

## DER ZAHNARZTBERUF

Arbeitsbedingungen und sozioökonomische Situation von Zahnärzten im Großraum Hannover.

(Dargestellt an den Ergebnissen der internationalen WHO-Studie über "Dental manpower systems in relation to oral health status" in Hannover, BRD, 1973).

### 1. Kapitel: Problemanalyse (P.A.Ehrl)

#### 1.1. Kurze Einleitung: Probleme der zahnärztlichen Versorgung in der BRD.

In der zunehmenden Diskussion um die soziale Sicherung der Bevölkerung in der BRD geriet zwangsläufig auch die zahnmedizinische Versorgung in das Kreuzfeuer der von Parteien, Gewerkschaften, Arbeitgeberverband und Standesorganisationen der Zahnärzte geführten Auseinandersetzung.<sup>1)</sup>

Die mehr oder weniger von ideologischen Betrachtungsweisen ausgehenden recht konträren Beiträge können sich dabei in nur geringem Umfange 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.<sup>2)</sup> Denn nur die theoretische Interpretation und Weiterentwicklung einer sorgfältig durchgeführten Analyse der bestehenden Verhältnisse hat Aussicht, als Verbesserung in der Praxis wieder realisiert zu werden. In diesem Sinne sind wohl auch WOLTERS<sup>3)</sup> Forderungen nach einer komplexen Planung des Gesundheitssystems, sowie nach Beurteilungsmaßstäben für die Effektivitätskontrolle und wirksamen Steuerungsinstrumenten zu verstehen, um den Politikern, d.h. den Vertretern des Volkes das Gesundheitssystem transparenter zu gestalten. 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.<sup>4)</sup>

Bedingt durch die Tatsache, daß die Sicherstellung der zahnmedizinischen Versorgung der Zahnärzteschaft als Berufsgruppe übertragen wurde<sup>5)</sup>, sind die Zahnärzte als Profession Adressat der vorgetragenen Kritik oder des Lobes. Die Zahnärzteschaft als verantwortlicher Träger ihrer eigenen Sozialfunktion<sup>6)</sup> 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 Verhaltensweise 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.

Die vorliegende Untersuchung wird sich deshalb mit der heute bestehenden Arbeitssituation der Zahnärzte und den wichtigsten Faktoren beschäftigen, die diese beeinflussen. Um jedoch den Rahmen dieser Arbeit abzustecken und die Problematik der Struktur der zahnärztlichen Versorgung übersichtlicher zu gestalten, sollen in diesem Kapitel einige grundlegende Anmerkungen gemacht werden.

#### 1.2. Die Untersuchungsbereiche des zahnärztlichen Versorgungssystems<sup>7)</sup>.

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.

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:

#### 1.2.1. 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, Helferinnen, 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.).

#### 1.2.2. 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.

#### 1.2.3. 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.

#### 1.2.4. 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 muß<sup>8)</sup>, hier nicht gelöst werden kann. Auch soll an dieser Stelle schon vor einer allzu starren Betrachtung von Gesundheitssystemen gewarnt werden. W.ANDERSON nennt zwei "elastische Elemente", die den Kern eines Gesundheitssystems ausmachen: Zum einen die Elastizität des Begriffes Krankheit und die Beachtung, die man ihm schenkt, zum anderen das notwendige freie Urteil und die Autorität des Arztes, des "Hüters des Systems".<sup>9)</sup>

Die vorliegende Arbeit, die sich ausschließlich mit den strukturellen Merkmalen des zahnärztlichen Versorgungssystems im Großraum Hannover beschäftigt, soll dazu dienen, Material zu einer exakten Systembeschreibung zu liefern und Abhängigkeiten innerhalb dieser gegebenen Strukturmerkmale erkennen zu lassen.



### 1.3. Zahnmedizin als Feld soziologischer Forschung.

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

#### 1.3.1. Bisherige soziologische Forschung auf dem Gebiet der Zahnmedizin in der BRD.

Eine spezielle "Soziologie der Zahnmedizin" gibt es nicht. Dies überrascht nicht, da selbst die Soziologie der Medizin in der BRD 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 drei einzigen 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.<sup>10)</sup> Aufgrund dieser geringen Anzahl vorliegender Untersuchungen, die nur auf Teilgebiete des soziologisch-zahnmedizinischen Problemkreises eingehen, muß man die Feststellung treffen, daß eine empirische Sozialforschung für zahnmedizinische Belange auch unter Heranziehung hierfür zutreffender Untersuchungen in der BRD 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 nehmen<sup>11)</sup>, 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 Schlüssen zu kommen. In einem politischen System, das seine sozialen Verpflichtungen ernst nimmt, ist es heute "nicht mehr zu verantworten, gesundheitspolitische Entscheidungen ohne vorherige wissenschaftliche Abklärung zu treffen!"<sup>12) 13)</sup>

### 1.3.2. 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 N.B. RICHARDS und L.K. COHEN in der Einleitung des von ihnen herausgegebenen, wohl ersten umfassenderen sozial-zahnmedizinischen Buches:

"Much of what passes 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."<sup>14)</sup>

Die beiden Autoren schlagen deshalb vor, nur solche Untersuchungen zu berücksichtigen, die sich auf empirische Daten beziehen, oder die sozialwissenschaftliche Theorie oder Technik anwenden.<sup>15)</sup> Hält man diese Kriterien streng ein, so schrumpft auch die internationale sozial-zahnmedizinische Literatur zu wenigen relevanten Arbeiten zusammen.<sup>16)</sup> Besondere Erwähnung verdienen hier die Anstregungen der F.D.I. (Fédération Dentaire International), 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)<sup>17)</sup>, die schließlich zu der in Abschnitt 1.4. erläuterten Studie führten. Ebenso genannt sein sollen die 1973 von der ADA (American Dental Association) edierten abstracts "Advances in socio-dental research"<sup>18)</sup> und die Artikel sowie die ausführliche Bibliography der Schrift "Towards a sociology in dentistry."<sup>19)</sup>

Interessant erscheint auch die von der ADA in dreijährigen Abständen durchgeführte Fragebogenaktion "Survey of dental practice", die es erlaubt, objektive Rückschlüsse auf Entwicklungstendenzen zu ziehen<sup>20)</sup>. Leider ergeben sich Zweifel hinsichtlich der Repräsentativität der Daten, da selbst die höchste erreichte Response-Rate nur 26% betrug (1968)<sup>21)</sup>. 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%),

die aber leider ebenso noch nicht als repräsentativ betrachtet werden können<sup>22)</sup>.

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 anstrebt (Artikel 55 -66 der Römischen Verträge).

Die kurzen, bisher durchgeführten Untersuchungen<sup>23)</sup> lassen bereits heute erhebliche Schwierigkeiten bei den geplanten Angleichungen erwarten, die in den nationalen Unterschieden der zahnärztlichen Versorgung begründet sind<sup>24)</sup>. Gründliche Forschung wäre auf diesem Gebiete 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 systemspezifischen Merkmalen sind, dennoch eine Anwendung in der BRD<sup>25)</sup>.

### 1.3.3. Die sozialmedizinische und medizinsoziologische Forschung und ihre Bedeutung für die Zahnmedizin.

#### 1.3.3.1. Unterschiede und Gemeinsamkeiten der Allgemeinmedizin und der Zahnmedizin<sup>26)</sup>.

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<sup>27)</sup>. 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 stellen die Zahnärzte eine relativ große Gruppe dar (31 117 Zahnärzte kommen auf 93 934 Ärzte,



1969)<sup>28)</sup>, die zudem in einer eigenen Standesorganisation und deren Politik deren Eigenständigkeit demonstriert<sup>29)</sup>. 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 96% der Zahnärzteschaft, jedoch nur 54% der Ärzte in der freien Praxis tätig sind<sup>30)</sup> und innerhalb der Ärzteschaft noch zusätzlich eine Vielzahl von Positionen (Fachärzte, Krankenhaushierarchie) existiert<sup>31)</sup>.

- 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 am Behandlungsgerät direkten Einfluß auf die Behandlungsmethode, die "Produktivität" und somit letztlich das Zahnarzt-Patient-Verhältnis hat<sup>32)</sup>. Ein weiteres Unterscheidungsmerkmal stellt die für den Zahnarzt enge Kooperation mit den zahntechnischen Labors dar, ein Einfluß, den es in dieser Art für den Arzt nicht gibt<sup>33)</sup>.
- 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<sup>34)</sup>, zum anderen die Wichtigkeit, die den Krankheiten dieses Bereiches insgesamt beigemessen wird, beachten<sup>35)</sup>. Diese beiden Faktoren sind Ursache bestimmter Attitüden und Einstellungen bei der Bevölkerung und den Zahnärzten und bestimmen somit die Berufssituation mit.
- d) Eine weitere Besonderheit, die jedoch ständig an Bedeutung verliert, soll nicht unerwähnt bleiben. Innerhalb der Zahnärzteschaft besteht eine Inhomogenität insofern, da ein Teil (ca.30%) eine staatliche Anerkennung als Dentist hat und somit eine andere Ausbildung durchlaufen hat, als der akademisch ausgebildete Zahnarzt. Dies spielt für einige Verhaltensweisen und

Einstellungen (soziale Herkunft, Terminbestellung, Zufriedenheit mit der Standesvertretung, Bezugsgruppe)<sup>36)</sup>; Eigenbild, Bindung an den Beruf, Außen- und Binnenkontakte, Leistungsorientierung<sup>37)</sup> eine Rolle, während das Bild der Zahnärzteschaft in der Bevölkerung sich bereits auf eine einheitliche Gruppe bezieht. Ein Fortbestehen dieses Dualismus wurde unterbunden durch die Ermächtigung des § 2 Abs.3 des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde vom 31.3.1952 (Bundesgesetzblatt I, S.221), nach der die Zahnheilkunde nur noch von akademisch ausgebildeten Zahnärzten ausgeübt wird.

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 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<sup>38)</sup>.

Trotz der genannten Unterschiede zwischen den Berufen des Arztes und des Zahnarztes erscheint es legitim, die Ergebnisse 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 A.SCHMIDT 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 hinkt<sup>39)</sup>."

#### 1.3.3.2. Medizinsoziologie in der Zahnmedizin

Seit man erkannt hat, daß die Medizin nicht dazu da ist, "um einzelnen Leuten Gelegenheit zu einem Brotstudium zu 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 Praktikers Gegenstand objektiver Untersuchung wird<sup>40)</sup>, so konnte sich in der vergleichsweise kleineren, einheitlicheren<sup>41)</sup> 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 Bedeutung<sup>42)</sup>.

Allerdings ist anzunehmen, daß dies bei weitem nicht mehr die vorherrschenden Meinung ist und lediglich als Ausdruck "übersteigter Aktivitäten der zahnärztlichen Berufsvertretungen" betrachtet werden kann<sup>43)</sup>. 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 F.D.I. 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."<sup>44)</sup> Um dieses Postulat in der richtigen Relation sehen zu können, sei ihm ein weiteres von D.SCHLEGEL gegenübergestellt: "Alle Überlegungen zur zahnärztlichen Versorgung der Bevölkerung haben sich am sozialen Leistungsvermögen der Gesellschaft zu orientieren."<sup>45)</sup>



Wie in der Allgemeinmedizin, so reicht auch in der Zahnmedizin diese rein funktionale Ansicht nicht aus, die Arbeitswelt des Zahnarztes exakt zu beschreiben. Die "biologisierende Versachlichung der Medizin" im Moment der ärztlichen Handlung fand ihren Widerpart in der Tendenz zu einer starken Mystifikation der Rolle des Arztes und somit der gesamten Berufsgruppe<sup>46)</sup>. 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 entwickeln<sup>47)</sup>. Als Außenstehender hat man es somit beim Arztberuf mit einer "geschlossenen Gesellschaft, einem Geheimbund zu tun"<sup>48)</sup>, um es etwa 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, diktiert<sup>49)</sup> 50). Dies erlaubt eine Betrachtung der Zahnmedizin als Profession, die im folgenden näher erläutert werden soll.

#### 1.3.4. Die Zahnmedizin: Eine "klassische Profession".

##### 1.3.4.1. Vorbemerkung.

In dem Prozeß der zunehmenden Arbeitsteilung in der Menschheitsgeschichte kann man zwischen einer ökonomischen und sozialen Differenzierung unterscheiden (Karl MARX, 1867). Diese zweigleisige Entwicklung, deren Komponenten sich nicht vollständig trennen lassen, führte im nicht-ökonomischen Bereich zu der Klassen- oder Ständebildung. Danach ist das

Mitglied eines Standes "nicht mehr direkt, sondern über intermediäre Gruppen mit der Gesamtgesellschaft verbunden" <sup>51)</sup>. 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 wäre. <sup>52)</sup> Diese Macht kann umso größer werden, je bedeutender die soziale Funktion des Standes ist (Prestige). Ständisch bedeutet daher "Inanspruchnahme von Privilegien" <sup>53)</sup>. Auch die Ärzteschaft bedient sich dieser Möglichkeit, was seinen Ausdruck findet in der Bundesärzteordnung 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:

#### 1.3.4.2. 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 beschrieben <sup>54)</sup>, 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 ver-

tritt 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 verbindliche 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.

#### 1.3.4.3. 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."<sup>55)</sup>

Die Zahnärzte besitzen eine Berufsorganisation (Bundesverband der Deutschen Zahnärzte, BDZ), bei der die Mitgliedschaft aller Zahnärzte obligatorisch ist. Das Monopol der Berufsausübung ist durch den Sicherstellungsauftrag der Bundesregierung gesichert. Der Konkurrenzkampf ist durch die Untersagung der Werbung und bestimmte Verhaltensnormen<sup>56)</sup> 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 Professionen<sup>57)</sup>.

Auch bei den zahnärztlichen Hilfsberufen ist eine Entwicklung zur Professionalisierung zu erkennen. Der WHO-Report of the expert committee on auxiliary dental personal<sup>58)</sup> 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 zahntechnische Assistentin, erscheinen.

#### 1.3.4.4. Exkurs: Freier Beruf, freie Praxis.

Wie bereits erwähnt, üben 96% 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 ansiedeln, 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 Erkämpfung 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."<sup>59)</sup>

Somit ist es für die freien Berufe "unerläßlich, ihre Aufgaben und Funktionen sowie ihre gesellschaftliche Stellung ... zu überprüfen" <sup>60)</sup>, was in unserem Falle beispielsweise in der von BDZ und FV 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 Berufsmitglieder innerhalb der Berufsgruppe; 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."<sup>61)</sup>

Dies erschwert die Definition einer "typischen zahnmedizinischen Praxis". Eine interessante Kategorisierung geht auf HALL zurück <sup>62)</sup>, 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 sind <sup>63)</sup>. 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. LÜTH beschreibt dies so: "Auch in demokratischen Gesellschaften impliziert der exklusive Charakter, der einen Beruf als Besonderes nimmt und heraushebt, repressive Momente, die dasjenige, was geschützt werden soll, eliminieren: nämlich das autonome freiheitliche Leben dieses Berufes."<sup>64)</sup> Die Kontrollmechanismen der institutionalisierten ambulanten zahnärztlichen Versorgung sind dabei in bemerkenswertem Maße informeller Art <sup>65)</sup>. M.PFLANZ beschreibt drei Einflußmomente, de-



nen die Arztpraxis ausgesetzt ist: die Auffassung der Medizin, das Laisensystem und das gesellschaftliche Interesse<sup>66)</sup>; E. FREIDSON will eine Vielzahl organisierter Beziehungen erwähnt wissen, insbesondere die Kontrolle durch die Patienten und die Kollegen<sup>67)68)</sup>. M.E. sollten in diesem Zusammenhange 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 eben 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 is also the most unstable form of practice."<sup>69)</sup> Dies führte zu Überlegungen, welche Organisationsform der Arztpraxis, der Funktion der medizinischen Versorgung der Bevölkerung angemessen ist. So konnte E.C.HUGHES für andere Berufe zeigen, daß der im Rahmen organisierter Institutionen arbeitende Vertreter eines freien Berufes unabhängiger ist als der freiberuflich Tätige<sup>70)</sup>. Verschiedene Arbeiten (O.HALL, 1948; E.FREIDSON, 1960; P.M.BLAU u.W.R. SCOTT, 1962; H.L.WILENSKY, 1964) stützen die These, daß die freie Praxis keineswegs von vornherein als die dem Professionalismus günstigste Organisationsform anzusehen ist<sup>71)</sup>. Diese Autoren schlagen deshalb eine Dienstleistungsorganisation vor, so wie auch P.PARSONS 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 bestehen<sup>72)</sup>. 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.



#### 1.4. Ziel der vorliegenden Arbeit.

→ funktionelle Merkmale

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit einem Teilbereich der Problematik um die zahnmedizinische Versorgung: Es soll versucht werden, einige 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, "die Nahtstelle der Anwendung aller wissenschaftlich-medizinischen Erkenntnisse für die Gesundheit des einzelnen."<sup>73)</sup> "Scientists do more than discover principles and practitioners do more than merely apply them."<sup>74)</sup> Es sind die Fertigkeiten im weiteren Sinne - darunter versteht man "bestimmte Anforderungen an die technische Kompetenz und an die Wertorientierung"<sup>75)</sup> -, 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"<sup>76)</sup> 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"<sup>77)</sup> 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 Arbeit sprengt, d.h. auf das Feld des Gesundheitsverhaltens im Rahmen seiner weitgesteckten sozialen Abhängigkeiten und Unterschiede führt<sup>78)</sup>. 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"<sup>79)</sup>, wozu er ja auch die rechtliche Handhabe hat<sup>80)</sup>, 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 Patienten<sup>81)</sup> nur insofern etwas ändern, als die Arztrolle zwar "teilweise durch die Erwartungen des Patienten definiert wird"<sup>82)</sup>, die umgekehrte Beeinflussung aber überwiegt, da der Patient immer gezwungen sein wird, sich dem Arzt mit seinem Spezialistenwissen anzuvertrauen<sup>83)</sup>. 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 wird<sup>84)</sup>. Die Forderung Mc CLOY's, daß das Sozialverhalten der Empfängergruppe immer die Form der Kommunikation bestimmt<sup>85)</sup>, 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."<sup>86)</sup> M. PFLANZ wies zudem darauf hin, daß das Angebot an medizinischer Versorgung sogar das Gesundheitsverhalten beeinflusst<sup>87)</sup>, umgekehrt aber der Bedarf an medizinischer Hilfe nicht unbedingt die Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe zur Folge hat<sup>88)</sup>. Da das Arzt-Patient-Verhältnis auf normativen Erwartungen und Verhaltensansprüchen der Partner aneinander beruht und den Partnern gewissen Verhaltensvorschriften auferlegt, entspricht es dem soziologischen Begriff einer Institution<sup>89)</sup>.

T. PARSONS 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."<sup>90)</sup> 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 Sozialisierungsprozeß betrachten, währenddessen sich der werdende Zahnarzt Wissen, Fertigkeit und Dispositionen in den beiden dominanten Gebieten von Verhalten und Werten aneignet<sup>91)</sup>. Die Vorstellungen, vor allem im Bereiche der Werte, beeinflussen bereits die Rekrutierung der zukünftigen Zahnmedizinstudenten<sup>92)</sup>. Die starke professionelle Bindung, gestützt durch die Standespolitik, 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!"<sup>93)</sup> Während die medizinische Sphäre also für den aktiven Teil der Bevölkerung einen Sektor darstellt, ist sie für den passiven eine Phase<sup>94)</sup>.

Wie alle anderen Berufe einer Gesellschaft, so ist auch die Zahnmedizin nicht unabhängig von den gesellschaftlichen Grundstrukturen zu denken. J.J. ROHDE und C. ROHDE-DACHSER 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 Bereiches<sup>95)</sup>.

K.KIMMEL schlägt eine gröbere, jedoch weitreichendere 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 fortsetzt<sup>96)</sup>.

P.LÜTH erwähnt als übergreifendes System der Allgemeinpraxis das der sozialen Sicherheit und leitet aus diesem Zusammenhang eine Störanfälligkeit der Praxis ab<sup>97)</sup>. Wenn auch die Sozialpolitik den Rahmen steckt, innerhalb dessen der Zahnarzt arbeitet<sup>98)</sup>, so darf man nicht übersehen, daß der Zahnarzt in seiner Berufsausübung (Rezepte, Krankmeldungen, Anwendung neuer Therapien etc.) und über seine Standesvertretungen Einfluß auf die Sozialpolitik nimmt<sup>99)</sup>. 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 der BRD muß es zwangsläufig zu Unvereinbarkeiten zwischen den ärztlichen Maximen "Uneigennützigkeit", sowie "Hilfsbereitschaft" und den ökonomischen Prinzipien der Umwelt kommen<sup>100)</sup>. "Der Arzt wurde in das kapitalistische System des - möglichst ertragreichen - Verkaufs seiner Leistungen einbezogen"<sup>101)</sup> und "steht nicht die Frage der Gewinnerzielung im Vordergrund, so doch die der sparsamsten Mittelanwendung, um den Betrieb rentabel zu machen."<sup>102)</sup>

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 ist<sup>103)</sup> und der Zahnarzt nur anonym über die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen seine Vergütung erhält. Für den Zahnarzt ist damit der reine Wirtschaftlichkeitscharakter seines Berufes nur verschleiert. T.PARSONS 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 richtet<sup>104)</sup>. "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."<sup>105)</sup>

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.

Zusammenfassend sind hier die Teilbereiche aufgelistet, die wir für wichtig bei der Beurteilung des Zahnarztberufes erachten:

1. Die Arbeitsbedingungen des Zahnarztes, d.h. der organisationelle Rahmen der Arbeit am Arbeitsplatz.
2. Die ökonomische Situation des Zahnarztes.
3. Aus- und Fortbildung des Zahnarztes.
4. Die Fremd- und Eigenbeurteilung des Zahnarztes.
5. Das zahnmedizinische Versorgungssystem und sein gesellschaftlicher Rahmen.

Die vorliegende Arbeit wird diese Sachgebiete einzeln diskutieren. Wir halten dies aus Gründen der Übersichtlichkeit für notwendig, auch wenn



sich Überschneidungen der einzelnen Bereiche nicht vermeiden lassen. Mit dem vorliegenden Datenmaterial wird es nicht möglich sein, die gesamte Problematik der einzelnen Sachbereiche aufzudecken. Auch werden wir im Rahmen dieser Arbeit nicht alle Überlegungen bis in ihre letzten Konsequenzen verfolgen können. Bei der Interpretation der Daten wird auch zu bedenken sein, daß diese nur aus dem Großraum Hannover stammen. Wir stellen diese Aussage an den Anfang der eigentlichen Sachdiskussion, damit der Leser die Aussagekraft der Arbeit relativieren kann. Wir hoffen dennoch, einige wichtige Antworten und Anregungen zur besprochenen Problematik geben zu können.

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."<sup>106)</sup> So wollen wir mit dieser Arbeit nicht nur einen "Datenberg" errichten, sondern es sollte die Möglichkeit bestehen, einige Aussagen über das zahnmedizinische Versorgungsangebot im Zusammenhang mit Aussagen über die Forderung und den Bedarf nach zahnmedizinischer Versorgung in der Praxis zu realisieren.

Anmerkungen zu Kapitel 1 :

1. a) vgl. die Gesundheitsprogramme der verschiedenen Parteien.  
b) vgl. E.JAHN, H.-J. JAHN, E.O.KRASEMANN, W.MUDRA, P.ROSENBERG, F.RUDOLPH, T.THIEMEYER: Die Gesundheitssicherung in der Bundesrepublik Deutschland, WWI-Studie zur Wirtschafts- und Sozialforschung Nr.20, Bund-Verlag, Köln 1971.  
c) s.Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände: "Gesundheitssicherung in Freiheit und Verantwortung", Nov.1973, Bonn; Ausführungen dazu in : ZM 1/1974, S.22-26.  
d) F.BESKE, Entwicklungstendenzen der Gesundheitspolitik in der BRD, ZM 18/1973, S.864-870.  
e) s.auch Anmerkung 11.  
f) Freier Verband Deutscher Zahnärzte, Neue Wege zur Zahngesundheit, (Gesundheitsplan des FV) 1974
2. a) Um eine Wertung der Empirie vornehmen zu können, würde ich als Literatur empfehlen: K.R.POPPER, Objektive Erkenntnis, Hoffmann u.Campe, 1973, S.44-122, II. Zwei Seiten des Alltagsverstandes: ein Plädoyer für den Realismus des Alltagsverstandes und gegen die Erkenntnistheorie des Alltagsverstandes.  
b) s.auch Mao Tse Tung: Über die Praxis, Verlag für fremdsprachige Literatur, Peking 1970.
3. H.G.WOLTERS, Information des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit, 101, 1974.
4. M.PFLANZ, Prinzipien und Methoden der Beurteilung von Leistungen im Gesundheitswesen, Das öffentliche Gesundheitswesen, Stuttgart, 36, 8, 537-544, August 1974.
5. RVO (Reichsversicherungsordnung), 2.Buch, §368 (1955): "Ärzte, Zahnärzte und Krankenkassen wirken zur Sicherstellung der ärztlichen



Versorgung der Versicherten und ihrer Angehörigen (Kassenärztliche Versorgung) zusammen."

6. P.LÜTH, Niederlassung und Praxis, Thieme-Verlag, Stuttgart 1969, S.60.
7. a) WHO: Planning and evaluating dental health services. Report on a working group, Oslo 1971, Copenhagen 1972.  
b) WHO/DDH, International collaborative study of dental manpower systems in relation to oral health status, Appendix A, unveröfftl. Manuskript.  
c) U.Keil: Die Evaluation der zahnmedizinischen Versorgung als Teilgebiet der medizinischen Versorgung in der BRD, Öffentliches Gesundheitswesen, 36.Jahrg., Stuttgart, April 1974, 4, 290-293.  
d) Milton J.ROEMER: Evaluation of survey programs and levels of measurement. HSMHA Health Rep. 86 (9): 839-848, Sept. 1971 (Structure - process - outcome).
8. J.FRY, Medicine in three societies, MTP Chiltern House, Aylesbury Bucks, 1969, 4-7.
9. O.W. ANDERSON, Toward a framework for analysing health services systems with examples from selected countries, Social and Economic Administration, Vol.1, No.1, Jan. 1967, 16 - 31.
10. a) SPECHT, LUBECKI, Eigen- und Fremdbild der Zahnärzte, Nürnberg 1972.  
b) H.SCHNELLE, Der Zahnarzt, unveröfftl. soziologische Diplomarbeit, Köln, 1965; und - auf der gleichen Erhebung basierend - : Bezugsgruppenprobleme im Zahnarztberuf, in: H.KAUPEN-HAAS: Soziologische Probleme medizinischer Berufe, Westdeutscher Verlag, Köln-Opladen 1968.  
c) W.SCHULTE, VEIGEL, H., Um das Ansehen unseres Standes. ZM 17/ 1967, 811-820 und ZM 18/ 1967, 869 - 874.

11. Im Jahr 1973 erschienen in den Zahnärztlichen Mitteilungen (ZM) - dem wohl wichtigsten Organ des zahnärztlichen Berufsstandes, das jeder Zahnarzt erhält - insgesamt 37 Beiträge zu sozialpolitischen Themen, außerdem findet sich in jeder Ausgabe (24 pro Jahr) ein Abschnitt "Sozial- und gesundheitspolitische Umschau."
12. U.Keil, 1974, S.291
13. M.PFLANZ schreibt hierzu deutlich: "Monitoring, audit, quality appraisal, peer control, and efficiency control are almost unknown concepts. In the Federal Republic of Germany (FRG) all areas of social policy are marked by the absence both of planning based on good quantitative data and of genuine system management." In: M.PFLANZ, German Health Insurance: The evaluation and current problems of the pioneer systems, *International Journal of health science*, Vol. 1, No.4, 1971
14. N.D.RICHARDS, L.K.COHEN, Social Sciences and dentistry, a critical bibliography, Federation Dentaire International, 1971, publ. by A. SIJPHOFF, Den Haag, Niederlande, S.7.
15. N.D.RICHARDS, L.K.COHEN, a.a.O., S.7
16. vgl.N.D.RICHARDS, L.K.COHEN, a.a.O., S.134
17. Um nur die wichtigsten zu nennen:
  - a) WHO: Oral Health Surveys. Basic Methods, Geneva 1971, oder die Übersetzung: U.Keil, A.Keil, Leitfaden für epidemiologische Studien zur Zahn- und Mundgesundheit, Gießen 1973.
  - b) WHO: Planning and evaluating dental health services. Report on a working group, Oslo 1971, Copenhagen 1972.
  - c) WHO, Report of the expert committee on auxiliary dental personal, WHO Techn.Rep. Ser. No. 163, Geneva 1959.
  - d) WHO, Expert committee on dental health (1964), organization of dental public health services. Geneva.
  - e) s.auch: Anonym, Die WHO-Tätigkeit auf dem Gebiet der Zahnheilkunde seit 1968, ZM 23/ 1973, 1187- 1188.

- 18) GÖTZ, KÖHLER, WEBER, ADA, Advances in social dental research, Vol. I , 1973.
19. Milbank Mem.Fd Quart.: R.M. O'SHEA, L.K.COHEN, Towards a sociology in dentistry, Milbank Mem. Fd. Quart. 49 (3,Part 2) July 1971.
20. Die Ergebnisse werden jeweils im darauffolgenden Jahr im Journal of the American Dental Association (JADA) veröffentlicht, s.z.B. 1971, Survey of dental practice, XIII, Summary, JADA 85, Dec.1972, 1371-6.
21. vgl.auch R.M.O'SHEA, Characteristics of dental practice, in: N.D. RICHARDS, L.K.COHEN, 1971, a.a.O., S.150.
22. vgl.z.B.: Canadian Dental Association (Bureau of Economic Research). " Survey of dental practice, 1963, Toronto 1966, in: Journal of the CDA, 1965 und 1966, 31 u.32.
23. Bisherige Untersuchungen beschäftigten sich mit der Angleichung von Studienanordnungen, Berufsordnungen, der "Stomatologenfrage" und den Tätigkeitsbereichen der in den EG-Ländern Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde ausübenden Berufe.
24. s.D. SCHLEGEL: Deutschlands Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde in der Europäischen Gemeinschaft, Festvortrag auf dem Bayerischen Zahnärztetag 1973, Sonderdruck.
25. vgl. N.D. RICHARDS, L.K.COHEN, 1971, a.a.O., S.7.
26. vgl. auch die Unterscheidungen, die Friedman trifft, die jedoch nicht übersichtlich erscheinen. J.W. FRIEDMAN, " Dental care program: Programs and perspectives. J.Hlth Hum.Behav. 1966, 7, 255-264. Zit.in: A.J.WILLCOCKS, N.D.RICHARDS: Dental manpower and dentistry as an institution, in: N.D.RICHARDS, L.K.COHEN, 1971.
27. K.G.SPECHT, LUBECKI,P., a.a.O., S.3.
28. Statistisches Bundesamt, Staitisches Jahrbuch 1971, S.66.



29. vgl. A.SCHMIDT, Probleme der ambulanten zahnärztlichen Versorgung aus der Sicht der Gewerkschaften, Die Betriebskrankenkasse, 61.Jg., 1973, 1, 1-7 u. 2, 57-61; S.57.
30. vgl. Statistisches Bundesamt, a.a.O.
31. R.KÖNIG weist auf die Unterscheidung zwischen "Pauschalbetrachtungen" und "differentiellen Analysen der verschiedenen Arztpositionen" hin. In: H. KAPPEN-HAAS, 1968, Einführung.
32. vgl. A.SCHMIDT, 1973, a.a.O., S.57.
33. vgl. A.SCHMIDT, 1973, a.a.O. S.7.
34. S.FREUD, Abriß der Psychoanalyse, 1938, Die Entwicklung der Sexualfunktion, Fischer-Bücherei, 1970, 14-18.
35. vgl. a) N.D.RICHARDS, L.K.COHEN, a.a.O.: "Since dental ill health is not considered by many to be chronic or killing, this area may not be seen as of prime importance."  
b) ANDERSON berichtet: "... the utilization of dental services is relatively low ... even for upper income groups." In: The Utilization of health services (S.358), in: FREEMAN, H.E., S.LEVINE und L.G.REEDER (Hrsg.), Handbook of Medical Sociology, Englewood Cliffs, N.J. 1963.
36. vgl. SPECHT, LUBECKI, 1972, a.a.O.
37. vgl. H.SCHNELLE, 1965, a.a.O.
38. Darstellungen der historischen Entwicklung des Zahnarztberufes finden sich in:  
a) H.SCHNELLE, Abriß der historischen Entwicklung des zahnärztlichen Berufes unter besonderer Berücksichtigung der Beziehungen zwischen Zahnärzten und Dentisten. In: H.SCHNELLE, 1968, a.a.O., Kap.2.  
b) HOFMANN-AXTHELM, Die Geschichte der Zahnheilkunde, 1973.
39. A.SCHMIDT, 1973, a.a.O., S.1

40. a) vgl. J.J. ROHDE, Affront einer Soziologie des Arztes, Ärztl. Mitteilungen, 59. Jg., 1962, 654-56.
- b) M. PFLANZ vermerkt hierzu 1969: "Die Arztpraxis ist "kaum soziologisch erforscht, da als ideologischer und gefühlsmäßiger Komplex stark verteidigt." in: PFLANZ, M.: Medizinsoziologie, Kap. IV a in: Handbuch der empirischen Sozialforschung, R. KÖNIG, 2. Bd., Ferd. Enke-Verlag, Stuttgart, 1969, 1123-56.
41. a) FREEMAN, H.E., F. LEVINE u. L.E. REEDER, 1963, kap. 9 b, Limited Practitioners.
- b) SPECHT, LUBECKI, 1972, a.a.O., S. 302: "Somit zeichnen sich die Zahnärzte wie nur wenige andere Berufsgruppen durch eine relativ homogene Beurteilung der eigenen beruflichen Situation, durch eine hohe Berufs- und Einkommenszufriedenheit sowie durch eine starke Bindung an den eigenen Beruf aus."
42. Diese Ansicht findet sich zuweilen noch in Publikationen der Standesvertretungen. Vgl. z.B. die Beilage der ZM 1973, "Alkohol- wie Nikotinschäden, Leberzirrhose und Bronchialkrebs, Karies, Zahnbettkrankheiten und Kieferfehlbildungen sind bisher weitgehend kein Schicksal, sondern im Grunde genommen vorsätzlich selbst herbeigeführt, und zwar gegen bessere Einsicht. Denn an Information und Mahnungen von berufener Seite fehlt es gewiß nicht. Man braucht sich nur danach zu richten." Und: "Freilich ist es nicht verwunderlich, daß dieser Gedanke immer mehr verschüttet wird, wenn Politiker ständig danach drängen, dem einzelnen jedes Risiko und damit jede Verantwortung abzunehmen, nicht nur da, wo er sich wirklich nicht allein helfen kann, sondern auch da, wo er dazu in der Lage ist und wo er den Schaden rücksichtslos selbst verursacht hat." (Hervorhebung durch den Verfasser.)
43. a) s. A. SCHMIDT, 1973, a.a.O., S. 61.
- b) vgl. auch P. LÜTH, 1969, der von einer sehr niedrigen Beteiligung der Ärzte an den Veranstaltungen ihrer offiziellen Vertretungen berichtet (nach NASCHOLD ca. 5%).
44. WHO, 1971/72, 3.7. The planning process
45. D. SCHLEGEL, 1973, a.a.O., S. 49

46. vgl. K.WINTER, Soziologie für Mediziner, VEB-Verlag Volk und Gesundheit, Berlin 1972, S.137. Allerdings stellt m.E. diese Mystifikation nicht eine zwangsläufige Reaktion auf die Versachlichung der Beziehung Arzt-Patient dar, wie WINTER dies annimmt, denn diese Mystifikation bestand schon vor der Entwicklung der modernen Medizin.
47. s.hierzu: M.PFLANZ: II. Soziologie der Medizin als Institution, in: PFLANZ,M., 1969.
48. J.J.ROHDE, 1962, S.655.
49. vgl."Systems of Medical Beliefs and Practices", in: COE,R.M., Sociology of Medicine, McGraw Hill Book Comp., 1970.
50. Eine ausführliche Diskussion der Medizin als "Kultur" findet sich bei: W.SCHOENE: Einige kulturanthropologische Betrachtungen über Medizin, in: R.KÖNIG u.M.TÖNNESMANN (Hrsg.), Probleme der Medizinsoziologie, Kölner Zeitschrift f.Sociologie, Sonderheft 3, 3.Aufl., Köln und Opladen, 1965 , 80 - 114.
51. DAHEIM, Soziologie der Berufe, in : R.KÖNIG, Handbuch der empirischen Sozialforschung , Bd.II, Stuttgart 1968.
52. vgl. Th.CAPLOW, 1954: Er unterscheidet drei Stadien: 1.Spezialisierungsprozeß, 2. Rationalisierungsprozeß (Ablösung des traditionellen durch zweckrationales Handeln), 3.Konzentrationsprozeß.
53. vgl.LÜTH,P., 1969, Kap. 2.5.2.: Begriff des Ständischen in Bundesärzteordnung und Berufsordnung.
54. vgl. a) DAHEIM,H., 1968, a.a.O., Kap.III b.  
b) NOSOW,S., FORM,W.H., 1962, Man work and society, Basic Books Inc., N.Y., Kap. VII: Professions.  
c) COE,R.M, 1970, a.a.O., Kap.7.  
d) RICHARDS, N.D., COHEN, L.K., 1971, a.a.O., S.132.
55. WARDWELL, Limited, marginal and quasi-practitioners, in:FREEMEN, H.E., LEVINE and G. REEDER, 1963.



56. vgl. LÜTH, P., 1969, a.a.O., Kap.2.5.5. Katalog der besonderen Rechte.
57. KRIESBERG, L., The basis of occupational prestige: the case of dentist. Amer.Soc.Rev. 27, 238-44, April 1962.
58. WHO, Report of the expert committee on auxiliary dental personnel. WHO techn.Rep., Ser.No.163, Geneva 1959.
59. Bundesverband der freien Berufe, Thesen der Freien Berufe, in: ZM 2/1973, 58-59.
60. SPECHT, LUBECKI, 1972, a.a.O., S.1.
61. O'SHEA, R.M., Characteristics of dental practice, in: RICHARDS, N.D., COHEN, L.K., 1971, S.151.
62. HALL, O., Utilization of dentists in Canada, Royal Commission on Health Services, Queens Printer and Controller of Stationary, Ottawa, Canada, 1965.
63. O'SHEA, R.M., a.a.O., S.157.
64. LÜTH, P., 1969, a.a.O., Kap.2.3. Die Gesetzliche Berufsorganisation.
65. vgl. PARSONS, T.: Struktur und Funktion der modernen Medizin, Kap.V, Theoretische Schlußfolgerungen.
66. PFLANZ, M., 1969, a.a.O., Kap.IV a, 1. Die Arztpraxis.
67. FREIDSON, E., The organization of medical practice, in: FREEMAN, H.E., S.LEVINE u.L.E.REEDER, 1963, a.a.O.
68. COE, R.M., 1970, a.a.O., Kap.12: The web of medical organization.
69. COE, R.M., 1970, a.a.O.
70. HUGHES, E.C., The professions in society, in: Canadian Journal of Economics and Political Science, Bd.26 (1960), zit.in: PFLANZ, M., 1969, a.a.O., Kap.IV a, 1.

71. a) HALL, O., The stages of a medical career, in: Amer.J.Sociol. Bd.53 (1948).  
b) FREIDSON, E., Client control and medical practice, in: Amer.J. Sociol., Bd.65(1960).  
c) BLAU, P.M., SCOTT, W.R., Formal organizations, San Francisco 1962.  
d) WILENSKY, H.L., The professionalisation of everyone? Amer.J.Sociol., Bd. 70 (1964).
72. FIFO 1964/06/14: Tandläkare och tandläkarbesök 1974. Tandläkartidningen, Jg. 66, Nr.13, 1974, 794-96.
73. WINTER, K., 1973, a.a.O., S.131.
74. REEDER, Contributions of sociology to medicine, in: FREEMAN, H.E., LEVINE, S., u.L.E.REEDER, 1963, a.a.O.
75. DAHEIM, H., Soziologie der Berufe (III a, Die Berufliche Organisation der sozialen Positionen), in : R.KÖNIG, 1969, a.a.O.
76. DAHEIM, H., 1969, a.a.O.
77. DAHEIM, H., 1969, a.a.O.
78. Genaueres hierzu, s.: PFLANZ, M., Kap.III (Soziologie des Patienten ), in: PFLANZ, M., 1969, a.a.O.
79. SCHMIDT, A., 1973, a.a.O.
80. vgl.hierzu: WINTER, K.: " Der Arzt wird als der aktivere, führende, autoritative, rationalere, gebende Teil, der Patient als der passivere, geführte, eher irrationale, nehmende Teil gesehen", in: WINTER, K., 1973, a.a.O., S.138.
81. a) vgl.MORPURGO, P.W.R., A sociological view of dental health, Proceedings of the Royal Society of Medicine, London, 56, May 1963, S.347.  
- b) vgl. CHRISTIE, P.S., The evolving role of dentistry in a changing society, J.Canad.Dent.Ass., 32, May 1966, S.274 f.

- c) vgl. PFLANZ, M., Medizinsoziologische Untersuchungen über Gesundheitsverhalten, in: MITSCHERLICH u.a.: Der Kranke in der modernen Gesellschaft, 1967.
82. WILSON, S., Patient-practitioner-relationship, in: FREEMAN, H.E., LEVINE, S. u. L.G. REEDER, 1963 (Übersetzung des Verfassers).
83. vgl. die Studie von GEISLER (1964), der faktorenanalytisch im Arzt-Patientenverhältnis eine Asymmetrie diesbezüglich nachweist, die den Patienten einen Leistungs- und den Ärzten einen Führungsanspruch zuschreibt. Zit. in: PFLANZ, M., 1969, a.a.O.
84. vgl. hierzu: PRELLER, L., Praxis und Probleme der Sozialpolitik II., Soziale Sicherung, 1970, Tübingen, Kap. 6.1.
85. McCLOY, J., Dentistry and the social sciences: the problems of communication, Intern. Dent. J. 17, März 1967, S. 50.
86. WILSON, S., a.a.O., in: FREEMAN, H.E., LEVINE, S. u. L.G. REEDER, 1963.
87. PFLANZ, M., Gesundheitsverhalten, in: MITSCHERLICH u.a., Der Kranke in der modernen Gesellschaft, 1967, S. 287.
88. PFLANZ, M., Medizinsoziologie, in: Handbuch der empirischen Sozialforschung, KÖNIG, R., II. Bd., Ferd. Enke-Verlag, Stuttgart 1969, 1123-1156.
89. vgl. WINTER, K., 1973, a.a.O., S. 131.
90. PARSONS, T., Struktur und Funktion der modernen Medizin, a.a.O.
91. BRIM, O.G. jr., und F. WHEELER, Sozialization after childhood: Two Essays, New York, John Wiley, 1966, zit. in: LAZARSFELD, P.F., Soziologie, Ullstein 1973.
92. vgl. RICHARDS, N.D., COHEN, L.K., 1971, a.a.O. S. 138.
93. SCHOENE, W. Einige kulturanthropologische Betrachtungen über Medizin, III, in: KÖNIG, R. u. M. TÖNNESMANN (Hrsg.), Probleme der Medizinsotologie, 1965.



94. vgl. SCHOENE, W., 1965, a.a.O.
95. J.J. ROHDE, C. ROHDE-DACHSER, 1967.
96. KIMMEL, K., 1974.
97. LÜTH, P., 1969, Einleitung.
98. a) WHO, Planning and Evaluating Health Services, Oslo 1971  
"A dental health service does not operate in a vacuum. It is part of a health system, which in turn is part of the socio-political system, each of which imposes certain restrictions on the system included in it."
- b) PRELLER, L., 1970, (Die soziale Krankenversicherung, 4. Buch.)
99. LÜTH, P., 2.2.2. Gesundheitspolitik als Element der Sozialpolitik, in: LÜTH, P., 1969.
100. WINTER, K., 1973, S. 134 f.
101. PRELLER, L., 1970, a.a.O.
102. LÜTH, P., 1969, a.a.O.
103. Daß diese Abdeckung für bestimmte zahnärztliche Leistungen nicht ausreichend ist, wird von verschiedenen Autoren angegeben, soll aber hier nicht näher beleuchtet werden.
104. zit. in: DAHEIM, H., 1968.
105. PFLANZ, M., 1971, S. 320.
106. SOROKIN, in: International Sociological Association Transactions of the Sixth Worldcongress of Sociology, Evian 4.-11.9.1966, Bd. I, S. 64.