

Zahnmedizin zwischen Ethik und Kommerz, zwischen freiem Beruf und sozialer Verpflichtung oder: Zahnmedizin zwischen allen Stühlen

Peter Ehrl, 1998 (eingereicht, nicht publiziert)

Leider gilt heute noch der Satz: "Der gesundheitspolitische Einsatz der zahnärztlichen Arbeitskraft geschieht weitgehend ohne die Analyse relevanter Daten" (4). Entsprechend gross sind die Probleme, wenn über Veränderungen in diesem Bereich diskutiert wird. Kaum ein anderer Bereich des Gesundheitswesens ist für eine Analyse in gleichem Masse geeignet wie die Zahnmedizin, spannt sie doch einen Bogen von der Behandlung lebensbedrohlicher Erkrankungen bis hin zu Massnahmen, die eher als kosmetisch einzuordnen sind.

Bisherige Organisationsstrukturen taugen nicht mehr.

Die Patienten werden zunächst einmal durch die von Ihnen gewählten Politiker repräsentiert, deren Repräsentanten direkten Einfluss auf die Heilberufe auf dem Verordnungswege nehmen und die Verhandlungen der sog. Selbstverwaltungsorgane (d.h. Standesorganisationen und gesetzlichen Krankenkassen) ebenfalls zu beeinflussen suchen. Die gesetzlichen Krankenkassen schliesslich setzen die Rahmenbedingungen durch die Entscheidung über die Höhe der Finanzierung zahnärztlicher Leistungen wiederum als Repräsentant für den Patienten um. Dies führt zwangsläufig dazu, dass die "Geldgeber" mit ihren Entscheidungen auch in individuaethische Bereiche vordringen, was durch knappe Finanzmittel, Ausdehnung der medizinischen Behandlungsmöglichkeiten und demoskopisch bedingte, erhöhte Behandlungsbedürftigkeit zunehmend verstärkt wird. Erschwert werden diese Entscheidungen für die Krankenkassen zusätzlich, da sie im Wettbewerb untereinander darum stehen, möglichst gute und viele Leistungen für möglichst wenig Beiträge für ihre Versicherten zu bekommen.

Zahnärzte werden durch Landes Zahnärztekammern, teilweise noch durch Bezirks Zahnärztekammern unterhalb der Länderebene gegenüber der Politik vertreten. Eine einheitliche Bundesvertretung existiert derzeit aufgrund unterschiedlicher Standpunkte nicht.

Die Solidarität einer einst als vorbildlich geltenden Profession ist in Frage gestellt (22). Dennoch ist die Homogenität der Zahnärzteschaft immer noch dadurch gekennzeichnet, dass ca. 95% den Beruf in freier Praxis ausüben (Ärzte ca. 50%) und damit zahlenmässig fast zwei Drittel der freiberuflich tätigen Mediziner ausmachen. Die Verhandlungen mit den gesetzlichen Krankenkassen werden durch die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen geführt, Körperschaften öffentlichen Rechts. Zur Wahl für diese ständischen Organisationen stehen verschiedene politisch ausgerichtete Vereinigungen (oder "Parteien"), die in gewissem Maße das allgemeine politische Spektrum widerspiegeln. Die wichtigsten überregionalen Vereinigungen sind der DAZ (Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde), FVDZ (Freier Verband Deutscher

Zahnärzte), VfDZ (Vereinigung für demokratische Zahnmedizin). In der jüngsten Vergangenheit sind weitere Gruppierungen aufgetreten, die sich in gewissem Sinne als Notorganisationen in unruhiger Zeit verstehen oder deren Sprecher in den genannten Vereinigungen nicht genügend gehört zu werden glauben.

Sind selbst unter Zahnärzten die Gliederung und auch die verschiedenen demokratischen Legitimitätsregeln unbekannt, so gilt dies umso mehr für aussenstehende. Traditionell bekannt ist das Desinteresse an standespolitischen Versammlungen und Einflußnahme, auch wenn dies in jüngster Zeit durch Dirigismen der Politik - wohl vorübergehend - etwas abgenommen hat. Berechtigt oder unberechtigt ist das Misstrauen in Standespolitiker gross, ein Spiegelbild der Politik. Als Ursachen kommen neben der erwähnten Undurchschaubarkeit der standes-politischen Strukturen schlechte Erfahrungen mit Kompetenzüberschreitungen aus der Vergangenheit (finanzielle Beteiligungen) in Frage, Ämterhäufungen, Missbilligung finanzieller Entschädigungen, ein schier unüberschaubares Gewirr an Bestimmungen, die alljährliche Zunahme zusätzlich zu erbringender bürokratischer und realitätsferner Verwaltungstätigkeiten und sicher auch der ständig zunehmende Abstand zur allgemeinen Einkommensentwicklung, die vielleicht mittlerweile treffender als Lebensqualitätentwicklung bezeichnet wird (da sich Einkommensverluste zumindest vorübergehend durch Mehrarbeit ausgleichen lassen). Hinzu kommt der psychologisch ungünstige Faktor, dass für eine Berufsvertretung, die mittlerweile über mehr als zehn Jahre alljährlich schlechte Nachrichten für ihre Klientel überbringt, generell kein großer Vertrauensvorschuss erwartet werden kann.

Schon in der Vergangenheit ist es der allgemeinen Politik immer wieder gelungen erheblichen Einfluss auf die sog. Selbstverwaltungsorgane im Gesundheitswesen zu nehmen. Neu ist heute, dass diese Struktur insgesamt in Frage gestellt wird (6) und zwar durchweg von fast allen Parteien. Dadurch kommen grundsätzliche Diskussionen über das Gesundheitswesen in Gang, die sicher von Zeit zu Zeit in einem demokratischen Gemeinwesen sinnvoll sind (2). Zahnheilkunde ist hierfür ein hervorragendes Beispiel, da sie als Fach relativ gut überschaubar ist.

In der kleinsten organisierten Zelle der Zahnheilkunde, der zahnärztlichen Praxis gärt es ebenfalls. Da der Druck der Banken auf den einzelnen Zahnarzt durch den rückläufigen Gewinn der Praxen zunimmt, nimmt auch die Tendenz zu, die Last auf mehreren Schultern zu verteilen. Zusammen mit der Tendenz zur Spezialisierung werden daher immer mehr Praxen mit mehreren Zahnärzten gegründet. Dabei gerät auch die bislang als alleinseligmachende Organisationsstruktur der Praxis als Gesellschaft bürgerlichen Rechts mit völliger Haftung des Praxisinhabers in die Diskussion. Zwar vorsichtig, aber immer häufiger findet man Seminare für Zahnärzte, die sich mit der Problematik anderer Gesellschaftsformen beschäftigen, so der GmbH oder AG. Verloren geht dabei die Identifikation des Zahnarztes mit seiner Praxis ebenso wie die Arzt-Patientenbeziehung darunter leidet. Der persönliche Ansprechpartner ist nicht mehr grundsätzlich gewährleistet. Unter dem Druck das Werbeverbot zu umgehen sind zudem schon so manche Konstruktionen realisiert.

Die unflexible Haltung der Kammern, die jede Neuerung auf diesem Gebiet zu verhindern suchen, aber nicht immer erfolgreich sind, hat dazu geführt, dass es heute Sache besonders gewitzter Zahnärzte und deren Rechtsanwälten ist, sich gegenüber der

grossen Mehrheit Vorteile zu verschaffen. Gänzlich unvorbereitet ist man auf den schon bald kommenden Einfluss europäischen Rechts. Die vermeintliche Schutzfunktion der Kammern über ihre Klientel verwandelt sich so leicht zum Gegenteil, nämlich zu einer Aufweichung der jetzigen Strukturen und zu einem Zurückdrängen der Zaghafte. Vielleicht zum Vorteil der Patienten, die vom Wettbewerb zunächst profitieren, deren Informationsbedürfnis besser gestillt wird.

Berufsvertretung entsteht aus Fachkompetenz - Berufspolitik gehört in die allgemeine Politik

Die Zahnheilkunde hat sich auf wissenschaftlicher Basis in den vergangenen Jahrzehnten vehement weiterentwickelt. Beispiele hierfür sind ganze Fachgebiete, wie z.B. die Implantologie oder Gnathologie, oder neue Technologien, wie z.B. Laserbehandlung oder computergestützte Diagnostik und Technik. Nur unzulänglich hat es die Berufsvertretung verstanden, diese Entwicklung aufzunehmen und für die ausübenden "Leistungserbringer" umzusetzen. Die Berufsvertretung als vornehmlich ständisch verstandene Organisation wurde damit weder dem wissenschaftlichen Anspruch des Faches gerecht, noch konnte sie sich auf dem politischen Parkett mit der nötigen fachlichen und politischen Kompetenz bewegen (23). Folge davon waren fachliche Fehleinschätzungen und politische Missverständnisse, die zum Aufbau von Fronten führten, die zu einer - wahrscheinlich unnötigen - Vergiftung der Atmosphäre führten. Dabei ist weniger die politische Auseinandersetzung als solche zu beklagen, ohne die es keine Einbindung eines derart kleinen, aber nicht unwichtigen Bereiches in den sozialen Kontext geben kann, sondern die auf fachlicher und politischer Seite inkompetente Form dieser Auseinandersetzung. Endet diese Auseinandersetzung in der Verweigerung der Mitarbeit in Gremien oder in Streiks (wie in letzter Zeit zunehmend zu beobachten), so ist dies nur Ausdruck von Hilflosigkeit bei der Bewältigung der Probleme.

Die vorhandenen Strukturen wurden nicht sinnvoll genutzt. Eine Zusammenarbeit der sich als rein wissenschaftlich verstehenden Vereinigungen mit den berufspolitischen Vertretungen fand nicht oder nur sehr ungenügend statt. Berührungspunkte - oder Unverständnis - bestehen hier auf beiden Seiten, verhängnisvoll für eine gesunde Entwicklung. So übten sich die Berufsvertretungen eher als Bremser gegenüber Neuerungen. Junge engagierte Zahnärzte kamen nicht zum Zug. Die wissenschaftlichen Organisationen wiederum, deren leitende Positionen fast ausschliesslich von universitärer Seite besetzt waren (was nicht zwangsläufig so sein muss) und die damit dem Denken der privatwirtschaftlichen geführten Praxis nicht immer nahe standen, hielten sich bei der Umsetzung wissenschaftlichen Fortschritts in die Praxis sehr zurück. So wirkte die Berufsvertretung eher als Hemmschuh zwischen dem Fach und der Politik. Vielleicht ist aber auch ein relativ kleiner Beruf damit überfordert, alle Auswirkungen seiner Tätigkeit selbst zu bearbeiten, von der kleinsten technischen Neuerung bis hin zur den letzten gesellschaftlichen Konsequenzen. Die Vertretung der Zahnheilkunde als sich in wissenschaftlicher Begründung und ständiger Entwicklung befindendem Beruf sollte sich daher zuerst darauf konzentrieren, dem jeweiligen aktuellen Stand der Kunst einen fachlichen Rahmen zu geben. Hierzu kann sie sich kompetent machen. Es ist dagegen zu überlegen, ob sie der Gesellschaft, d.h.

der Politik, jeweils bereits politisch vorbereitete Lösungen anbieten muss. Die Konsequenz hieraus heisst: Sacharbeit auf wissenschaftlicher Basis im Berufsbereich und politisches Engagement auf der allgemeinen politischen Bühne (Parteien). Die derzeitigen Vertretungen im berufspolitischen Sinne würden ihrer Aufgabe im Sinne einer Kanalisierung, d.h. verwaltungstechnischen Umsetzung der Sachkompetenz der wissenschaftlichen Vereinigungen eher gerecht. Also: Aufwertung von Sachkompetenz und Rückführung der Verwaltungsorgane auf ihre eigentliche Aufgabe. So würde die Kompetenz jedes Bereiches, des politischen und des berufsbezogenen von der anderen Seite auch ernst genommen werden können.

In den letzten Jahren war die politische Seite kaum mehr bemüht sich um Sachkompetenz zu kümmern, sie musste reduzierte Ressourcen verwalten und stützte sich eher auf die Demonstration ihrer Macht (9). Mangels verlässlicher Daten werden Argumente politischen Zielen untergeordnet und zunächst einmal abgewartet, ob jemand Gegenteiliges behauptet. Die politikungewohnten Mediziner lassen sich dabei leicht vorführen. Wo ist z.B. nachgewiesen, dass bürokratische Kontrollen die Effektivität fördern, dass Ausgaben administrativ überhaupt eingeschränkt werden können, dass die Zahnärzte an den Ausgabensteigerungen schuld sind, dass die Beitragssätze eo ipso stabil sein müssen (8). Bedauerlicherweise ist die Sozialmedizin in unserem Lande weder wissenschaftlich gerüstet noch politisch genügend anerkannt, dass sie mit Fakten beitragen könnte. Allenfalls eine längst nachgewiesene Tatsache, dass nämlich im medizinischen Bereich das Angebot die Nachfrage bestimmt (19), wird mittlerweile als Allgemeingut anerkannt.

Qualitätssicherung liegt in ureigenstem medizinisch-ethischen Interesse

Der Patient hat ein ureigenstes Interesse an einer qualitativ hochstehenden Ausübung der Zahnmedizin. Dieses Bedürfnis ist auch innerhalb der medizinischen Subkultur seit langem anerkannt und findet seinen Ausdruck in hohen medizinisch-ethischen Grundsätzen. Probleme gibt es jedoch hinsichtlich der Transparenz dieser Bestrebungen für den Patienten. Diese wurde früher eher als nebensächlich erachtet, rückt jedoch zunehmend in den Vordergrund. Die Ursache hierfür kommt aus einem anderen Bereich: Den abnehmenden Ressourcen. Stand früher das Erreichen höherer medizinischer Qualität nahezu über jeglichen Rentabilitätsabwägungen, so führt insbesondere der scharfe Rechenstift der Krankenversicherer zu Überlegungen, auf welche Weise eine hohe Qualität auch bei niedrigeren Kosten zu erreichen ist. Das Ergebnis kann nur sein, dass dies nicht möglich ist. Höhere Qualität, sei es nun Materialqualität, Ausbildungsqualität oder Prozessqualität, kann auch nur über höhere Aufwendungen erreicht werden. Methoden des Qualitätsmanagements greifen in der komplexen Dienstleistungstätigkeit in nicht in gleichem Masse wie sie dies in produzierenden Bereichen tun. Dabei muss auch die medizinische Seite lernen, dass einfach nicht alle hehren Ziele finanzierbar sind, und die politische Seite, dass es heute ohne Kompromisse zwischen einer der Würde des Individuums angemessenen medizinischen Versorgung und der Finanzierbarkeit nicht geht. Von höherer Qualität, d.h. vor allem besserer Vorbeugung und besserer technischer Endqualität, kann mit Sicherheit eine höhere Lebensqualität im zahnmedizinischen Sinne erwartet werden. Sicher ein erstrebenswertes Ziel. Ob aber höhere Initialkosten mit einer längeren Zahn- oder Zahnersatzhaltbarkeit letztlich langfristig zu Kosteneinsparungen führen können

oder durch Verschiebung in höhere Lebensalter Verteuerungen eintreten ist bis dato nicht nachgewiesen. Ähnliche Betrachtungen gelten für die Allgemeinmedizin (10). Es gilt als klassischer Nachteil von Managed-Care-Einrichtungen, dass sie aus finanziellen Gründen kein Interesse an präventiven Massnahmen haben.

Dabei haben die Politik und die Verteiler der Medizin, die Krankenversicherer, durchaus erkannt, dass an der wichtigsten Schnittstelle der medizinischen Interaktion die geringste zu institutionalisierende Transparenz und Einflussnahme möglich ist. Diese Schnittstelle ist die zahnärztliche Hilfe im konkreten Einzelfall, das unmittelbare Arzt-Patient-Verhältnis. Es kann wohl nicht anders sein, dass ein Zahnarzt und sein Patient in dieser Kernsituation nach der individuell besten Lösung suchen und dies wird natürlich auch bedeuten, dass jeder mögliche Weg zu einer für den Patienten günstigen finanziellen Regelung zu nutzen versucht wird. Die Konsequenz für Politik und Versicherer ist demgemäß, dass sie weder Zahnarzt noch Patienten in dieser Situation trauen können: Es werden also Kontrollinstitutionen geschaffen, die diesem Dilemma beikommen sollen, obwohl bekannt ist, dass Qualitätskontrollen im industriellen Sinne sich auf den Dienstleistungssektor nicht einfach übertragen lassen und dort bei den vorhandenen Strukturen eher zum Zementieren eines Mittelmasses führen (18). Die Forderung muss daher eher lauten: "Qualität verbessern, nicht kontrollieren." Durch Kontrollen wird zudem das Problem auf eine andere Ebene verlagert: Arzt und Versicherer werden davon enthoben, dem Patienten im ungünstigen Falle das Versagen einer Leistung zu erläutern. Entschieden werden muss aber trotzdem, in der Regel wieder durch einen Zahnarzt, der weniger mit dem direkten Zahnarzt-Patient-Verhältnis behaftet und eher versicherungs- also finanzierungstechnischen Regularien unterworfen ist. Man muss sich wundern, wie in der heutigen, die Würde des Individuums sehr hoch ansiedelnden Zeit derart wichtige Kontrollmechanismen den unmittelbar betroffenen - Patient und Zahnarzt - aus der Hand genommen und einer Institution übergeben werden. Es dürfte nur eine Frage der Zeit sein, wann diese in das Kreuzfeuer der Kritik geraten wird. Es wäre eine sachgerechtere Forderung sowohl die Rechte des Patienten zu stärken, im konkreten Einzelfall die zahnärztliche Qualität überprüfen zu lassen, als auch die Rechte seines Zahnarztes, eine qualitativ hochwertige Versorgung seines Patienten zu ermöglichen. Welche Kontrolle kann besser als die der unmittelbar beteiligten sein (Arzt/Patient), stimmen erst die Rahmenbedingungen. Letztlich steht als übergeordnetes Ziel oder - profaner ausgedrückt - als "Sinn der ganzen Veranstaltung" das Wohl des Patienten über allem organisatorischen.

Nicht zuletzt sollte daran gedacht werden, dass jede neue Institution wiederum unproduktive Kosten und eine Eigengesetzlichkeit entwickelt, die - wie die Erfahrung lehrt - nicht unbedingt sachgerecht sein muss. Parkinson lässt grüssen. Institutionalisierte Kosten werden kaum sinnvoll geprüft werden können, während individuell anfallende Kosten sehr wohl von den betroffenen in ihrer Sinnfälligkeit hinterfragt werden - und damit auch einmal vermieden werden können. Die finanziellen Regularien sind mittlerweile längst für den Zahnarzt unüberschaubar, für den Patienten sowieso. Eine klare Vereinfachung der finanziellen Regelungen ist der einzige Weg wieder mehr Ehrlichkeit in diesen Bereich des Systems zu bringen. Man fühlt sich an das Steuersystem erinnert, das ebenfalls durch immer mehr Unübersichtlichkeit Unehrllichkeit produziert, nicht mehr ernst genommen wird und zu viele unproduktive Verwaltungstätigkeit schafft.

Spezialisierung dient der Qualität der Berufsausübung - für Patient und Zahnarzt

Die Weiterentwicklung eines Fachgebietes führt regelmässig zu dessen Aufteilung in Subspezialitäten. Die Zahnheilkunde selbst stellt bereits eine Subspezialität der Allgemein-Medizin dar. Aufgrund der historischen Entwicklung in unserem Lande sind die Ausbildungsgänge der Medizin und Zahnmedizin nahezu vollständig getrennt, teilweise sogar durch die Aufteilung in zwei Fakultäten. Dies muss nicht zwangsläufig so sein, wie die Entwicklung in anderen Ländern zeigt. Dabei ist diese Trennung der Ausbildung der Zahnheilkunde durchaus gut bekommen: Sowohl die manuelle Geschicklichkeit im technischen Bereich als auch die Konfrontation mit der Arzt-Patient-Situation werden vom Studenten der Zahnheilkunde weitaus früher als in dem eher theoretischen Studienablauf der Allgemeinmedizin erlebt. So kann die Struktur der zahnmedizinischen Ausbildung durchaus als Vorbild für eine Reform der medizinischen Ausbildung dienen.

Anders verläuft die Entwicklung in der Zahnheilkunde. Längst ist der Zahnarzt nicht mehr "Zahnklempner" - also Handwerker im altverstandenen Sinne. Probleme - so es sie denn gegeben hat mit den Dentisten, die Mitte der fünfziger Jahre als letzter medizinischer Bereich mit einem Schlage akademisiert wurden und deren Einfluss die eher auf den Zahnersatz gewichtete Ausrichtung der Zahnheilkunde in den vergangenen Jahrzehnten begründet haben dürfte, sind durch die Zeit gelöst. Durch die Schliessung der Dentistenschulen 1954 nähert sich die Zahl der auf diesem Wege ausgebildeten schon bald Null. Die Auseinandersetzung mit allgemeinmedizinischen Subspezialitäten wie innere Medizin, chirurgischen Techniken, Haut- bzw. Schleimhauterkrankungen u.v.a.m. sind heute unerlässlich bei der Berufsausübung und gewinnen eher noch an Bedeutung. Auf der anderen Seite hat sich auch die reine Zahntechnik derart weiterentwickelt, dass diese eher unter zahntechnischer Regie sinnvoll ist und nebenher vom Zahnarzt kaum mehr bewältigt werden kann - das gilt bezüglich des Investitionsvolumens bei kleineren Praxen bis zu zwei Behandlern, in zunehmendem Masse auch bezüglich der Kompetenz. Es ist eine andere Frage, ob dies organisatorisch durch eine Einbindung in eine zahnärztliche Praxis oder getrennt von dieser geschieht. Es sei auch die - von einigen sicher als provokant empfundene - Bemerkung erlaubt, dass auch die manuelle Geschicklichkeit und das manuelle Improvisationsvermögen durch die zunehmende Präzision zahnmedizinischer Arbeitsmittel nicht mehr ganz den gleichen Stellenwert wie früher einnehmen. Aus diesen Gründen ist also eher eine Hinwendung der Zahnheilkunde zur Allgemeinmedizin zu erwarten. Dies wird auch im europäischen Rahmen erwartet (SCHLEGEL).

Dem entspricht auch die bereits entfachte Diskussion um die Aufwertung des "Mutterfaches" Zahnmedizin gegenüber anderen Subspezialitäten durch entsprechende Aus- und Weiterbildung sowie durch eine Umbenennung, z.B. in Arzt für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde oder Stomatologe, um dies auch nach aussen zu dokumentieren. Dies entspricht einer ähnlichen Entwicklung in der Allgemeinmedizin, wo es im Grunde nur noch weitergebildete Ärzte gibt (21). Wenn bereits heute Weiterbildungsordnungen für Fachzahnärzte einen allgemein Zahnärztlichen Teil der postuniversitären Ausbildung

vorschreiben, so ergibt sich die Frage: Warum nicht auch eine Weiterbildungsordnung für den Arzt für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde? Das Ergebnis wäre eine fundierte Grundlagenmedizin, eine kompetente Clearingstelle für Spezialbereiche und eine Gleichwertigkeit mit diesen Spezialbereichen.

Die Spezialisierung wird jedoch gewissermassen auch von unten erzwungen: Durch das Erstarken der Subspezialitäten. Manche sind bereits etabliert, andere klopfen immer stärker an die aus einem falschen Selbstverständnis gegenüber Neuerungen verschlossenen Türen der Kammern. Es sind dies die Kieferorthopädie, die Oralchirurgie, die Parodontologie, die Implantologie, die naturheilkundlich tätigen Zahnärzte, die Endodontologie, die Kinderzahnheilkunde, die ästhetische Zahnheilkunde, der medizinisch-zahnmedizinische (nur in Deutschland aus historischen Gründen noch existierende) Zwitter Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgie und sicher noch weitere bereits organisierte oder denkbare Bereiche. Für den einzelnen Zahnarzt ist es nicht mehr möglich in allen Subspezialitäten auf dem laufenden zu sein. Auf der anderen Seite läßt der Umfang zahnärztlicher Tätigkeit eine reine Spezialisierung nicht in gleichem Masse wie in der Allgemeinmedizin zu, zumal er ja bereits eine Subspezialität darstellt. Aus der Sicht des Patienten ist die Spezialisierung eine qualitäts-, damit aber auch kostensteigernde Entwicklung. Einem weiteren Interesse des Patienten widerstreben die Kammern ebenfalls: Der Transparenz der Spezialisierung. D.h., dass der Patient in der Lage sein muss, den entsprechend seinen Bedürfnissen weitergebildeten Zahnarzt auch zu finden. Bisher ist den meisten Subspezialitäten eine entsprechende Darstellung, z.B. durch Nennung auf dem Praxisschild verwehrt. Dabei gibt es längst Konzepte, die auch dem Schutzbedürfnis der Kammern gegenüber ihrer Klientel gerecht werden, indem sie vom horizontalen Prinzip der Spezialisierung (also dem Nebeneinander) zum vertikalen Prinzip übergehen (durch Erhalten des Mutterfaches nach Bedarf und Hinzufügen von Zusatzbezeichnungen)(24). Diese Konzepte werden auch den unterschiedlichen Spezialisierungsanforderungen in Ballungsgebieten gegenüber ländlichen Gebieten gerecht. Aus europäischer Sicht ist ebenfalls eine Darstellung der Spezialisierung nötig, da schon bald im Ausland ausgebildete Zahnärzte ihre dort erworbenen Zusatzbezeichnungen in Deutschland darstellen dürfen. In einigen Bereichen ist darüberhinaus auch eine Aufwertung von Spezialdisziplinen im Sinne eines akademischen "Exportartikels" denkbar, gegründet auf der hohen Qualität der Ausbildung.

Die bisherige Verweigerung der Etablierung weiterer Subspezialitäten hat auch dazu geführt, dass diese einen gewissen Wildwuchs entwickeln konnten. Dabei haben einige Bereiche bereits einen Umfang erreicht, der nicht mehr durch eine Art "Selbsternennung" gerechtfertigt werden kann. So hat der Patient auch ein Anrecht darauf, dass der als Spezialist erkannte Zahnarzt ein dieser Spezialisierung entsprechendes Fachwissen und die nötige Ausrüstung besitzt. Die Verabschiedung einer neuen Weiterbildungsordnung durch den Deutschen Ärztetag 1992 hat hier neue Begriffe eingeführt (Schwerpunkt, Bereich, fakultative Weiterbildung, Fachkunde), die auf ihre sinnvolle Übertragung in den zahnmedizinischen Bereich geprüft werden müssen.

In jüngster Zeit zeigen gerade universitär geprägte Vereinigungen einen unkomplizierten Umgang mit Spezialisierungen: Die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde bietet z. B. eine zertifizierte Weiterbildung in Implantologie

an oder die Baden-Württembergischen Universitäten die Weiterbildung zum Endodontologen, Berlin zum Parodontologen.

Einen Hemmschuh der Spezialisierung stellt die Länderhoheit dar. So gibt es heute Weiterbildungsordnungen, die nicht in allen Bundesländern in gleicher Weise gelten oder die - mit dem gleichen Weiterbildungsziel - andere Bestimmungen enthalten. Dies führt nicht nur zu Wanderungsströmen Weiterbildungswilliger in die entsprechend günstigen Bundesländer oder deren Prüfungsgremien, sondern auch zur Abwertung der Weiterbildung insgesamt. Der Bundesverband hat sich als zu schwach erwiesen, den hier Konsens in der nötigen Schnelligkeit herbeizuführen.

Die Tatsache geringerer Spezialisierung in der Zahnheilkunde (als beispielsweise in den USA) mag auch an der erst später als bei den Allgemeinmedizinern eingetretenen Überproduktion an Zahnärzten liegen (1984 wurde der statistische Stand von 1962 erreicht). Betrachtet man die technischen Möglichkeiten, so erscheint ein Spezialisierungs- und Innovationsschub geradezu unausweichlich und man wundert sich, warum ausgerechnet die ansonsten ja technischen Dingen sehr nahestehenden Zahnärzte noch nicht weiter sind. Ohne auf zahnmedizinisch spezifische Weiterentwicklungen einzugehen genügt schon ein Blick in andere Bereiche: Computer Aided Surgery (CAS), Computergestützte Diagnostik und Zahnersatzdesign und -herstellung, neue bildgebende Verfahren, Lasertechnologie in der Chirurgie und bei der Zahnpräparation, mikroskopische Eingriffsmethoden, neue Materialien u.v.a.m.

Das Erreichen dieses Zieles ist durch eine Facharztweiterbildung im klassischen Sinne als postgraduierter Unversitätsaufenthalt ebenso wie als praxisbezogene ausseruniversitäre Weiterbildung mit enprechendem Abschluss denkbar und sicher auch vom Fach abhängig. Wie dies im einzelnen zu geschehen hat, ist sicher Sache der Spezialistenverbände. Die in den vergangenen Jahren eingeleitete Ausdünnung der universitären Kapazitäten – sowohl personell als auch fachlich – dürfte eine Kooperation von ausgewählten Praktikern und ausgewählten Universitäten sinnvoll machen. Die Kammern sind in diesem Zusammenhang nur als ausführende Organe, bzw. rahmengebende Institution für die zu den Ausführungsbestimmungen führenden Beratungen zu sehen. Wichtig ist dabei die Gewichtung der einzelnen Subspezialitäten, die anhand verschieden umfangreicher Weiterbildungskriterien bis hin zu dem Steuerungsinstrument der Vergütung denkbar ist. So sind zum einen einige "Kernbereiche" im jetzigen Sinne der Spezialisierung möglich, die eine aufwendige Weiterbildung erfordern und an spezifisch ausgestattete Weiterbildungsstätten gebunden sind (z.B. Oralchirurgie). Zum anderen gibt es Bereiche, die weniger zeitaufwendig erlernt werden können (z.B. Endodontie) oder die so fachübergreifend sind, dass sie ohnehin eher im Praxisbereich weitergegeben werden können (z.B. Implantologie). Überschneidungen sind möglich und sollten durch gegenseitige Anerkennungen geregelt werden (z.B. Oralchirurgie-Implantologie-Prothetik). So kann dem interessierten auch der Erwerb mehrerer Zusatzbezeichnungen ermöglicht werden. Ein Aufweichen der starren Trennung zwischen Universitäten und Praxis ist dabei sicher im Interesse des Patienten wünschenswert. Als Anreiz, sich der Mühe einer Weiterbildung zu unterziehen kann dabei sowohl die Möglichkeit der Darstellung gegenüber den Patienten als auch eine mässig höhere Vergütung diskutiert werden.

Die Vorstellung des Deutschen Ärztetages die Abrechnung spezieller Leistungen an entsprechende Zertifikate zwingend zu binden wird sicher auch in dieser Form an die Zahnärzteschaft herangetragen werden und muss daher schon heute auf seine Übertragbarkeit hin überprüft werden. Die Auswirkungen der verschiedenen Modelle können in ihren Auswirkungen in anderen Ländern bereits studiert werden.

Delegierung von Arbeitsbereichen dient der Effektivität

Gibt es am oberen Ende der zahnmedizinischen Tätigkeit Bereiche, für welche die Basisausbildung nicht ausreicht, so gibt es am unteren Ende Tätigkeiten, für die der akademisch ausgebildete Zahnarzt überqualifiziert ist. Es ist belegt, dass diese Tätigkeiten von geringer qualifizierten, delegierten Mitarbeiter/innen gewissenhafter und kostengünstiger erbracht werden. Konzepte hierfür liegen seit langem vor, werden aber nur halbherzig durchgeführt. Auch hier stösst man wieder auf die seit langem herrschende, von politischer Seite geschürte, wirtschaftliche Unsicherheit, die Innovationen in dieser Richtung bremsen. Anerkanntermassen liegt das weiteste Feld dieser Tätigkeiten im Bereich der vorbeugenden Zahnheilkunde, einem Bereich, dem der einzige ausreichend professionalisierte Beruf der zahnmedizinischen Fachhelferin (ZMF bzw. ZMP) entspricht. Neuerdings kommen weitere delegierungsfähige Tätigkeiten in die Diskussion oder werden regional bereits gelehrt: Die Verwaltungshelferin, die oralchirurgische Fachhelferin, die parodontologisch oder kieferorthopädisch weitergebildete Helferin und andere. Die Entwicklung auf diesem Gebiet ist also auch von der Entwicklung im Bereich der Spezialisierung der Zahnärzte abhängig.

Es gibt jedoch noch einen weiteren Grund für eine Weiterentwicklung der zahnmedizinischen Assistenzberufe: Der nun schon fast ein Jahrzehnt währende und noch zunehmende Arbeitskräftemangel in diesem Bereich, der durch die schlechten Berufsaussichten konträr zur Entwicklung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt verläuft. Der erste Schritt zu einer Aufwertung dieser Berufe ist bereits weitgehend vollzogen: Eine bessere Vergütung. Die Möglichkeit zur Weiterbildung und damit zum Aufstieg, ggf. eine adäquatere Bezeichnung könnten weitere Anreize sein. Gegenläufig zu dieser sachbezogenen Argumentation ist derzeit jedoch neben dem Arbeitskräftemangel in diesen Berufen auch die Tatsache, dass durch die rapide zunehmende Zahl von Zahnärzten, junge Zahnärzte als überqualifizierte Hilfskräfte eingesetzt werden müssen. Die in etwa gleiche Vergütung der jungen Zahnärzte und der nicht akademischen Mitarbeiter(innen) ist dafür ein deutliches Merkmal. Immer noch steht hierzulande das Recht auf freie Berufswahl über dem Tatbestand, dass es nationalökonomisch nicht sinnvoll ist zu viele teure Ausbildungsplätze zur Verfügung zu stellen, die zudem im medizinischen Bereich wiederum soziale Lasten produzieren. In anderen Ländern führen ähnliche Entwicklung zu der wohl einfachsten und effektivsten Lösung: Der Schliessung von Universitäten (Holland, Schweden). Mangels relevanter Daten und darauf basierender Planungen wird bei uns der Markt entscheiden müssen; die Wellenbewegungen samt ihrer kräfteverschlingenden Auswirkungen zwischen Über- und Unterproduktion sind zwangsläufig größer. An eine Planung der zahnärztlichen Mitarbeiterzahlen ist daher schon gar nicht zu denken.

Öffentliche zahnmedizinische Gesundheitspflege tut not

Die öffentliche Gesundheitspflege im zahnmedizinischen Bereich führt ein völliges Schattendasein, allenfalls in einigen Regionen durch starkes persönliches Engagement verbessert. Nippert beklagt gar das vollständige Auslöschen sozialer Zahnheilkunde (14). Dabei ist allerdings zu bedenken, dass die heutige Zahnmedizin aufgrund ihrer immensen Leistungssteigerung viele Bereiche ohnehin erfasst, die in früheren Dimensionen in den Bereich "soziale Zahnmedizin" fielen.

Wir sind gewohnt, dem niedergelassenen Zahnarzt den Primat bei der Behandlung zu überlassen, weil dieser erwiesenermaßen zumindest in der Regel wirtschaftlicher, engagierter und daher effektiver arbeitet. Brauchen wir also eine öffentliche Gesundheitspflege im zahnmedizinischen Bereich? Die Frage muss eindeutig mit ja beantwortet werden und es gibt hierfür vor allem zwei Gründe:

1. In keinem medizinischen Bereich und zu keinem besseren Zeitpunkt als zum Schulalter kann vorbeugende Zahnheilkunde effektiver betrieben werden. Dies ist durch viele Programme in anderen Ländern belegt. Leider hat gerade in diesem Bereich ideologiebehaftetes Denken bisher eine flächendeckende Wirkung verhindert und viele freiwillige und engagierte zahnärztliche Mitarbeiter ziehen sich deshalb wieder zurück, es sei denn sie haben dieses Gebiet als Werbefaktor entdeckt.
2. Die gesundheitspolitische Entwicklung und die damit verbundene Kommerzialisierung der Medizin lässt immer weniger Raum für gesundheits-erzieherische Aufgaben. Erzieherische Aufgaben sind zwangsläufig auch mit Negativmitteilungen für den Betroffenen verbunden, die nicht in diese Landschaft passen.

Es muss aber die Frage gestellt werden, ob die Dienstleistung selbst in jedem Falle durch die öffentliche Hand übernommen werden muss oder ob nicht die Übertragung auf privatwirtschaftlich geführte Unternehmen oder Praxen einen höheren Wirkungsgrad erbringt und gesellschaftlich eher akzeptiert wird. Beispiele für ähnliche Entwicklungen gibt es genug.

Arbeitsmedizin gilt auch für Zahnmediziner

Nur zaghaft gaben die Zahnmediziner in der Vergangenheit Einblick in die spezifischen Umstände ihrer Berufsausübung. Alljährlich zu quantitativer Mehrleistung gezwungen kommen jedoch immer mehr arbeitsmedizinische Aspekte zur Beachtung. Denn die menschliche Arbeitskraft lässt sich nur bedingt und in der Regel auch nur vorübergehend verstärkt ausnützen. Dies dient nicht nur dem Zahnarzt, auch für den Patienten ist sicher gedient, wenn er nicht von einem Zwölfstunden-und-mehr-täglichen Arbeiter behandelt wird.

Es wäre wünschenswert bereits früher aufgelegte Programme wieder aufleben zu lassen, die zumindest standardisierbare Arbeitsabläufe genauer unter die Lupe nehmen. Es ist schwer vorstellbar, dass es hier etwas zu verbergen gibt. Stellt man

Qualität vor Quantität, so dient eine Analyse zahnärztlicher Behandlungsabläufe allen Beteiligten und Transparenz führt zwangsläufig auch zu mehr Ehrlichkeit.

Ökonomie wird immer der Medizin Grenzen setzen, doch es geht nicht ohne sie

Alle scheinen es zu wissen: Der medizinische Komplex wird immer teurer: Auch die Gründe scheinen bekannt: Aufwendigere Apparate, Leistungsausweitung durch Fortschritt, höhere Personalkosten bei starker Personalintensivität, stärkeres Gesundheitsbewusstsein, höhere ästhetische und funktionelle Ansprüche, zunehmende Zahnärztezahl, höhere Lebenserwartung, mangelndes Solidarverhalten bei Zahnärzten und Patienten, Verschiebung von gesundheitsfremden Soziallasten in den Gesundheitsbereich, institutionalisierte kostensteigernde Faktoren im Pharma- und Krankenhausbereich, Zunahme der Verwaltungskosten (11,12,15). Hinterfragt man allerdings die Zahlen, so ist keineswegs geklärt, ob die Medizin wirklich teurer wurde. Nimmt man das Bruttosozialprodukt als Bezugsgröße, so betragen die Ausgaben für das Gesundheitswesen 1975 5,6% und 1990 5,5% (16). Im internationalen Rahmen ist diese Entwicklung ebenso bekannt und so wurde vorgeschlagen als Bezugsgröße nicht das Verhältnis Zahnarzt-Bevölkerung sondern Zahnarzt-Zahnzahl zu verwenden. Dies ist eine Bezugsgröße, die eher dem tatsächlichen Arbeitsaufwand nahekommt (SCHLEGEL).

Die Instrumente der gesamtwirtschaftlich dennoch sinnvollen Kosteneinsparungen sind umstritten. Zur Debatte stehen: Reduzierung der Zahnärztezahl, grössere Transparenz der Kosten für den Patienten, Verminderung der Einzelleistungsvergütung, Begrenzung der Gesamtausgaben im voraus und nachherige Verteilung (sog. Deckel bzw. Budget), Überführung von Leistungen vom versicherungspflichtigen Bereich in den privatwirtschaftlichen, Rückvergütung bei Nichtinanspruchnahme von Leistungen, Selbstbeteiligung, Kostenbeteiligung durch den Patienten, Einführung ökonomischer Prinzipien bei Krankenhäusern und Verwaltungsorganen/Versicherungen.

Gesundheit gilt heute als ein Gut, das von jedem Mitglied einer Volksgemeinschaft in gleicher Weise zu erreichen sein sollte. Folglich muss der Staat entsprechende Rahmenbedingungen schaffen. Diese Grundvoraussetzung verbietet von vorneherein, das Gesundheit als Gut völlig einem freien Marktgeschehen überlassen wird. Je stärker der Staat in diese Interaktion eingreift, desto stärker wird er jedoch die Erfüllung des Primärbedürfnisses - Heilung einer Krankheit - verfälschen und damit verteuern. Nun ist Gesundheit ein Begriff, der sich nicht so leicht konkretisieren lässt und letztlich für jede Situation neu definiert werden muss. Es dürfte daher in eine Sackgasse führen, wenn man die Erreichbarkeit von Gesundheit nur von seiten der eher sozialromantisch geprägten medizinischen Denkweise angeht und jegliche Finanzierbarkeit ausser acht lässt. Einfach ausgedrückt: Man kann auch im Gesundheitswesen nur ausgeben, was an Mitteln zur Verfügung steht (1).

Reduziert man die Problematik auf die Finanzierbarkeit, so wird man zunächst auf die Ursprünge des heutigen Versicherungswesens stossen und damit eher Lösungen

entwickeln können, auch sozial verträgliche. So war die Grundüberlegung doch diese, dass niemand durch Krankheit - genauer gesagt zunächst einmal durch deren Behandlung in das wirtschaftliche Elend gestossen werden darf. Hierüber besteht sicher auch heute allgemeiner Konsens. Diesem Gedanken entsprechen die geltenden Gesetze am oberen Ende der Latte insoweit, als sie es dem/der einzelnen ab einer gewissen Einkommenshöhe freistellen, ob er/sie sich gegen das Risiko Krankheit versichern und wenn ja, wie hoch, versichern will. Man geht davon aus, dass diese Personen durch ihr hohes Einkommen bei Krankheit eben nicht in den Ruin getrieben werden. Unterhalb dieser Verdienstgrenze nimmt das finanzielle Risiko mit abnehmendem Gehalt zu und muss deshalb zwangsweise versichert werden.

Nun sind durch die grossen Fortschritte der Wissenschaft Leistungen machbar, die jeglichen finanziellen Rahmen sprengen können. So wird man kaum zögern die Kosten einer sehr aufwendigen Rehabilitation eines Patienten mit Mundhöhlenkrebs, die sowohl operative, chemotherapeutische stationäre als auch zahnprothetische, epithetische, implantologische Massnahmen beinhalten kann, als dringliche Massnahme der Solidargemeinschaft aufzubürden. Kaum jemand stellt bei diesem Beispiel das Verursacherprinzip (Rauchen, Alkoholismus) zur Diskussion. In ähnliche finanzielle Bereiche kann man jedoch auch mit Massnahmen vordringen, mit denen heute zumindest in vielen Fällen Zahnlosigkeit mit einem feststehenden Gebiss behandelt wird. Solche Leistungen können mit dem Massstab einer allgemeinen Erreichbarkeit durch den Patienten als Luxusversorgung bezeichnet werden und die Finanzierung durch die Solidargemeinschaft wird fraglich. Noch deutlicher wird dies bei rein ästhetischen oder kosmetischen Massnahmen, die heute möglich sind. Auch wenn das äussere Erscheinungsbild derzeit in seiner Wertigkeit stark im Zunehmen begriffen ist, wird man kaum die nicht messbaren Auswirkungen ästhetischer Veränderungen auf den beruflichen oder privaten Erfolg einer Solidargemeinschaft aufbürden wollen. Die Trennung von gesundheitlich wichtigem und unwichtigem, von der Behandlung einer Krankheit und dem Erfüllen eines Wunsches nach Luxus als Dienstleistung wird so in der Zahnheilkunde in besonderem Masse deutlich.

Bleiben wir bei dem Zahnverlust als Beispiel: Dieser hat vielerlei Ursachen, man kann sie in selbstverschuldete (mangelnde Pflege) und unverschuldete (schicksalhafte Lebensumstände, Vererbung) einteilen. Gleiches findet man vielfach in der Medizin (z.B. Lungenerkrankungen/Rauchen/Vererbung). In der Zahnmedizin wurde (anders als in der Allgemeinmedizin) von jeher mehr die Selbstverschuldung betont, indem die Bezahlung dieser Leistungen mit gewissen Selbsthalten behaftet waren, sozusagen als Bestrafung für schlechtes Verhalten. Die Messung, welcher Faktor nun im Einzelfall überwiegt, ist zwar möglich (Speicheltests, Mundhygieneindex), aber - für alle angewandt - sehr aufwendig. Man beschränkt sich daher z. Zt. darauf, zumindest die Bereitschaft zu regelmäßigen Kontrolle mit einem im Erkrankungsfall zu belohnen, da sich dies leicht kontrollieren lässt. Als Motivation zur Vorbeugung bewährt sich diese Massnahme. Die bisherigen Erfahrungen mit Selbstbeteiligungen insgesamt müssen jedoch die Wirkung auf die Inanspruchnahme von Leistungen eher bezweifeln lassen (13). Im allgemeinen wird der Ansatz des reinen Verursachungsprinzips heute weniger favorisiert. Die gesetzlichen Krankenkassen haben den Begriff der "befundorientierten und qualitätsbasierten Therapie" eingeführt (17). Dieser kann am ehesten diesem Gedankenkomplex zugeordnet werden, ist jedoch noch sehr diffus.

Eine andere Möglichkeit der Leistungsausgrenzung besteht in einer Einteilung nach dem Behandlungsumfang oder direkt den Behandlungskosten. Man definiert also bestimmte Leistungen als Regelleistungen, da sie entweder gut finanzierbar oder sehr wichtig sind und grenzt andere aus, die als Luxus definiert werden, für die der Patient selbst aufzukommen hat. Diese Methode wird derzeit von vielen favorisiert, da sie verwaltungstechnisch einfach durchzuführen ist (wenn man sich erst einmal über die Abgrenzungen geeinigt hat). Die gesetzlichen Krankenkassen lehnen dieses Prinzip mit dem Hinweis auf eine Zwei-Klassen-Medizin ab (17).

Eine dritte Möglichkeit besteht in der Bewertung der Dringlichkeit für den Patienten. Diese Möglichkeit dürfte wohl die sozial vernünftigste sein, doch ist sie sehr aufwendig, da sie nur durch die Beschäftigung mit dem Einzelfall möglich ist. Allenfalls im Rahmen von Begutachtungen kann heute dieses Prinzip einmal Geltung erlangen. Ein Beispiel: Völlige Zahnlosigkeit kann unter Umständen bei Ablehnung mechanischer Hilfen und Nichtbeachtung des äußeren Erscheinungsbildes dazu führen, dass jemand lernt sich auch ohne jeglichen Zahnersatz zurechtzufinden und zu ernähren. Die Kosten betragen Null. Ein anderer mag - ebenfalls zahnlos - in Ernährung und Erscheinungsbild beeinträchtigt sein und zudem einen ungeeigneten Kiefer besitzen, der umfangreiche chirurgisch-implantologisch-prothetische Massnahmen erforderlich macht. Die Kosten werden hierfür schnell auf viele zehntausend Mark ansteigen. Bezeichnenderweise wurde im Bereich der Implantologie bereits über eine Einteilung in sechs Klassen diskutiert, von "nicht empfehlenswert" bis "zwingend indiziert". Wurde bis hier über die Verteilung der Kosten zwischen Patient und Solidargemeinschaft gesprochen, so ist natürlich auch die absolute Höhe der Behandlungskosten ein Thema. Ähnlich Tarifpartnern werden alljährlich von den sog. Selbstverwaltungsorganen (Krankenkassen, Kassenzahnärztliche Vereinigungen) für den Bereich der gesetzlichen Krankenkassen Vergütungsänderungen ausgehandelt. Mit dem Argument eines zu hohen Gesamtkostenkomplexes und früherer zu hoher Ausgaben (in den 70er Jahren) werden nunmehr seit mehr als zehn Jahren Anhebungen unter den jeweiligen Lohnerhöhungen vereinbart und daneben die Verwaltungskosten für beide Seiten regelmäßig kräftig erhöht. Daneben konnten sich die Praxen den allgemein kräftiger steigenden Kosten wie Lohnkosten, Lohnnebenkosten, Material- und Reparaturkosten, Mietsteigerungen u.a. nicht entziehen, sodass die Gewinnmarge überproportional abnahm. Die staatlich erzwungene Leistungsverbilligung konnte aufgrund des Dienstleistungscharakters der Zahnmedizin nicht industrieähnlich kostensenkend umgesetzt werden (Rationalisierung, Personalkosteneinsparung, Materialkosteneinsparung). Die Einsparungen müssen daher eher durch nicht sachbezogene Veränderungen ausgeglichen, insbesondere durch Kostensteigerungen in anderen Sektoren herbeigeführt werden. Das Problem ist damit nicht gelöst, nur verschoben. Der unterproportionalen Entwicklung der Vergütung für den einzelnen Zahnarzt steht die überproportionale Entwicklung der Gesamtkosten gegenüber, wiederum bedingt durch das erwähnte personelle und fachliche Mehrangebot an Leistungen. Einmal freiwillig zu Einsparungen bereit (1983), wird dabei gerne noch die lobby- und zahlenschwache Gruppe der Zahnmediziner zu besonderen Sparappellen benutzt, obwohl dieser Bereich schon längst nicht mehr zu den kostensteigerndsten gehört. Diese Entwicklung hat zu einem zunehmenden Verhärtung auf beiden Seiten und zu einem Durcheinanderrütteln alter Strukturen geführt. Auch wenn es vornehmlich um eine ökonomische Auseinandersetzung ging, so gibt es doch einige psychologisch

wichtige Momente, die sich fatal auswirkten und dies wohl noch lange in die Zukunft hinein tun werden. Hatte man bis zu den Gesundheitsreformgesetzen zumindest noch den Eindruck, dass die Beteiligten Gruppen sich einem grossen Ziel unterordnen - dem Patientenwohl -, wird man seither das Gefühl nicht los, dass verbissene Verteilungskämpfe ablaufen. Es begann wohl damit, dass von politischer Seite Gebührenabwertungen in zweistelliger Prozenzhöhe und Umschichtungen bei der Bewertung verschiedener Leistungsbereiche vorgeschlagen und letztlich auch in wenig verminderter Form durchgesetzt wurden. Dabei wurde - allzu deutlich - staatliche Macht und Dirigismus demonstriert. Die Gegenreaktion war unausbleiblich. Bislang eher sozialökonomisch geprägtes Denken (Ausnahmen hierzu wird es immer geben) bei der Anwendung von zahnärztlichen Leistungen wich immer mehr privatwirtschaftlichem Denken in Form der Leistungsausweitung. Es hat den Anschein, dass auch heute noch nicht allen Politikern klar ist, welche Büchse der Pandora damit geöffnet wurde und wieviel Unheil sich auch heute noch darin verbirgt, nachdem bereits einiges ausgeschüttet wurde. Folge war auch, dass sich der praktisch tätige Zahnarzt durch zunehmende finanzielle Engpässe immer mehr seiner betriebswirtschaftlichen Eigenschaft bewusst wurde und anfang entsprechend zu denken. Ausdruck hiervon ist die starke Zunahme nichtärztlicher, ökonomisch geprägter Fortbildungen, die den Zahnarzt heute schulen. Dies ist heute kein kleiner Bereich mehr und reicht hin bis zur Anwendung von Marketinginstrumenten bei der Beeinflussung von Patienten. Diese kann man sehr wohl auch guten Zwecken unterordnen, doch ist der Schritt zu Verkaufsstrategien im merkantilen Sinne sehr leicht. Diese Änderung der Denkweise hat eine unguete Entwicklung eingeleitet, die von dem Wunschbild des nur dem Patientenwohl bzw. Ethos verpflichteten Zahnarzt wegführt. Ökonomisch weniger bedeutend, aber psychologisch als Demütigung empfunden wurde die wiederum politisch durchgedrückte völlige Entwertung einer eigentlich zahnärztlichen Leistung (Behandlungsplanung und Beratung) und nur die handwerkliche Leistung belohnende Entscheidung oder die Abwertungsabsichten der zahnärztlichen Leistung gegenüber der zahntechnischen.

Auch im Privatbehandlungsbereich gibt es Probleme. Immerhin hat man es geschafft 1988 durch Einführung einer neuen Gebührenordnung eine Anpassung der Gebührenstrukturen an die heute durchgeführten Behandlungen anzustreben. Der riesige Rationalisierungsschub der vergangenen Jahre erlaubte es dabei, dass durch die kostenneutrale Umsetzung immer noch der Kostenrahmen von 1965 – auch heute noch – eingehalten werden konnte. Doch wie lässt sich begründen, dass eine Gebührenordnung dazu auserkoren wurde, den medizinischen Massstab zu setzen, indem zunächst einmal medizinisch nicht sein durfte, was es als Gebühr nicht gab. Immerhin ist dieses Manko gemildert, wird jedoch durch den nicht innehaltenden Fortschritt nicht gerade kleiner.

Allerdings ist auch diese Ordnung jetzt 10 Jahre alt und die wissenschaftliche Entwicklung hat sich in den vergangenen Jahren noch beschleunigt. Bisher wurde allerdings eine Anpassung der Ordnung sachlich und finanziell verweigert. Ein beispielloser Vorgang in einer Zeit, in der jährliche Gehaltsanpassungen nahezu üblich sind. Verstärkt wird der Eindruck noch durch solche unbedachten Kleinigkeiten, wenn mittlerweile ein Verwaltungsakt in Form des Abstempelns eines Vordruckes teurer ist als z. B. eine einfache Zahnfüllung. Unverständnis und Verdrossenheit sind die Folge bei den Leistungserbringern.

Unverständlich muss auch dem Aussenstehenden der Gebühren- und Abrechnungswirrwarr erscheinen. Argumente dafür könnten allenfalls sein, Abrechnungskünstlern oder den Versicherern ihr Spielfeld zu überlassen. Der engagierte Zahnarzt, der sich nicht auf die allernötigsten Leistungen beschränkt, muss sich mit nicht weniger als vier geltenden Gebührenordnungen herumschlagen, die sogar bei einer Behandlung nebeneinander zur Geltung kommen können. Darüberhinaus wird der fortschrittliche Zahnarzt nicht umhinkommen, Leistungen privat sozusagen im freien Raum zu vereinbaren, da sie weder in einer Gebührenordnung vorkommen, noch analoge Gebühren vorgeschlagen sind. Für den Patienten ist dieser Komplex ohnehin undurchschaubar. Hier muss einfach die Frage kommen: Warum nicht **eine** Gebührenordnung als Grundlage für alle Leistungen? Das wäre fair und überschaubar für alle Beteiligten und würde zudem die Verwaltungskosten erheblich senken. Mit den gesetzlichen Krankenkassen müssten jene Positionen aus dem Katalog ausgesucht werden, die solidarisch finanziert werden können. Die Bewertung einer Leistung wäre dann auch aufwandsgerecht darzustellen und wäre nicht abhängig von äusseren Faktoren wie Versicherungsstatus, Herkunft etc.

Fazit: Die Eingriffe der Politik in die Strukturen der Zahnmedizin haben eine Kommerzialisierung eingeleitet, die sich fatal für eine sozial ausgerichtete Zahnmedizin ausgewirkt hat und dies wohl noch verstärken wird. Die Überbetonung verwaltungstechnischer, institutionalisierter Strukturen erdrückt die für den medizinischen Bereich so wichtige Individualität, zerstört das Vertrauen in den mündigen Bürger (Patienten) und ebenso mündigen Zahnarzt.

Wissenschaft und Praxis können nur gemeinsam effektiv sein.

Die Idealvorstellung ist heute wohl noch diese, dass in einer elfenbeinartigen Zurückgezogenheit Wissenschaft betrieben wird - dies könnte eine Universität sein - und dass der praktisch tätige Zahnarzt nur nachzuschlagen braucht, wo er eine theoretische Untermauerung seiner ansonsten vor allem eben praktisch ausgerichteten Tätigkeit findet. Dies strikte Trennung - vereinfacht dargestellt - funktioniert schon lange nicht mehr. Die Gründe hierfür sind vielfältig.

Die Universität wurde durch den rasant zunehmenden Lehrbetrieb zur reinen Schule "degradiert" und kann häufig nicht einmal mehr diesen im Sinne der geltenden Prüfungsordnung erfüllen (zu viele Studenten, zu wenig Patienten). Der Examensabsolvent ist zwar berufsfertig, doch kaum berufsfähig. Es entsteht der Eindruck, dass Wissenschaft allenfalls zur akademischen Karriereplanung durchgeführt wird ("publish or perish") oder - durch entsprechende Mittel aus der Wirtschaft - , um Produkte zu vermarkten. Mittel für wertfreie Forschung oder - besonders wichtig - Grundlagenforschung sind rar. Auch Forschung wird jedoch immer teurer, man sieht sich nach Geldgebern um. Praktiker misstrauen so Hochschullehrern wegen Abhängigkeiten, sei es nun durch die geldgebende Industrie oder durch den Dunst des Beamtentums, ihre Aussagen verlieren an Wert. Innovationen, ja ganze Spezialgebiete werden zudem in der Praxis vorangetrieben. Die Schuld liegt weniger an der

Hochschule selbst als an der Tatsache, dass sie mit ihren alten Strukturen völlig unvorbereitet in die neuen Aufgaben geschickt wurde.

In der Praxis werden die Forderungen vom Patienten gestellt. Der Praktiker kann bisher ungelöste Probleme negieren und riskiert damit möglicherweise den Verlust des Vertrauens des Patienten, er kann den Patienten an eine ggf. in dessen Fall kompetentere Stelle überweisen oder er sieht sich in der Lage eine neue Problemlösung zu finden. Dies kann letztlich auf zunächst "unwissenschaftlichem" Wege zu segensreichen Innovationen oder Irrwegen führen, die irgendwann wissenschaftlich aufgearbeitet werden, von engagierten Praktikern oder Hochschullehrern. Selten wird jedoch neben einer praktischen Tätigkeit genügend Raum sein, Wissenschaft in ihrer reinen Form zu betreiben. Und auch hier wird irgendwann der "Sponsor" auftreten, die Interessen werden wirtschaftlichen Zielen möglicherweise untergeordnet. Hier ist zumindest das Argument einzufügen, dass ein Praktiker in der Regel zunächst wirtschaftliche Nachteile in Kauf nehmen muss, bevor er überhaupt an einen eventuellen Vorteil denken kann. Dennoch: Hochschullehrer misstrauen Praktikern auf die gleiche Weise wegen finanzieller Abhängigkeiten und wissenschaftlicher Unzulänglichkeit.

Hochschule und niedergelassene Zahnärzte haben somit vielfache Berührungspunkte oder negieren schlicht die Probleme der anderen Seite. Dabei könnten sie sich leicht ergänzen. Ähnlich dem im Zölibat lebenden Priester kann so mancher Hochschullehrer Probleme des nur mit der praktischen Tätigkeit verheirateten Zahnarztes nicht verstehen und umgekehrt letzterer theoretische Winkelzüge nicht nachvollziehen. An dieser Stelle muss die Frage kommen, ob diese strikte Trennung von Hochschule und Praxis in der bisherigen Form überhaupt noch sinnvoll ist. Beides dient ja nur dem einen Zweck: Zahnmedizinische Probleme zum Besten des Patienten zu lösen. Würde es nicht befruchtend wirken, Praktiker an der Ausbildung und Forschung teilhaben zu lassen und andererseits Hochschullehrer mit der Praxis zu konfrontieren? Beide Seiten würden gewinnen, dem Patienten nutzte es.

Zur Zeit sind kaum Tendenzen erkennbar, diese Kluft zwischen Praxis und Hochschule zu verringern. Ganze Problemkreise, mit denen der niedergelassene Zahnarzt konfrontiert wird, sind entweder nicht flächendeckend an allen Universitäten vertreten oder werden in der Lehre überhaupt nicht angeboten (z.B. Implantologie, Parodontologie, Gnathologie, Praxismanagement). Dieses Feld wird derzeit - Zeichen diversifizierender Elemente in wirtschaftlich unsicherer Zeit - zunehmend von privatwirtschaftlich organisierten Fortbildungsinstituten besetzt.

Wir haben einen hohen Standard, doch ohne massive Veränderungen werden wir ihn nicht halten können.

Zahnheilkunde befindet sich in einer tiefgreifenden Umwälzung. Die bisherigen Leistungen können als beispielhaft gelten und haben zu einem hohen Versorgungsgrad der deutschen Bevölkerung geführt. Diese Leistung wurde jedoch durch kostenintensive Behandlungen erreicht, für die die Bereitschaft abnimmt, sie weiterhin

in gleicher Höhe der Solidargemeinschaft aufzubürden. Alle Beteiligten sind aufgerufen nach Lösungen zu fahnden, ohne ihre Gruppeninteressen in den Vordergrund zu stellen. Leider sind die Probleme zu akut, als dass man von den derzeitigen Lösungsansätzen (Gesundheitstrukturgesetz) oder Rückschritten in die Vergangenheit fundierte und dauerhafte Ergebnisse erwartet werden können. Es bleibt zu wünschen, dass der jetzige Schock einmal zu einer Planung des Gesundheitswesens anhand relevanter Daten und zur Schaffung flexibler Instrumente zur Steuerung führen wird und nicht bei der ständigen Abwehrreaktion zur Verhütung des Schlimmsten stehen bleibt.

Literatur:

- 1, Anonym: Breitseiten für Seehofer-Konzept. Dt. Ärztebl. 89, Heft 27, C-1273, 3.07.1992.
- 2, Biermann, H.: Die Gesundheitsfalle. Hoffmann und Campe 1992.
- 3, Coe, R.M.: The web of medical organization, in: Sociology of Medicine, McGraw Hill Book Comp., 1970.
- 4, Ehrl, P.A.: Medizinsoziologische Grundlagen zahnärztlicher Arbeitsbedingungen, Zahnärztl. Mitteilungen 70(2): 68-76 (1980).
- 5, FIFO 1964/06/14: Tandlākare och tandlākibesök 1974. Tandlākartidningen 66 (13): 794-796 (1974).
- 6, Forster, J., Graupner, H.: Brandschutz betreiben, bevor das ganze System in Flammen steht. Interview mit Minister Seehofer. Süddeutsche Zeitung, 20./21.06.92
- 7, Hansen, K.-J.: Geschrumpfte Autonomie der Patienten. Leserschrift. FAZ 28: 8, 03.02.92.
- 8, Hamm, W.: Sieben Illusionen der Gesundheitspolitik. FAZ 15.07.92
- 9, Kolkmann, F.W.: Sachverstand nicht gefragt. Ärzteblatt Baden-Württbg. 5: 420 (1991).
- 10, Krämer, W.: Fortschrittsfalle Medizin. Der Spiegel (1989).
- 11, Lau, D.: Gesetzliche Krankenkassen - ein Fall für die Rechnungshöfe. Der Steuerzahler, 2: 32 (1992).
- 12, Lau, D.: Rechnungshöfe und Krankenkassen. Der Steuerzahler, 3: 46 (1992).
- 13, Linke, T.: Angesichts menschlicher Schwächen. Zahnärztliche Mitteilungen, Die andere Meinung. 81: 13, 1261 (1992).
- 14, Nippert, P.: Entwicklung der sozialen Zahnmedizin in Deutschland. Oralprophylaxe 14, 3-10 (1992)
- 15, Nöh, H.-J.: Bauchtanz und Disco-Partys auf Kosten der AOK. WamS 21: 10, ?. 1992.
- 16, Nöldner, K.: Beitragslüge: Die wahren Gründe der Steigerungen werden verschwiegen. Der deutsche Arzt Nr. 2, 3, 10.02.92.
- 17, Ohlrogge, M.: Die Ziele der Gesetzlichen Krankenversicherung. ZMK, 15-17 (1991).
- 18, Paschen, U.: Qualität darf kein Synonym für Mittelmaß sein. Dt. Ärztebl. 87 (24): C-1196-1198 (1990).
- 19, Pflanz, M.: Gesundheitsverhalten, in: Mitscherlich u.a.: Der Kranke in der modernen Gesellschaft, 287 (1967).
- 20, Pflanz, M.: Die Arztpraxis, Medizinsoziologie, Kap. IVa in: Handbuch der empirischen Sozialforschung, König, R., 2.Bd. Ferd. Enke-Verlag, Stuttgart 1969.
- 21, Schattenfroh, S.: Nur noch weitergebildete Ärzte. FAZ 115: 12, 18.05.92.
- 21a, Schlegel, D.: Europa ante portas - ein Jubelruf oder ein Angstschrei. Die Zahnarztwoche 33-34/92, 4.
- 22, Schulte, W.: Solidarität?. Zahnärztebl. Baden-Württemberg 8: 359 (1991).
- 22a, Schüssler T.W.: Aspekte der zahnärztlichen Praxis-GmbH in der Bundesrepublik Deutschland. Referat BDO-Symposium 13.06.92, Hamburg.
- 22b, Serwaty, R., Peters, C.: Referat zur Wirtschaftlichkeitsprüfung oralchirurgischer Praxen. BDO-Symposium 13.06.92, Hamburg.
- 23, Spranger, H.: Zahnmedizin gibt sich viel zu laienhaft. DZW 21: 11 (1991).
- 24, Streckbein, R.: Brauchen wir zahnärztliche Weiterbildung?. ZMK 8: 34-37 (5-6/1992).

Der Verfasser:

Peter A. Ehrl
Dr.med.Dr.med.dent.
Arzt, Zahnarzt für Oralchirurgie, Implantologie ^(BdiZ)
Alt-Moabit 98
10559 Berlin

Fon: 030 3990 2220
e-mail: peter@ehrl.se

Kurzer Werdegang:

1969 Studium der Psychologie in Würzburg
1970-78 Studium der Zahnheilkunde und der Medizin in Hannover und Frankfurt.
1973/4 Studienaufenthalte an den Universitäten in München und Portland/Oregon.
1975-82 Wissenschaftl. Mitarbeiter am ZZMK der Universität Frankfurt, seit 1978 als
Oberarzt.
1982-95 als Zahnarzt und Oralchirurg in einer Gemeinschaftspraxis und am
Krankenhaus Freudenstadt
ab 1996 geschäftsfühd. Arzt einer zahnärztlichen Partnerschaftspraxis in Berlin
1996-00 ehrenamtl. Leiter des Philipp-Pfaff-Institutes, Berlin

53 Publikationen zu den Themenbereichen der Oralchirurgie wie Hygiene,
Mundschleimhauterkrankungen, odontogene Kieferhöhlenerkrankungen, Kryotherapie,
chirurgische Zahnerhaltung, Implantologie und zur Didaktik der Medizin
Medizinsoziologie. Über 150 Vorträge und Kurse. Gutachter, Obergutachter für
Implantatversorgungen, Privatgutachter, Lehrer Akademie Praxis und Wissenschaft.
Mitglied in: DGZMK, Arbeitskreis für Kieferchirurgie, DGI, BDO, EFOSS, Ausschuss für
Register und Qualifikation des BdiZ, DIN-Ausschuss für Implantate,
Fortbildungsreferent Implantologie der DGZI.