da dies den Rahmen dieser Erörterung sprengt, d.h. auf das Feld des Gesundheitsverhaltens im Rahmen seiner weitgesteckten sozialen Abhängigkeiten und Unterschiede führt⁷⁷⁾. Es soll hier auf die Dominanz des zahnärztlichen Einflusses hingewiesen werden, denn über den Behandlungsverlauf entscheidet „nicht in erster Linie das Gespräch des Zahnarztes mit dem Patienten, sondern der Zahnarzt hat dies zu bestimmen und legt Art und Umfang der Behandlung fest“⁷⁸⁾, wozu er ja auch die rechtliche Handhabe hat⁷⁹⁾, wenn man einmal davon absieht, daß der Zahnarzt bei der Planung der prothetischen Versorgung von der finanziellen Situation seines Patienten ausgehen muß. Der Zahnarzt als Repräsentant und Abhängiger des Gesundheitssystems und seiner spezifischen Arbeitsorganisation setzt weitgehend den Rahmen für die Realisierung seines Heilungsauftrages. Daran wird auch die von einigen Autoren erwartete Emanzipierung des Patienten⁸⁰⁾ nur insö-

fern etwas ändern, als die Arztrolle zwar „teilweise durch die Erwartungen des Patienten definiert wird“⁸¹⁾, die umgekehrte Beeinflussung aber überwiegt, da der Patient immer gezwungen sein wird, sich dem Arzt bzw. dessen Spezialistenwissen anzuvertrauen⁸²⁾. Eine stärkere Einflußnahme des Patienten auf das Arzt-Patient-Verhältnis setzt eine Kenntnis davon voraus, was verantwortet werden soll, nämlich die Krankheit. Eben diese Kenntnis besitzt der Patient jedoch nicht, auch wenn sein Verständnis für Krankheiten durch eine Vielzahl populärwissenschaftlicher Arbeiten verstärkt wird⁸³⁾. Die Forderung Mc Cloy's, daß das Sozialverhalten der Empfängergruppe immer die Form der Kommunikation bestimmt⁸⁴⁾, muß im Zusammenhang mit der Informiertheit dieser Gruppe gesehen werden, die zu verbessern ein wünschenswertes Ziel ist. Man mag also Wilson zustimmen, wenn er sagt: „The patient originates the relationship and has a greater or lesser voice in its course and termination, but the practitioner has a nearly exclusive monopoly of psychological and social leverage. Thus on balance the practitioner has more to do with defining the patient's role than vice versa“⁸⁵⁾. Pflanz, M. wies zudem darauf hin, daß das Angebot an medizinischer Versorgung sogar das Gesundheitsverhalten beeinflusst⁸⁶⁾, umgekehrt aber der Bedarf an medizinischer Hilfe nicht unbedingt die Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe zur Folge hat⁸⁷⁾. Da das Arzt-Patient-Verhältnis auf normativen Erwartungen und Verhaltensansprüchen der Partner aneinander beruht und den Partner gewisse Verhaltensvorschriften auferlegt, entspricht es dem soziologischen Begriff einer Institution⁸⁸⁾. Parsons, T. geht soweit zu sagen, „daß die Institutionalisierung des Krankseins in Form der Krankenrolle einen Komplex jener Bedingungen darstellt, die es dem Arzt ermöglichen, seine Kenntnisse und Fähigkeiten anzuwenden“⁸⁹⁾. M. E. werden jedoch bei dieser Betrachtungsweise die Persönlichkeitsstruktur und die Individualität der Bedürfnisse des Patienten übersehen. Auch muß man hier den langen und prägenden Sozialisationsprozeß betrachten, währenddessen sich der werdende Zahnarzt Wissen, Fertigkeit und Dispositionen in den beiden dominanten Gebieten

von Verhalten und Werten aneignet⁹⁰⁾. Die Vorstellungen, vor allem im Bereiche der Werte, beeinflussen bereits die Rekrutierung der zukünftigen Zahnmedizinstudenten⁹¹⁾. Die starke professionelle Bindung, gestützt durch die Berufspolitik, die Fortbildungsveranstaltungen, Kongresse und wissenschaftliche Vereinigungen, setzt die Sozialisation der ausgebildeten Zahnärzte im Berufsleben fort. Der Zahnarzt wird also in besonderem Maße einer nahezu lebenslangen Prägung für sein Rollenverhalten unterworfen, für eine Lebensform, „die zum größten Teil von der Medizin erst kreiert wurde, um ihre Hilfe an den Kranken heranzutragen zu können und ihr die größtmögliche Wirksamkeit zu sichern“⁹²⁾. Während die medizinische Sphäre also für den aktiven Teil der Bevölkerung einen Sektor bildet, ist sie für den passiven eine Phase⁹³⁾.

Wie alle anderen Berufe einer Gesellschaft, so ist auch die Zahnmedizin nicht unabhängig von den gesellschaftlichen Grundstrukturen zu denken.

Rohde, J.J. und Rohde-Dachser, C. beschreiben drei konkrete Systemebenen im beruflichen Bereich:

1. der berufliche Bereich als funktionaler Teilbereich der Gesamtgesellschaft selbst.
2. Die Arbeitsorganisation als Subsystem des Berufssystems und
3. der Arbeitsplatz als Subsystem der Arbeitsorganisation bzw. als Subsystem des beruflichen Bereiches⁹⁴⁾.

Kimmel, K. schlägt eine gröbere, jedoch weiterreichende Einteilung der Systemebenen vor, die sich auf den zahnmedizinischen Sektor beschränkt: im internationalen Bereich nennt er die Ebenen Weltgesundheitswesen, zahnmedizinische Fachwelt und zahnmedizinische Versorgung, die sich im nationalen Sektor im zahnmedizinischen Versorgungssystem, der zahnärztlichen Praxis, dem Zahnarzt und schließlich dem Patienten fortsetzen⁹⁵⁾. Lüth, P. erwähnt als übergreifendes System der Allgemeinpraxis das der sozialen Sicherheit und leitet aus diesem Zusammenhang eine Störanfälligkeit der Praxis ab⁹⁶⁾. Wenn auch die Sozialpolitik den Rahmen steckt, innerhalb dessen der Zahnarzt arbeitet⁹⁷⁾, so darf man nicht übersehen, daß der Zahnarzt in seiner Berufs-

ausübung (Rezepte, Krankmeldungen, Anwendung neuer Therapien etc.) und über seine Berufsvertretungen Einfluß auf die Sozialpolitik nimmt⁹⁸⁾. Wenn Cabanis einmal ganz kategorisch gesagt hat: „Les maladies dépendent des erreurs de la société“, so mag das übertrieben gewesen sein, es weist uns jedoch darauf hin, daß medizinische Probleme auch gesellschaftlicher oder sozialpolitischer Lösungen bedürfen. In einem System wie dem unserer Bundesrepublik muß es zwangsläufig zu Unvereinbarkeiten zwischen den ärztlichen Maximen „Uneigennützigkeit“ sowie „Hilfsbereitschaft“ und den ökonomischen Prinzipien der Umwelt kommen⁹⁹⁾. „Der Arzt wurde in das kapitalistische System des — möglichst ertragreichen — Verkaufs seiner Leistungen einbezogen“¹⁰⁰⁾ und „steht nicht die Frage der Gewinnerzielung im Vordergrund, so doch die der sparsamsten Mittelanwendung, um den Betrieb rentabel zu machen“¹⁰¹⁾. Der Tatbestand einer freien Marktwirtschaft, bei der die zahnärztliche Behandlung nur durch Angebot und Nachfrage als Ausdruck einer Neigung der Patienten stattfindet, ist jedoch insofern nicht gegeben, als der Patient im Normalfall durch die Krankenversicherung abgedeckt ist¹⁰²⁾ und der Zahnarzt nur anonym über die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen seine Vergütung erhält. Für den Zahnarzt ist damit der reine Wirtschaftlichkeitscharakter seines Berufes nur verschleiert. Parsons, T. Vermutung ist, daß sich die Höhe der Entschädigung nach der Bedeutung der betreffenden Position für die Gesellschaft als notwendiger und nach der Knappheit des für die Position geeigneten Personals als hinreichender Bedingung richtet¹⁰³⁾. „Although most of the doctors recognize and agree that an economical policy is necessary, discontent with the surveillance over economical behavior is high among the doctors“¹⁰⁴⁾.

Bei all diesen Betrachtungen über Abhängigkeiten, denen die zahnärztliche Berufsausübung unterworfen ist, darf die Persönlichkeit des Hauptakteurs, des Zahnarztes, nicht vergessen werden. Der individuelle private Freiraum, der jedem Zahnarzt zusteht, wirkt sich auch auf das Verhalten im Beruf aus. Es scheint möglich, daß man auch in diesem Bereich spezifisch

für Zahnärzte relevante Verhaltensmuster aufzufinden vermag, jedoch spielt dies nur eine untergeordnete Rolle für unsere Betrachtung und ist zudem einer systematischen Analyse nicht zugänglich. An dieser Stelle muß erwähnt werden, daß sich die angestellten Überlegungen auf Menschen beziehen, deren Handlungen nicht nur als Funktion ihrer beruflichen Aufgabe ausgeführt werden.

Sorokin hat einmal geschrieben: „Die Soziologie hat so viele Fakten gesammelt, daß sie oft nicht weiß wohin mit ihnen, sie hat in fortschreitendem Maße das Studium der grundlegenden soziologischen Probleme negiert und ihre schöpferische Energie an der Untersuchung von oft trivialen, wissenschaftlich unwichtigen Problemen erschöpft“¹⁰⁵). Es soll das hier Gesagte nicht anregen, einen weiteren Datenberg zu errichten, sondern es sollte die Möglichkeit geschaffen werden, Aussagen über das zahnmedizinische Versorgungssystem im Zusammenhang mit Aussagen über die Forderung und den Bedarf nach zahnmedizinischer Versorgung in der Praxis zu realisieren. Wenn ein Gesundheitssystem eine fundierte Planung erfahren soll, so kann dies nicht in theoretisierenden Erörterungen geschehen, sondern es sollten auf den Grundlagen der sozialmedizinischen Kenntnisse die relevanten Daten erhoben und analysiert werden.

Literatur auf Anforderung bei der Redaktion.

Zentrum der Zahn-, Mund-
und Kieferheilkunde
Theodor-Stern-Kai 7
6000 Frankfurt/M. 70

Soziologische Schwächen

Dipl.-Soz. Jost Bauch vom Planungsstab für Öffentlichkeitsarbeit der deutschen Zahnärzteschaft nimmt kritisch Stellung zu Oberarzt Dr. P.A. Ehrh: „Medizinsoziologische Grundlagen zahnärztlicher Arbeitsbedingungen“ in Heft 2 S. 68 ff. Es folgt die zurückweisende Antwort des Autors: „Trauma der Soziologie“.

Oberarzt Dr. P.A. Ehrh hat in den ZM 2/80 S. 68 ff den Versuch unternommen, Brücken zwischen Zahnmedizin und Medizinsoziologie zu schlagen. Der Versuch an sich ist lobenswert, nur muß man bei einem solchen Versuch äußerst behutsam verfahren, zu viele Vorurteile und Ressentiments lauern zwischen beiden Disziplinen, die eine sicher notwendige Kooperation behindern. Der Autor indessen verfährt da unbekümmert, im totalisierenden Zugriff holt er zu einem Rundumschlag aus. Kein Problem wird ausgelassen, alles wird vordergründig soziologischen Sprachregelungen unterworfen. Es mutet schon merkwürdig an, daß man sich als hauptamtlicher Soziologe gegen die soziologische Begriffsrabulistik eines Mediziners und Hobbysoziologen zur Wehr setzen muß, doch dies scheint notwendig, um die vorsichtige Annäherung und „Beschnupperung“ von Zahnmedizin und Soziologie (versinnbildlicht im Planungsstab für Öffentlichkeitsarbeit und im Institut für Berufspolitische Bildung) nicht zu gefährden.

Wenn auch Dr. Ehrh da und dort einige interessante Einblicke vermittelt (seine Diskussion des Profession-Begriffs scheint mir am interessantesten), betreibt er im Grundsatz schlechte Soziologie: Selbstverständliches wird Soziologensprachlich aufbereitet und als Wissenschaft präsentiert, so, wenn er nach mühsam lesbaren sechseinhalb Seiten seines Aufsatzes zu der Erkenntnis kommt, „daß medizinische Probleme auch gesellschaftlicher und sozialpolitischer Lösungen bedürfen“ (S. 75).

Neben dieser aufgesetzten Soziologen-Sprache existieren in dem Aufsatz auch handfeste soziologische Fehler. Ich kann das nur an zwei Beispielen illustrieren: Wohl

in Anlehnung an einen anderen Mediziner und Hobby-Soziologen, Dr. Paul Lüth, bezeichnet Dr. Ehrh die Medizin als „Subkultur“ (S. 72). Diese These an sich ist schon unsinniger, schlimmer wird das ganze aber noch dadurch, daß dieser Subkultur-Charakter der Medizin es dem Autor erlaubt, von der Zahnmedizin als „Profession“ zu sprechen. Fast möchte man die Gleichung aufmachen: Subkultur = Profession.

Nur einige Zeilen weiter wird uns eine andere erstaunliche Erkenntnis präsentiert: „In dem Prozeß der zunehmenden Arbeitsteilung in der Menschheitsgeschichte kann man zwischen einer ökonomischen und sozialen Differenzierung unterscheiden“ (S. 72). Bislang jedenfalls ist es für die Soziologie ausgemacht, daß eine ökonomische Differenzierung einen Spezialfall sozia-

ler Differenzierung darstellt. Dr. Ehrh scheint mit seinem Statement neue Maßstäbe zu setzen. Auch die auf S. 69 erläuterte Differenz von Struktur, Effektivität und Effizienz ist zunächst in der präsentierten Form problematisch, zumindest solange, wie Dr. Ehrh nicht expliziert, was das Effektivitätsziel (Mundgesundheit der Bevölkerung) näher ausmacht.

Neben diesen soziologischen Schwächen hat die Arbeit aber auch logische Probleme. So, wenn der Autor zum Schluß seiner Ausführungen betont, daß seine Arbeit nicht dazu anregen soll, einen Datenberg zu errichten, als Mittel empfiehlt er im nächsten Satz die Erhebung „relevanter Daten“. Der Autor, so scheint's, will den Teufel mit dem Beelzebub austreiben. Allen, die diesen Aufsatz in der letzten ZM gelesen haben, kann an dieser Stelle versichert werden, daß die Soziologie, wenn sie richtig betrieben wird, eine seriöse Wissenschaft ist.

Dipl.-Soz. Jost Bauch

„Trauma der Soziologie“

Herr Dipl.-Soz. Jost Bauch greift eine Diskussion — oder besser gesagt Konfrontation — wieder auf, die z.Zt. der „Geburtswehen“ der Medizin-Soziologie von vielen Autoren m.E. ausführlich abgehandelt wurde. Medizin-Soziologie besteht eben aus Medizin und Soziologie und wird sich zwangsläufig zwischen diese Stühle setzen müssen. Und wenn ich auch den Primat der Soziologie innerhalb einer Soziologie der Medizin für sinnvoll halte (im Gegensatz zu der Soziologie in der Medizin), so muß sich doch auch der Soziologe eine Stellungnahme der Medizin gefallen lassen und er wird zuweilen nicht umhin können, sich als „Hobymediziner“ zu betätigen. Gerade Ärzte und Zahnärzte sind bei der Ausübung ihres Berufes in besonderem Maße mit sozialen Interaktionen konfrontiert, so daß sich eine gewisse soziologische Bewußtheit (J.J. Rohde nennt dies eine „parawissenschaftliche Verarbeitung der Erfahrung“) nicht vermeiden läßt. So nimmt es nicht wunder, daß die Soziologie in ihrer Entwicklung entscheidende Impulse eben in Soziologie mehr oder minder dilettierenden Medizinnern verdankt. Dabei kann man an

G. Le Bon, W. Hellpach, C. Blondel und L.J. Henderson denken, um nur einige zu nennen. An dieser Stelle wäre noch auf eine Vielzahl von Mißverständnissen und Vorurteilen (z.B. semantische Probleme, politische Strömungen in beiden Bereichen) zwischen Medizin und Soziologie einzugehen, was jedoch in diesem Rahmen zu weit führen würde und in der einschlägigen Literatur, auch bei Paul Lüth, hinlänglich beschrieben wird.

Nicht bei Paul Lüth jedoch, sondern im Handbuch der empirischen Sozialforschung (1969) wird der Begriff „Subkultur“ auf die Medizin angewandt. Auch J.J. Rohde, W. Schoene und R.M. Coe verwenden diesen Begriff, der — läßt man einmal den despektierlichen Beigeschmack, der in jüngster Zeit damit verbunden wird, weg — zur Beschreibung bestimmter Berufsgruppen (z.B. Mediziner, Soziologen) m.E. durchaus geeignet ist. Den Begriff der Profession habe ich ausreichend beschrieben, um diese nicht als Subkultur bezeichnen zu müssen, wobei ich hier durchaus Berührungspunkte sehe.

Bezüglich der Kritik zu meinem Satz zur ökonomischen und sozia-

len Differenzierung beuge ich mich gerne dem größeren soziologischen Sachverstand, auch wenn bei mir nach dem Literaturstudium der Eindruck entstanden ist, daß hierüber unter Soziologen keine Einigkeit besteht.

Das Effektivitätsziel Mundgesundheit erscheint zunächst unproblematisch, da man hierunter die Abwesenheit von Krankheiten im Mundbereich verstehen kann. Als

Maß der Effektivität kann anlässlich epidemiologischer Studien z.B. der Zahn- und/oder Parodontalstatus herangezogen werden. Die Weltgesundheitsorganisation hat hierzu klare Richtlinien veröffentlicht.

In meiner Forderung nach der Erhebung relevanter Daten im medizinsoziologischen Bereich möchte ich sowohl meiner Enttäuschung darüber Ausdruck geben, daß bislang meist theoretische oder po-

litische Erörterungen auf diesem Gebiet zu keinen praktisch verwertbaren Verbesserungen geführt haben, als ich auch eine bessere und produktivere Zusammenarbeit der beiden Disziplinen anregen möchte, um eben dies zu vermeiden.

Es lag mir fern, an der Seriosität der Soziologie zu rütteln; diese Befürchtung ist ja als Trauma der Vertreter jeder jungen Wissenschaft bekannt. Oberarzt Dr. P.A. Ehrl