



Landeszahnärztekammer Baden-Württemberg

50 Jahre

1955 | 2005



**LANDESZAHNÄRZTEKAMMER
BADEN-WÜRTTEMBERG**
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Impressum

Herausgeber

Landeszahnärztekammer
Baden-Württemberg
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Herdweg 59
70174 Stuttgart

Gestaltung

VVA Kommunikation GmbH
Theodor-Althoff-Straße 39
45133 Essen
Marc Binder, Art Director

Druck

Vereinigte Verlagsanstalten GmbH
Höherweg 278
40231 Düsseldorf
www.vva.de

April 2005

Landeszahnärztekammer Baden-Württemberg

50 Jahre

1955 | 2005



*„Nur wer nicht sucht,
ist vor Irrtum sicher.“*

Albert Einstein

- 6 Vorwort
Dr. Udo Lenke
Präsident
Landeszahnärztekammer
Baden-Württemberg

- 8 Grußwort
Erwin Teufel
Ministerpräsident
Baden-Württemberg

- 9 Grußwort
Tanja Gönner
Sozialministerin
Baden-Württemberg



Dr. Udo Lenke
*Präsident der
Landeszahnärztekammer
Baden-Württemberg*

Der 16. April 2005 stellt einen denkwürdigen Tag für die Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg dar. Am gleichen Tag vor 50 Jahren fand in Esslingen am Neckar die erste Sitzung der Vollversammlung der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg statt, die zum Ziel hatte, den ersten Kammervorstand zu wählen und die nach dem Kammergesetz vorgeschriebenen Pflichten Satzungen, wie z. B. die Berufsordnung, zu erlassen.

Mit den Beschlüssen der Vollversammlung wurde im April des Jahres 1955 zugleich nach § 1 des Kammergesetzes die institutionelle Errichtung der Landes Zahnärztekammer als einer öffentlichen Berufsvertretung für die Zahnärzte und Dentisten verwirklicht.

Somit liegt die „Geburtsstunde“ der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg im Jahr 1955. Die Würdigung des 50-jährigen Bestehens der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg stellt einen gebührenden Anlass dar, um als kleinen Beitrag zu den Feierlichkeiten eine Festschrift herauszugeben, die es zugleich möglich macht, wichtige und erinnerungswerte Epochen und Stationen standespolitischer Entwicklung noch einmal Revue passieren zu lassen.

Die ersten Seiten der Festschrift informieren Sie in einem kurzen historisch-chronologischen Abriss über interessante Entwicklungen, gesetzliche Verordnungen und Ereignisse der verschiedenen Zeitepochen, die den zahnärztlichen Berufsstand vom 16. Jahrhundert bis zur Kammerkonstituierung im Jahr 1955 prägten.

Im Hauptteil der Festschrift geben die jeweiligen Kammerpräsidenten aus ihrer Sicht Einblicke über die wichtigsten standes- und gesundheitspolitischen Zielstellungen und Aufgaben und bewerten deren Umsetzung. In dem Kapitel „Meilensteine aus 50 Jahren Kammerarbeit“ erfahren Sie viel Wissenswertes, so zum Beispiel über die Entwicklungen berufsständischer Fortbildung, über die Bedeutung der Öffentlichkeitsarbeit im Wandel der Zeit oder über die erfolgreiche Initiierung der Aufstiegsfortbildung zur zahnmedizinischen Fachangestellten. Näher beleuchtet werden außerdem die Erfolge im Bereich der Jugendzahnheilkunde und Prophylaxe, der Stand der Alters- und Behindertenzahnheilkunde oder die neuen berufsständischen Herausforderungen im zahnärztlichen Qualitätsmanagement.

Nicht nur die Historie des zahnärztlichen Berufsstandes ist spannend, sondern auch der Blick in die Zukunft. Im letzten Teil der Festschrift erhalten Sie Antworten auf wichtige Fragen, die für Kammer und Berufsstand in den nächsten Jahren eine hohe Bedeutung haben und beide vor große Herausforderungen stellen. So spielt die Frage nach der Wahrung freiberuflicher Aspekte des Berufsstandes für die Zukunft eine ebenso große Rolle wie die Bedeutung der Kammer im Kontext der europäischen Entwicklung, die Frage nach ihrer Legitimation, ihrem Selbstverständnis oder auch die Weiterentwicklung des zahnärztlichen Berufsbildes und dessen Konsequenzen.

Es liegt in der Natur der Sache, dass die vorliegende Festschrift Ihnen nur einen exemplarischen Querschnitt kammer- und berufsstandspezifischer Daten und Ereignisse präsentieren kann, deshalb eine Auswahl subjektiv ist und vielleicht das eine oder andere nicht erwähnt. Insgesamt gesehen möchte die Festschrift deshalb keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben, sondern den Versuch unternehmen, in den Beiträgen die großen Linien und Entwicklungsetappen zahnärztlicher Selbstverwaltung in Baden-Württemberg darzustellen und den tagtäglichen Kampf um die Interessen des Berufsstandes zu verdeutlichen, um Sie zum Erinnern und Nachdenken anzuregen.

An dieser Stelle möchte ich mich bei den Autoren der Festschrift ganz herzlich für ihre interessanten und nachdenkenswert Beiträge bedanken. Ein herzliches Dankeschön gilt auch den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Geschäftsstelle der Landes Zahnärztekammer sowie dem Direktor, Herrn Maag für das große Engagement bei Recherche, Organisation und Gestaltung der vorliegenden Festschrift.

Ein ganz besonderer Dank gilt dem Ministerpräsidenten Baden-Württembergs, Herrn Erwin Teufel, sowie der Sozialministerin Frau Tanja Gönner für ihre freundlichen Grußworte, die zugleich die gute und fruchtbare Zusammenarbeit der Landes Zahnärztekammer mit der Landesregierung zum Ausdruck bringen.



Dr. Udo Lenke

Grüßwort

8 |



Erwin Teufel
*Ministerpräsident des Landes
Baden-Württemberg*

Auf Basis des Heilberufe-Kammergesetzes wurde 1955 im Südwesten die Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg als Körperschaft des öffentlichen Rechts gegründet. Sie kann damit in diesen Tagen auf ihr fünfzigjähriges Bestehen zurückblicken. Zu diesem Jubiläum gratuliere ich der Landes Zahnärztekammer und allen ihren Mitgliedern sehr herzlich.

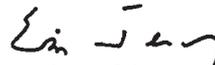
Das deutsche Modell des Korporatismus, in dem die Kammern eine tragende Säule sind, entwickelte sich besonders vor dem Hintergrund der Erfahrungen mit dem Totalitarismus. Nach dem Zweiten Weltkrieg war der Staat bemüht, hoheitliche Aufgaben und Verantwortung in einem ordnungspolitischen Rahmen dezentral unter Beteiligung der Gesellschaft zu regulieren.

Gerade die Zahnärztekammern nehmen eine sehr wichtige Position ein. Die Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg und ihre über 10.000 Mitglieder leisten hier Tag für Tag einen vorbildlichen Beitrag.

Die Landes Zahnärztekammer fördert die Aus- und Weiterbildung. Sie sorgt so mit für eine sehr hohe fachliche Kompetenz und Qualität der zahnärztlichen Behandlung.

Außerdem trägt sie durch ihre Tätigkeit maßgeblich zur Wahrung und zum Ausgleich von Patienten- und Zahnärzteinteressen bei.

Die Landes Zahnärztekammer leistet damit durch ihr stetiges Wirken, in allen Fragen, die den Beruf des Zahnarztes betreffen, hervorragende Arbeit. Dafür möchte ich mich ganz herzlich bedanken und wünsche weiterhin viel Erfolg.


Erwin Teufel

Grußwort



9

Tanja Gönner
*Sozialministerin des Landes
Baden-Württemberg*

Ein herausragendes Ereignis steht an: Die Landeszahnärztekammer kann im April 2005 ihr 50-jähriges Jubiläum feiern. Die Festschrift gibt mit den darin zusammengetragenen „Meilensteinen aus 50 Jahren Kammerarbeit“ einen interessanten Einblick wie auch beeindruckenden Überblick über die wichtigsten Etappen der Arbeit der Kammer seit ihrem Bestehen.

Die Landeszahnärztekammer Baden-Württemberg ist im Gesundheitswesen als öffentliche Berufsvertretung der Zahnärztinnen und Zahnärzte in unserem Land ein wichtiger, kompetenter und verlässlicher Partner des Sozialministeriums. Dabei hat sich die Kammer nicht damit begnügt, die unmittelbaren Interessen der Zahnärzteschaft erfolgreich und zuweilen auch mit Nachdruck zu vertreten. Mit einem erweiterten Blick ist es ihr vielmehr gelungen, die Zahngesundheit in einem ganzheitlichen Ansatz zu erfassen und die Anliegen von Patientinnen und Patienten einzubeziehen. Das verdient besondere Anerkennung. So engagiert sich die Kammer bereits seit längerem zum Wohle der Patienten in der Patientenberatung. Auch das von Anfang an herausragende

Engagement in der Förderung der Zahngesundheit, der Prophylaxe, ist vorbildlich. Es hat dazu beigetragen, dass Baden-Württemberg in der Zahngesundheit bei Kindern und Jugendlichen eine bundesweite Spitzenposition einnimmt.

Die Selbstverwaltung wird auch in Zukunft im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben einen hohen Stellenwert in unserem Gesundheitswesen einnehmen. Davon bin ich überzeugt. Insbesondere im Hinblick auf die derzeitigen Strukturreformen werden die Heilberufe-Kammern besonders gefordert sein. Dabei hoffe ich auch künftig auf eine partnerschaftliche und konstruktive Mitwirkung der Kammer an den bevorstehenden wichtigen Entscheidungsprozessen.

Meinen Dank für Ihr großes Engagement verbinde ich mit dem Wunsch auf eine weiterhin fruchtbare Zusammenarbeit.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Tanja Gönner'.

Tanja Gönner

*„Der Staat ist für die Menschen
und nicht die Menschen für den Staat ...*

*Die wichtigste Art der Toleranz
ist deshalb die der Gesellschaft und
des Staates gegen das Individuum.“*

Albert Einstein

- 12 Chronik des zahnärztlichen Berufsstandes
in Baden-Württemberg

Chronik des zahnärztlichen Berufsstandes in Baden-Württemberg

12 |

I. Einleitung

In dieser Chronik wird versucht – ohne einen Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben – die Entwicklung der Landes-zahnärztekammer Baden-Württemberg bis zu ihrer Konstituierung darzustellen.

Der Rückblick dokumentiert das ständige Bemühen der Zahnärzte, die Voraussetzungen für eine gesunde Entwicklung des Berufsstandes zu schaffen. Auch heute hat in der Bundesrepublik Deutschland der Begriff einer Selbstverwaltung eine gesicherte und überkommene Bedeutung. Die in Jahrhunderten gewachsenen Strukturen wie auch das Wirken einer solchen Selbstverwaltung umfasst nicht nur eigene Rechte und die Möglichkeit zur freien Entscheidung im Rahmen von Gesetz und Satzung, sie bedeutet zugleich auch eine Verpflichtung und Verantwortung für jeden einzelnen Berufsangehörigen.

Voraussetzung für die Bildung einer Zahnärztekammer für das Land Baden-Württemberg war zwangsläufig die Vereinigung der von den Militärregierungen im Jahre 1945 gebildeten drei Länder Württemberg-Baden, Württemberg-Hohenzollern und Baden zum neuen Bundesland Baden-Württemberg am 25. April 1952. Erst dann konnte eine verfassungsgebende Landesversammlung am 21. Oktober 1953 das Gesetz über die öffentliche Berufsvertretung der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker und Dentisten (Kammergesetz) verabschieden.

Vor diesem Zeitpunkt waren die Heilberufe mit Ausnahme der Dentisten in den alten Ländern Baden und Württemberg in getrennten Kammern zusammengefasst, die jetzt in diesen Landeskammern ihre Nachfolger fanden.

Nachfolgend wird die Entstehung und Entwicklung der Landes-zahnärztekammer aus den berufsständischen Zusammenschlüssen, die Aufgaben und die Beeinflussung durch die Gesellschaft seit der jüngeren Neuzeit bis zu Konstituierung dargestellt. Dabei sind besonders bemerkenswerte, geschichtliche Fakten aufgeführt, die für das Zeitverständnis kennzeichnend sind.

Ein solcher Rückblick zeigt einmal mehr die enge Verzahnung und Abhängigkeit des berufsständischen Geschehens von den gesellschaftspolitischen Entwicklungen. Er trägt einerseits zum Verständnis der Vergangenheit bei und beweist andererseits

die Notwendigkeit zu einer Würdigung aller Zeitumstände bei der Planung berufsständischer Wege und Vorhaben. Eine Tatsache, die leider oft genug übersehen wird.

II. Die Vorläufer unseres heutigen Berufsstandes von der jüngeren Neuzeit bis 1952

Der Handwerker als Zahnarzt

Im 16. Jahrhundert, zur Zeit der beiden Markgrafschaften Baden, gab es keine Zahnheilkunde im heutigen Sinn; die Zahnbehandlung beschränkte sich im Allgemeinen auf die Entfernung des schmerzenden Zahnes. Die Tätigkeit war dem niederen Heilpersonal überlassen, das zu den Handwerkern gehörte. In Freiburg waren es die Scherer und Bader, die mit den „Weibern, die Arznei treiben“ zur Malerzunft zählten, denn der gemeinsame Schutzpatron beider Berufsstände war der heilige Lukas. Nach der Kleiderordnung rechnete man die Scherer mit den Apothekern in die dritte Klasse der vornehmen Handwerker, was jedoch nicht für die Bader galt. Die Lehrlinge wurden geprüft, ob sie recht scheren, schröpfen, Zahnziehen, verbinden und aderlassen können. Der Preis für das Zahnziehen war gleich dem von einem schwierigen Aderlass. Außer solchen ortsansässigen, sozusagen zünftigen Zahnbehandlern betätigte sich im 16. und 17. Jahrhundert auch fahrendes Volk in diesem Metier. Die Universität Freiburg legte „dem ersamen Raht der Stadt Bedenken vor um abschaffung der landpfarrer, zahnbrecher, juden, kälberärzte und dergleichen leuthbetruieger.“

Markgraf Friedrich V. von Baden erließ während des 30jährigen Krieges eine Barbierordnung mit 34 Artikeln. Im 13. Artikel hieß es: „Nach den Kehrjahren während der 6-jährigen Wanderschaft soll der Meister darauf achten, das Zähneausbrechen emsig zu exerzieren“. Im 27. Artikel: „Es darf kein Bader, der nicht das Barbierhandwerk erlernt, Zähne ausbrechen“. Zu den Verpflichtungen zählte auch der obligatorische Sonntagsdienst.

1685 – Approbation für Zahnbrecher

Ein Edikt des Großen Kurfürsten sprach zum ersten mal von einer Approbation durch ein Collegium medicum zur Ausübung der Heilkunde. Die Zahnbehandlung war hauptsächlich auf

die Extraktion und den Ersatz von Zähnen beschränkt. Von den Zahnbrechern wurde ein Examen verlangt.

1725 – Der Begriff „Zahn-Artzt“

In einem Edikt von König Friedrich Wilhelm I. von Preußen vom 27. September 1725 war zum ersten Mal vom „Zahnarzt“ anstatt vom „Zahnbrecher“ die Rede.

In der Folgezeit hörte man in Baden von einem Zahnarzt, bezeichnenderweise einem Italiener, der am kurpfälzischen Hof in Mannheim als „dentiste chirurgien“ seine Tätigkeit ausübte. Am 30. April 1760 wurde er zum Hofzahnarzt, später zum kurpfälzischen Rat und Leibzahnarzt ernannt. Er empfahl eine sachgemäße, dauernde Pflege des Gebisses und pries 1770 in einer Mannheimer Zeitung Abonnements auf Zahnbehandlung für Familien an.

Ende dieses Jahrhunderts hatte jedoch das Unwesen der fahrenden Heilkünstler, Zahnbrecher und Gaukler einen derartigen Umfang angenommen, dass nach einem Dekret der Kaiserin Maria Theresia vom 10. April 1773 in den vorderösterreichischen Erblanden (urschriftlich im Archiv von Freiburg) „alle Marktschreyer, Quacksalber, Afterärzte, herumschweifende Operateurs und Zahnbrecher, Theriac und Arzneykrämer etc. in allen unseren kaiserlich Königlichen Erblanden“ abzuschaffen seien.

Die Behandlung Zahnkranker und das Zahnziehen galt 1790 nicht als ärztliche Tätigkeit. Es wurde also kein gesteigerter Wert auf die ausschließende Behandlung durch Zunftmitglieder gelegt.

In Baden wurde 1806 erstmalig die Ausübung der Zahnheilkunde durch eine Medizinalordnung geregelt. Dazu wurde die staatliche Lizenz als Wundarzt und damit ein volles Studium der Chirurgie gefordert. Die Folge war, dass sich die Wundärzte überhaupt nicht mit der Ausbesserung schadhafter Zähne, dem Zahnziehen und Zahnersatz befassten. Soweit es hierfür überhaupt eine Ausbildung gab, war sie in einzelnen Städten und Ländern sehr unterschiedlich. Vielerorts konnte mit einem Erlaubnisschein praktisch jedermann „Zahnarzt“ werden.

In Preußen wurden 1825 die Zahnärzte als Medizinpersonen anerkannt. Vom Dezember 1825 datiert die erste zahnärztliche Prüfungsordnung. Eine nicht streng gehandhabte Vorbedingung war die Reife der dritten Klasse des Gymnasiums.

Ausbildung in der Gesamtheilkunde in Baden

In Baden wurde mit einer Verordnung vom 20. Januar 1855 die Ausbildungen in der Gesamtheilkunde verlangt, also nicht nur in einzelnen Zweigen. Eine Aufteilung in einzelne Zweige wurde als nicht vereinbar mit der organisatorischen Einheit der Medizin betrachtet. Wer die Zahnheilkunde unbeschränkt ausüben wollte, hatte sich der ärztlichen Staatsprüfung zu unterziehen. Notwendig dazu war die Maturitätsprüfung, eine Vorprüfung in naturwissenschaftlichen Fächern, vier Studiensemester und eine einjährige klinische Übung.

Die badische Verordnung vom 7. Oktober 1864 gab „Ärzten, Thierärzten und Apothekern des Großherzogthums“ die Befugnis zur Mitwirkung bei der Handhabung der Disziplin sowie zur Wahrung ihrer Interessen einen Ausschuss zu wählen. Dieser Ausschuss kann als Vorläufer der Kammer angesehen werden, denn es hieß in der Verordnung weiter „dass der Ausschuss bei den bezüglichen Staatsbehörden auch selbständig das Interesse seiner Berufsklasse durch Vorstellungen und Anträge geltend machen kann“.

1865 – Die neue Klasse der Zahntechniker

Die Vernachlässigung der Zahnbehandlung durch die Wundärzte führte in Baden mit der Verordnung vom 10. November 1865 zur Schaffung der neuen Klasse der Zahntechniker für das Ausbessern der Zähne, Zahnziehen und Zahnersatz. Voraussetzung war ein Schulbesuch bis zur Quarta und eine dreijährige Unterrichtung bei einem anerkannten Zahntechniker. Es ist überliefert, dass der damalige Großherzogliche Obermedizinalrat 1869 berichtet habe, dass die Tätigkeit der Zahntechniker hauptsächlich der Kosmetik diene, also eine völlige Freigabe der Berufsausübung angezeigt sei.

Im gleichen Jahr wurde die Gewerbeordnung vom 21. Juni 1869 für den Norddeutschen Bund erlassen. Für Württemberg trat

sie nach der Reichsgründung am 1. Januar 1872 in Kraft. Nach § 29 dieser Gewerbeordnung bedurften Apotheker und diejenigen Personen, welche sich als „Ärzte (Wundärzte, Augenärzte, Geburtshelfer, Zahnärzte und Tierärzte)“ bezeichneten, zur Ausübung ihres Gewerbes einer Approbation aufgrund des Nachweises der Befähigung. § 80 sah vor, dass die Bezahlung der approbierten Ärzte der Vereinbarung überlassen bliebe. Durch diese Gewerbeordnung war die ärztliche Praxis für jedermann freigegeben. Es konnten auch ungeprüfte Personen heilberuflich tätig werden, was die Legalisierung der Kurierfreiheit bedeutete.

Die Verfügung vom 30. Dezember 1875 für das Königreich Württemberg gab approbierten Ärzten, Tierärzten und Apothekern die Befugnis, zur Vertretung ihrer gemeinsamen Interessen Vereine zu bilden, die als das Organ ihres Standes anerkannt wurden.

Auf Auftrag des Freiburger Zahnarztes G. von Langsdorf wurde 1877 zur Ausbildung von Zahnärzten bei der Medizinischen Fakultät im alten Rathaus eine Klinik eröffnet.

Eine Novelle zur Gewerbeordnung schränkte 1883 das Tätigwerden der Zahntechniker im Umherziehen ein. Eine Petition an den Reichstag um Beseitigung der Gewerbefreiheit auf dem Gebiet der Zahnheilkunde blieb ohne Erfolg.

1889 – Prüfungsordnung für Zahnärzte

1889 erging eine einheitliche Prüfungsordnung für Zahnärzte im Deutschen Reich. Gefordert wurde darin die Prima-Reife eines deutschen Gymnasiums oder Realgymnasiums, eine einjährige praktische Tätigkeit an einem zahnärztlichen Institut oder bei einem Zahnarzt und ein zahnärztliches Studium von vier Semestern.

An der Universität Heidelberg, der Ruperto-Carola, war Zahnheilkunde seit 1895 Unterrichtsfach; damals wurde eine Abteilung für Zahnheilkunde im Rahmen der Chirurgischen Klinik errichtet, die Karl Jung von 1895-1901 leitete. Prof. Herrenknecht in Freiburg erhielt 1904 den ersten Lehrauftrag für Zahnheilkunde.

1906 – Erstes Kammergesetz in Baden

Am 10. Oktober 1906 wurde im Großherzogtum Baden das Gesetz „Die Rechtsverhältnisse des Sanitätspersonals betreffend von Friedrich von Gottes Gnaden Herzog von Baden, Herzog von Zähringen, mit Zustimmung der getreuen Stände beschlossen und verordnet.“ Dieses erste Kammergesetz im Deutschen Reich schaffte die Voraussetzung zur Errichtung der damit ältesten Kammer für Zahnärzte. Geregelt wurden im Einzelnen die Aufgaben, die Wahl der Mitglieder, die ärztlichen Ehrengerichte, die Strafverfahren, die Berufung beim Ehrengerichtshof sowie das Vermittlungsverfahren.

In den folgenden Jahrzehnten war die berufsständische Vertretung der Zahnärzte in den Ländern des Reiches unterschiedlich geregelt. Entweder erfolgte sie durch Kammern, deren Mitglieder von den Berufsangehörigen gewählt wurden oder durch Zahnärzte, die als Mitglieder der staatlichen Gesundheitsbehörden tätig waren.

Kammern wurden nach Baden in den Ländern Preußen, Württemberg, Braunschweig, Bayern, Hessen und Thüringen errichtet. Im Freistaat Sachsen hatte das Landesgesundheitsamt zwei zahnärztliche Mitglieder, in Hamburg die Gesundheitsbehörde einen nebenamtlichen zahnärztlichen Referenten und drei Zahnärzte als beratende Mitglieder.

Die jeweils von den Kammern erlassenen Standesordnungen bildeten die Grundlage der Standesdisziplin und deren Aufrechterhaltung durch ein beschränktes Disziplinar- und Umlagerecht. Von ganz besonderer und damit grundsätzlicher Bedeutung wurden die Kammern für den freien Berufsstand, weil sie zu allen Standes- und Berufsangelegenheiten von den zuständigen Behörden gutachtlich gehört werden mussten und weil die Staatsbehörden auf begründete Anfragen zu Auskünften verpflichtet waren. Damit bestand die Möglichkeit, die Interessen des Standes wahrzunehmen.

Die erste größere Organisation privaten Charakters erwuchs aus Lokalvereinen durch den Zentralverein Deutscher Zahnärzte 1859. Er widmete sich vorzugsweise beruflicher Fortbildung. Die Vertretung der Berufsinteressen bei Behörden, Parlamenten und in der Öffentlichkeit – besonders im Zusammenhang mit den Vorarbeiten für die Durchführung

der Sozialversicherung – führte im Jahre 1910 zur Gründung des Wirtschaftlichen Verbandes Deutscher Zahnärzte. Er nahm aufgrund seiner umfassenden Tätigkeit auf allen Gebieten des Berufslebens im Jahr 1924 die Bezeichnung „Reichsverband der Zahnärzte Deutschlands“ an. In seinen Landesverbänden, ihnen gehörten fast sämtliche in Deutschland approbierte Zahnärzte an, besorgte er die Vertretung der Mitglieder in allen Berufsfragen.

1909 – Prüfungsordnung und Promotion

Am 15. März 1909 beschloß der Bundesrat die Prüfungsordnung für Zahnärzte. Voraussetzung zum Studium war das Reifezeugnis eines Gymnasiums oder Realgymnasiums, von den Abiturienten einer Oberrealschule wurde zusätzlich das Latinum verlangt. Vorgeschrieben waren drei vorklinische und vier klinische Semester. Damit war eine Promotion in der Medizinischen Fakultät möglich, für die ja das Matur vorgeschrieben war. Vor dieser Zeit konnte an der philosophischen Fakultät promoviert werden, denn sie ließ zunächst auch Immature zu. Jedoch war dazu meistens ein regelrechtes volles Studium in dieser Fakultät notwendig. Von deutschen Zahnärzten wurden daher des Öfteren der in den USA seit 1841 mögliche Doctor of Dental Surgery erworben. Er wurde später abgelehnt, denn dieser Titel konnte an „nicht reputablen“ Instituten käuflich, ja sogar in Abwesenheit, für entsprechend hohe Summen erworben werden.

Wenig bekannt ist, dass bereits 1832 der Doktor der Zahnheilkunde in die Promotionsordnung der Medizinischen Fakultät der Universität Gießen aufgenommen war. Er nannte sich Dr. chir. in primis arte dentaria. Die erste Promovierung erfolgte im Jahre 1841. Da 1861 in Gießen kein Lehrstuhl für Zahnheilkunde mehr eingerichtet wurde, ist die Verleihung dieses Doktorgrades im gleichen Jahr aufgehoben worden.

In diesem Jahr setzten auch Bestrebungen ein, für den approbierten Zahnarzt eine Promotion im eigenen Fach zu ermöglichen. Durch die Einführung der Maturität ohne eine solche Möglichkeit zur Promotion studierten noch weniger Abiturienten Zahnheilkunde. Denn zu jener Zeit spielte die Doktorwürde aus materiellen, ideellen und vor allem gesellschaftlichen Gründen für Akademiker eine ausschlaggebende Rolle.

1910 – Studium der Zahnheilkunde in Tübingen

In Tübingen begannen 1910 insgesamt 13 Studenten, darunter 9 aus Württemberg, das Studium der Zahnheilkunde. Im Sommersemester 1913 waren 40, im Wintersemester nur 35 Studierende in dieser Fakultät immatrikuliert.

Noch vor der Kriegsproklamation am 1. August 1914 wurde am 26. Mai das Zahnärztehaus in Berlin eingeweiht. Bereits mitten im Krieg begann die standesinterne Diskussion über die Promotionsmöglichkeit der Zahnärzte. Es wurde ein erleichterter „Dr. med.“ für die Zahnärzte vorgeschlagen, was auf den fast einmütigen Widerstand der Ärzteschaft stieß. Damit fand eine Eingabe der zahnärztlichen Verbände an den Bundesrat vom 5. Juli 1918 mit der Forderung der Promotion im eigenen Fach endlich Verständnis.

Am 14. Dezember 1914 erfolgte in Württemberg durch das Ministerium des Innern die Anerkennung des „Vereins württembergische Zahnärzte“ als die zuständige Landesvertretung. Dem Verein wurde jedoch damit lediglich die Möglichkeit gegeben, sich zu berufsständischen Belangen zu äußern. Vorsitzender des Vereins war Dr. Schwarz, Feuerbach.

1919 – Fachpromotion Dr. med. dent.

Am 8. Juli 1919, es war noch kein Jahr seit Kriegsende vergangen, schuf ein Erlass der badischen Regierung die Möglichkeit zur Verleihung des „Dr. chirurgiae dentariae (Dr. chir. Dent.)“ an den Universitäten Freiburg und Heidelberg. Im August folgten die preußischen Fakultäten mit dem „Dr. med. dent.“ nach. Baden passte sich in der Folgezeit dieser Regelung an, die übrigen Bundesländer waren mit entsprechenden Verordnungen schnell gefolgt. Für die alten Zahnärzte mit Prima-Reife wurde in einer Übergangszeit ein 2-semestriges Studium für die Zulassung zur Promotion gefordert. Damit war eine wesentliche Voraussetzung geschaffen, den bestehenden Mangel an Zahnärzten durch diese Möglichkeit einer Fachpromotion wirksam zu beheben.

1920 – Staatsprüfung für Dentisten

Im Land Baden wurde 1920 als erstem Bundesland für den Dentistenstand eine Staatsprüfung eingeführt. Durch diesen, für die Zulassung zur Kassenpraxis notwendigen Befähigungsnachweis, ergab sich der Zwang zu einem genau vorgeschriebenen Ausbildungsweg. Die stark angewachsene Zahl der Kassenmitglieder führte dazu, dass die ungeprüften Dentisten trotz ihrer durch die Kurierfreiheit gesicherten Tätigkeit immer mehr zurückgedrängt wurden.

1925 – Erstes württembergisches Kammergesetz

Der Landtag von Württemberg beschloß am 3. August 1925 ein Gesetz über die öffentliche Berufsvertretung der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker. Das Gesetz regelte in neun Abschnitten die Rechtsverhältnisse der Kammern dieser Berufe, z. B. ihre Rechtsstellung, die Wahl, den Aufbau und den Haushalt, das Vermittlungs- und Ehrengerichtswesen, die Kosten der Verfahren und die Geheimhaltung. Die Veröffentlichung erfolgte im Regierungsblatt für Württemberg Nr. 31 vom 15. August 1925. Im Land Baden war weiterhin das bereits am 10. Oktober 1906 erlassene Gesetz über die Rechtsverhältnisse des Sanitätspersonals gültig.

Die folgenden Jahre waren gekennzeichnet durch eine sich immer mehr steigernde Arbeitslosigkeit für Jungapprobierte. Für sie war es in der damaligen Zeit sehr schwer, ja nahezu unmöglich, als Anfänger eine Stelle als Assistent, ja nicht einmal als Volontär, zu finden. Die Folge war, dass sich viele Zahnärzte sofort nach der Approbation in eigener Praxis niederließen und dann Jahre hindurch bei geringem Verdienst auf eine Zulassung warteten. Wer Glück hatte, fand in den immer zahlreicher gegründeten Zahnkliniken der Ortskrankenkassen eine Stelle.

9. März 1930 – Rechtskundgebung

Vor allem die Rechtlosigkeit in den Beziehungen zu den Krankenkassen war neben den wirtschaftlichen Nöten und der Kurierfreiheit der Anlass zu einer Rechtskundgebung der Zahnärzte in Berlin am 9. März 1930. Die Kassen waren ja frei im Entschluss, wer zugelassen wurde. Private Einzelverträge

konnten jederzeit gekündigt werden, ein Abschluss erfolgte willkürlich oder nach dem preiswertesten Angebot. Ambulatorien mit Klinikzwang, am dichtesten in Württemberg, führten an kleinen Orten nicht selten dazu, dass der Zahnarzt seine Praxis aufgeben musste und in den Dienst der Kasse trat.

Drittes Reich 1933-1939

Mit der Machtübernahme 1933 durch Hitler begannen die Zwänge eines totalitären Systems. Mit Ausnahme der Orte Ebingen, Reutlingen und Ulm wurden die Kassenkliniken geschlossen. Die dort seit 1930 tätigen Kollegen erhielten die Zulassung. Eigenbetriebe der Kassen wurden auf ihre Wirtschaftlichkeit geprüft. Das Münchener Abkommen vom Oktober 1933 besagte, dass ein einheitlicher Berufsstand erst zustande komme, wenn der Stand der deutschen Zahnärzte und Dentisten aufgrund eines Dentistengesetzes geschaffen sei. Wegen Überfüllung der Hochschulen erfolgen 1934 Maßnahmen zur Beschränkung des Studiums. Weiterhin kommt es zu einer Prüfungssperre für den Neuzugang zum dentistischen Beruf.

Im Rahmen der politischen Umwälzungen wurden auch die bisher selbstständigen Landesverbände in unselbstständige Untergliederungen des Reichsverbandes umgewandelt. Die Vorsitzenden der Landesverbände wurden vom „Reichszahnärztesführer“, der vom Reichsinnenministerium bestellt wurde, ernannt. Im Jahr 1935 erfolgte die Änderung des Namens des Reichsverbandes in „Deutsche Zahnärzteschaft e. V.“.

1938 – Zulassung jüdischer Zahnärzte erlischt

Auf Grund einer Anordnung des Reichszahnärztesführers aus dem Jahre 1938, wurden die Zulassungen jüdischer Kassenzahnärzte für erloschen erklärt. Sie erhielten keine Leistung aus der Familienausgleichskasse mehr. In einem so genannten „Goldbuch“ war genau über den Erwerb und Verbleib von Gold und Bruchgold ein Nachweis zu führen. Die Hitlerjugend sammelte Rohstoffe, u. a. Tuben und Stanniolpapier, Sparlegierungen wurden als neue Werkstoffe empfohlen.

Für das zahnärztliche Hilfspersonal (Zahnarthelferinnen) bestanden damals keine verbindlichen Ausbildungsrichtlinien. Es war lediglich eine Anlernzeit von 6 bzw. 12 Monaten Dauer vorgesehen. Die Deutsche Arbeitsfront führt für Helferinnen Abendkurse durch, so dass sie erstmals am Reichsberufswettkampf teilnehmen konnten.

Im April 1939 erfolgten Abzüge vom Kassenhonorar für Beihilfen an Kollegen, die an einer Wehrmachtsübung teilnahmen.

Beginn des 2. Weltkrieges – Erste Folgen für die Praxis

In einem Rundschreiben vom 26. September – der 2. Weltkrieg hatte begonnen – wurde das unberechtigte Ansammeln von beruflichen Bedarfsartikeln als „verwerflich“ bezeichnet. Zusatzseifenkarten wurden für die zahnärztlichen Praxen ausgegeben. Bei Wehrmachtsangehörigen war die Behandlung auf das notwendigste Maß zu beschränken; bei Kriegsgefangenen auf das Notwendigste. Es folgten Bestimmungen über die zahnärztliche Versorgung der Sozialversicherten aus der Freimachungszone (Westfront).

Ab dem 2. Kriegsjahr bedurften Urlaubsreisen der Genehmigung durch die Bezirksstelle. Zur Behandlung jüdischer Privatpatienten waren in Stuttgart zwei jüdische Zahnärzte zugelassen. Es kam auf Grund der Einberufungen zur Überlastung der Laboratorien, was dazu führte, dass nicht dringende Leistungen zurückgestellt wurden.

Entwurf eines Dentistengesetzes

Ein Entwurf für ein Dentistengesetz sah die völlige Gleichstellung von Zahnärzten und Dentisten vor. Die endgültige Regelung sollte aber erst nach Kriegsende erfolgen. Eine am 20. Dezember 1941 veröffentlichte Gehaltsregelung für Sprechstundenhilfen galt für eine wöchentliche Arbeitszeit von 51 Stunden.

Zunehmend machte sich der Mangel an Zahnärzten in der Heimat bemerkbar. Hinweise in Wartezimmern, wonach vorerst keine neuen Patienten angenommen würden, wurden verboten.

Am 18. Dezember 1943 wurde in einem Rundschreiben bekannt gegeben, dass freie Praxisräume und Praxisgegenstände für durch die Terrorangriffe britisch-amerikanischer Flieger ausgebombten Zahnärzte beschlagnahmt werden könnten.

Wegen der andauernden Luftangriffe wurde am 27. September 1944 die Landesstelle Württemberg von Stuttgart nach Bietigheim verlegt.

Im gleichen Monat wurde in den Zahnärztlichen Mitteilungen die Einschränkung des Hochschulstudiums bekannt gegeben. Die 4. und 5. Semester wurden für den Kriegseinsatz bereitgestellt, Immatrikulationen fanden keine mehr statt.

1. Rundschreiben vom 15. Dezember 1945 des Landesverbandes Württemberg

Nach dem Ende des Krieges forderte am 12. November 1945 das Staatssekretariat für die französisch besetzte Zone Württemberg und Hohenzollern – Landesdirektion des Innern, Abteilung Gesundheitswesen – zur Benennung von Vertrauensleuten der Zahnärzte und Dentisten auf.

Die Kollegen des Landesverbandes Württemberg erhielten mit dem Datum vom 15. Dezember 1945 ein Rundschreiben von Dr. Geier, das die standespolitische Situation nach der bedingungslosen Kapitulation und der Teilung Badens und Württembergs durch die amerikanische/französische Zonengrenze erhellte. Wörtlich hieß es in dem Rundschreiben zum Wiederaufbau der Organisation:

„Nach 7 Monaten unermüdlicher Arbeit, die sehr oft von entmutigenden Rückschlägen begleitet war, erfolgte die Autorisation der Verbandsleitung des württembergischen Zahnärzteverbandes durch das Württembergische Innenministerium im Einvernehmen mit der Militärregierung. Autorisiert wurden als 1. Verbandsvorsitzender Dr. Geier, Stuttgart-Degerloch, als 2. Vorstandsvorsitzender Dr. Merz, Stuttgart. In den engeren Vorstand wird nach Vereinbarung mit dem Innenministerium Herr Kollege Blumenthal aus Ulm einbezogen. Bis zur endgültigen Wahl, die hoffentlich in Bälde stattfinden kann, nehmen diese genannten 3 Kollegen die Interessen der württembergischen Kollegen wahr. Herr Kollege Buch ist weiterhin als Geschäftsführer tätig.“

Konstituierung Kammer Südwürttemberg-Hohenzollern Januar 1946

In Südwürttemberg-Hohenzollern war bereits im Januar 1946 eine Kammer errichtet worden. Den Vorsitz hatte zunächst Oberarzt Dr. Strack, Beisitzer waren die Dres. Klopp und Bader.

Über die Zeit der Errichtung der Kammer berichtet der spätere Vorsitzende Dr. Seelos:

„Die Tagungen fanden damals in einer richtigen ‚Dach-Kammer‘ der alten Zahnärztlichen Universitätsklinik statt. Von Anfang an war mir als gewähltem Vorsitzenden klar, dass die räumliche Entfernung von Wangen nach Tübingen bei den damaligen schlechten Verkehrsverhältnissen keine ideale Voraussetzung für besonders ersprießliche Tätigkeit war. ‚Zu Eigen‘ war zu der Zeit der Kammer so gut wie nichts! Nicht einmal Tisch und Stühle! Natürlich auch keine Mitgliedsbeiträge. Aber der gute Wille aller Kammermitglieder war vorhanden, was schließlich doch zu den geplanten Zielen führte.“

In der US-Zone bestand zur damaligen Zeit eine monatliche Meldepflicht bis zum 5. des folgenden Monats über den Stand der Beschäftigten nach dem Gesetz zur Befreiung vom Nationalsozialismus und Militarismus. Unter Androhung einer Ordnungsstrafe von 1000,- RM waren alle Personen in freien Berufen bei mehr als zwei Arbeitnehmern meldepflichtig, mithin auch Zahnärzte. Im Rahmen der Meldung waren rund 110 Fragen zu beantworten.

Bereits zu Beginn des Jahres 1946 bestand in Südbaden eine Landesstelle der Deutschen Zahnärzte mit einem Beauftragten der französischen Militärregierung. Am Sonntag, den 17. März 1946, fand in Stuttgart, mit Zustimmung der Militärregierung, die erste Versammlung der Zahnärzte der amerikanischen Zone im Kantinenraum der Technischen Werke statt. Einziger Tagesordnungspunkt der Versammlung, an der ca. 200 Personen teilgenommen hatten, war die „Berichterstattung“.

Bei einer Zonentagung Ende Juli 1946 in Stuttgart wurde der Wunsch nach einer Landeszahnärztekammer Nordwürttemberg/Nordbaden geäußert. In Nordbaden hatten bereits Wahlen für eine solche Kammer stattgefunden, in Nordwürttemberg waren diese in Vorbereitung.

Landeszahnärztekammer in der französisch besetzten Zone Badens

Mit Datum vom 14. August 1946 trat die Satzung der Landeszahnärztekammer in der französisch besetzten Zone Badens in Kraft. In § 3 der Satzung wurde erwähnt, dass innerhalb der Kammer als Körperschaft des öffentlichen Rechts, die Kassenzahnärztliche Vereinigung bestehe. In § 7 wurden die Aufgaben der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (Regelung der Zulassung, Honorarabrechnung, Abschluss von Verträgen aufgeführt). § 18 bestimmte, dass von Wahlrecht und Wählbarkeit Zahnärzte ausgeschlossen sind, denen aufgrund eines Entscheids der politischen Reinigungskommission die Berufsausübung untersagt wurde. In ein leitendes Amt (Bezirksvereinigung) waren frühere Angehörige der NSDAP und deren Formationen nicht wählbar.

Bestrebungen zum Einheitsstand

Am 16. Juni 1946 fanden in Lage/Lippe Verhandlungen wegen der Schaffung eines einheitlichen Berufsstandes statt. Es trafen sich dort die autorisierten Vertreter der britischen Zone. Die Kollegen in der US-Zone Nordwürttemberg/Nordbaden sollten in einer Urabstimmung zu dem Abkommen Stellung nehmen. In Nordbaden hatte nur ein einziger Kollege gegen den Vorschlag gestimmt.

Mangel an Praxisbedarf

Die damalige desolote Situation auf dem Gebiet des gesamten Praxisbedarfes konnte kaum, höchstens im Wege des Tauschhandels, behoben werden. In einem Bericht zu dieser Zeit hieß es hierzu: „Nach 1945 standen für den heimkehrenden Kollegen die zu beachtenden Kontrollratsgesetze und die Bewirtschaftung im Raum. Die Reichsmarkkonten wuchsen langsam an, denn mit Geld konnte man praktisch nichts im Dentaldepot kaufen. Alles war kontingentiert: Zellstoff und Watterollen zu bekommen war z. B. nur über die Anlieferung von alten Zeitungen möglich. Eisenstiftzähne und Kautschuk erhielt man nur über geeignete Tauschobjekte und vielfach wurde die Wiederherstellung einer Kautschukprothese auch nur im Tauschwege geübt. Amalgame oder Silber-Zinnpaladiumlegierung oder

gar ein Sortiment Konfektionskronen aus Aluminium konnte man nur gegen Altmaterial (Silberlöffel etc.) erhalten.“

Währungsreform-Bericht 1948

1948 wurden im Rahmen der Währungsreform bereits einige Weichen für später gestellt. Einem Bericht zur damaligen Zeit ist zu entnehmen: „Da eine Zahnärztekammer nach dem Kriege nicht mehr bestand, übernahmen die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen die eigentlichen Kammeraufgaben, d. h. gewisse Überwachung auf Einhaltung einer uralten Berufsordnung, Betreuung der ‚Alten‘ in so genannten Notfällen etc. Wie aus den Unterlagen zu entnehmen ist, firmierte manchmal im Briefkopf eine Zahnärztekammer Nordbaden bzw. Südbaden, soweit es sich im Briefverkehr nicht um reine KZV-Angelegenheiten handelte. Das allgemeine Interesse an ‚standespolitischen‘ Fragen fing bei der Kollegenschaft eigentlich erst zu wachsen an mit dem Zeitpunkt der Währungsreform am 20. Juni 1948, nachdem von da an die Kassenhonorare in Deutscher Mark (DM) zur Auszahlung kamen und man damit in den Dental-Depots von heute auf morgen auch wieder Praxisbedarf erhielt und die zuvor miesen Gesichter in den Zahntechnischen Labors einer freundlicheren Stimmung wichen und man wieder eine annehmbare Terminvereinbarung treffen konnte.“

Mit der Zeit trat auch immer mehr der „Verband Deutscher Zahnärztlicher Berufsvertretungen“ (VDZB) in Köln, mit seinem Vorsitzenden Dr. Linnert, Nürnberg, in Erscheinung. Dr. Linnert, zugleich bayrischer Landtagsabgeordneter, muss dem Vernehmen nach, bei den sich mehr und mehr konstituierenden politischen Parteien, durch sein energisches Auftreten in Verfolgung zahnärztlicher Interessen als auch durch seine Persönlichkeit, entsprechendes Gehör bei den zuständigen Ministerien in Bonn gefunden haben. Nach seinem frühen Tod im Jahr 1949 übernahm sein damaliger Stellvertreter, Dr. Erich Müller, Altona, die Amtsgeschäfte. Wie schon unter Dr. Linnert, arbeitete der VDZB auch unter Dr. Müller auf den baldigen Erlass eines „Zahnheilkundengesetzes“ hin. Ziel war es zu regeln, dass „das Fehlen von Zähnen eine Krankheit sei“ und diese Krankheit nur von approbierten Zahnärzten einer Behandlung zugeführt werden dürfe und dass die bis dahin bestehende Kurierfreiheit aufgehoben werden müsse. Bis zu

diesem Zeitpunkt hatten sich auch Zahntechniker oder solche, die sich so nannten, in der Eingliederung von Zahnersatz und der Behandlung zahnkranker Patienten geübt, obwohl die Reichsversicherungsordnung (RVO) schon von jeher das Primat bzw. Monopol bei den approbierten Zahnärzten und staatlich geprüften Dentisten sah.

Kammergesetz Baden vom 27. Mai 1949

Am 1. Juni 1949 trat das vom Landtag in Baden am 27. Mai beschlossene Landesgesetz über Kammern für Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und Dentisten in Kraft.

Unter den akuten standespolitischen Fragen stand die Beseitigung des Dualismus im Mittelpunkt des Interesses. Es wurde erwartet, dass ein Gesetzesentwurf zur Vorlage kommt und positiv beschieden werde.

Gründung der Zahnärztekammer Nordwürttemberg am 9. Juli 1949

Am 9. Juli 1949 wurde in einer Versammlung der nordwürttembergischen Zahnärzte in Stuttgart, nach Beratung und Festlegung der Satzung, die Zahnärztekammer Nordwürttemberg e. V. gegründet. In der anschließenden 1. Mitgliederversammlung wurden die bereits am 22. Januar als Vorsitzende und Vertreter der Bezirksgruppen Gewählten bestätigt. In einer Sitzung am 16. Juli wurde aus diesem Kreis der Vorstand gebildet. Als 1. Vorsitzender wurde damals Dr. Geier und als 2. Vorsitzender Dr. Lorch gewählt. Als Beisitzer wurden bestimmt Dr. Montigel, Dr. Merz und Dr. Blumenthal. Damit bestanden der Kammervorstand und der Vorstand der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Deutschland (KZVD) in Personalunion.

Das Innenministerium genehmigte die vorgelegte Satzung, vom Vereinsrichter wurden lediglich formale Einwendungen erhoben. Wegen der sich abzeichnenden Änderungen hinsichtlich der Beseitigung des Dualismus – im Bundestag sollte ein Gesetzesentwurf eingebracht werden – und einer neuen staatlichen Gliederung im Südwesten wurde die Angelegenheit nicht weiter bearbeitet.

Im August 1949 konstituierte sich die Landeszahnärztekammer Südbaden; an ihrer Spitze der Vorsitzende Dr. Pfeiffer.

Im Rahmen einer Verordnung vom 5. September 1949 regelte das Arbeitsministeriums Württemberg-Hohenzollern die Zulassung von Zahnärzten und Dentisten zur Kassentätigkeit.

Fortbildungskurs in Tübingen

In der Zeit vom 3. bis 8. Oktober fand in Tübingen, unter der Leitung des Dozenten Dr. Dr. Fröhlich, der vermutlich erste Fortbildungskurs für Zahnärzte statt. Das Hauptthema war „Die zahnärztliche Chirurgie und ihre wissenschaftlichen Grundlagen“.

Kammergesetz Württemberg-Hohenzollern 1950

Am 8. März 1950 beschloss der Landtag Württemberg-Hohenzollern ein Gesetz über die öffentliche Berufsvertretung der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker und Dentisten. Bereits zwei Monate später wurde die vorläufige Wahlordnung für die Kammer und die Kassenzahnärztliche Vereinigung bekanntgegeben. Die „Jungzahnärzte“ legten Wert auf zwei Sitze; in diesem Fall wollten Sie auf einen eigenen Wahlvorschlag verzichten. Am 26. April folgte die Dentistenkammer mit einer eigenen Wahlordnung.

Erste Sitzung der Zahnärztekammer Württemberg-Hohenzollern

Die erste Sitzung der Zahnärztekammer fand am 5./6. August 1950 statt. Die Arbeit wurde damals wesentlich erschwert, da die Vorstandsmitglieder nicht in der Nähe von Tübingen wohnten. Wegen der bevorstehenden Neuordnung des südwestdeutschen Raumes wurde die Satzung zur Verlängerung der Wahlperiode dementsprechend geändert.

Erste Zahnärztetagung nach dem Krieg

Am Samstag, dem 25. März und am Sonntag, 26. März 1950, fand für die Zahnärzte aus Nord- und Südwürttemberg zum

ersten Mal nach Kriegsende eine Zahnärztetagung im Großen Kursaal in Bad Cannstatt statt. Gastredner war Dr. E. Müller, Hamburg, zum Thema: „Wichtige Aufgaben der standespolitischen Arbeit“.

Der Dualismus

Sowohl bei den Zahnärzten als auch bei den Dentisten wuchs immer mehr die Erkenntnis, dass nicht die Frage entscheidend war, ob zur Ausübung der Zahnheilkunde wissenschaftliche Grundlagen und Kenntnisse oder technische Fähigkeiten wesentlich seien. Vorrang hatte, dem Patienten eine nach dem neuesten Stand der Forschung und Technik entsprechende Zahnbehandlung zu vermitteln. Folge war, dass nur eine Synthese unter beiden Aspekten angezeigt war. Eine solche Auffassung erforderte notwendigerweise ein für beide Seiten tragbares Übereinkommen, um die Existenz zweier, die Zahnbehandlung ausübender Stände zu beseitigen.

Dazu nachstehender Auszug aus einem Bericht: „Da in den ersten Entwürfen des Zahnheilkunde-Gesetzes die Art der Zusammenführung der beiden Berufsstände vorgesehen war, trat der Verband Deutscher Zahnärztlicher Berufsvertretungen (VDZB) unter Dr. Müller im Hinblick auf die aufgezeigte künftige Entwicklung der Dinge an den „Bundesverband der Deutschen Dentisten“ heran mit dem Vorschlag auf Bildung eines paritätisch besetzten „Vereinheitlichungsausschusses“. Die Dentistenseite wurde damals vertreten durch Herrn Dentist Siebecke, München. In diesem Ausschuss wurde von Dentistenseite ein ziemlich harter Konfrontationskurs eingeschlagen, welcher anfangs sehr schlechte klimatische Verhältnisse schuf. Wollte man die Verhandlungen nicht platzen lassen und damit dem Gesetzgeber die alleinige Entscheidung über die einzelnen Vorschriften überlassen, musste man versuchen, eine Annäherung der Standpunkte zu erreichen. Schwerpunkt der Auseinandersetzungen war der Entwurf des zukünftigen § 8 Zahnheilkunde-Gesetzes bezüglich der Eingliederung der Dentisten, und zwar der bereits staatl. gepr. Dentisten, der Dentisten-Assistenten und der Dentisten-Anwärter.“

Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde vom 31. März 1952

Durch den Erlass des Gesetzes zur Ausübung der Zahnheilkunde vom 31. März 1952 waren die notwendigen Voraussetzungen geschaffen worden und es kam zu diesem, letzten Endes den Interessen der Zahnärzte und Dentisten dienenden Einheitsstand. Zunächst stand jedoch alles nur auf dem Papier; die praktische Realisierung und vor allem die Koordinierung von vier Kammerbereichen in Baden und Württemberg war das eigentliche Problem. Die dabei auftauchenden, oft unerwarteten Schwierigkeiten wurden allein durch Kompromissbereitschaft und Toleranz überwunden. Nur unter strikter Hintenanstellung des Versuchs der Profilierung eines Berufsstandes oder einzelner Persönlichkeiten kam es zu einer funktionsfähigen Regelung.

Zweckverbände der beiden Berufsvertretungen

In der Folgezeit ging es darum, die in den Zweckverbänden der zahnärztlichen und dentistischen Berufsvertretungen Nordbaden, Südbaden, Südwürttemberg-Hohenzollern und Nordwürttemberg organisierten Mitglieder zu einen. Zugleich mussten alle organisatorischen, finanziellen und personellen Fragen einer Klärung zugeführt werden.

Am 11. April 1953 trafen sich in Stuttgart erstmals die Vertreter der Zweckverbände in Baden-Württemberg und beschlossen, eine Arbeitsgemeinschaft der Zweckverbände der zahnärztlichen und dentistischen Berufsvertretungen zu gründen.

Zum 1. Vorsitzenden wurde Dr. Geißler bestellt. Vornehmliche Aufgabe der Arbeitsgemeinschaft war die Beratung des inzwischen vom Ministerium vorgelegten Entwurfes für das Kammergesetz.

Vorläufiger Kammerausschuss

Die notwendigen Entwürfe für die Satzung, die Wahl-, die Berufs- und die Berufsgerichtsordnung machten die Bildung eines vorläufigen Kammerausschusses notwendig. Dieser Ausschuss beschäftigte sich mit der Schaffung der

Voraussetzungen für die Wahl der Delegierten in den einzelnen Kammerbezirken und damit auch für die Wahl der Delegierten in der Landes Zahnärztekammer.

III. Die Jahre 1952 bis zur Konstituierung der Landes Zahnärztekammer am 16. April 1955

Die Ausführungen im III. Teil beziehen sich im Wesentlichen auf Nordwürttemberg, sind jedoch vergleichbar mit dem Ablauf in den anderen Bezirken des Landes.

Der Gesetzgeber erließ mit Wirkung zum 31. März 1952 das Zahnheilkundengesetz. Darin wurde bestimmt, dass „der Bundesminister des Innern mit Zustimmung des Bundesrates im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Arbeit durch Rechtsverordnung die zur Durchführung von § 8 Abs. 1 erforderlichen Bestimmungen erlässt“. Damit war die Aufhebung der Kurierfreiheit auf dem zahnärztlichen Sektor, die Zusammenführung der beiden Berufsstände und die Beseitigung des Dualismus beschlossene Sache. In gegenseitigem Einvernehmen erließ daraufhin der Verband Deutscher Zahnärztlicher Berufsvertretungen (VDZB) am 30. Mai 1952 an alle zahnärztlichen und dentistischen Berufsvertretungen im Bundesgebiet einen Aufruf, bis zum 30. Juni 1952 auf Länderbasis „Zweckverbände der zahnärztlichen und dentistischen Berufsvertretungen“ zu bilden. Mangels fehlender Zahnärztekammern fiel diese Aufgabe den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen zu.

Gründungsversammlung des Zweckverbandes Nordwürttemberg am 4. November 1952

Am 4. November 1952 fand in Stuttgart die Gründungsversammlung des Zweckverbandes der zahnärztlichen und dentistischen Berufsvertretung in Nord-Württemberg mit Sitz in Stuttgart statt. Da ein feierlicher Rahmen gegeben werden sollte, nahmen an der Sitzung die zehn Bevollmächtigten, die elf Beiratsmitglieder der zahnärztlichen Kreisgruppen und die fünf Ortsobmänner der Dentistenschaft teil.

Gemäß der Satzung gehörte es zu den Aufgaben des Zweckverbandes, alle Maßnahmen zur organisatorischen

Zusammenlegung der beiderseitigen Berufsvertretungen und zur Zusammenführung ihrer Mitglieder sowie die Regelung aller sich hieraus ergebenden organisatorischen, finanziellen und personellen Fragen durchzuführen.

Fortbildungskurse für staatlich geprüfte Dentisten

Inzwischen war vom Bundesinnenministerium die Durchführungsverordnung zum § 8 Abs. 1 des Zahnheilkunde-Gesetzes über die Art und Weise der den staatlich geprüften Dentisten auferlegten Fortbildungskurse erlassen worden. Prof. Dr. Fröhlich, Tübingen, und Direktor Engel, Karlsruhe, konnten für die Durchführung der Fortbildungskurse gewonnen werden. Die Kurse mit einer Höchstteilnehmerzahl von 100 Dentisten begannen im März 1953 und waren praktisch am 1. Juli 1953 abgeschlossen, worauf vom Innenministerium Baden-Württemberg die Bestallungsurkunden als Zahnarzt an die Kursteilnehmer ausgestellt wurden. Bis auf ganz wenige Dentisten nahmen alle an diesen Veranstaltungen teil.

Versorgungsanstalt für das ganze Land

Die Arbeitsgemeinschaft der Zweckverbände beschäftigte sich zudem auch intensiv mit der Möglichkeit einer Erreckung des „Gesetzes über eine Versorgungsanstalt für Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte“, wie es im Bereich Südwürttemberg bereits seit 2. August 1951 in Kraft war, auf das ganze Land Baden-Württemberg.

Bildung regionaler Kammerausschüsse

Da die Zweckverbände in den einzelnen Regierungsbezirken auf Grund halbmonatlicher Sitzungsfolge mit Beratungen über die organisatorischen Vorbereitungen zwecks Durchführung der Zusammenführung der beiden Berufsstände ausgelastet waren, entschloss man sich, regional vorläufige Kammerausschüsse zu bilden, die sich mit Entwürfen für eine Satzung, Wahlordnung, Berufsordnung und Berufsgerichtsordnung für die Landeszahnärztekammer befassen sollten.

Am 27. Oktober 1951 verkündet die vorläufige Regierung des Landes Baden-Württemberg das von der verfassungsgebenden Landesversammlung am 21. Oktober verabschiedete Gesetz über die öffentliche Berufsvertretung der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker und Dentisten (Kammergesetz).

Vorläufiger Kammerausschuss Baden-Württemberg am 3. Januar 1954

Am 3. Januar 1954 wurde in Stuttgart der „vorläufige Kammerausschuss Baden-Württemberg“, bestehend aus den inzwischen regional gebildeten vier vorläufigen Kammerausschüssen, gebildet. Zum 1. Vorsitzenden wurde Dr. Geißler, zu seinem Stellvertreter ZA Oettinger gewählt. Zu Beisitzern wurden gewählt: Dr. Knott, ZA Hetzel, Dr. Berger, ZA Wittner, Dr. Hörmle und ZA Kasten.

Entwurf einer Wahlordnung

Auf Grund des Entwurfs der inzwischen vorliegenden Wahlordnung war vorgesehen, in den einzelnen Bereichen auf je 150 Zahnärzte je 2 Delegierte für die Bezirkszahnärztekammern zu wählen. In weiteren Sitzungen wurden die immer wieder geänderten Entwürfe einer Satzung, Wahlordnung, Berufsgerichtsordnung und Berufsordnung erneut debattiert. Bezüglich der Wahlordnung einigte man sich schließlich auf ein Verhältnis von 250 Zahnärzte = 1 Delegierter. Nordwürttemberg hatte zu dieser Zeit 1758 Zahnärzte, was einer Entsendung von 8 Delegierten entsprach.

Auflösung des Zweckverbandes Nordwürttemberg

In die selbe Zeit fiel der Beschluss, den Zweckverband Nordwürttemberg aufzulösen und die Liquidation der dentistischen Berufsvertretungen durchzuführen. Diese Beschlüsse besiegelten mit ihren Unterschriften die bis dahin „Bevollmächtigten“.

Regionale Wahlen der Delegierten der Landeszahnärztekammer

Im Juli/August 1954 fand auf der Basis der vom vorläufigen Kammerausschuss Baden-Württemberg verabschiedeten vorläufigen Wahlordnung die regionale Wahl der Delegierten für die Konstituierung der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg statt. Auf Grund der beschlossenen Verhältniszahl von 250:1 wurden folgende Anzahlen an Delegierten in den einzelnen Kammerbezirken gewählt:

Kammerbezirk Nordwürttemberg: 8 Delegierte
Kammerbezirk Nordbaden: 5 Delegierte
Kammerbezirk Südwürttemberg: 5 Delegierte
Kammerbezirk Südbaden: 4 Delegierte.

Vorbereitende Sitzung zur Konstituierung der Landeszahnärztekammer am 6. November 1954

Zusammen mit den Vertretern der 3 Universitäten in Baden-Württemberg und den Vertretern des Innenministeriums Baden-Württemberg wurden die gewählten Delegierten zur vorbereitenden Sitzung der Konstituierung der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg am 6. November 1954 nach Stuttgart, Gustav-Siegle-Haus, eingeladen. Unter dem Vorsitz von Dr. Geißler wurden folgende Tagesordnungspunkte behandelt und zur Vorlage an die zuständigen Regierungsstellen verabschiedet:

1. Satzung der LZK Baden-Württemberg
2. Berufs- und Fachzahnarztordnung
3. Berufsgerichtsordnung

Am 30. Dezember 1954 wurden die beschlossenen Satzungen an das Innenministerium Baden-Württemberg übersandt. Die diversen Änderungswünsche des Innenministeriums wurden eingearbeitet und am 18. Januar 1955 wurde der geänderte Satzungsentwurf dem Ministerium zugeleitet. Mit Schreiben vom 18. Februar 1955 wurde die Genehmigung der Satzung und Wahlordnung der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg erteilt.

Konstituierung der Landes Zahnärztekammer am 16. April 1955

Der Weg war frei zur Konstituierung der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg am 16. April 1955 in Esslingen, „Altes Rathaus“.

Nach der Begrüßung durch Dr. Geißler übergab dieser die Sitzungsleitung an den Sitzungsaltesten, Dr. Gaertner, Freiburg, und dieser gab den Vorsitz weiter an den Wahlleiter Oberregierungsrat Kloesel. Unter der Leitung von Herrn Kloesel erfolgten dann die Wahlen des Vorsitzenden und des Stellvertreters Vorsitzenden, der Ausschüsse sowie die Beratungen über den vorläufigen Haushaltsplan.

Zum 1. Präsident der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg wurde mit großer Stimmenmehrheit Dr. Gaertner, Freiburg, gewählt.

Mit der Konstituierung der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg war nun der Weg frei für die Konstituierung der vier Bezirks Zahnärztekammern.

Konstituierung der Bezirks Zahnärztekammern

Die Bezirks Zahnärztekammer Nordbaden hatte sich bereits am 21. Februar 1955 konstituiert:

Zum 1. Vorsitzenden wurde Dr. Knott, zum Stellvertreter ZA Hetzel gewählt. Zu Beisitzern wurden gewählt: ZA Fischer, Dr. Steil und Dr. Hoffmann.

Die Bezirks Zahnärztekammer Südbaden hatte sich am 11. März 1955 konstituiert:

Zum 1. Vorsitzenden wurde Dr. Pfeiffer, zum Stellvertreter Dr. Gaertner gewählt. Zu Beisitzern wurden gewählt die Zahnärzte Berger und Wittner.

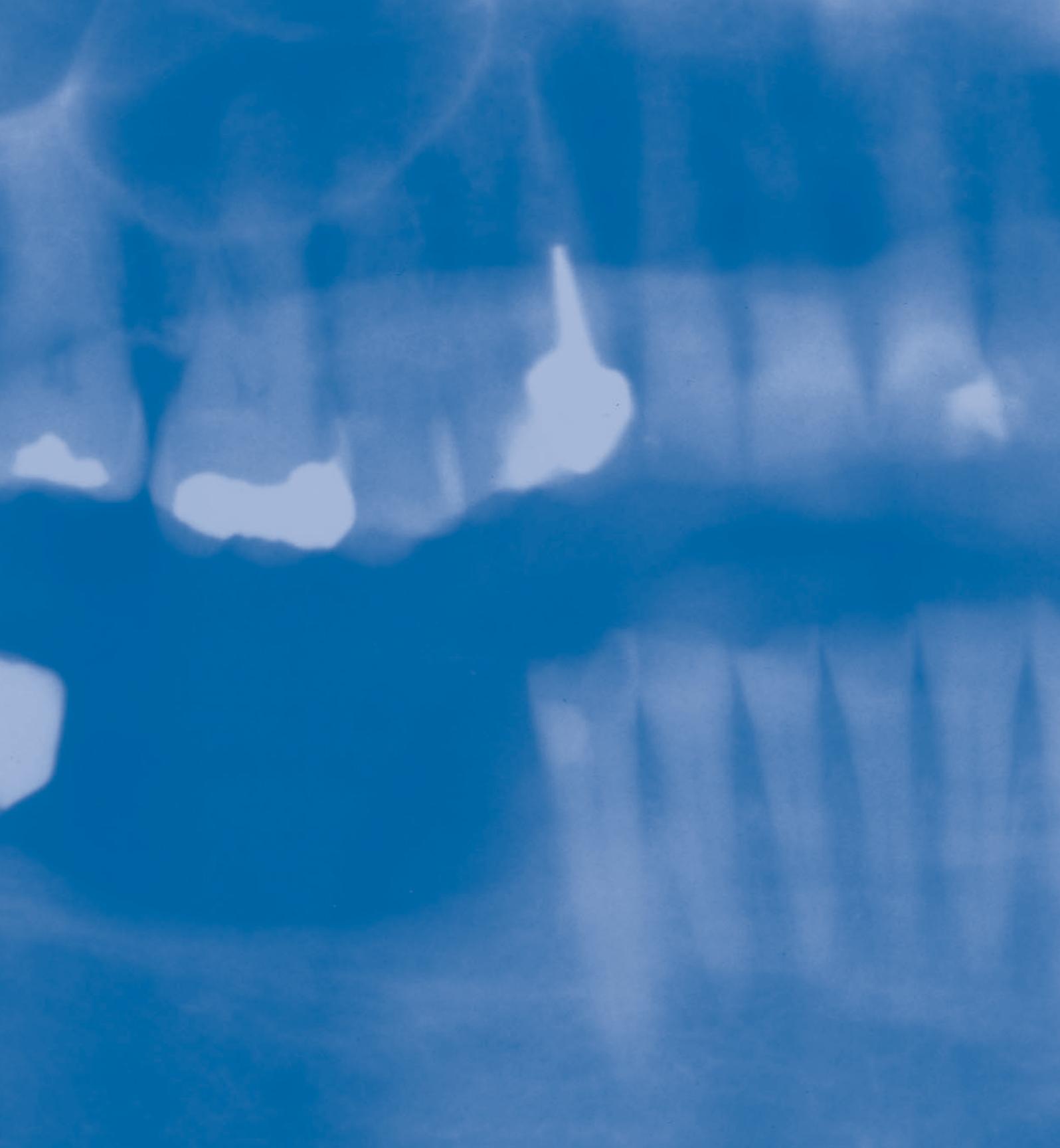
Die Bezirks Zahnärztekammer Nordwürttemberg hatte sich ebenfalls im März 1955 konstituiert:

Zum 1. Vorsitzenden wurde Dr. Geißler, zum Stellvertreter ZA Ade gewählt. Zu Beisitzern wurden gewählt: Dr. Lorch, Dr. Holzinger, ZA Oettinger und ZA Harr.

Die Bezirkszahnärztekammer Südwürttemberg hatte sich am 26. Februar 1955 konstituiert:

Zum 1. Vorsitzenden wurde Dr. Krug, zum Stellvertreter ZA Kasten gewählt. Zu Beisitzern wurden ZA Banholzer und Dr. Schneider gewählt.

Auszug aus der Festschrift der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg zum 25-jährigen Jubiläum von Dr. Walter Holzinger und Dr. Helmut Geißler.



*„Versuche nicht, ein erfolgreicher,
sondern ein wertvoller Mensch zu werden.“*

Albert Einstein

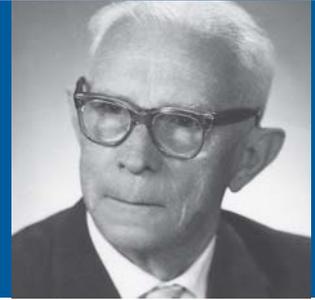
Rückblick – Die Präsidenten der Landeszahnärztekammer Baden-Württemberg 1955 bis heute

- 28 1955-1960
Dr. Raimund Gaertner
- 29 1960-1968
Dr. Dr. Richard Merz
- 30 1969-1970
Dr. Günther Schäfer
- 31 1970-1976
Prof. Dr. Dr. Ulrich Rheinwald
- 32 1976-1992
Dr. Hans-Dieter Schwieder
- 38 1993-2000
Dr. Rüdiger Engel
- 40 2001-2004
Dr. Udo Lenke

1955-1960

Dr. Raimund Gaertner

28 |



Dr. Raimund Gaertner
(† verstorben)

Den Mittelpunkt der Konstituierenden Sitzung der Landes Zahnärztekammer als Körperschaft des öffentlichen Rechts am 16. April 1955 in Esslingen bildete Punkt 3 der Tagesordnung: Wahl des Vorstandes.

Mit großer Mehrheit wurde zum Präsidenten Dr. Raimund Gaertner, Freiburg, gewählt, zu seinem Stellvertreter Zahnarzt Herbert Fischer, Karlsruhe, als weitere Vorstandsmitglieder Zahnarzt Harr, Ludwigsburg, Zahnarzt Kasten, Tübingen, und als Vertreter der drei Landesuniversitäten Prof. Dr. Rebel, Tübingen. An der Spitze der 22 Mitglieder zählenden Delegiertenversammlung stand nun ein fünfköpfiges Vorstandsgremium. Dank gründlicher Vorarbeit eines von den vier Bezirkskammern eingesetzten „Vorbereitenden Kammerausschusses“ war der Rohbau fertiggestellt; der Innenausbau konnte beginnen. Noch in derselben Sitzung wurden Satzung und Fachzahnarztordnung beschlossen.

Die vier Bezirks Zahnärztekammern bzw. ihre kammerähnlichen Vorgänger hatten sich in der Vergangenheit unter loser Führung des Bundesverbandes der Deutschen Zahnärzte – ein Verband, der keine Körperschaft des öffentlichen Rechts ist – einer großen Selbständigkeit erfreut. Das einzige engere Band war die Ausübung desselben Berufs.

Nun galt es, diese liebgewordene Freiheit einzuschränken zugunsten einer, alle Kollegen des Landes umfassenden Institution: der Landes Zahnärztekammer. Wie sich zeigte, sollte es ein langwieriger und mühevoller Prozess werden. Mancherlei Spannungen und Gegensätze, größere als erwartet, galt es auszugleichen und zu überwinden.

Da waren die landsmannschaftlichen Unterschiede zwischen den im neuen, drittgrößten Bundesland Baden-Württemberg zusammenlebenden Volksstämmen der Schwaben, Alemannen, Franken und Kurpfälzer.

Da waren die ausgeprägten Dialekte, je nach Stammes- und Geburtsherkunft, Unterschiede in Lebensführung und Mentalität, ungleiche Größe der Kammerbezirke und damit auch der Zahl der Zahnärzte in diesen.

Auch geographisch und wirtschaftlich bedingte Verschiedenheiten waren zu berücksichtigen. Zur Verdeutlichung sei hier

vermerkt, dass die Besatzungsmächte nach 1945 eine amerikanische Zone mit Nordwürttemberg und Nordbaden gebildet hatten und eine französische Zone mit Südwürttemberg-Hohenzollern und Südbaden. Gegen den Versuch, die vier Landesteile zum Bundesland Baden-Württemberg zusammenzufassen, führte der südbadische Ministerpräsident Wohlleb einen erbitterten Kampf um die Wiederherstellung der beiden früheren Länder Baden und Württemberg, bis ein Volksentscheid im November 1953 damit ein Ende machte.

Beim Studium alter Sitzungsprotokolle kann man nachlesen, wie viele Sitzungen mit endlosen Debatten und hitzigen Wortgefechten im Ringen um eine erste Formulierung von neuen Ordnungen nötig waren, um letztlich zu Beschlussfassungen entscheidungsreifer Probleme zu kommen.

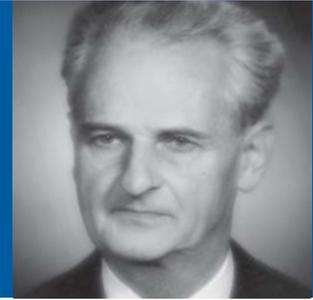
Große Schwierigkeiten bereitete es vor allem, die seither eigenständigen Haushaltspläne der vier Bezirks Zahnärztekammern gemäß der Forderung des Innenministeriums aufgrund des Kammergesetzes in einen gemeinsamen Haushaltsplan der Landes Zahnärztekammer einzubeziehen. Zusätzliche Meinungsverschiedenheiten entstanden durch die Einmischung des Innenministeriums (IM) in innere Angelegenheiten der Kammer. Es wurde zum Beispiel verlangt, einem bereits vor vielen Jahren Angestellten einer Bezirks Zahnärztekammer (BZK) mit dem Ziel einer Gehaltskürzung zu kündigen. Eine weitere Forderung des IM war, den Haushaltsplan des Bundesverbandes der Deutschen Zahnärzte (BDZ) vorzulegen.

Es bedurfte laufender Vorsprachen beim IM, vieler Sitzungen des Vorstandes und langer Debatten in den Delegiertenversammlungen, um die auch zwischen den BZKen bestehenden unterschiedlichen Auffassungen bezüglich Haushaltsplan, Satzung, Geschäftsordnung, Berufsordnung, Fachzahnarztordnung und Berufsgerichtsordnung auf einen Nenner zu bringen und entsprechende Beschlüsse herbeizuführen. Bei diesen Gegebenheiten bedurfte es einer starken Persönlichkeit, um unsere junge Landes Zahnärztekammer in erfolgreiche Bahnen zu lenken. Bald zeigte sich, dass wir mit Dr. Gaertner die richtige Wahl getroffen hatten.

Bericht von Viktor Harr, Mitglied des damaligen Vorstandes, aus der Festschrift zum 25-jährigen Jubiläum der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg von 1980

1960-1968

Dr. Dr. Richard Merz



29

Dr. Dr. Richard Merz
(† verstorben)

Mit der konstituierenden Versammlung am 30. Juli 1960 war die Amtszeit meines verehrten Herrn Kollegen Dr. Gaertner abgelaufen. Ich wurde zu seinem Nachfolger gewählt, zu meinem Stellvertreter Herr Kollege Fischer, Karlsruhe. Mit zwei Beisitzern, den Vorsitzenden der vier Bezirkszahnärztekammern und einem Vertreter der drei Landesuniversitäten war der Vorstand der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg gebildet. Durch meine Teilnahme an den Sitzungen des Vorstandes und der Delegiertenversammlung als Vorsitzender der Bezirkszahnärztekammern Nordwürttemberg wurde mir die Fortsetzung der Arbeit für die Landes Zahnärztekammer erleichtert.

Die Erstreckung des seit 1951 für den Regierungsbezirk Südwürttemberg gültigen Versorgungsgesetzes stieß anfangs bei manchen Kollegen auf erheblichen Widerstand; durch eingehende Aufklärung in den Kreisvereinigungen und mit Hilfe des Staatsministeriums, des Innenministeriums, des Landtags und vieler Besprechungen mit den Vertretern der Ärzte und der Tierärzte wurde am 29. Juni 1961 das Tübinger Versorgungsgesetz vom Landtag verabschiedet und am 4. Juli 1961 auf ganz Baden-Württemberg erstreckt.

Um die Arbeit innerhalb der Kammer zu erleichtern, bedurfte es des Ausbaus der dafür wichtigen Verbindungen. Ich war bemüht, ein gutes Verhältnis zum Staatsministerium, zu allen Ministerien, zu den Regierungspräsidien, zur Ärzte- und Tierärzteschaft, zu den Vertretern der Presse und anderen Organisationen zu schaffen. Auf eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit wurde besonderen Wert gelegt.

Da die Kammer die Verpflichtung hatte, Möglichkeiten der Weiterbildung für die Kollegen zu schaffen, wurde das neu gegründete Fortbildungsinstitut, mit dessen Leitung Herr Kollege Dr. Engel betraut wurde, weiter ausgebaut. Ein Verwaltungsrat wurde gegründet, und, um einen guten Kontakt zu den Universitäten zu pflegen, wurde in diesen Prof. Dr. Dr. Fröhlich gewählt. Die in der Kammer durch die Herren Lehrstuhlinhaber vertretenen drei Landesuniversitäten boten in Kursen und mit Vorträgen viele Möglichkeiten für die Kollegen. Vorrangig war auch das Bestreben, gute Helferinnen auszubilden. Mit der Einrichtung von Kursen an den gewerblichen Berufsschulen kam man diesem Ziel näher.

Eine wichtige Rolle spielte die Behandlung der Berufsgerichtsbarkeit. Hier fanden wir die Unterstützung des Justizministeriums, das uns im Aufbau und durch die Freigabe von namhaften Juristen sehr unterstützt hat.

Besondere Aufmerksamkeit galt der Jugendzahnpflege, die durch die Gründung der Arbeitsgemeinschaft der Jugendzahnpflege in Baden-Württemberg wesentlich gefördert wurde. Auch intern musste manche Unklarheit beseitigt werden, wobei uns das Innenministerium sehr hilfreich war. So wurde juristisch festgestellt, dass es nur eine Kammer des öffentlichen Rechts gibt, und zwar die Landes Zahnärztekammer, dass die vier Bezirkszahnärztekammern lediglich Untergliederungen dieser Landes Zahnärztekammer sind, was Auswirkungen auf die Erstellung und Handhabung des Haushaltsplans hat. Änderungen der Satzung, der Berufsordnung, Beitragsordnung, überhaupt die Neufassung der Organe der Kammer, standen zur Beratung.

Zum ersten Mal wurde man mit der Beschäftigung ausländischer Zahnärzte konfrontiert. Alle diese Probleme bedurften einer zeitraubenden Vorarbeit mit den Ämtern und Juristen, ehe sie der Delegiertenversammlung der LZK zur Beschlussfassung vorgelegt werden konnte.

Am 13. Juni 1964 wurde ich erneut von der Delegiertenversammlung mit dem Vorsitz betraut, mein Stellvertreter wurde Herr Kollege Klöpfer.

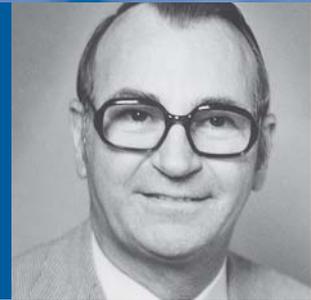
In dieser Legislaturperiode wurde die gesetzlich festgelegte Kammerarbeit einfacher, weil sie überschaubarer wurde. Änderungen gab es in der Berufsordnung und im Kammergesetz. Der Bereitschaftsdienst für Wochenende und Feiertage fand eine Regelung. Eine zusätzliche Altersversorgung für langangestellte Mitarbeiter der Kammer wurde geschaffen und eine neue Geschäftsordnung erstellt.

Mit der Wahl von Kollegen Dr. Schäfer, Lörrach, am 31. Oktober 1968 endete meine über acht Jahre dauernde Amtszeit.

1969-1970

Dr. Günther Schäfer

30 |



Dr. Günther Schäfer
(† verstorben)

Mit der konstituierenden Vertreterversammlung (VV) am 31. Oktober 1968 in Stuttgart war die Amtszeit meines Vorgängers, Kollege Richard Merz, Stuttgart, abgelaufen. Er wurde bei dieser Versammlung durch die Ernennung zum Ehrenpräsidenten der Landes Zahnärztekammer ausgezeichnet.

Die Amtszeit war gekennzeichnet durch Diskussionen über die Vorarbeit zur Gründung eines neuen Zentrums für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde an der Universität Ulm, die besonders durch den damaligen Direktor der Tübinger Universitäts-Zahnklinik, Prof. Dr. Dr. Eugen Fröhlich, durch eine Denkschrift nachhaltige Unterstützung gefunden hat, und durch die Schaffung eines weiteren zahnärztlichen Heilhilfsberufs, der Zahnmedizinischen Fachhelferin, als Aufstiegsberuf im Sinne vom § 46 Abs. 1 des Berufsbildungsgesetzes. Beide Vorhaben sind zwischenzeitlich Wirklichkeit geworden, und man kann heute mit einem gewissen Stolz feststellen, dass die damalige Grundlagenarbeit des Vorstandes zum Erfolg geführt hat.

Vor allem das Berufsbild der Zahnmedizinischen Fachhelferin – das ebenfalls auf einen Vorschlag von Prof. Fröhlich, Tübingen, und dem damaligen Präsidenten des BDZ, Kollegen Herbert Veigel, Freudenstadt, zurückging – hat nicht nur den Beruf der Zahnarzhelferin attraktiver werden lassen, sondern auch verhindert, dass ein neuer zahnärztlicher Assistenzberuf geschaffen wurde, der die Gefahr eines Berufes mit dualistischen Zügen beinhaltet hätte.

Der Vorstand hat überdies in dieser Zeit ein Konzept für das Wiederbestellsystem ausgearbeitet – dazu gehörten ein Rundschreiben an die niedergelassene Kollegenschaft mit Anleitungen, ein Wartezimmerausgang und die Bestellkarte für den Patienten – das System wird heute von den Kollegen mit Erfolg angewendet.

Unter dem Eindruck eines sich immer stärker abzeichnenden Mangels an Zahnärzten wurde der Vorschlag diskutiert, das Zahnärztliche Fortbildungsinstitut Karlsruhe zu einer anerkannten Hochschule für Zahnmedizin auszubauen – wenn auch der Vorgang heute als historisch betrachtet werden muss, weil er aus politischen Gründen nicht weiter verfolgt wurde, so gebietet seine Besonderheit, dass er in diesem Bericht erwähnt wird.

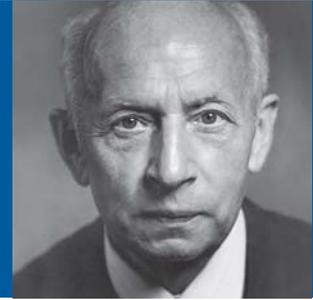
Breiten Raum der Vorstandsarbeit nahm die Tätigkeit ausländischer Zahnärzte in Baden-Württemberg ein, es zeichnete sich eine großzügige Handhabung ab; allerdings war sich der Vorstand schon damals über die Problematik der 5-Jahres-Frist für eine Arbeitsgenehmigung und ihre Bedeutung hinsichtlich der beruflichen und familiären Konsequenzen für die Betroffenen im klaren.

Viele Aktionen, die heute eine Selbstverständlichkeit sind, rühren aus dieser Zeit her, so die Einführung von Helferinnenbroschen bei 10- bzw. 25jähriger Berufstätigkeit, der Abschluss eines Rahmenvertrags über die zahnärztliche Versorgung von heilfürsorgeberechtigten Polizeibeamten und anderer Personenkreise, die außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung liegen, sowie zahlreiche berufsständische Rechtsfragen und Mitgliederangelegenheiten.

Aus persönlichen Gründen habe ich mein Amt am 30. Januar 1970 dem stellvertretenden Präsidenten, Herrn Kollegen Kurt Matheis, Karlsruhe, übergeben, der bis zur Nachwahl von Herrn Kollegen Ulrich Rheinwald, das Präsidentenamt weiterführte.

1970-1976

Prof. Dr. Dr. Ulrich Rheinwald



31

Prof. Dr. Dr. Ulrich Rheinwald
(† verstorben)

Nach meiner Amtsübernahme betrachtete ich es als meine wichtigste Aufgabe, die durch die Aufteilung in Bezirkszahnärztekammern vorhandenen Divergenzen dadurch zu bereinigen, dass die im Gesetz verankerten, der Landes Zahnärztekammer zukommenden Rechte, auch von dieser wahrgenommen wurden. Dazu waren mehrere Maßnahmen erforderlich:

1. Die bis zu meinem Amtsantritt mit der Bezirkszahnärztekammer Nordwürttemberg gemeinsame Geschäftsführung wurde verselbstständigt. In eigenen Räumen wurde ein Geschäftsführer mit Sekretariat und Buchführung bestellt.
2. Die Delegiertenversammlung fasste auf meine Anregung den Beschluss, ein eigenes Amtsorgan zu gründen, das „Zahnärzteblatt Baden-Württemberg“. Es sollte eine nähere Verbindung zwischen den Anliegen der einzelnen Bezirksvertretungen und der Kollegenschaft herstellen.
3. Eine bessere Kommunikation unter der Kollegenschaft der einzelnen Kammerbezirke bewirkte die Abhaltung eines badisch-württembergischen Zahnärztetags in zweijährigem Rhythmus. Auf diese Weise wurde die Landeskammer durch die Abhaltung einer wissenschaftlichen Tagung ihrem gesetzlichen Auftrag gerecht; der gesellige Teil trägt zum Kennenlernen und zum Gedankenaustausch zwischen der Kollegenschaft der verschiedenen Regionen bei.

Gemeinsam mit dem damaligen Präsidenten des Bundesverbandes der Deutschen Zahnärzte und gleichzeitigem Vorsitzenden der Bezirkszahnärztekammer Südwürttemberg-Hohenzollern, Kollege Dr. Veigel, wurden die Vorbereitungen für den Aufstiegsberuf der Zahnmedizinischen Fachhelferin so weit vorangetrieben, dass das Gesundheitsministerium die Zustimmung zu einer Berufsordnung gab, die erst die Gründung des Instituts für Zahnmedizinische Fachhelferinnen in Tübingen ermöglichte. Es wird von der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg getragen.

Nachdem das im Besitz der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Stuttgart befindliche Gebäude im Herdweg 50 frei und von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Stuttgart in ein Fortbildungszentrum umgewandelt wurde, ergaben sich dort räumliche Möglichkeiten zur Unterbringung der Geschäftsführung der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg, die nun auch die Leitung des von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) geschaffenen Fortbildungszentrums für Zahnärzte als eine ihr gesetzlich zustehende Aufgabe übernahm.

Nach Ablauf meiner zweiten Amtsperiode im Jahr 1976 habe ich nicht mehr für das Präsidentenamt kandidiert. Diesem Schritt folgte auch mein Stellvertreter, Kollege Kurt Matheis, Karlsruhe.

1976-1992

Dr. Hans-Dieter Schwieder

32 |

Die 6. Kammerperiode der Landeszahnärztekammer Baden-Württemberg begann am 19. Juni 1976 mit meiner Wahl zum Präsidenten nach der Konstituierung der Vertreterversammlung, der Wahl der satzungsgemäßen Organe und Ausschüsse sowie der Wahl von Kollegen Prof. Walter Engel zu meinem Stellvertreter. Herr Kollege Prof. Rheinwald kandidierte aus Altersgründen nicht mehr und wurde mit der Ernennung zum Ehrenpräsidenten ausgezeichnet.

Mein dringlichstes primäres Anliegen damals war, eine Bestandsaufnahme durchzuführen, die sich zum Ziel setzte, die Inhalte des Geschäftsbereichs der Landeszahnärztekammer darzustellen, Dringlichkeiten und politische Aktualitäten sowie gesundheitspolitische Konsequenzen zu prüfen, zu analysieren und in einem Arbeitsprogramm zu definieren. Eine kompetente und hoch engagierte Verwaltung mit Herrn Direktor Glück, einer durch und durch politischen Persönlichkeit an der Spitze, stand mir für diese Herausforderung loyal zur Seite.

Die Aufgabenstellung der Landeszahnärztekammer ergibt sich aus dem Kammergesetz, das der Kammer die Vertretung und Förderung der Berufsinteressen sowie die Behandlung aller den Beruf betreffenden Angelegenheiten übertragen hat. Damit ist die Landeskammer als Körperschaft öffentlichen Rechts in der Lage, eine umfassende Interessenvertretung wahrzunehmen, die jedoch im Einklang mit der staatlichen Willensbildung stehen muss.

In Baden-Württemberg haben wir eine föderative Organisationsstruktur der Selbstverwaltung mit vier Bezirkszahnärztekammern, jedoch ohne eigene Haushaltshoheit, aber in kollegennaher Vermittlung von Dienstleistungsbereichen und gesundheitspolitischen Entscheidungen. Die Kollegen haben einen Anspruch darauf, nicht nur gut verwaltet, sondern auch nach den Prinzipien und Erfordernissen einer gesellschaftspolitisch wirksamen Verbandsorganisation entsprechend geführt zu werden. Dazu ist es unabdingbar, dass eine starke und entscheidungsmutige zentrale Interessenvertretung am Sitz der Legislative und Exekutive besteht und es stets oberstes Gebot sein muss, dass alle zahnärztlichen Berufsorganisationen im Lande, unter Wahrung historischer Gegebenheiten und rechtlicher Positionen, in gegenseitiger Abstimmung sich gemeinsam an der politischen Willensbildung beteiligen. Der Berufsstand muss einheitlich auftreten und mit einer

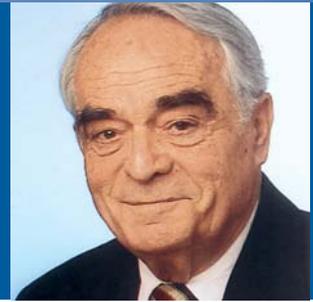
Zunge sprechend, seine Interessen vertreten. Andernfalls wird er nicht ernst genommen und von anderen Interessengruppierungen unserer Gesellschaft auseinander dividiert.

Mein erklärtes Ziel war damals, den Berufsstand in der Öffentlichkeit durch sachkompetente Mitarbeit, integriert in die damalige gesellschaftspolitische Problemdiskussion, zu Respekt und Ansehen zu bringen, ihn als glaubwürdigen, ehrlichen und zuverlässigen Ansprechpartner in allen Belangen der Gesundheitspolitik und des Berufsstandes weiter zu festigen.

Mit Beginn der 6. Kammerperiode hat der Vorstand ein von mir vorgelegtes Arbeitsprogramm und einen politischen Orientierungsrahmen verabschiedet. Dies war eine sehr positive Entscheidung in Bezug auf Selbstkontrolle sowie zur Aktivierung der Erledigung von Beschlussvorlagen. Der Orientierungsrahmen, ein ständig in Fluss befindliches Instrument, diente als gesellschaftspolitische und gesundheitspolitische Analyse der Zeit und versetzte uns in die Lage, rechtzeitig Einfluss zu nehmen und besser zu agieren, als immer nur und auch noch meist verspätet zu reagieren.

Zwei äußerst zeitaufwendige Verwaltungsaufgaben waren als erstes einer schnellen Erledigung zuzuführen: Einmal, auf Grund des neuen Kammergesetzes, die Überarbeitung bzw. Neufassung aller den Berufsstand betreffenden Rechtsnormen, Satzungen und Ordnungen. Hier hat der Satzungsausschuss unter seinem Vorsitzenden, Kollegen Reinhold Sauter, eine hervorragende Arbeit geleistet. Für Vorstand und Vertreterversammlung wurden Beschlussvorlagen erarbeitet, die alle nur möglichen Berufsfreiheiten, die das Gesetz hergab sowie reglementierende Kontrollaufgaben so weit wie möglich der körperschaftlichen Selbstverwaltung zuordneten. Dies diente einerseits als Schutz des Berufsstandes gegen Willkür und Überforderung, sollte aber zugleich stattdie Fremdbestimmung minimieren.

Des Weiteren musste eine unabdingbare Konsolidierung des Haushalts angegangen werden. Bei den Strukturplanungen des Vorstandes für die Einrichtungen der Landeszahnärztekammer war es zwingend erforderlich, einen Haushalt zu erstellen, der ein einnahmeorientiertes Ausgabenvolumen aufwies. In letzter Konsequenz führte dies zu einer Änderung der Beitragsordnung mit einer realistischen Erhöhung der Kammerbeiträge.



Dr. Hans-Dieter Schwieder

Das Arbeitsprogramm sah zudem eine Reihe kurz- und mittelfristiger Aufgaben vor:

So z. B. den Ankauf des Hauses Herdweg 50 mit dem Ziel, dort die LZK-Geschäftsstelle sowie das neue, von der KZV Stuttgart übernommene Zahnärztliche Fortbildungs-Zentrum (ZFZ) unterzubringen, welches mit dem ZMF-Institut Tübingen fusionierte und von Kollegen Schatz ab Dezember 1980 geführt wurde.

Im Dezember 1976 wurde die identifikationsfördernde Namensänderung des „Instituts für zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe“ in „Akademie für zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe“ durch die Vertreterversammlung bestätigt. Im Juni 1978 wurde das Gebäude der Akademie Sophienstraße in Karlsruhe gekauft. Das Grundstück dazu wurde für 75 Jahre in Erbpacht vom Lande Baden-Württemberg aus Betriebsrücklagen der Akademie erworben.

Mit diesen beiden Einrichtungen erfüllt die Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg in vollem Umfang dem gesetzlichen Fortbildungsauftrag nachhaltig, was in beeindruckender Weise durch die Herausgabe eines jährlich erscheinenden Gesamtkalendariums für alle Fortbildungsveranstaltungen im Land immer wieder zum Ausdruck kommt.

Nach Beobachtung der möglichen Auswirkungen des Rehabilitationsgesetzes vom September 1976, nach dem auch schon „das Fehlen eines Zahnes eine Krankheit darstellt“, mussten nachstehende Arbeitspunkte einer besonderen Aufmerksamkeit unterzogen werden, um Versorgungsengpässe, aber auch mengenbedingte Qualitätseinbußen zu vermeiden:

- Das Förderungsprogramm zum längeren Verbleib von Hochschulassistenten an den Zahnkliniken der Universitäten unseres Landes und anderen klinischen Ausbildungsstätten und damit der Abbau von Ausbildungsengpässen
- Die Unterstützung der Gründung eines Zentrums für ZMK an der Universität Ulm, auch zur Reduktion der Einwanderungszahlen von ausländischen Zahnärzten
- Die Durchführung von berufspolitischen Seminaren
- Die Umsetzung des Jugendzahnpflegegesetzes

Mit diesen, nur beispielhaft aufgezeigten Aktivitäten wird nicht nur das enorme Engagement von Gesamtverband und Verwaltung deutlich, sondern auch die politische

Aufgeschlossenheit aller Einrichtungen, Ausschüsse und Organe der Landes Zahnärztekammer.

Unsere Beschlüsse waren mittel- und langfristig betrachtet, Weichen stellend und Grundlage vieler zukünftiger Überlegungen der richtig eingeschätzten politischen Entwicklung.

Für die 7. Kammerperiode hat Kollege Walter Engel aus gesundheitlichen Gründen für das Amt des Vizepräsidenten nicht mehr kandidiert. Die Vertreterversammlung wählte Herrn Kollegen Prof. Willi Schulte zum stellvertretenden Präsidenten. Beide ahnten wir damals nicht, dass wir insgesamt 12 Jahre, also drei Kammerperioden lang, die Verantwortung für die Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg tragen sollten. In harmonischer Auffassung und Abstimmung haben wir die gemeinsame Grundsatzforderung verfolgt, eine abgesicherte zentrale Sprachregelung zu erreichen, mit dem Ziel, bei allen Beteiligten des Gesundheitswesens Respekt und Anerkennung für den Berufsstand zu finden und als fachkompetente Sachberater gesucht zu werden. Zu dieser Glaubwürdigkeit hat in besonderer Weise auch die so prompte Erfüllung unseres Fortbildungsauftrages beigetragen. Hervorzuheben ist in diesem Kontext die erstmals institutionalisierte Fortbildung in Karlsruhe mit beispielgebendem Charakter für das gesamte Bundesgebiet.

In respektvoller Anerkennung der mutigen Pionierleistung Walter Engels, beschlossen Vorstand und Verwaltungsrat, einen „Walter Engel-Preis“ an Persönlichkeiten zu vergeben, die sich besondere Verdienste um die Fortbildung und um die Akademie Karlsruhe erworben haben.

Am 28. März 1981 wurde Kollege Prof. Engel, nach 21-jähriger erfolgreicher Leitung der Akademie, in einem festlichen Rahmen im Stadttheater Karlsruhe und in Anwesenheit von über 300 Gästen aus dem öffentlichen, wissenschaftlichen und politischen Bereich in den wohlverdienten Ruhestand verabschiedet. Gleichzeitig wurde Kollege Prof. Michael Heners im September 1977, von Herrn Kollegen Engel vorgeschlagen und von der Vertreterversammlung zum neuen Direktor der Akademie für Zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe berufen, offiziell in sein Amt eingeführt. Mit großer Tatkraft und exzellentem Geschick hat Kollege Heners die Akademie weiter ausgebaut und zu internationalem Ruf geführt. Mit dem in

Verbindung zur „Karlsruher Konferenz“ stehenden „Karlsruher Vortrag – Mund auf“, immer wieder besetzt mit hochkarätigen internationalen Referenten, erweist Kollege Heners dem Berufsstand den besten Dienst in der Öffentlichkeitsarbeit, verdeutlicht durch die große und respektvolle Anerkennung des öffentlichen Auditoriums und der berichterstattenden Presse in jedem Jahr.

Zum 31. Dezember 1991 musste ich auch Kollegen Schatz in den Ruhestand verabschieden, der 17 Jahre lang, erst allein das ZMF-Institut Tübingen, dann, nach der Fusion mit dem Zahnärztlichen Fortbildungs-Zentrum Stuttgart, beide Institutionen der Landeszahnärztekammer in Stuttgart erfolgreich geführt hat. Mutig betrat er 1974 „Fortbildungsneuland“. Er hat mit seinen durchdachten Fortbildungs- und Weiterbildungskonzepten große Anerkennung in der ganzen Bundesrepublik erfahren und mitgeholfen, die Voraussetzungen für den Berufsstand zu schaffen, den neuralgischen Bereich der gesamten Prophylaxe so auszubauen, wie es dringend erforderlich war und politisch erwartet wurde. Als seinen Nachfolger konnte ich Herrn Kollegen PD Dr. Einweg einführen, der uns schon mit seinem kreativen Einstieg eine gute Wahl bestätigte.

Unsere Einschätzung der gesundheits- und gesellschaftspolitischen Entwicklung hat sich sowohl mittelfristig wie langfristig als absolut richtig erwiesen. Mit manchmal fast nervenden Gesprächen und Verhandlungen gelang es uns, den „Grenzbe-griiff Lippenrot“, wenn es um die Tätigkeiten der Zahnmedizinischen Fachhelferin ging, ad absurdum zu führen. Nach einer zähen Verhandlungsrunde in Echterdingen 1981 mit dem Bundesvorsitzenden des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte, gelang es letztlich Herrn Kollegen Schulte, Herrn Glück und mir, Herrn Bieg zu einem neutralen Stillhalteabkommen zu bewegen und mir damit die Möglichkeit zu geben, auf der Bundesversammlung des FVDZ in Mainz ein aufklärendes Referat zu halten. Nach weitergehenden intensiven und langen Diskussionen konnten wir dann beim Bundesverband der Deutschen Zahnärzte, der heutigen Bundeszahnärztekammer, einen Beschluss für die delegierbaren Leistungen herbeiführen. „Die Zahnarthelferin und die Zahnmedizinische Fachhelferin dürfen unter Aufsicht und auf Anordnung des Zahnarztes alle die Leistungen erbringen, für die sie aus- und fortgebildet sind“. Mehr wollten wir nicht. Wir hatten einen qualitätsverbessernden Aufstiegsberuf

geschaffen, der staatlich anerkannt und nach dem Arbeitsförderungsgesetz gefördert wurde und der zugleich der Intension nachkam, den Zahnarzt zu entlasten, insbesondere in der Parodontalbehandlung, der Gesamtprophylaxe und in der aufklärenden Zahngesundheitsberatung.

Die Schaffung von Leistungskapazitäten, ohne einen neuen paramedizinischen Beruf zu initiieren, war auch aus weiteren Gründen damals zwingend. Infolge unseres Durchsetzungsvermögens, das Jugendzahnpflegegesetz zu erhalten, war eine rechtliche Grundlage für unsere immer intensiver werdenden Bemühungen um eine flächendeckende Gruppenprophylaxe bei unseren Kindern und Jugendlichen geschaffen worden.

Die Prothetik als Kassenleistung mit teilweise 100-prozentiger Bezuschussung, hat einen Behandlungsboom mit höchster Komfort- und Qualitätserwartung in der Versorgung ausgelöst. Hier galt es, sensibel zu ventilieren, vor Selbstüberschätzung und vor Unterlassungen infolge einseitiger Behandlungsführung zu warnen. Der sich abzeichnende Trend in der Bevölkerung für ein verstärktes Umweltbewusstsein, einer gesunden und natürlichen Lebensführung, wie auch die Vermeidung aller nur möglichen Umfeldrisiken und Belastungen, ließen erwarten, dass recht bald reglementierende Gesetze und Verordnungen geschaffen würden. Gleichmaßen steigerte sich die Tendenz in Deutschland, wie auch in den Vereinigten Staaten schon seit Jahren beobachtet, alle nur möglichen Behandlungswidrigkeiten vor Gericht austragen zu wollen.

Auf diese gesellschaftspolitische Entwicklung haben wir uns in der Landeszahnärztekammer Baden-Württemberg rechtzeitig eingestellt, um aus Gesetz- und Verordnungsgebung resultierende Maßnahmen für die Praxis realistisch und nicht einengender als notwendig sowie Kosten sparend und praktikabel zu gestalten.

In der Tat erfolgte in diesen Jahren eine Verordnungsflut: Diese umfasste unter anderem das Strahlenschutzgesetz, die Röntgenverordnung, die medizinische Geräteverordnung, die Arzneimittelverordnung, die Hygieneverordnung, das Wasserhaushaltsgesetz mit einer neuen Abwasserverordnung und Amalgamentsorgung sowie Auflagen zum Aufbau eines katastrophenmedizinischen Versorgungsplanes, um nur die wesentlichsten Beispiele zu nennen. Wir signalisierten unserem

zuständigen Ministerium Kooperationsbereitschaft, mit dem Resultat einer gravierenden Einflussnahme auf die Durchführungsbestimmungen, denn Mitbestimmung ist allemal besser als Fremdbestimmung!

Die Einrichtung von Gutachter-Kommissionen für Fragen zahnärztlicher Haftung hat in der Tat viele Auseinandersetzungen zwischen Patienten und Zahnärzten im vorgerichtlichen Raum schlichten können.

Die leidige Amalgamdiskussion, monatelang ohne Rücksicht auf wissenschaftliche Erkenntnisse fanatisch und sektiererisch geführt, war sehr zeitraubend. Dem Kollegen war nicht zuzumuten, diese Endlosdiskussionen in der Praxis weiterzuführen und zusätzlich noch mit der Entscheidungsverantwortung allein gelassen zu werden. Unsere Empfehlung war daher, einfach auf Alternativwerkstoffe auszuweichen.

Die Kostenlawine im Gesundheitswesen, vollmundig von der Politik ausgelöst, wurde allmählich für die Politiker zum Trauma. Mit diversen Kostendämpfungsgesetzen wurde der naive Versuch unternommen, die Kosten steuernd einzudämmen, statt eine grundlegende Reform anzustreben. Unter dieser hypothe-karischen Belastung stand 1985/86 die 14 Sitzungen andauernde Beratung von Kollegen Raff und meiner Person in Zusammenarbeit mit dem Bundesarbeitsministerium, um eine neue BUGO-Z unter der Grundsatzforderung der Kostenneutralität zu gestalten. Unser Bemühen mitzuhelfen, eine den wissenschaftlichen Entwicklungen einigermaßen adäquate Gebührenordnung zu schaffen, wurde in dem Erlass der neuen BUGO-Z überhaupt nicht berücksichtigt. Wir Berater vom BDZ mussten den Eindruck gewinnen, dass unsere Beraterfunktion eine ausschließliche, politisch nicht vermeidbare Alibifunktion gewesen war. Wir konnten nur wenige Fehlentscheidungen verhindern oder abschwächen, wie beispielsweise die völlige Streichung einfacher prothetischer Grundleistungen zu Gunsten von hochtechnischen prothetischen Versorgungsmöglichkeiten.

In diesem Zusammenhang haben wir in Baden-Württemberg, nach kritischer Analyse der demographischen Entwicklung, die vorbereitenden Konzepte für eine spezielle Alterszahnheilkunde erarbeitet, die zukünftig ein Behandlungsschwerpunkt in der zahnärztlichen Praxis werden dürfte. Ebenso wurde eine flächen-

deckende Behindertenbehandlung in enger Zusammenarbeit mit den Fachkliniken unseres Landes aufgebaut.

Eine gute Informationspolitik ist notwendig, um den Kollegen draußen vor Ort Sicherheit und Verständnis zu vermitteln, auch für manchmal unpopuläre Entscheidungen. Die interne Öffentlichkeitsarbeit konnte aktiviert werden durch eine verbesserte Berichterstattung im ZBW, aktuelle Rundschreiben und insbesondere durch die Integration von Vertretern der KZVen, des FVDZ und der VA mit Rederecht in Vorstand oder Vertreterversammlung.

Die externe Öffentlichkeitsarbeit wurde ebenfalls sukzessive verbessert durch laufende Kontakte mit allen Beteiligten des Gesundheitswesens, mit der Durchführung parlamentarischer Abende, mit Journalistenseminaren und letztendlich durch die Erstellung einer Rahmenvereinbarung mit den KZVen und dem FVDZ zur Gründung unseres „Informationszentrums Zahngesundheit“ (IZZ) im Jahre 1990, insbesondere nach der misslichen Auflösung der gemeinsamen Pressestelle der Heilberufe. Als Leiter konnten wir Herrn Johannes Clausen gewinnen, der es mit Geschick und seinen guten Kontakten verstand, in kürzester Zeit aktive und lebendige Öffentlichkeitsarbeit zu gestalten, die vor allem auch die Bürgerberatung akzentuierte.

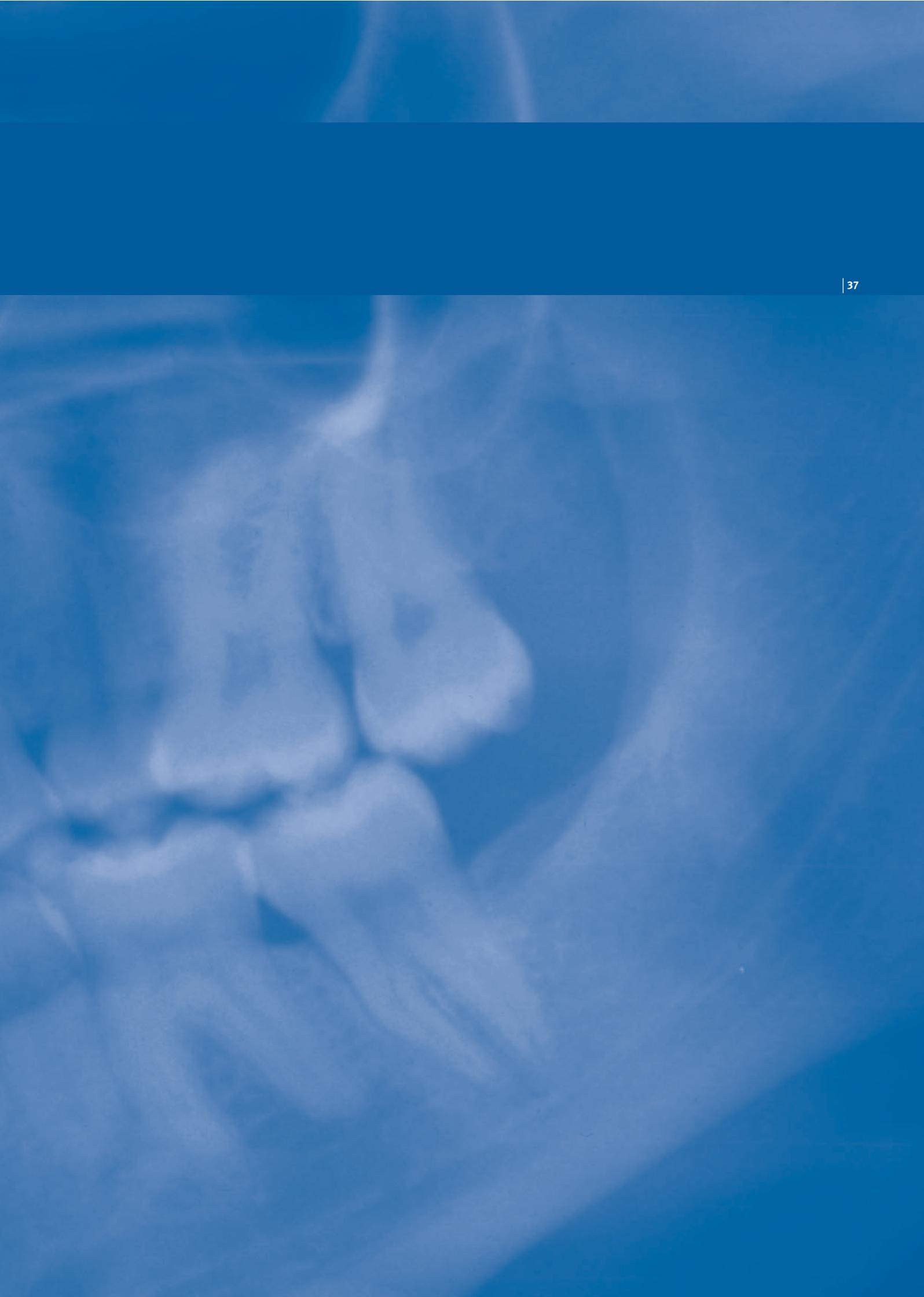
Eine letzte große Aufgabe für Vorstand und Verwaltung stand nach der Wiedervereinigung Deutschlands an. In Übereinstimmung mit der Landesregierung von Baden-Württemberg haben wir unseren Freunden in Sachsen Hilfe zur Selbsthilfe angeboten, die Unterstützung auf juristischer, materieller und psychischer Ebene umfasste und half, freiheitliche Strukturen einer Selbstverwaltung aufzubauen.

Nach Bildung einer Gründungskommission unter Vorsitz von Kollegen Lüddecke und den ersten freien demokratischen Wahlen der 3800 Kolleginnen und Kollegen, konnte sich bereits am 7. Oktober 1990 die erste Kammerversammlung des Landes Sachsen in Leipzig als erste Zahnärztekammer in den neuen Bundesländern konstituieren.

Zum Präsidenten wurde Kollege Lüddecke gewählt. Innerhalb kürzester Zeit der Aufbauarbeit gewann die Landeskammer Sachsen höchstes Ansehen in der gesamten Bundesrepublik.

Resultativ abschließen möchte ich diesen Zeitabriss mit den Worten einer Persönlichkeit, die die seltene Gabe der „politischen Witterung“ besaß. Gemeint ist unserer damaliger Schriftleiter Herr Kollege Holfeld, den ich wie folgt zitieren darf: „Jeder Kollege, der den baden-württembergischen Überlebenspragmatismus kennt und weiß, dass Kompromissbereitschaft zum Weiterleben das höchste Gut ist, anerkennt die Leistung dieser Kammer. Sie reckt und streckt sich, sie reguliert und filtert die Verordnungsflut und macht den Berufsalltag dadurch erträglicher, dass sie nicht nur gute Gedanken, sondern auch gute Beziehungen zu den Aufsicht führenden Ministerien pflegt. Insofern sollte jeder Kollege froh sein, im Ländle bohren und wirken zu können, denn trotz aller Verböserungen hat der Zahnärztestand in Baden-Württemberg nicht nur sein Auskommen, sondern auch seine öffentliche Anerkennung.“

Herr Kollege Prof. W. Schulte und ich haben zur 10. Kammerperiode nach langer Zeit der Verantwortung nicht mehr kandidiert. Wir konnten unseren Nachfolgern ein wohl bestelltes Haus mit einem ausgeglichenen Haushalt, hohen Betriebsrücklagen und einer versicherungsmathematisch exakt berechneten Pensionsrücklage übergeben.





1993-2000

Dr. Rüdiger Engel

38 |

Ziel des Vorstandes war es, in der Öffentlichkeit (bei Bürgern, Politikern, Journalisten) um Vertrauen für den zahnärztlichen Berufsstand zu werben. Was die baden-württembergischen Medien angeht, so kann man sagen, dass uns dies gelungen ist. Die Zahnärzteschaft konnte aus den Negativschlagzeilen weitgehend herausgehalten werden. Dies war das Ergebnis einer Öffentlichkeitsarbeit, die auf Glaubwürdigkeit und feste persönliche Kontakte setzte. Voraussetzung dafür war natürlich, dass die standespolitischen Entscheidungen damit in Einklang standen. Die Kammer als Berufsvertretung aller Zahnärztinnen und Zahnärzte ist dabei essentiell auf ihre Mitglieder angewiesen, die zufriedene Patienten haben. Die Kammer tut gut daran, nicht nur vordergründig die Interessen der Zahnärzteschaft zu vertreten, sondern gleichzeitig die Interessen der Zahnheilkunde und der Patienten. Tut sie Letzteres glaubwürdig, so wächst ihre Stellung in der Gesellschaft und die Vertretung des Berufsstandes gelingt umso besser.

Auf dieser Linie lag die erfolgreiche Einführung des Konzeptes der Patientenberatung und des Zweitmeinungsmodells. Die anfängliche „Begleitmusik“ der Bedenkenräger in der Standespolitik war erheblich. Ebenfalls auf gute Resonanz stieß ein Gutachtersystem, das Patienten mit Problemen zur Verfügung steht und das das Vorurteil immer wieder widerlegt, eine Krähe würde der anderen kein Auge auskratzen.

Unsere Stärke zeigt sich nicht zuletzt darin, wie beherzt die baden-württembergische Zahnärzteschaft die Gruppen- und Individualprophylaxe vorantrieb. Eine DMF-T von 1,0 bei 12-jährigen – das hätten wir doch selbst vor einigen Jahren nicht für möglich gehalten. Diesen Weg, den unsere Vorgänger eingeschlagen hatten, entschlossen weiter gegangen zu sein, war nicht nur gut für die Zähne der Kinder, sondern auch ein zugkräftiges Thema für die Öffentlichkeitsarbeit der Kammer. Ohne die Kooperation von Zahnärzteschaft, Sozialministerium und Krankenkassen wäre der Erfolg in der Gruppenprophylaxe nicht möglich gewesen.

Der Fortbildungswille der Zahnärztinnen und Zahnärzte ist unsere Stärke. Kein anderer Berufsstand hält da mit – wohl gemerkt auf eigene Initiative und eigene Kosten! Ein Kammerpräsident in Baden-Württemberg hat es in dieser Beziehung leicht, hat unser Bundesland doch von jeher eine Vorreiterrolle inne: zwei kammereigene Fortbildungseinrichtungen sorgen

für die entsprechende Attraktivität und Qualität. Die Etablierung der systematisierten und strukturierten Fortbildungsprogramme stellte einen wichtigen Meilenstein in der Qualifizierung unseres Berufsstandes dar, der von der Kollegenschaft gut aufgenommen wurde. Hoch gingen die Wogen über die Begriffe Tätigkeitsschwerpunkte und zertifizierte Fortbildung. Manchem Standespolitiker fiel der Abschied schwer von der lieb gewordenen Vorstellung, dass jeder Zahnarzt alles kann und jeder Patient das auch glaubt. Weil unser Beruf enorme Fortschritte gemacht hat und immer noch macht, bestand und besteht ein Bedarf an spezifischen Fortbildungsprogrammen. Das Informationsbedürfnis der Patienten verlangt es, hierüber in Kenntnis gesetzt zu werden. Also ist die Ausweisung von Tätigkeitsschwerpunkten die logische Konsequenz – ob uns das passt oder nicht. Wenn es denn geschieht, dann musste die Kammer die Federführung haben. So wurde ein sinnvoller Weg eingeschlagen, der noch längst nicht zu Ende gegangen ist. Dass sich das Bundesverfassungsgericht zu dem Thema äußerte ... na ja – man konnte jedenfalls befriedigt feststellen, dass das zahnärztliche Praxisschild höchstrichterliche Beachtung fand.

Das Stichwort Praxisschild führt zur Berufsordnung und zur freudigen Feststellung, welche Liberalisierung hier erreicht werden konnte. Man muss schon schmunzeln, wenn man nur als ein Beispiel daran denkt, welche Kämpfe um die zulässige Größe des Praxisschildes gefochten worden sind – eine völlig überflüssige Reglementierung!

Kontinuierlich verfeinert haben wir die Möglichkeiten zum sinnvollen Einsatz der Helferinnen. War Baden-Württemberg immer schon Vorreiter, wenn es um fortgebildete Zahnarzthelferinnen geht, so stellte der Ausbau der Prophylaxe wieder eine neue Herausforderung dar, die in der Etablierung der Aufstiegsfortbildung zur Dentalhygienikerin ihren Höhepunkt fand.

Viel Energie setzten wir in die Erarbeitung des so genannten Dialogkonzeptes Zahnheilkunde 2000. In Kooperation von Kammer und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen des Landes entstand so eine Zusammenfassung unserer standespolitischen Vorstellung, wie die Zahnheilkunde zu organisieren sei – von der Kinder-Prophylaxe bis zu Festzuschussregelungen bei Zahnersatz. Politik und Presse nahmen das mit großem Interesse auf. Wir haben damit mitgeholfen, unsere



Dr. Rüdiger Engel

Konzepte und Vorstellungen in der politischen Öffentlichkeit unterzubringen.

Einen Schwerpunkt der Kammerarbeit stellt die GOZ dar. Unverändert seit 1988 sollte eine Novellierung erreicht werden. Tatsächlich forderte es unsere ganze Kraft, eine Verschlechterung zu verhindern. Abdingungsregelung und Analogberechnung sind nach wie vor Essentials so wie der Erhalt der Gebührenspanse, die es zu verteidigen galt und immer noch gilt. Vor Gericht haben die Zahnärzte mit Unterstützung der Kammer manchen Erfolg errungen, ohne die unsere Situation noch schlechter aussehen würde.

Neben der Prozessunterstützung darf die Beratung der Kollegenschaft im richtigen Umgang mit der GOZ nicht unerwähnt bleiben. Immer wieder war zu sehen, dass viele, die nach besserem GOZ-Punktwert riefen, gar nicht wussten, welche Möglichkeiten sie unbeachtet ließen.

Wir sind ein akademischer Heilberuf. Aus dieser Tatsache erwächst unter anderem die Verpflichtung für die Standespolitik, mit den Hochschulen des Landes eng zu kooperieren. In gemeinsamen Sitzungen und Veranstaltungen wurde immer wieder deutlich, dass wir zusammen am besten unserem Berufsstand dienen können, unabhängig voneinander, aber mit gemeinsamen Ziel.

Mit einer Zunge sprechen, dass das für unseren Berufsstand im politischen Raum notwendig ist, leuchtet ein. Wirklich mit einer Zunge zu sprechen, ist aber unglaublich schwer. Viel Zeit und Mühe hat es stets gekostet, nach außen als einheitlicher Berufsstand in Baden-Württemberg aufzutreten. Dass dies überwiegend gelang, befriedigt und macht im Rückblick sogar etwas stolz. Man muss dabei bedenken, dass unser Bundesland mit seinen 4 Regierungsbezirken zur Landeszahnärztekammer Baden-Württemberg mit den vier Bezirkszahnärztekammern als Untergliederungen auch vier Kassenzahnärztliche Vereinigungen hatte. So kräftezehrend die Koordinierungsarbeit auch bisweilen gewesen sein mag, so muss doch deutlich gesagt werden, dass starke basisnahe Bezirksstrukturen gut waren und sind für Kreativität und Qualität unserer Standespolitik. Die jetzt von der Landesregierung für die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen erzwungene Zentralisierung hat ihre Bewährungsprobe erst noch vor sich. Man kann nur

hoffen, dass ein künftiges Kammergesetz bewährte Strukturen am Leben lässt. Diese Aussage bedeutet nicht, dass immer am Althergebrachten festgehalten werden muss. Frischer Wind tut oft gut, auch wenn mancher einen Schnupfen bekommt. Ein solch frischer Wind könnte zum Beispiel mehr Direktwahl für die Kollegenschaft bei Kammerwahlen sein. Wäre es nicht ein Mittel gegen sinkendes Interesse an der Wahl, wenn die Kolleginnen und Kollegen tatsächlich durch ihre Wahl bestimmen könnten, wer in die Vertreterversammlung der Landeszahnärztekammer gewählt ist oder gar, wer ein bestimmtes Amt erhält. So viel Demokratie könnte unser Berufsstand gut gebrauchen und vermutlich auch gut ertragen.

2001-2004

Dr. Udo Lenke

40 |

Die Zielvorgaben, die sich der neu gewählte LZK-Vorstand zu Beginn der 12. Kammerperiode in seinem „Standespolitischen Programm“ gestellt hatte, waren klar definiert. Nach wie vor entscheidend war und bleibt die verständliche Artikulation und konsequente Interessenwahrnehmung der baden-württembergischen Zahnärzteschaft gegenüber der Politik. Priorität hatte aber auch das Ziel, mit einer Struktur- und Verwaltungsreform den Ehrenamtsbereich zu modifizieren sowie die Kammerverwaltung effizienter zu gestalten. Weitere Aufgabenschwerpunkte waren beispielsweise die Verbesserung der internen sowie externen Kommunikation, die Konzeptionierung einer liberalen Fortbildungsordnung sowie die Auseinandersetzung mit dem aktuellen Trends hin zu Bachelor- und Masterstudiengängen, die als Form europäischer postgraduater Fortbildung derzeit in Deutschland Einzug halten und deren Konsequenzen für den Berufsstand zu hinterfragen sind.

Mit den Themenkomplexen „Alterszahnheilkunde“ sowie „Qualitätsmanagement“ wurden Themen von großem gesellschaftlichem Interesse aufgegriffen, die unseren Berufsstand heute schon tangieren und zukünftig immer stärker beeinflussen werden. Für diese neuen berufspolitischen Herausforderungen wurden vom Vorstand in zahlreichen Sitzungen praxistaugliche Konzepte und Lösungen diskutiert und erarbeitet sowie eine kollegenfreundliche Umsetzung angestrebt.

Struktur- und Verwaltungsreform auf den Weg gebracht

Es galt, den in der vergangenen Legislaturperiode von den Delegierten gefassten Beschluss umzusetzen, der VV in der 12. Kammerperiode eine abstimmungsfähige Beschlussvorlage für eine Struktur- und Verwaltungsreform vorzulegen.

Auf Basis einer detaillierten, über 300-seitigen Bestandsaufnahme erarbeitete der Vorstand ein umfassendes Reformkonzept, das Wege aufzeigte, um verkrustete Strukturen im Ehrenamtsbereich aufzubrechen und die Kammer durch eine schlankere und effizientere Organisation der Verwaltung kostengünstiger zu gestalten. Sowohl die Zwangsfusion der KZVen des Landes zu einer KZV Baden-Württemberg als auch die bevorstehende Novellierung des Heilberufe-Kammer-Gesetzes im Land waren für die VV-Delegierten im Dezember 2003 ausschlaggebend, um zu diesem Zeitpunkt aus strategischer Sicht nur einzelne

Reformmaßnahmen des Gesamtkonzeptes umzusetzen, so beispielsweise die Splittung des Kammerbeitrages.

Interne Kommunikation sowie Öffentlichkeitsarbeit schrittweise verbessert

Durch zahlreiche Neuerungen konnte in den letzten vier Jahren die interne Kommunikation für die Kammermitglieder sukzessive verbessert werden. Die Konzipierung und Umsetzung eines gestalterisch wie inhaltlich professionellen Internetauftritts der Kammer, der durch die Einbindung der Bezirkszahnärztekammern auch regionalen Ansprüchen gerecht wird, trägt ebenso dazu bei, wie die Veröffentlichung zahlreicher Delegierten- und Kammerrundbriefe, das Zahnärzteblatt oder die Mitarbeiterinfos für das Praxisteam.

Nach wie vor spielt die Öffentlichkeitswirksamkeit der Kammer bei Politikern und Bürgern eine ganz besondere Rolle für unseren Berufsstand. Insbesondere hier hat das Informationszentrum Zahngesundheit Baden-Württemberg unter der Leitung von Herrn Clausen in den letzten Jahren gute Arbeit geleistet, damit unser Berufsstand in den Medien Präsenz zeigt und auch zu aktuellen Themen, die die Bürger interessieren, öffentlich Position bezieht. Um diese Ziele zu erreichen, ist eine gute Kontaktpflege zu Journalisten notwendig. Dazu geeignete Maßnahmen bildeten beispielsweise Pressehintergrundgespräche, u. a. auch zu dem wichtigen Thema „Patientenberatung“, die eine außerordentlich positive Berichterstattung zur Folge hatten.

Zudem hat der Kammervorstand in zahlreichen offiziellen und informellen Gesprächen mit Parlamentariern, mit Vertretern der Ministerialbürokratie sowie auf ministerieller Ebene in konstruktiver Weise die Interessen unseres Berufsstandes zu Gehör gebracht und durch das Einbringen eigener Vorschläge aktiv am vorparlamentarischen Entscheidungsprozess zur Reform des geplanten Heilberufe-Kammergesetzes mitgewirkt.

Auch die Ehrenamtsträger haben eine wichtige Öffentlichkeitsfunktion, die sie in dieser Kammerperiode verstärkt wahrgenommen haben. Als interessante Gesprächspartner für Interviews in Rundfunk und Fernsehen konnten sie die Bürgerinnen und Bürger über Fragen zur Zahngesundheit, über den aktuellen

**Dr. Udo Lenke**

Stand der modernen Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde oder beispielsweise über die Frage, ob Amalgamfüllungen schädlich sind, aufklären. Auch die Tage der Zahngesundheit haben nach wie vor eine sehr positive Außenwirkung. Insgesamt ist festzuhalten, dass in der Öffentlichkeitsarbeit der letzten vier Jahre wertvolle Arbeit geleistet wurde und mit den o. a. Maßnahmen dazu beigetragen wurde, das Arzt-Patienten Verhältnis zu stärken sowie die Glaubwürdigkeit des Berufsstandes nach außen in positiver Weise zu manifestieren.

Patientenberatung erfolgreich weitergeführt

Die seit 1996 eingeführte allgemeine Patientenberatung sowie das zwei Jahre später initiierte Zweitmeinungsmodell wurden von den Patienten bisher intensiv genutzt und sind deshalb als große Erfolge zu bewerten. Die 2002 vorgenommenen statistischen Auswertungen ergaben, dass der Patienten-Beratungsservice der Kammer zu allgemeinen zahnmedizinischen Fragen und über Zahngesundheit einerseits sowie das persönliche Beratungsgespräch im Rahmen des Zweitmeinungsmodells bis heute von insgesamt über 10.000 Patienten in Anspruch genommen wurden. Auf Grundlage dieses Trends fasste der LZK-Vorstand 2003 den Beschluss, den Beratungsservice für die Patienten weiterhin kostenfrei anzubieten sowie auch die vier Patientenberatungsstellen in Baden-Württemberg beizubehalten, um das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient weiter zu intensivieren. Vor dem Hintergrund einer neutralen Patientenberatung führte die Kammer mit der Verbraucherzentrale Baden-Württemberg 2003 mehrere Kooperationsgespräche, in deren Ergebnis sich die Verbraucherzentrale Baden-Württemberg leider gegen eine Zusammenarbeit aussprach.

Weiteres zahnärztliches Engagement in Sachen Patientenberatung zeigte sich sowohl in einem Pressehintergrundgespräch mit zahlreichen Journalisten im Januar 2003 als auch in der Publikation eines Briefes an das Sozialministerium des Landes mit der Mitteilung der erfolgreichen Entwicklung anhand aktueller Statistiken.

Alterszahnheilkunde – eine berufliche Herausforderung

Der dritte Altenbericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, der 2001 veröffentlicht wurde, zeigte deutlich, wohin der demographische Trend in den nächsten Jahrzehnten in Deutschland gehen wird. Bis 2050 wird sich die Bevölkerungspyramide umgekehrt haben. Immer weniger jungen Menschen werden immer mehr ältere und alte Menschen gegenüberstehen. Bis 2050 wird sich ihre Anzahl im Vergleich zu heute um rund 7 Millionen erhöht haben und die gesellschaftliche Entwicklung zukünftig immer stärker prägen.

Das in Politik und Medien heiß diskutierte Thema war auch Gegenstand zahlreicher Diskussionen im LZK-Vorstand, verbunden mit der Frage, welche Herausforderungen diese Entwicklung für unseren Berufsstand mit sich bringen wird und mit welchen Maßnahmen die Kammer die Kollegenschaft auf diese neue berufliche Herausforderung vorbereiten kann.

Als Ergebnis der Diskussionen fällte der LZK-Vorstand den Beschluss, den Landeszahnärztetag 2002 unter das Motto: „Alterszahnheilkunde – Lebensqualität im Alter, eine Herausforderung für den Zahnarzt“ zu stellen.

Die mehr als 1000 Teilnehmerinnen und Teilnehmer am Landeszahnärztetag 2002 konnten sich in zahlreichen Vorträgen, Seminaren und Workshops ausführlich über das Thema informieren. Alterszahnheilkunde wird die zahnärztliche Behandlung in Zukunft stärker prägen, als wir uns das heute vorstellen können. Die zunehmende Anzahl von Senioren wird die Behandlungskonzepte in der alltäglichen Praxisarbeit zunehmend bestimmen und eine neue Dimension zahnärztlicher, allgemeinmedizinischer, psychologischer und didaktischer Maßnahmen mit sich bringen, auf die sich unser Berufsstand gut vorbereiten muss. Der Landeszahnärztetag 2002 hat, in diesem Kontext gesehen, dazu einen guten Beitrag geleistet und erfolgreich gezeigt, dass die Kollegenschaft insgesamt einen hohen Fortbildungswillen besitzt und insbesondere das Thema Alterszahnheilkunde sehr ernst nimmt.

Qualitätsmanagement bringt Vorteile für Patient und Zahnarzt

Erhöhte Qualitätsansprüche der Patienten sowie die verstärkten Forderungen der Politik nach einer „qualitätsgesicherten Medizin“ stellen auch die Zahnärzteschaft vor neue berufliche Herausforderungen. Der LZK-Vorstand beschloss deshalb die Gründung eines AK Qualitätsmanagement mit dem Ziel, qualitätsfördernde Maßnahmen und Konzepte zu erarbeiten. Zahnärztliche Qualitätszirkel leisten seit einigen Jahren in Baden-Württemberg einen wichtigen Beitrag zur Kompetenzerhaltung des Zahnarztes sowie zur Qualitätsförderung. Eine Kammerumfrage brachte die notwendigen statistischen Erkenntnisse darüber, wie die derzeit 105 Qualitätszirkel mit über 2.000 aktiven Mitgliedern arbeiten. Aufgrund der Umfrageergebnisse beschloss der LZK-Vorstand, die Zirkelarbeit weiter zu unterstützen. Dazu wurde 2004 ein entsprechender Maßnahmenkatalog erarbeitet, der die Wünsche zahlreicher Qualitätszirkel aufgriff. Insbesondere im Internetbereich wird damit ab 2005 durch die aktuelle Bereitstellung von Referenten- und Themenlisten, mit Hintergrundinformationen zur Gründung und Durchführung von Qualitätszirkelveranstaltungen sowie anhand eines Diskussionsforums für Moderatoren adäquate Hilfestellung angeboten.

Unabhängig von der im Herbst 2003 im GKV-Modernisierungsgesetz geforderten Einführung eines internen Qualitätsmanagementsystems in den Zahnarztpraxen, beschloss der LZK-Vorstand bereits im Frühjahr 2003, ein Pilotprojekt zum Thema Qualitätsmanagement in Karlsruhe durchzuführen. Ziel war es, herauszufinden, ob die Grundlagenschulung und Workshops zu diesem Thema den Zahnärzten den erhofften Nutzwert bringen und die Entscheidung für die Implementierung eines QM-Systems auf freiwilliger Basis erleichtern würden.

Das positive Feedback der Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Karlsruher Pilotprojektes sowie die optimistischen Ergebnisse der Kammerumfrage über den Nutzen von Qualitätsmanagementsystemen führten zu dem Vorstandsbeschluss, den Landesahnärztetag 2004 schwerpunktmäßig auf den Themenkomplex Qualitätsmanagement auszurichten.

Die Resonanz war überwältigend. Mehr als 1200 Kolleginnen und Kollegen sowie zahnärztliche Mitarbeiterinnen informier-

ten sich über das aktuelle Angebot an diversen Qualitätsmanagementsystemen. Die Referenten konnten den Praxisinhabern in ihren Vorträgen und Seminaren wertvolle Hilfestellung geben, um sachgerechte Entscheidungen für ein geeignetes QM-System fällen zu können.

Eines wurde auf dem Landesahnärztetag auch deutlich: Qualitätsmanagement geht alle an, d. h. das gesamte Team muss mitziehen, um eine wirkliche Verbesserung der Prozessqualität im Praxisalltag zu erreichen, damit die Patienten sich wohlfühlen und zufrieden sind, damit effiziente Arbeitsprozesse ermöglicht werden und sich letztlich auch der betriebswirtschaftliche Praxiserfolg einstellen kann.

Je mehr Zahnärztinnen und Zahnärzte sich auf freiwilliger Basis dafür entscheiden werden, ein QM-System in ihre Praxen zu implementieren, desto besser ist dies für unseren Berufsstand, weil die Zahnärztinnen und Zahnärzte den zuständigen Politikern und auch dem Bundesgesetzgeber mit dieser Art der freiwilligen Fortbildungsbereitschaft klar signalisieren und dokumentieren, dass unser Berufsstand seine Hausaufgaben in Sachen Fortbildung macht und dies auch schwarz auf weiß belegen kann.

Das Thema Fortbildung beschäftigte den Vorstand in der letzten Legislaturperiode immer wieder, insbesondere vor dem Hintergrund der Entscheidungen der 75. Gesundheitsministerkonferenz sowie dem Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes Anfang 2004. Mit diesem Reformgesetz zementierte der Bundesgesetzgeber im § 95d SGB V staatliche Maßnahmen zur Zwangsfortbildung.

Erarbeitung einer liberalen Fortbildungsordnung

Der Vorstand musste handeln und ließ vom Fortbildungsausschuss 2003 eine Fortbildungsordnung erarbeiten, mit dem Ziel, unabhängig von staatlichen Einflüssen die Sicherstellung der Qualität der Fortbildung zukünftig zu gewährleisten und dokumentieren zu können. Dabei dient der Hauptzweck dieser Fortbildungsordnung, die auf der LZK-Vertreterversammlung 2003 zunächst sehr kritisch aufgefasst und deshalb nur als Pilotprojekt verabschiedet werden konnte, weniger der Kontrolle der Kollegenschaft, sondern zielt vielmehr auf die Fähig-

keit der Kammer, in eigener Verantwortung und Regie Umfang und Bewertung, aber auch Dokumentation und Nachweis der geleisteten Fortbildungsmaßnahmen kollegennah selbst gestalten zu können. Nach diversen Diskussionen reifte die Überzeugung auch bei der LZK-Vertreterversammlung, dass eine nach liberalen Aspekten verabschiedete Fortbildungsordnung für unseren Berufsstand allemal besser ist, als staatlich oktroyierter Fortbildungszwang mit der Möglichkeit von Praxisvisitationen und Screening nach kanadischem Vorbild. Die Verabschiedung der Fortbildungsordnung zur LZK-Vertreterversammlung 2004 war die logische Folge eines Reifeprozesses, der für die Kollegenschaft nachvollziehbar und akzeptabel ist und der zugleich unsere Argumentationsbasis gegenüber den Politikern auf Bundes- und Landesebene erheblich verstärkt sowie unseren Berufsstand vor weiteren Zwangsmaßnahmen schützt.

Weitere Arbeitsschwerpunkte

Der Vorstand beschäftigte sich in der 12. Kammerperiode mit zahlreichen weiteren Themen, dessen Ausführung hier den Rahmen sprengen würde.

Erwähnt seien nur noch die im Frühjahr 2004 einberufene Klausurtagung, in der der Vorstand sich intensiv mit dem anstehenden Entwurf zur Novellierung der zahnärztlichen Approbationsordnung beschäftigte, Änderungsvorschläge dazu erarbeitete und sich auch zu dem vor allem auf europäischer Ebene relevanten Themenkomplex der postgraduierten Fortbildung sowie der Etablierung von Bachelor- und Masterstudiengängen an deutschen Hochschulen klar positionierte.

Resümee

In den letzten vier Jahren konnte der Kammervorstand viele standespolitischen Aufgaben und Aufträge der Vertreterversammlung bewältigen. Trotz aller Schwierigkeiten, mit denen unser Berufsstand zu kämpfen hatte, sind wir in vielen Bereichen ein gutes Stück vorangekommen.

Das betrifft sowohl die Außenwirkung, die in Bezug auf Medien und Patienten gesehen, sukzessiv verbessert werden konnte als auch intern die erwähnten standespolitischen Aspekte.

Das Wohl der Patienten entspricht der obersten Maxime berufsethischen Handelns. Deshalb ist freiwillige Fort- und Weiterbildung kein Selbstzweck, sondern muss von allen Zahnärztinnen und Zahnärzten als pflichtbewusste Aufgabe ernst genommen werden. Ich freue mich, dass die Kammer die Kollegenschaft bei der Erfüllung dieser Aufgabe tatkräftig unterstützen konnte und auch zukünftig bestrebt sein wird, den Kammermitgliedern nützliche Dienste und eine effiziente Hilfestellung anzubieten, um die Rahmenbedingungen für die Berufsausübung ihrer Kammermitglieder so optimal wie möglich gestalten zu können.

Für die Zukunft der Kammer, unseres Berufsstandes und einer erfolgreichen Weiterführung unserer Standespolitik haben meiner Auffassung nach vor allem vier Aspekte einen hohen Stellenwert: eine „Politik der kleinen Schritte“ verbunden mit dem konstruktiven Dialog mit den Politikern, der weitere Ausbau der Vertrauensbeziehung zu den Patienten durch kompetente Beratung und Betreuung, eine intensiviertere Kooperation mit den Medien, um diese als Partner für die Zahnärzte zu gewinnen sowie ein einheitliches und politisch abgestimmtes Auftreten und Verhalten aller berufsständischer Selbstverwaltungen, um als kleine Interessengruppe nach außen Geschlossenheit zu demonstrieren.

Vor dem Hintergrund der gesundheitspolitisch schwierigen Zeit gibt es allerdings noch viel zu tun, packen wir's an!

*„So sind wir Sterbliche
in dem unsterblich,
was wir an bleibenden Werken
gemeinsam schaffen.“*

Albert Einstein

Rückblick – Meilensteine aus 50 Jahren Kammerarbeit

- 46 Akademie für Zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe
- 50 Zahnmedizinisches Fortbildungszentrum Stuttgart
- 54 Aufstiegsfortbildung für
Zahnmedizinische Fachangestellte
- 56 Fortbildung im Wandel
- 58 Zahnmedizinische Patientenberatung
- 60 Öffentlichkeitsarbeit im Wandel der Zeit
- 62 Alterszahnheilkunde
- 64 Zahnärztliche Betreuung von Menschen
mit Behinderungen
- 66 Zahnmedizinische Prophylaxe
- 68 Projekt Qualitätsmanagement
- 72 Berufsgerichtsbarkeit

Akademie für Zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe – 45 Jahre Modellierung und Gestaltung des zahnärztlichen Berufsbildes

46 |

Auf die zahnärztliche Fortbildung sind alle stolz – der Praktiker genauso wie der Standespolitiker und der Wissenschaftler. Berufsordnungen und viele Verlautbarungen der Standesvertretungen feiern sie als vornehmste Pflicht des Zahnarztes. Fortbildung gilt seit jeher als Ausdruck der Bereitschaft, wissenschaftlich auf dem Laufenden zu bleiben und den Patienten die bestmöglichen therapeutischen Leistungen anzubieten.

Der Fortbildungswille der Zahnärzte brauchte nie einen Vergleich zu scheuen. Zahnärzte haben ihre Fortbildung immer selbst bezahlt, den damit verbundenen Praxisausfall in Kauf genommen und sich der Anstrengung des ständig neuen Lernens ausgesetzt. Dennoch wurden die angebotenen Veranstaltungen gut nachgefragt. Wissenschaft fand ihr Publikum ohne Sponsoring durch die Industrie.

Mit anderen Worten: Die Zahnärzteschaft hat sich bezüglich ihrer Fortbildung nicht in die Abhängigkeit Dritter begeben, sondern sich in selbstgestalterischer Kraft die geistige Unabhängigkeit von vordergründigen anderen Interessen weitgehend bewahrt. Sie hat die im Kammergesetz geforderte Selbstverpflichtung zur Fortbildung in einer vorbildlichen Weise wahrgenommen, dass sie keinen wie auch immer gearteten Vergleich mit anderen Berufsgruppen scheuen muss.

An dieser Ausprägung der Einsicht in die Notwendigkeit zur selbstverantworteten freiwilligen Fortbildung, hat die Akademie für Zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe in ganz besonderer Weise mitgewirkt. 1960 als nicht nur in Deutschland erste medizinische Fortbildungseinrichtung von Prof. Dr. Walther Engel gegründet, entwickelte sich die Karlsruher Akademie zu einem Modell zahnärztlicher Fortbildung, das nicht nur von den meisten Zahnärztekammern unter Berücksichtigung örtlicher spezifischer Bedingungen als Vorlage eigener Gestaltung angenommen wurde. Auch die wissenschaftliche Dachgesellschaft, die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, nahm die erfolgreiche Annahme der Karlsruher Gründung durch die Kollegenschaft als positive Herausforderung an, in dem sie 1974 die Akademie Praxis und Wissenschaft gründete. Schließlich sollte nicht übersehen werden, dass es zahlreiche Initiativen von Kolleginnen und Kollegen gegeben hat und gibt, Fortbildung außerhalb von berufsständischer oder wissenschaftlich-gesellschaftlicher Verantwortung zu begründen und zu gestalten.

Diese keineswegs vollständige Auflistung der Akteure zahnärztlicher Fortbildung in der Bundesrepublik Deutschland soll dazu anregen, eine Bestandsaufnahme zu wagen, um einige Grundprinzipien darzustellen, die den Erfolg dieser berufsständischen Selbstverpflichtung ausmachen. Die Karlsruher Akademie darf dabei aus ihrer 45-jährigen Gestaltungsgeschichte für sich in Anspruch nehmen, keineswegs der einzig qualifizierte Anbieter, wohl aber der originäre Herausforderer geblieben zu sein.

Das im Vergleich zu anderen Ländern am deutlichsten ins Auge springende Grundprinzip ist, dass der Aufbau und die Entwicklung der zahnärztlichen Fortbildung nicht in der Verantwortung vornehmlich der Hochschulen, sondern als eigenständiger Verantwortungsbereich der Zahnärztekammern als berufsständische Vertretung betrachtet wird. In dieser Tradition steht die Akademie für Zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe. Aus dieser Entwicklung heraus ist auch zu verstehen, weshalb sich die Etablierung von postgraduierten Studiengängen in der Bundesrepublik bisher nicht in der Form durchgesetzt hat, wie dies in anderen Ländern der Fall ist.

Das zweite bedeutsame Merkmal ist die Vielfalt des Fortbildungsangebotes und der Fortbildungsanbieter mit der sich daraus konsequenterweise ableitenden Wahlfreiheit der Nutznießer. Diese Vielfalt schärft nicht nur das Qualitätsbewusstsein der einzelnen Unterrichtsveranstalter – das dritte Merkmal –, sondern auch die Wachsamkeit für die richtige Fragestellung. Da Fortbildung sich an die examinierte und approbierte Kollegenschaft wendet, kann sie auch nur dann wirksam und erfolgreich sein, wenn sie aus sich selbst das Interesse ihrer Zielgruppe weckt. Sie liefere andernfalls Gefahr, zu einem administrativen Abhaken zu verkommen.

Das vierte Merkmal ist schließlich die Eigenfinanzierung der Fortbildung durch die Kollegenschaft selbst, sei es durch den Kammerbeitrag oder durch spezifische Fortbildungsgebühren. Ganz bedeutsam bleibt, dass die Zahnärzteschaft auf ein die eigene Autonomie einschränkendes Sponsoring der Fortbildung durch die Industrie, wie es bei anderen Heilberufen zur Routine geworden ist, bisher weitgehend verzichtet hat. Diese Selbstfinanzierung bringt ja nicht nur den Vorteil der Erhaltung der fachspezifischen Verantwortung und Autonomie. Die Selbstfinanzierung fordert auch das Qualitätsbewusstsein von An-



Prof. Dr. Michael Heners

bietern und Nutznießern heraus: eine Fortbildung ohne Interessenbezug zur Praxis und/oder ohne didaktischen Anspruch und gute Organisation lädt weder zur Teilnahme und schon gar nicht zur anstandslosen Begleichung der Kostennote ein.

Selbstverantwortung, Wahlfreiheit, Qualitätsbewusstsein und Eigenfinanzierung sind die Parameter, unter denen die Akademie für Zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe von Anbeginn an ihre Tätigkeit ausgeübt hat. Diese vier Parameter bedingen sich gegenseitig und werden heutzutage im deutschen Bildungswesen (ganz gleich, ob für Grund- oder Hochschule) geradezu sehnsüchtig gefordert. Denn nur wer aufmerksam finanzielle Ressourcen verantworten muss, wird auch die Wachsamkeit aufbringen, die Qualität des Fortbildungsangebotes der Nachfrage ständig anzupassen. Qualitätsbewusstsein des Anbieters und Wahlfreiheit des Nutznießers verhindern darüber hinaus, dass administrative Gleichschaltungen den notwendigen Wettbewerb behindern. Zum Wettbewerb gehört aber nicht nur der inhaltliche Stoff, sondern insbesondere auch seine didaktische Aufbereitung.

Als 1960 die Akademie für Zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe ihre Tätigkeit aufnahm, wies das damalige Jahresprogramm 27 Wochenendkurse auf, die von 13 Referenten abgehalten wurden. Die von der Karlsruher Akademie eingeführte Routine des „Wochenendkurses“ ist heutzutage eine Selbstverständlichkeit. Sie war 1960 neuartig und ergänzte in sinnvoller und wirksamer Weise die damals lediglich übliche Vortragsveranstaltung am Mittwochnachmittag sowie die gesellschaftlichen Ereignisse der wissenschaftlichen Kongresse oder der Zahnärztetage. Schon dieses erste Karlsruher Programm wurde nicht nur von deutschen Referenten bestritten, sondern war mit Referenten aus der Schweiz international ausgerichtet. Das Angebot im Jahr 2004 wies 151 Veranstaltungen aus, die von insgesamt 76 Referenten gestaltet wurden, von denen ein Drittel nicht aus der Bundesrepublik Deutschland kam. Die Herkunftsländer sind üblicherweise die Niederlande, Belgien, die Schweiz, Schweden, Norwegen, Dänemark, Russland, Kanada, Griechenland, Vereinigte Staaten und Großbritannien.

Am Anfang der Karlsruher Tätigkeit stand das Fortbildungsziel, das durch Krieg und Wiederaufbau entstandene Wissensdefizit zwischen der in Deutschland praktizierten und gelehrten Zahnheilkunde zu überbrücken. Dieses erfolgte in subsequenten Ab-

schnitten. Zuerst fand ein systematischer Erfahrungsaustausch statt mit der Schweiz, dann derjenige mit den Vereinigten Staaten und schließlich folgte der mit den skandinavischen Ländern. Die durch diese Kontakte entstandenen Behandlungsroutinen, die heute zum allgemein Üblichen gehören (oder auch wieder abgelegt wurden), waren zum Zeitpunkt des Unterrichts in Karlsruhe brandneu. Prophylaxe, die Behandlung der Parodontitiden sowie prothetische Therapieoptionen waren die Themen der Schweiz. Die Therapiebasis Gnathologie war das bevorzugte Thema der amerikanischen Referenten, während die skandinavischen Referenten die Integration von klinischer Erfahrung mit wissenschaftlicher Methodik modellhaft lehrten. Sehr frühzeitig wurden in der Karlsruher Akademie auch die ersten Kurse über implantologische Therapieverfahren abgehalten. Sie stellten sich – wie die meisten ärztlichen Therapieverfahren – als Pioniertaten niedergelassener Zahnärzte dar, bevor sich die Wissenschaft ihrer annahm, um daraus ein lehr-, lern- und überprüfbares Konzept zu machen.

Jede Wissenschaft durchläuft verschiedene Phasen: Phasen mit hoher Entwicklungsdynamik, Phasen der Konsolidierung und Phasen der Stagnation. Abhängig von diesen Entwicklungsphasen ist die didaktische Gestaltung des Fortbildungsangebotes.

Die Akademie Karlsruhe wurde gegründet zu einem Zeitpunkt, als die Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde weltweit am Beginn einer Phase mit außerordentlich hoher wissenschaftlicher Entwicklungsdynamik stand. Der dynamische Aufschwung der Akademie ging deshalb einher mit einem dynamischen Aufschwung der zahnmedizinischen Wissenschaft und des öffentlichen Bewusstseins für den Sinn und die Notwendigkeit der Zahngesundheit. Heute befinden sich Wissenschaft und Gesundheitswesen als solches eher in der Phase der Konsolidierung des bisher Erreichten, ja vielleicht sogar in einer Phase der Stagnation. Fortbildung in den Gründungsjahren der Akademie gründete sich im elementaren Wissensdefizit, Fortbildung in unserer Zeit bedarf einer neuen Begründung.

Der Praktiker von 1960, als die Akademie gegründet wurde, hatte eine andere wissenschaftlich-fachliche und gesellschaftliche Positionierung als der Praktiker von heute. Zu Beginn ihrer Tätigkeit und lange danach konnte sich die Karlsruher Akademie an dem über Jahrhunderte bewährten Modell der

Substitution von Wissen orientieren, d. h. an der Vorstellung, dass Wissen schnell veraltet und deshalb durch neues oder umfangreicheres Wissen ersetzt werden muss. Wir haben dieses Modell der Fortbildung als „Substitutionsmodell“ bezeichnet. Sein didaktisches Mittel war und ist die Instruktion – Unterricht vom Katheder herab im traditionellen Schüler-Lehrerverhältnis. Bei diesem Unterrichtsbild sind Lehrer und Schüler austauschbar.

Der heutige Zahnarzt kann – wie andere Berufsgruppen auch – mit diesem Modell nicht mehr zufrieden gestellt werden. Er verfügt über ein ganz anderes Fach- und methodisches Wissen. Sein Fallwissen als Langzeitbehandler ist dem des Referenten oder Wissenschaftlers häufig überlegen. Er lernt oder hat gelernt, fachliche Informationen im Praxiskontext zu bewerten, in dem er deren Umsetzbarkeit und Sinnfälligkeit prüft. Der Zahnarzt als Fortbildungssuchender ist kein Student, sondern ist dabei, sich zu professionalisieren. Bei der Professionalisierung geht es aber um mehr als den Austausch von Wissen. Professionalisierung wird definiert als eine am Gemeinwohl ausgerichtete Handlungsorientierung, die von der Profession selbst systematisch entwickelt werden muss. Sie führt zur Habitualisierung der Selbstkontrolle des einzelnen Berufsinhabers und schließt ein hohes Ausmaß an Autonomie zur Bestimmung und Lösung von professionsrelevanten Problemstellungen ein. Diese Parameter der Professionalisierung, als methodische und didaktische Prinzipien zur Gestaltung eines zukunftsorientierten Berufsbildes des Zahnarztes einem Fortbildungsangebot zugrunde gelegt, führen zum „Professionalisierungsmodell“ der Fortbildung. Dieses Modell hat sich über die Jahre aus der Tätigkeit der Karlsruher Akademie herausgeschält und liegt dem aktuellen Fortbildungsangebot zugrunde.

So z. B. gestaltet die Akademie seit 1983 den Karlsruher Vortrag „Mund auf“, der Gesellschaft und Zahnärzteschaft einmal im Jahr (am Jahrestag der Gründung der Akademie) zusammenführt. 1983 fanden sich 80 Persönlichkeiten im Großen Hörsaal der Akademie ein, um Dr. Peter von Siemens, dem Seniorchef der Siemens AG, bei seinen Überlegungen zu Ökonomie und Ökologie zu folgen. In den letzten Jahren kamen weit über tausend Zuhörerinnen und Zuhörer am Samstag Vormittag festlich gekleidet in das Kongresszentrum Karlsruhe, um Persönlichkeiten wie dem Kardinalstaatssekretär Dr. Agostino Kardinal Casaroli (1992), dem 5. Präsidenten von Israel, Yitzhak Navon (1993), Frau Jehan Sadat (1994), dem Erzbischof von Canterbury,

Dr. Leonard Carey (1999), dem Präsidenten des Deutschen Bundestages, Wolfgang Thierse (2002), um nur einige Referenten hervorzuheben, zu folgen. Die Veranstaltung des „Karlsruher Vortrages“ ist das Ereignis im Karlsruher Kulturleben geworden. Es dient dazu, die am Gemeinwohl ausgerichtete Handlungsorientierung als Teilschnitt der zahnärztlichen Professionalisierung zu schärfen. Die Einrichtung der „Karlsruher Konferenz“, zu der seit 1986 Kolleginnen und Kollegen eingeladen werden, die durch regelmäßigen Besuch der Akademie sich für einen wissenschaftlichen Diskurs mit internationaler Besetzung qualifiziert haben, war der erste Schritt, um nach der Substitution von Wissen die Zuhörerschaft in einen aktiven öffentlichen Diskurs einzubinden. Der besonders intensiven Auseinandersetzung mit dem zahnärztlichen Eingriff sind die seit 1993 angebotenen „Strukturierten Fortbildungen“ gewidmet.

Unter „Strukturierter Fortbildung“ wird dabei eine systematisch geordnete, in sich logisch aufgebaute Fortbildungsreihe verstanden, die der Aktualität und Dynamik zahnärztlicher Erkenntnisse entspricht und auf die Bedürfnisse der täglichen Praxis ausgerichtet ist. Mit der Strukturierten Fortbildung „Kieferorthopädie“, „Implantologie“, „Parodontologie“ sowie dem „Aufbautraining für den zahnärztlichen Sachverständigen“ ging die Akademie ganz neue Wege, die schon sehr bald ihre schnellen Nachahmer fanden. Die „Strukturierte Fortbildung zum Sachverständigen“, die auf der langjährigen und methodisch-analytisch geschulten Erfahrung und Tätigkeit der Mitarbeiter der Akademie als Sachverständige bei Gerichten aufbaut, ist in der Bundesrepublik einzigartig geblieben. Es war konsequent, dass moderne Formen der autonomen Kommunikation sich im Unterrichtswesen durchsetzten, in der Akademie in Form einer „Online Akademie“ sowie eines „Virtuellen Hörsaals“ angeboten, um den selbstständigen Dialog der Teilnehmer zu ermöglichen.

Den vorläufigen Höhepunkt der Aktivitäten der Akademie bildet die Etablierung eines berufsbegleitenden Masterstudienganges in private public partnership mit der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg in Anlehnung an die Bologna Declaration. Es ist weltweit der erste Studiengang, der sich nicht einer Spezialisierung, sondern der Professionalisierung des niedergelassenen Zahnarztes, des Praktikers, widmet. Damit wurde die Gelegenheit geschaffen, dass die erfahrene und niedergelassene Kollegenschaft ihr Fortbildungsbemühen berufsbegleitend in ein aktives Hochschulstudium einfließen lässt, das den

europäischen Vorgaben entspricht und mit einem anerkannten akademischen Grad abschließt.

Es steht ganz außer Frage, dass sich die mutige Entscheidung der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg aus dem Jahre 1960, eine Fortbildungsinstitution in Baden-Württemberg zu gründen, bewährt hat. Es war im wahrsten Sinne des Wortes eine Pioniertat. Das Beispiel wurde nicht nur innerhalb und außerhalb Baden-Württembergs kopiert und individuell zugeschnitten. Die Tätigkeit der Karlsruher Akademie steht als Beispiel standespolitisch verantworteter Fortbildung, die an der Gestaltung und Modellierung des zahnärztlichen Berufsstandes in einer Weise mitgewirkt hat, die weltweit Anerkennung gefunden hat. Die Eigenständigkeit, die Autonomie des zahnärztlichen Berufsstandes wird durch administrative Vorgaben immer mehr eingeschränkt, ja sogar in Frage gestellt. Die Zahnärzteschaft wird aber nur so lange ihre Freiheit und Autonomie behalten, als sie nicht aufhört, eigenständig an ihrem fachlichen und gesellschaftlichen Berufsprofil zu feilen. Dies können ihr der Staat und die Hochschulen nicht abnehmen. Auch reicht es für dieses Ziel nicht aus, Selbstverwaltungen zu unterhalten. Die Einrichtung und Aufrechterhaltung von Fortbildungsinstitutionen in standespolitischer Trägerschaft und inhaltlicher Selbstverantwortung sind dafür unverzichtbar. Die Akademie für Zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe ist für diese Willenserklärung zur autonomen Berufsgestaltung glücklicherweise nur ein Beispiel – allerdings ein Beispiel, das von Anfang an neue Wege gegangen ist, dadurch Schule gemacht hat und hoffentlich nicht aufhört, Schule zu machen.

Zahnmedizinisches Fortbildungszentrum Stuttgart – Innovative Fortbildung für das gesamte Team

50 |

Das Zahnmedizinische Fortbildungszentrum Stuttgart – im Jahr 2004 der größte Anbieter zahnärztlicher Fortbildung in Baden-Württemberg – hat in der kurzen Zeit seines Bestehens eine durchaus wechselhafte Geschichte hinter sich.

Bereits die Anfänge waren bemerkenswert: Das Zahnmedizinische Fortbildungszentrum Stuttgart (ZFZ) entwickelte sich aus zwei zunächst eigenständigen Fortbildungseinrichtungen: dem Fortbildungszentrum für Zahnärzte in Stuttgart (ZFZ) sowie dem Institut für Zahnmedizinische Fachhelferinnen in Tübingen (ZMF-Institut).

Das Fortbildungszentrum für Zahnärzte Stuttgart verdankte seine Entstehung einer Initiative der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) Stuttgart, die für ihre Bedürfnisse im Jahr 1956 im Herdweg 50 in Stuttgart einen Neubau erstellte. Als dieses Gebäude Mitte der siebziger Jahre den technischen Anforderungen der KZV nicht mehr genügte, erwarb die KZV ein neues Objekt und ihr Vorstand beschloss, die freiwerdenden Räume im Herdweg für Fortbildungszwecke umzurüsten. Laut Kammergesetz ist Fortbildung jedoch originäre Aufgabe der Kammer! Das ZFZ als Fortbildungseinrichtung wurde daher durch die Landes Zahnärztekammer (deren Verwaltung als Mieter der KZV Stuttgart ebenfalls im Gebäude im Herdweg 50 untergebracht war) im Jahre 1976 übernommen und die zugehörige Einrichtung käuflich erworben.

Mit der Planung und Leitung des ZFZ wurde zunächst Dr. Günter Staehle betraut, der diese Tätigkeit aus gesundheitlichen Gründen jedoch bereits nach kurzer Zeit beenden musste. Nachfolger wurde Prof. Dr. Dr. Ulrich Rheinwald, der sich dafür ehrenamtlich zur Verfügung stellte.

Das ZFZ sollte sich – so das von Staehle und Rheinwald entwickelte Konzept – von den üblichen Fortbildungseinrichtungen im Bundesgebiet grundsätzlich dadurch unterscheiden, dass die Fortbildung in überwiegend kleinen oder kleinsten Gruppen betrieben wurde, wobei die praktische Unterweisung im Vordergrund stand. Ob im Labor oder am Patienten: Die Kurse standen unter der Obhut eines Spezialisten, der durch InstruktorInnen bei der Betreuung der praktischen Arbeit unterstützt wurde – ein fachlich ideales, aber organisatorisch wie finanziell äußerst aufwendiges Unterfangen.

Die Umsetzung dieses Konzeptes setzte noch eine weitere Besonderheit voraus: Die Integration einer zahnärztlichen Praxis in die Fortbildungseinrichtung. Nur so konnten die für die praktischen Kurse unentbehrlichen geeigneten Patienten rekrutiert werden.

Parallel zum ZFZ wurde im Jahr 1974 von der Landes Zahnärztekammer das Institut für Zahnmedizinische Fachhelferinnen (ZMF-Institut) in Tübingen gegründet. Aufgabe des ZMF Institutes war die Umsetzung eines seinerzeit in der Geschichte der Bundesrepublik einmaligen Projektes: die erste Aufstiegsfortbildung, die der zahnärztliche Berufsstand auf der Grundlage des Berufsbildes der Zahnarzhelferin in der Bundesrepublik Deutschland etablierte.

Kammer, Hochschule und Politik zogen an einem Strang: Dr. Herbert Veigel und Professor Dr. Willi Schulte entwickelten eine Fortbildungs- und Prüfungsordnung, die durch die Gesundheitsministerin Annemarie Griesinger genehmigt wurde.

Ein Wohnheim, das zugleich Fortbildungsstätte und zahnärztliche Praxis in einem war, wurde ebenso angemietet wie Unterrichtsräume gegenüber der Berufsschule in Tübingen. Mit der Verabschiedung eines Statuts durch die Vertreterversammlung der Landes Zahnärztekammer, der Bestellung eines Verwaltungsrates (Vorsitzender: Dr. Hans-Dieter Schwieder), der Berufung eines hauptamtlichen Leiters (Dr. Dieter Schatz) und der Bestellung eines Geschäftsführers (Johann Glück) wurden entscheidende strukturelle Voraussetzungen innerhalb kurzer Zeit geschaffen, so dass am 12. März 1974 die ersten Zahnarzhelferinnen in das Institut mit Internatscharakter einzogen.

Im Jahr 1980 wurden ZFZ und ZMF-Institut fusioniert – eine entscheidende Weichenstellung für die Zukunft. Die Landes Zahnärztekammer hatte zuvor das Gebäude im Herdweg 50 – nach Zustimmung der Vertreterversammlung der KZV Stuttgart und der LZK Baden-Württemberg – käuflich erworben; durch umfangreiche Umbaumaßnahmen (des Verwaltungsgebäudes im Herdweg) wurden anschließend die Voraussetzungen für ein funktionierendes Miteinander beider Fortbildungseinrichtungen (sowie der Verwaltung der LZK) unter einem Dach geschaffen.

Mit der Fusion verbunden war die Übergabe der (ehrenamtlichen) Leitung des ZFZ durch Herrn Professor Dr. Dr. Rheinwald an



Prof. Dr. Johannes Einwag

Dr. Dieter Schatz, der nunmehr Leiter beider Einrichtungen (des „ZFZ-ZMF-Institutes“) wurde.

In der Ära Schatz konzentrierten sich die Fortbildungsaktivitäten im Wesentlichen auf den Bereich der Mitarbeiterfortbildung. Schnell hatte man nämlich erkannt, dass das Konzept der Fortbildung zur Zahnmedizinischen Fachhelferin (ZMF) nicht geeignet war, den niedergelassenen Zahnärzten flächendeckend das benötigte Prophylaxepersonal in ausreichender Zahl zur Verfügung zu stellen (ca. 40 ZMF pro Jahr bei 5.00 Zahnärzten in Baden-Württemberg!). Ganz abgesehen davon, erwies sich die ZMF für die Belange der „Durchschnittspraxis“ meist als überqualifiziert. Aus diesem Grund wurde das Konzept der Aufstiegsfortbildung zur „Prophylaxehelferin“ entwickelt und – ebenfalls erstmals für die Bundesrepublik Deutschland – von der Vertreterversammlung der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg im Jahr 1983 eine „Fortbildungsregelung für die Zahnarzt-helferin zur Erlangung des fachkundlichen Nachweises in „Gruppen- und Individualprophylaxe“ und „Herstellung von Situationsabdrücken und Provisorien“ verabschiedet. Auf diese Weise konnte die Ausbildungskapazität auf immerhin etwa 200 Personen pro Jahr (40 ZMF plus 160 Prophylaxehelferinnen) aufgestockt werden.

Ende 1991 ging Dr. Schatz in den Ruhestand. Zu seinem Nachfolger ab dem Jahre 1992 berief die Vertreterversammlung der Landes Zahnärztekammer Prof. Dr. Johannes Einwag.

Angesichts der veränderten sozialpolitischen Rahmenbedingungen (zunehmende Bedeutung der Prophylaxe, Ausweitung der delegationsfähigen Leistungen), der nur noch geringfügigen Aktivitäten auf dem Gebiet der zahnärztlichen Fortbildung wie auch der prekären finanziellen Situation des Institutes, sah Einwag die Notwendigkeit einer radikalen Umorientierung des bisherigen Konzeptes.

Unterstützt vom Verwaltungsrat unter seinem Vorsitzenden Dr. Ulrich Seeger und seinem Stellvertreter Dr. Klaus-Peter Rieger, wurde für die Praxismitarbeiter mit der „modularen Aufstiegsfortbildung“ ein umfassendes Fortbildungssystem konzipiert, für das - zusätzlich zu den (bis dahin bestehenden) Modulen „ZMF“, „Gruppen- und Individualprophylaxe“ sowie „Situationsabdrücke und Provisorien“ – die Entwicklung weiterer Bausteine („Module“) erforderlich wurde: 1993 wurden erstmals die

Module „Kieferorthopädische Prophylaxe“, „Fissurenversiegelung von kariesfreien Zähnen“ und „Praxisverwaltung“ angeboten; 1994 als Pilotprojekt für die ganze Bundesrepublik eine Fortbildung zur Dentalhygienikerin (DH) durchgeführt und 1999, als bislang letztes Modul, die Fortbildung zur Zahnmedizinischen Verwaltungshelferin (ZMV) in das System integriert.

Vollständig neu konzipiert und bis heute kontinuierlich weiterentwickelt wurde auch die Fortbildung für Zahnärzte. Mit einem breiten Mix aus Intensivkursen, Großveranstaltungen (Winter- und Sommer-Akademie), Updates und strukturierter Fortbildung (Allgemeine Zahnheilkunde, Angewandte Individualprophylaxe, Implantologie, Kinder- und Jugendzahnheilkunde, Parodontologie), existiert zwischenzeitlich am ZFZ auch für die Kollegenschaft ein umfassendes Fortbildungsangebot.

Die Anstrengungen haben sich gelohnt. Die neuen Konzepte wurden von Zahnärzten und Mitarbeitern hervorragend angenommen. Innerhalb kurzer Zeit waren die dem ZFZ zur Verfügung stehenden Räumlichkeiten im Herdweg 50 zu klein, um die Fortbildungswilligen zeitnah „versorgen“ zu können. Zusätzliche räumliche Kapazitäten waren dringend erforderlich!

Diese Entwicklung sowie die Übertragung neuer Aufgaben auf die Landes Zahnärztekammer führten Ende 1997 zum Auszug der LZK-Verwaltung aus dem Herdweg 50.

Seit Anfang 1998 können somit, nach umfangreichen Umbaumaßnahmen in mehreren Etappen, sämtliche Räume im Herdweg vom ZFZ genutzt werden – der bislang letzte große Meilenstein in der Geschichte des Fortbildungszentrums. Allein für die Fortbildung am ZFZ (das 1996 in „Zahnmedizinisches Fortbildungszentrum Stuttgart“ umbenannt worden war, um den Charakter der umfassenden Fortbildung zu dokumentieren) stehen nun zwei Hörsäle, ein Seminarraum, ein Phantomraum mit 17 Arbeitsplätzen sowie ein Kursraum mit sechs Behandlungseinheiten zur Verfügung, eine Kapazität, die am Wochenende durch die sechs Behandlungsplätze in der Praxis noch erweitert werden kann.

Die Nachfrage nach Fortbildung am ZFZ erhielt durch diese Entwicklung einen erneuten Schub: In den Jahren 2003/2004 wurden jeweils nahezu 120.000 Fortbildungsstunden durch das ZFZ organisiert – das sechsfache der Zahl aus dem Jahre 1992!

Entsprechend positiv entwickelte sich die finanzielle Situation des ZFZ. Mit Ausnahme der Umbaumaßnahmen im Zusammenhang mit dem Auszug der LZK-Verwaltung wurden sämtliche Kosten der Ära Einwag, einschließlich der umfangreichen Investitionen durch das ZFZ, selbst erwirtschaftet. Finanzielle Zuwendungen seitens der Kammer waren nicht erforderlich.

Ein herzlicher Dank gilt an dieser Stelle allen Verantwortlichen sowie den Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die die Entwicklung des ZFZ von Beginn an begleitet haben.

Dank insbesondere aber auch allen Kolleginnen und Kollegen sowie ihren Mitarbeitern, die durch ihre freiwillige Bereitschaft sich regelmäßig fortzubilden, das ZFZ zu dem gemacht haben, was es heute ist! Dieses – Ihr – Engagement verpflichtet uns für die Zukunft!

Fortbildung für Zahnmedizinische Fachangestellte – eine Erfolgsgeschichte

54 |

Zuallererst ist die Aufstiegsfortbildung ein äußerst wichtiges Element der Qualitätssicherung im täglichen zahnärztlichen Tun, und bei den Mitarbeiterinnen stellt sie ein wichtiges Element ihrer Berufs- und Karriereplanung dar, weil sie neue Motivation und Zufriedenheit im Beruf garantiert. In keinem ärztlichen Berufszweig, weder bei den Tierärzten noch bei den Humanmedizinern, gibt es auch nur annähernd ein so breites und lückenlos aufeinander abgestimmtes Fortbildungsangebot wie bei den Zahnärzten. Dies belegte eindrucksvoll ein Forschungsprojekt, initiiert durch das Bundesbildungsministerium und durchgeführt durch das Institut für berufliche Bildung in Berlin, welches klar und eindeutig darlegte, dass nur bei den Zahnärzten bundesweit eine zufriedenstellende bis sehr gute Zahl von Fortbildungen stattfindet, und diese Fortbildungen eine individuelle starke Weiterentwicklung im beruflichen Bereich garantieren.

Die Landeszahnärztekammer Baden-Württemberg war seit 1974, seit dem die Aufstiegsfortbildung zur Zahnmedizinischen Fachangestellten (ZMF) aus der Taufe gehoben wurde, führend bei den Mitarbeiterinnen-Fortbildungen in ganz Deutschland. Bereits 1983 wurden von der Landeszahnärztekammer Baden-Württemberg die Fortbildungen „Gruppen- und Individual-Prophylaxe“ und „Situationsabformungen und Herstellung von Provisorien“ etabliert. Diese Fortbildungen waren damals der Grundstein für eine flächendeckende Durchführung der Prophylaxe in den Zahnarztpraxen des Landes. Auf Bundesebene dauerte es viel länger, nämlich bis zum Jahr 1998, bis entsprechende Musterfortbildungsordnungen für die Fortbildung zur ZMF und zur ZMV vorgelegt wurden. Durch diesen geschichtlichen Vorteil, schon sehr früh die Modalitäten der Mitarbeiterinnenfortbildung geregelt und als Positivum entdeckt zu haben, war man in Baden-Württemberg immer etwas früher am Ball als andere. Der Paradigmenwechsel in den 90er Jahren hin zur präventionsorientierten Medizin, weg von der restaurativen Medizin, wäre ohne die entsprechend strukturierten Mitarbeiterinnenfortbildungen flächendeckend wohl kaum möglich gewesen. Die Umsetzung der Prophylaxeinhalte in den zahnärztlichen Teams ohne einen entsprechend ausgebildeten Mitarbeiterstamm wäre ebenso undenkbar gewesen. Die heute erreichten und dokumentierten Erfolge bei den Gebissen der 12-jährigen Kinder unseres Landes sind wohl zum großen Teil auch den hervorragend ausgebildeten und fortgebildeten Praxisteams zuzuschreiben. Seit vielen Jahren befindet sich die Zahnmedizin im Umbruch, bedingt durch die Demographie werden die Ansprüche an die Zahnheilkunde auch

immer wieder neu definiert, und durch Änderungen des Gesetzgebers entstehen immer neue Anforderungen an die Praxisteams unseres Landes. Flexibilität und Anpassungsfähigkeit unserer Aufstiegsfortbildungen ziehen sich wie ein roter Faden durch die Geschichte unserer Landeszahnärztekammer. Bemerkenswert ist dabei, mit welcher Schnelligkeit und Präzision unsere Strukturen den neuen Anforderungen gerecht werden. Das Zusammenspiel von Kultusministerium, Arbeitnehmer- und Gewerkschaftsseite, Sozialministerium und der Landeszahnärztekammer, funktioniert in den anderen Bundesländern bei weitem nicht so ausgezeichnet wie bei uns in Baden-Württemberg.

Beleg für die Flexibilität und Reaktionsfähigkeit auf von außen kommende Anforderungen, Highlight der Aufstiegsfortbildungen für unsere Mitarbeiterinnen, ist die 1994 etablierte Aufstiegsfortbildung zur Dentalhygienikerin. Deziert erwähnt im Gesundheitsstrukturgesetz des Jahres 1992, wurde von der Landeszahnärztekammer das Berufsbild der deutschen Dentalhygienikerin mit Leben erfüllt. Basierend auf dem Berufsbildungsgesetz, dem dualen Ausbildungssystem zwischen Berufsschule und Ausbilder, wurde die Dentalhygienikerin definiert als die höchste Stufe einer Aufstiegsfortbildung, die alle Facetten der Mitarbeiterinnenausbildungen durchlaufen hat. So hat diese Dentalhygienikerin weit über 3000 Stunden am Patienten verbracht, viele Behandlungssituationen und Momente miterlebt, und ist damit die am tiefsten ausgebildete Dentalhygienikerin, die es weltweit gibt. Über 150 Dentalhygienikerinnen wurden in den Jahren von 1994 bis 2004 in Baden-Württemberg fortgebildet. Sie üben heute ihre qualifizierte Tätigkeit in allen Bundesländern und sogar in der Schweiz aus. Eingebettet ist diese Fortbildungsordnung der Landeszahnärztekammer zur Dentalhygienikerin in die Musterfortbildungsordnung der Bundeszahnärztekammer, die im Jahr 2001 erlassen wurde.

Flexibilität der Aufstiegsfortbildung in Baden-Württemberg bedeutet aber für die Fortbildungsteilnehmerinnen auch, dass ihnen die Teilnahme und die Durchführung der Fortbildung möglichst, angenehm und berufsbegleitend angeboten werden kann. So entspricht dem Credo der Landeszahnärztekammer Baden-Württemberg nicht eine wochen- oder monatelange Verweildauer an einem Fortbildungsinstitut, sondern sämtliche Aufstiegsfortbildungen sind streng modular konzipiert. Durch diese Bausteine ist eine berufsbegleitende Durchführung der Fortbildung weitgehend möglich. Durchaus vertretbare, ja in Baden-Württemberg

**Dr. Klaus-Peter Rieger**

im Vergleich zu anderen Bundesländern sogar günstige Fortbildungskosten, sind nur durch das Baustein-Konzept realisierbar. Es ist in Baden-Württemberg sogar gelungen, die Fortbildungen in einer curriculären Struktur sogar in ermächtigten Praxen des Landes durchführen zu können, wobei die durch die Kammer vorgenommene Prüfung eine landeseinheitliche und hohe Fortbildungsqualität garantiert.

Im Ausbildungsbereich auf Bundesebene ticken die Uhren nicht ganz so schnell. Trotz des zügig voranschreitenden Paradigmenwechsels im Bereich der Zahnmedizin dauerte es 12 Jahre, von 1989 bis 2001, bis die Ausbildungsverordnung für unsere Mitarbeiterinnen novelliert wurde. Erweiterte, modernere Prophylaxeinhalte, neue Anforderungen im Bereich der Kommunikation und der Datenverarbeitung, neue Erkenntnisse im Bereich der Hygiene und des Qualitätsmanagements, sind alles Dinge, die in der neuen Ausbildungsverordnung zur Zahnmedizinischen Fachangestellten vom Gesetzgeber beschlossen wurden. Der von der Regierung zur Schaffung dieser neuen Ausbildungsordnung berufene neue Sachverständigenrat, dem bundesweit nur 5 Zahnärzte angehörten (der Autor ist einer von ihnen), musste eine ca. 3-jährige Vorarbeit leisten, ehe das Gesetzesvorhaben umgesetzt werden konnte. Hier zeigt sich wieder sehr deutlich die Schnelligkeit der lokalen Strukturen unserer Landeszahnärztekammer, denn sofort nach dem In-Kraft-Treten der neuen Ausbildungsverordnung zur Zahnmedizinischen Fachangestellten am 1. August 2001 ging man daran, die im Lande vorhandenen Aufstiegsfortbildungsstrukturen dieser neuen Basis anzupassen. Klar war, dass die Attraktivität und die Inhalte der Aufstiegsfortbildungen für die Mitarbeiterinnen natürlich erhalten bleiben müssten. Klar war auch, dass ein deutlich dezidierterer Inhalt der Ausbildung auch eine entsprechende höhere Gewichtung der Fortbildung nach sich ziehen müsse. Anhand dieser nach oben verschobenen Ausgangsbasis wurden in den Jahren 2001 bis 2004 sämtliche Aufstiegsfortbildungen der Landeszahnärztekammer einer Neu-Gewichtung unterzogen. Die Inhalte wurden überprüft und überarbeitet, sowohl in den Aufstiegsfortbildungen nach der Berufsordnung für die Kursteile „Gruppen- und Individual-Prophylaxe“ und „Abformungen und Herstellung von Provisorien“, sowohl bei den Aufstiegsfortbildungen für die Mitarbeiterinnen in den kieferorthopädischen Praxen als auch für die „großen“ Aufstiegsfortbildungen zur ZMF und ZMV. Auf Grund der neuen Ausbildungsverordnung war es hier auch möglich, die Nomenklatur anzupassen, so heißt die ZMF jetzt

Zahnmedizinische Fachassistentin, die ZMV jetzt Zahnmedizinische Verwaltungsassistentin, was augenscheinlich der Attraktivität dieser Aufstiegsfortbildungen äußerst gut tut. Pünktlich zum Jahresbeginn 2004 wurden die so novellierten und überarbeiteten Aufstiegsfortbildungsordnungen der Landes Zahnärztekammer Baden-Württembergs vorgelegt, also deutlich rechtzeitig, bevor das Gros der Mitarbeiterinnen im Sommer 2004 ihre Abschlussprüfung nach der neuen Ausbildungsverordnung zur Zahnmedizinischen Fachangestellten absolvierte.

Dieses fein abgestimmte System der Aufstiegsfortbildungen der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg stellt für viele Mitarbeiterinnen einen wichtigen Grund dar, den Beruf der Zahnmedizinischen Fachangestellten zu ergreifen. Wissen sie doch genau, dass sie hierbei keinen Beruf mit Einbahnstraßencharakter erlernen, sondern dass sie die Möglichkeit haben, sich ihren individuellen Neigungen und Wünschen, eingegliedert in ein Praxisteam, weiter zu entwickeln und fortzubilden, um zum Schluss die Tätigkeit auszuüben, die für sie den höchsten Motivationsgrad und die größte Zufriedenheit ergibt. Ob auf der Assistenzschiene oder auf der Verwaltungsschiene, überall sind genügend große, gute und auch lukrative Möglichkeiten der Fortbildung und Weiterbildung gegeben. Nicht unbedeutend ist auch, dass man diese Fortbildungen auch nach einer eventuellen Baby-pause dazu benutzen kann, um sich fachlich wieder auf ein höheres Niveau zu bringen und ein entsprechendes Anforderungsprofil bei einer Stellenbewerbung zu bieten, – nicht unwichtig für einen in der Regel doch reinen Frauenberuf. In keinem Bundesland wird die Attraktivität der Aufstiegsfortbildungen und die Akzeptanz dieser Aufstiegsfortbildungen so deutlich durch Zahlen belegt wie in Baden-Württemberg: Allein die Aufstiegsfortbildungen in Kursteilen, also ohne die Aufstiegsfortbildungen zur ZMF, ZMV und DH, nehmen in der Regel in Baden-Württemberg über 2000 Teilnehmerinnen pro Jahr wahr. So findet man heute in nahezu jeder Praxis des Landes Baden-Württemberg ein qualitativ gesichert fort- und ausgebildetes Team, das dem aktuellen Anforderungsprofil an die moderne Zahnheilkunde voll gerecht werden kann. Man könnte es in einem einfachen Satz auch so formulieren, in Baden-Württemberg ist die Aufstiegsfortbildung für die Zahnmedizinischen Mitarbeiterinnen eine runde, stimmige Angelegenheit, die für alle Beteiligten nur positive Aspekte aufzeigt und die deshalb auch bestens funktioniert.

Fortbildung im Wandel – Von der „Vorlesung“ zur „modularen“ und „strukturierten“ Fortbildung

56 |

Die kammereigene Fortbildung hatte in Baden-Württemberg schon immer einen hohen Stellenwert. Keine andere Landes-zahnärztekammer erlaubte sich bereits Mitte der siebziger Jahre den „Luxus“ zweier Fortbildungseinrichtungen für Zahnärzte (Akademie für Zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe, Zentrum für Zahnärztliche Fortbildung Stuttgart) und eines weiteren für die Mitarbeiter (ZMF-Institut in Tübingen)!

Zugegeben, nach der Fusion von ZFZ und ZMF-Institut im Jahre 1980 waren es nur noch zwei... Aber auch diese Zahl ist – mit Ausnahme von Bayern – für einen Kammerbereich bis heute bundesweit einmalig.

Hinzu kommt: beide Einrichtungen sind erfolgreich und haben (trotz oder gerade wegen der „Konkurrenz“ durch große private Fortbildungsvereinigungen wie z. B. Z.A.P.F. oder G.A.K.?) regional wie auch bundesweit mit Innovationen in der zahnärztlichen Fortbildung und in der Fortbildung für Mitarbeiter wiederholt Akzente gesetzt. Um nur einige Highlights zu nennen: die „Karlsruher Konferenz“ oder die Entwicklung der Fortbildung zur Zahnmedizinischen Fachhelferin (ZMF) oder der Aufstiegsfortbildung zur Dentalhygienikerin (DH).

Dennoch: auch die Entwicklung der kammereigenen Fortbildung verlief und verläuft nicht immer geradlinig. Art und Inhalt der Fortbildung sind in einem steten Wandel begriffen. Die Motivation von Zahnärzten wie auch ihrer Mitarbeiter zur Teilnahme an Fortbildungsmaßnahmen wird von einer Vielzahl von Faktoren bestimmt, die nur bedingt vorhersehbar sind; der Erfolg einer Fortbildungsmaßnahme oder eines ganzen Jahresprogrammes ist somit nur begrenzt planbar!

Allerdings sind langfristige Tendenzen unverkennbar: Die zunehmende Entfremdung der Ausbildung von den Notwendigkeiten des Praxisalltages, immer kürzer werdende Entwicklungszyklen neuer Produkte und therapeutischer Strategien bei gleichzeitig stärkerem Konkurrenzdruck, veränderte gesetzliche Rahmenbedingungen und nicht zuletzt der höhere Informationsgrad der Patienten über die Möglichkeiten moderner Zahnheilkunde verstärkte nicht nur die Nachfrage nach Fortbildung, sondern führte auch zu einer Änderung der Art und Inhalte des Fortbildungsangebotes.

Folgende Beispiele sollen dies verdeutlichen:

A) Fortbildung für die Praxismitarbeiter

- Ausweitung der Fortbildung durch neue gesetzliche Rahmenbedingungen

Zusätzliche Tätigkeitsfelder für Praxismitarbeiter sowohl in der Verwaltung als auch der Assistenz haben die Nachfrage nach Fortbildung in diesen Bereichen erheblich gesteigert.

Vor 25 Jahren existierte in Baden-Württemberg neben der Zahnarzhelferin ein einziges weiteres Berufsbild, die Zahnmedizinische Fachhelferin (ZMF). Heute existieren mit der Prophylaxehelferin, der Zahnmedizinischen Fachhelferin, der Dentalhygienikerin, der Zahnmedizinischen Verwaltungshelferin usw... eine Vielzahl von Qualifizierungsformen, die im Rahmen einer modularen Aufstiegsfortbildung organisiert sind und sowohl zentral als auch dezentral angeboten werden. Allein in Baden-Württemberg werden pro Jahr etwa 1.500 Zahnarzhelferinnen weiterqualifiziert – vor 25 Jahren waren es gerade 40 pro Jahr!

Die Motivation zur Teilnahme an diesen Kursen ist ungebrochen – sie sind regelmäßig ausgebucht. Die entsprechenden Kurskapazitäten mussten in den vergangenen Jahren regelmäßig ausgebaut werden. Eine Trendwende ist nicht abzusehen.

B) Fortbildung für Zahnärztinnen und Zahnärzte

- Änderung der Fortbildungsinhalte

Bezüglich der Fortbildungsinhalte sind seit einem Jahrzehnt deutliche Schwerpunktverlagerungen zu beobachten. Im Mittelpunkt der Fortbildung stehen heute die Implantologie, die „Parodontologie“ und die „Prävention (einschließlich der Kinderzahnheilkunde), alles Bereiche, die an der Universität nicht oder nur rudimentär vermittelt werden (angesichts einer 50 Jahre alten Approbationsordnung auch kein Wunder), deren Beherrschung im Praxisalltag 2005 allerdings gefordert wird.

Was für ein Wandel! In der Festschrift zur 25-Jahr-Feier der Landes-zahnärztekammer Baden-Württemberg hatte der damalige Fortbildungsreferent Prof. Dr. Dr. Reither unter anderem noch



Prof. Dr. Johannes Einwag

ausgeführt: „Der Fortbildungsausschuss hat sich auch mit Randthemen“ beschäftigt..., „Kinderzahnheilkunde“ und „Parodontologie“; denn bevor man auf diesen Gebieten überhaupt in eine Diskussion eintreten kann, sind die wissenschaftlichen Grundlagen und Notwendigkeiten zu erarbeiten...“

■ Änderung der Fortbildungsart

Die Defizite der universitären Ausbildung sowohl im theoretischen als auch im praktischen Bereich sind teilweise derart massiv, dass sie nicht innerhalb weniger Stunden oder weniger Wochenenden behoben werden können. Vielfach geht es darum, Kolleginnen und Kollegen von Grund auf in bestimmte Therapieverfahren einzuführen. Dies erfordert von Seiten des Anbieters die Organisation fachlich und zeitlich aufeinander abgestimmter Fortbildungen in Kleingruppen sowohl im theoretischen als auch im praktischen Bereich – die klassische Vorlesung kann dies nicht leisten! Mehr und mehr Kollegen zogen die Konsequenzen aus dieser Erkenntnis und konzentrierten sich bei der Wahl ihrer Fortbildung auf ein neues Fortbildungsformat, das die o. g. Voraussetzungen erfüllt: die „strukturierte Fortbildung“.

Sowohl regional (hier erfolgen die Angebote überwiegend durch die Akademie für zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe und das Zahnmedizinische Fortbildungszentrum Stuttgart) als auch national (z. B. durch die Akademie Praxis und Wissenschaft) sind entsprechende Kursserien (Von der „Prophylaxe“ zur „Implantologie“, von der „Kinderzahnheilkunde“ bis zur „Alterszahnheilkunde“) inzwischen ein Schwerpunkt des jeweiligen Fortbildungsangebotes.

Ein weiterer positiver Effekt dieser Kursserien: Neben dem Zuwachs an fachlicher Kompetenz ist eine im Verlauf der Kursserien wachsende Kollegialität zu registrieren! Damit wird die wesentliche Grundlage für einen nachhaltigen interkollegialen Wissensaustausch, (z. B. in Form von Qualitätszirkeln) der aus heutiger Sicht eigentlich die entscheidende Voraussetzung für ein dauerhaft hochwertiges Qualitätsmanagement in den zahnärztlichen Praxen bedeutet, gleichsam „nebenher“ geschaffen. Die daraus resultierenden positiven Folgen für die Zukunft unseres Berufsstandes sind noch gar nicht absehbar.

Fortbildung im Wandel – Ich weiß nicht, was der Fortbildungsreferent der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg bei der 75-Jahr-Feier der Kammer zu Papier bringt. Ich hoffe und wünsche ihm/ihr jedoch sehr, dass auch er/sie über seine/ihre Amtszeit berichten kann, dass der weitaus überwiegende Teil der Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie der Praxismitarbeiter ihre Verpflichtung zur Fortbildung in einer Art und Weise vornimmt, die sowohl ihre fachliche als auch ihre soziale Kompetenz fördert – im eigenen Interesse, zum Wohle des Patienten und zum Nutzen des Berufsstandes.

Zahnmedizinische Patientenberatung als vertrauensbildende Maßnahme

58 |



Dr. Konrad Bühler

Patienteninteressen sind in Deutschland zu einem zentralen Thema geworden. Bereits lange vor der Verabschiedung der Patientencharta durch die Gesundheitsministerkonferenz 1999 in Trier hat sich die Zahnärzteschaft Baden-Württemberg dem Wunsch der Öffentlichkeit nach fachlicher, kompetenter und insbesondere neutraler zahnmedizinischer Beratung gestellt.

Viele fühlen sich berufen, die Patienteninteressen in Deutschland zu vertreten. Kostenträger sehen sich als Lotsen für ihre Versicherten durch die unterschiedlichen Behandlungsangebote, Verbraucher-Verbände sehen hierin ein weites Betätigungsfeld, Internetangebote und Call-Center überschlagen sich mit ihren Angeboten. Hinter solchen Angeboten verbergen sich jedoch häufig Eigeninteressen.

Patientenbelange sind inzwischen zu einer zentralen Aufgabe zahnärztlicher Standespolitik geworden. Bereits 1996 startete die Landeszahnärztekammer Baden-Württemberg in Kooperation mit den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen das für Patienten kostenlose Angebot der „Allgemeinen Patientenberatung“ in den vier Zahnärzthäusern des Landes.

Die „Allgemeine Patientenberatung“ gibt nachfragenden Patienten Antworten auf allgemeine Fragen zur Zahn- und Mundgesundheit und zu allgemeinen zahnmedizinischen Themen. Die Bezirkszahnärztekammern haben hierfür Beratungszahnärzte berufen, die – in der Regel einmal monatlich – telefonisch, aber auch persönlich, den Patienten in den vier Zahnärzthäusern zur Verfügung stehen. Ein Angebot, das in den vergangenen 8 Jahren fast 10.000 mal in Anspruch genommen wurde. Dabei lag die Inanspruchnahme durch Frauen mehr als doppelt so hoch im Vergleich zu Männern. 1998 wurde das für Patienten kostenlose Angebot der Zahnärzteschaft Baden-Württemberg um die „Individuelle Patientenberatung“, die so genannte „Zweitmeinung“, erweitert. Mit diesem Beratungsangebot wurde den Patienten über die Beantwortung allgemeiner Fragen zur Zahn- und Mundgesundheit hinaus die Möglichkeit eröffnet, eine neutrale zweite Meinung zu einer vorgelegten Behandlungs- und/oder Honorarplanung einzuholen.

Damit waren die Zeiten, in denen sich ein Patient seine zweite Meinung beim Zahnarzt „um die Ecke“ holte, vorbei. Ein „heißes Eisen“, aber ein Schritt in die richtige Richtung. Anfangsbedenken der Kollegenschaft, dass Patienten hinter

ihrem Rücken die Zweitmeinung in Anspruch nehmen, die Zweitmeinung zu einer neuen Art „Begutachtung“ mutieren könne und die Zahnärzteschaft entsolidarisieren, sind längst zerstreut. Dies insbesondere, da der behandelnde Zahnarzt über die Zweitmeinung informiert wird, es sei denn, der Patient lehnt dies ausdrücklich ab. Darüber hinaus wurde berufsrechtlich sichergestellt, dass der in der „Individuellen Patientenberatung“ tätige Beratungszahnarzt den Patienten 2 Jahre lang nicht behandeln darf.

Mehr als 80 Prozent der bisher durchgeführten „Individuellen Patientenberatungen“ bestätigten die Behandlungs- bzw. Honorarplanung des Hauszahnarztes, so dass die Patienten im Vertrauen gestärkt die vorgesehene Behandlung durchführen ließen. Inzwischen findet eine rege Kommunikation zwischen Beratungszahnarzt und behandelndem Zahnarzt statt.

Das Angebot der „Individuellen Patientenberatung“ wurde in den vergangenen sechs Jahren über 3.000 mal in Anspruch genommen. Auch hier lag die Inanspruchnahme durch Frauen mehr als doppelt so hoch im Vergleich zu Männern.

Spitzenreiter der Beratungsthemen der „Allgemeinen Patientenberatung“ sind die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen, die konservierende Behandlung (insbesondere Füllungstherapien), die Implantologie und die Prophylaxe, bei der „Individuellen Patientenberatung“ – der Zweitmeinung – die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen, die Implantologie und die Parodontalbehandlung.

Das flächendeckende Angebot der „Allgemeinen und Individuellen Patientenberatung“ der baden-württembergischen Zahnärzteschaft findet inzwischen eine hohe Akzeptanz bei den Patienten (über 80 Prozent der Beratenen äußern sich nach der Beratung positiv), bei der Politik, bei den Verbraucher-Verbänden und auch bei den Kostenträgern (Krankenkassen, private Krankenversicherungen). Dies sind Signale dafür, dass wir mit der qualifizierten und neutralen fachlichen Kompetenz des Beratungsangebotes richtig liegen.

Zahnmedizinische Patientenberatung stärkt das Vertrauensverhältnis zwischen Zahnärztin/Zahnarzt und Patient. Sie ist eine originäre Aufgabe der Zahnärzteschaft und muss es auch in Zukunft bleiben.

Die Öffentlichkeitsarbeit im Wandel der Zeit

60 |

Beschränkte sich vor Jahren die Öffentlichkeitsarbeit der Landeszahnärztekammer auf eine Pressestelle der Heilberufe und die Auseinandersetzung mit Journalisten und Politikern, so haben sich heute die Anforderungen gänzlich geändert. Öffentlichkeitsarbeit stellt die Forderung nach einer internen und externen Kommunikation. Extern müssen die Leistungen der Zahnärzteschaft Baden-Württemberg im Gesamten und der Landeszahnärztekammer im Besonderen den relevanten Zielgruppen dargestellt werden. Intern muss der Nutzen der Kammer im Selbstverständnis der Zahnärztinnen und Zahnärzte verankert werden.

Unsere Arbeit bewegt sich heute zwischen zwei zentralen Zielgruppen: Unsere Öffentlichkeitsarbeit steht zum einen im Dienste der Kollegenschaft und zum anderen agieren und kommunizieren wir mit, für und in der Gesellschaft. Nur das perfekte Zusammenspiel garantiert langfristig unseren Erfolg.

Image in der Öffentlichkeit

Unser Bild und unser Ruf in der Öffentlichkeit werden nur vordergründig von der Presse und den Medien gestaltet, hintergründig wird er von jedem einzelnen Zahnarzt und von jeder individuellen Erfahrung, die ein Journalist mit einem Zahnarzt macht, geprägt. Hier ergibt sich unser Ansatzpunkt: Wir sind ein freier Beruf, wir wollen ein freier Beruf sein, dies bedingt und verlangt von uns, Verantwortung zu übernehmen – Verantwortung für die Gestaltung unseres Berufsbildes in der Gesellschaft und in der Öffentlichkeitsarbeit.

Der erste Schritt in der Pressearbeit ist ein gemeinsames Auftreten nach außen, eine Anlaufstelle und ein Ansprechpartner für die Journalistinnen und Journalisten. Zu diesem Zwecke hat die Landeszahnärztekammer mit den vier Kassenzahnärztlichen Vereinigungen Baden-Württembergs und anfänglich mit der Landesgruppe des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte e.V. das Informationszentrum Zahngesundheit im Jahre 1990 gegründet. Unter der Leitung des Journalisten Johannes Clausen und in Zusammenarbeit von Kammer und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen wird die Öffentlichkeitsarbeit in Baden-Württemberg zum Wohle der Kollegenschaft gestaltet. Hieraus folgt der zweite Schritt: eine kontinuierliche Betreuung der Journalistinnen und Journalisten. Die Journalisten werden als Partner verstanden. Umfangreiches Informationsmaterial, Bildmaterial, passende

Ansprechpartner für Interviews und Hilfe bei Recherchen stehen zur Verfügung. Das Angebot wird mit einem jährlichen Presseseminar, aktuellen Pressekonferenzen und kontinuierlichen Pressehintergrundgesprächen als Dialogbasis ergänzt.

Gesellschaftliche Präsenz

Unser Berufsstand positioniert sich im gesellschaftlichen Dialog mit verschiedenen Veranstaltungen. Traditionell wird beim Tag der Zahngesundheit im Herbst die Prophylaxeerfolge in der Zahnheilkunde und gleichzeitig die Arbeit der Arbeitsgemeinschaft Zahnheilkunde im Land und in den Regionen vorgestellt. Als nachweisliche Spezialisten für Prävention unterstreichen wir hiermit deutlich, dass wir Zahnärzte den Präventionsgedanken Tag für Tag fördern und die Ergebnisse dieser Arbeit und der Mitarbeit unserer Patientinnen und Patienten darstellen. Mit der Berichterstattung über die fachlichen Themen der Fortbildungsveranstaltungen im Land, in den Bezirken und der Fortbildungseinrichtungen dokumentierten wir einerseits die Wissenschaftliche Zahnheilkunde und andererseits die Fortbildungsbereitschaft der Kollegenschaft. Fachliche Fragen werden auch an speziellen Patientenveranstaltungen in Form des Forum Zahngesundheit, Patientenvorträgen, Telefonaktionen in der Lokalpresse und in Patientenfragen im Internet beantwortet. Darüber hinaus besteht seit 1996 eine gemeinsame Patientenberatung und eine weitergehende Zweitmeinung seit 1998 in den regionalen Zahnärztehäusern. Die Zahnärzteschaft bietet dem fragenden Patienten eine neutrale fachlich kompetente Beratung auf allen Gebieten der Zahnheilkunde an. Mit der „Aktion Z – Altgold für die Dritte Welt“ (gemeinsam mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Nordrhein) unterstreicht die Zahnärzteschaft mit ihren Patientinnen und Patienten ein soziales Engagement für notleidende Menschen in der Dritten Welt und unterstützt Gesundheits- und Bildungsprojekte in Afrika, Asien und Lateinamerika.

Letztendlich ist es auch unsere Aufgabe, der Gesellschaft aufzuzeigen, welchen Beitrag der Berufsstand für die Beschäftigung und Sicherstellung von Arbeitsplätzen leistet. Einschließlich der Chancen in der Aus- und Aufstiegsfortbildung unserer Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen. Die Präsenz auf Veranstaltungen für Auszubildende und entsprechende Pressemitteilungen vertiefen das Engagement.

**Dr. Antoinette Röttele**

Politisches Gehör

Die Rahmenbedingungen unserer Berufsausübung bietet die Gesellschaft – festgelegt und bestimmt werden diese durch die Politik. Die vermehrte bürokratische Reglementierung unseres Berufsstandes fordert uns auf, unseren Anliegen in der Politik Gehör zu verschaffen. Der erste grundlegende Schritt ist sicherlich die gesellschaftliche Präsenz, zwingend folgt der ständige Dialog mit Politikerinnen und Politikern aller Couleur. Dies beginnt bei parlamentarischen Abenden, geht über kontinuierliche Gespräche mit politischen Mandatsträgern bis zum politischen Engagement des einzelnen Zahnarztes in seiner Heimatgemeinde. Der Berufsstand steht der Politik als Sachverständiger für die Zahnheilkunde und die zahnärztliche Berufsausübung zur Verfügung. Die Zahnärzteschaft scheut nicht die konstruktive Auseinandersetzung in der politischen Willensbildung.

Nutzen für die Kollegenschaft

Die Öffentlichkeitsarbeit der Landes Zahnärztekammer steht nicht nur in der Verpflichtung der Gesellschaft, sondern vor allem auch in der Verpflichtung gegenüber jedem einzelnen Kammermitglied. Nur gut informierte Mitglieder, die sich mit ihrer Kammer identifizieren und die ihren eigenen Willensbildungsprozess in einem offenen und transparenten Dialog austragen, können nach außen als geschlossener und selbstbewusster Berufsstand auftreten, um ihr Engagement, ihre Leistungen, aber auch ihre berechtigten Interessen erfolgreich zu kommunizieren.

An erster Stelle steht die Informationsvermittlung an den Kollegen. Traditionell und bewährt bietet das gemeinsame Zahnärzteblatt Baden-Württemberg als monatliches offizielles Bekanntmachungsorgan Informationen aus Kammer und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen. Es umfasst die Berichterstattung zur standespolitischen Arbeit der Gremien, Fortbildungsveranstaltungen, gesellschaftlichen Anlässen im Land und den Bezirken. Die Veröffentlichung von Verordnungen, Satzungen und der Beitragstabelle. Hinzukommen redaktionelle Beiträge zu Problemstellungen aus der zahnärztlichen Berufsausübung. Die Anforderungen einer zeitnaheren Informationsquelle erfüllen aktuelle Rundschreiben der Bezirks Zahnärztekammern und vermehrt das Informationsangebot des Internetauftrittes der Landes Zahnärztekammer unter lzk-bw.de. Für Ehrenamtsträger der Landes-

und Bezirksebene wird auch alle vierzehn Tage ein Emailbrief als „Kammer-InForm“ erstellt. Zusätzlich wurde 2003 das Zahnärzteblatt um jährlich vier Beilagen einer Mitarbeiterinnenzeitschrift „Praxisteam Aktuell“ ergänzt.

Das heutige Mitglied erwartet aber ein Mehr von seiner Kammer. Diesen steigenden Ansprüchen wird die Kammer mit Hilfe neuer Kommunikationstechniken gerecht. Das seit 1992 geschaffene Praxishandbuch ist eine einzigartige Hilfestellung und Unterstützung für alle Fragen rund um den täglichen Praxisbetrieb. Die zuletzt auf vier Ordner angewachsenen Handbücher werden seit 2002 als CD-Rom „Praxismanagement“ herausgegeben. Den immer schneller vorgenommenen Änderungen in Gesetzgebung und Rechtsprechung tragen wir mit der stets zeitnah aktualisierten Fassung im Onlinebereich Rechnung. Zukünftig wird auch das bewährte LZK-Handbuch mit allen Gesetzen, Verordnungen und Satzungen in digitaler Form aufgelegt. In diesem Sinne bieten auch Rahmenvereinbarungen für vergünstigte Vertragskonditionen in weiten Bereichen der zahnärztlichen Berufsausübung, von Hygieneprüfung, BUS-Dienst, Entsorgung über Telefon bis zum Mietwagen einen Nutzen für das jeweilige Kammermitglied.

Kommunikationsdienstleistungen

Das Internet bietet außer der bereits erwähnten Form eine ideale Plattform zur Erreichung unterschiedlicher Zielgruppen, zur Aufbereitung und dem Angebot zielgerichteter Information und zur Darstellung der Leistungen der Zahnärzteschaft Baden-Württemberg im Allgemeinen und der Landes Zahnärztekammer im Besonderen. Die Zielgruppe Patienten erlangt zahnärztliche Informationen, die Zahnarztsuche und die Möglichkeit der Fragestellung per Email. Im Bereich Presse stehen Journalisten Informationen zur Verfügung. Der Bereich Zahnärzte erhält öffentlich und mit Passwort zugängliche Bereiche. Zahlreiche Informationen zu aktuellen Bereichen, gesetzliche Grundlagen, das Handbuch „Praxismanagement“, das LZK-Handbuch, eine GOZ-Urteilsammlung, ein Fortbildungskalendarium und weitere Angebote stehen dem Mitglied zur Verfügung. Abgerundet wird das Internetangebot mit dem Mitarbeiterinnenbereich. Die gesamte Arbeit der Landes Zahnärztekammer wird jährlich im Jahresbericht der Landes Zahnärztekammer nach innen und außen dokumentiert.

Alterszahnheilkunde – zahnmedizinische Herausforderung der Zukunft

62 |

Was raubt uns die Zähne...?

Wenn Sie dies lesen ... wissen Sie es zwar meistens noch nicht, mancher merkt es aber schon: Sie alle gehören dazu, die wir heute 20, 30 oder 60 Jahre alt sind. Wir werden jeden Tag älter. Manch' einer zählt nach der Einteilung der World Health Organization (WHO) zu der Generation im biologisch ausgeglicheneren Alter (unter 50 Jahre). Über 50 Jahre zählen Sie zu den Alten. Sind Sie 55 Jahre und älter, bekommen Sie als Zahnarzt keine Kassenzulassung. Gesellschaft und Politik, die wir alle mitgeschaffen, lässt uns ab dem 67. Lebensjahr unseren Beruf im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht mehr ausüben und Biologie, Morbidität, unzulängliche Pflege und fehlende Vor- und Nachsorge im Alter ... rauben uns die Zähne.

Aufgrund der Bevölkerungsentwicklung in den nächsten Jahren wird in Deutschland im Jahr 2030 etwa ein Drittel der Bevölkerung über 60 Jahre alt sein. Die heutige Bevölkerungspyramide weist in Deutschland und Europa keine Dreiecksform mit einer breiten Basis auf, wie am Anfang des Jahrhunderts, sondern eine Pilzform, eine dünne Basis mit einem breiten Hut. Dies hat zur Folge, dass sich neben der Medizin auch die Zahnmedizin im Umbruch befindet, um sich auf diese neue Situation einzurichten. Die Alterszahnheilkunde wird daher in nächster Zeit deutlich mehr als bisher an Bedeutung gewinnen. Der Kollege in der Praxis bekommt die Herausforderungen einer immer älter werdenden Bevölkerung bereits jetzt hautnah zu spüren. Ältere Patienten weisen multimorbide Krankheitsbilder auf. Neben zahnmedizinischem sind medizinisches Wissen und soziale Kompetenz gefragt. Um es auf den Punkt zu bringen: In der Alterszahnheilkunde sind alle Erkrankungsbilder der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde kumuliert. Daraus ergibt sich einerseits ein großer Bedarf, andererseits auch ein enormes präventives Potential.

Die Rolle des Teams

Eine zentrale Rolle bei der Versorgung älterer Menschen spielt das Praxisteam. Deshalb sollten die Mitarbeiterinnen zum Beispiel im Rahmen von Fortbildungen auf diese Herausforderungen vorbereitet werden. Es stellt sich auch die Frage, inwieweit der Zahnarzt beziehungsweise seine Mitarbeiter präven-

tive Hausbesuche machen sollen. Denn für immobile Patienten ist es oft die einzige Lösung, eine zahnärztliche Behandlung wahrzunehmen. Gerade bei dieser Patientengruppe ist es enorm wichtig, einen vertrauensvollen Bezug zu schaffen, um durch rechtzeitiges Eingreifen schwerwiegendere orale Erkrankungen im Vorfeld einzudämmen oder zu vermeiden. All das verlangt nach einer Stärkung der sozialen Kompetenz des Zahnarztes. Nicht nur der Therapeut ist gefragt, sondern vielmehr der lebenslange Partner des Patienten in allen Fragen rund um die Zahnmedizin.

Das Projekt „Alterszahnheilkunde“

In einer zukunftsorientierten Klausurtagung am Anfang der Legislaturperiode im Jahre 2000 befasste sich der Vorstand der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg mit dem Thema Zahnheilkunde für alte Menschen und ans Haus oder eine stationäre Pflegeeinrichtung Gebundene. Die zahnärztliche Behandlung der Patientengruppe verursacht in verschiedener Hinsicht außergewöhnlichen Aufwand, ohne in allen Fällen ein zufriedenstellendes Ergebnis erreichen zu können. Vorbereitungen für ein Projekt zur zahnmedizinischen Betreuung immobiler Patienten laufen schon seit längerem. Der Vorstand der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg hat im November 2000 dem neugegründeten Arbeitskreis „Alters- und Behindertenzahnheilkunde“ den Auftrag erteilt, ein umsetzungsfähiges Konzept für diesen Patientenkreis zu erarbeiten. Vieles war Neuland für uns im Arbeitskreis: Nur zu vergleichen mit den Anfängen in der Individual- und Gruppenprophylaxe im Lande. Die Kontaktaufnahme mit Pflegepersonal, stationären Pflegeeinrichtungen, Institutionen, Organisationen und der Politik erwiesen sich als sehr schwierig. Das Sozialministerium Baden-Württemberg war von unserer Idee und unseren Vorstellungen begeistert. Ein positiver Brief dazu war aber die einzige Reaktion. Und doch wäre die Hilfestellung bei der Schaffung adäquater Rahmenbedingungen notwendig, etwa bei baulichen Voraussetzungen in den stationären Pflegeeinrichtungen, bei Kooperationen mit den Pflegeheimen bei Aus- und Weiterbildung des Pflegepersonals und bei einem Pilotprojekt mit einer Universität im Lande als wissenschaftliche Begleitung. Wir verstehen uns als vernetzte Partner im Gesundheitswesen. Meist wurde unser Engagement in der Sache gelobt und uns zugesichert, unser Ansinnen in der nächsten Versammlung, Tagung, Sitzung vor-

**Dr. Bernhard Jäger**

zutragen – und schon war wieder ein viertel oder halbes Jahr für unser Vorhaben verloren. Die Ansprechpartner im Sozialministerium wurden regelmäßig in die Sitzungen des Arbeitskreises eingeladen. Wir erhielten nur Absagen!

Wenn der Patient nicht zum Zahnarzt kommen kann, warum geht der Zahnarzt nicht zum Patienten?

Bekanntermaßen sind Alte in stationären Pflegeeinrichtungen zahnärztlich unzureichend versorgt. Zahnärztliche Sofortmaßnahmen sind eher seltener notwendig. Kennzeichnend ist eine Häufung altersbedingter Mundprobleme, die durch Schleimhaut- und Muskelatrophie oder eingeschränkten Speichelfluss bedingt sein können. Der „Betreuungszahnarzt“ analog dem Konzept der Jugendzahnpflege wurde entwickelt und die schon jahrelang engagierten Kollegen in dieses Konzept mit eingebunden. Oftmals ist kein Behandlungsstuhl im Pflegeheim vorhanden. Der Aufwand ist enorm, die Behandlungsqualität bleibt oft suboptimal. Routinebehandlungen oder gar Prophylaxe erscheinen in dieser Form fast ausgeschlossen.

Heute schon an morgen denken!

Zahnärztliche Versorgung dieser ständig wachsenden Bevölkerungsgruppe ist ein dringendes medizinisches und soziales Anliegen, das ohne weitere Verzögerung angegangen und ausgebaut werden sollte. Wir waren uns darüber im Klaren, dass hier teilweise Neuland betreten werden muss, dass auch neue Formen der zahnärztlichen Berufsausübung gefunden werden müssen, gerade wenn alle dahingehenden Gesetze, Berufsordnungen, Verordnungen, Anweisungen, Durchführungsbestimmungen mit sprichwörtlich deutscher Gründlichkeit unseren Beruf bis in die letzte Kleinigkeit ausschließlich zu beschreiben und zu reglementieren versuchen. Aber es müssen auch neue Rahmenbedingungen für veränderte Verhältnisse geschaffen werden. Nur das vorbildliche Engagement aller Mitglieder des Arbeitskreises half uns über diesen Frust hinweg. Und doch ist uns gelungen, das Bewusstsein vieler Kollegen mit dem Motto „Alterszahnheilkunde“ des Landes Zahnärztetags 2002 zu schärfen, die Öffentlichkeit und die Politik zu sensibilisieren und das Saatgut „Alterszahnheilkunde“ in der Kollegenschaft zu sähen. Vorbildlich ist die Arbeit in manchen Bezirken der

Landeszahnärztekammer Baden-Württemberg. Die einzelnen Bezirkszahnärztekammern haben ganz unterschiedliche Ansätze – die etwa von der „Tour de Ländle“ in Kreisfortbildungsveranstaltungen bis zum eigenen Symposium reichen. Wieder eine andere Bezirkszahnärztekammer sucht direkte Kontakte zu Altenpflegeheimen. In allen Aktivitäten ist jedoch die gemeinsame Anstrengung zu erkennen, die orale Gesundheit der betroffenen Menschen zu verbessern. Baden-Württemberg hat derzeit ca. 2 Millionen Bürger über 60 Jahre mit steigender Tendenz. Rund 500.000 Bürger sind über 75 Jahre alt und damit im Nahbereich der stationären Altenpflege. Nach Auskunft des Sozialministeriums gibt es zurzeit 3.150 Einrichtungen der stationären Altenhilfe.

Mehr als „nur“ zahnmedizinische Aspekte

Wir haben gelernt, dass wir umdenken müssen, wollen wir unser Vorhaben verbreiten. Jeder denkt, Zahnärzte kümmern sich nur um Zähne. Einzelne wissen sogar, dass Zahnärzte auch für Mund und Kiefer kompetent sind. Oft wird dabei übersehen, welchen Stellenwert ein nicht mehr funktionierendes Kauorgan im persönlichen Bereich hat, welche Konsequenzen allgemeinärztlich, psychisch und sozial zu beobachten sind. Wir müssen allen klarmachen, dass es hier nicht nur um Zähne geht; viele unserer Senioren haben keine mehr und glauben, wir könnten nichts mehr für sie tun. Es geht auch nicht nur um den kleinen Teilaspekt Mundbereich bei diesen multimorbiden Patienten, auch wenn man angeblich mehr als 200 Allgemeinerkrankungen an intra- und perioralen Manifestationen diagnostizieren kann. Es geht um Menschen in ihrem Lebensabend, denen wir helfen können und müssen, zuerst natürlich zahnärztliche Hilfe zu erbringen, darüber hinaus aber auch den allgemeinen gesundheitlichen Zustand zu verbessern und einen Beitrag zu leisten zur Rehabilitation und sozialer Reintegration. Mundgesundheit ist ein Mehr an Lebensqualität. Wenn es uns gelingt, Außenstehenden und Betroffenen die Wirkungsbreite unseres Engagements nahe zu bringen, ist der Erfolg unserer Bemühungen nicht aufzuhalten. Frank Schirmmacher schreibt in seinem Buch „Das Methusalem-Komplott“: „Die Menschheit altert in unvorstellbarem Ausmaß. Wir müssen das Problem unseres eigenen Alters lösen, um das Problem der Welt zu lösen. Unsere Mission ist es, alt zu werden. Wir haben keine andere. Es ist die Aufgabe unseres Lebens.“

Behandlung behinderter Patienten erfordert pädagogisches Geschick und psychische Belastbarkeit

64 |

Die Anzahl behinderter Menschen in unserer Gesellschaft wird in den nächsten Jahren zunehmen.

Während der Nazidiktatur wurde etwa die Hälfte aller Menschen mit Behinderungen ermordet. Die demographische Alterspyramide wird sich erst in den nächsten Jahren der der Gesamtbevölkerung angleichen. Es wird immer mehr alte Menschen mit Behinderungen geben. Durch die Errungenschaften der modernen Medizin und Intensivpflege steigt die Überlebensquote nach Komplikationen während der Schwangerschaft oder Geburt, sowie nach Unfällen oder schweren Erkrankungen. Behinderte sollen zunehmend dezentral in kleinen Wohneinheiten untergebracht werden und nicht in Großeinrichtungen abgeschoben werden.

Damit wird jede Zahnarztpraxis in Zukunft vermehrt auch von Patienten mit Behinderungen aufgesucht. Eine Umfrage 2002 ergab, dass etwa 20 Prozent aller Zahnärzte in Baden-Württemberg sich in der zahnärztlichen Betreuung behinderter Menschen engagieren. Dies ist eine erfreulich hohe Zahl, wo doch die Behandlung behinderter Patienten häufig einen höheren Zeit- und Personalaufwand erfordert; außerdem ein hohes Maß an pädagogischem Geschick und psychischer Belastbarkeit des Praxisteams. Während der universitären Ausbildung werden angehende Zahnärzte nicht auf diese Patientengruppe vorbereitet.

Die Landeszahnärztekammer hat dieser Problematik mit der Bestellung eines Referenten für Behindertenzahnheilkunde im Jahre 2001 Rechnung getragen. Wurde bisher der Bereich der Behindertenbehandlung vom jeweiligen Jugendzahnpflegereferenten betreut, so wurde der Referent für Behindertenbehandlung dem 2001 neu gegründeten Arbeitskreis für Alterszahnheilkunde und Behindertenbehandlung zugeordnet.

Behinderte Kinder sind in der Regel heute gut betreut, da die aktuelle Elterngeneration sich auch intensiv für eine adäquate Behandlung ihrer Kinder einsetzt. Erwachsene und alte Behinderte stellen aber immer noch ein großes Problem dar, da noch zu oft eine beschwerdeorientierte Vorstellung in den Praxen und leider auch häufig nur eine beschwerdeorientierte Behandlung stattfindet.

Es gibt nur wenige wissenschaftliche Untersuchungen über diese Patientengruppe, doch gilt es als gesichert, dass Behinderte etwa doppelt so viele an Karies erkrankte Zähne und nahezu alle Behinderten Erkrankungen des Zahnfleisches aufweisen. Der Sanierungsgrad ist im Vergleich zur Gesamtbevölkerung schlechter.

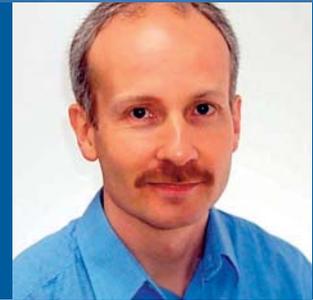
Behindertenbehandlung muss präventiv und zahnerhaltend orientiert sein, da die prothetische Versorgung von (geistig) Behinderten sehr aufwendig, mühsam und oft nicht möglich ist. Interdisziplinäre Zusammenarbeit ist notwendig.

Im Arbeitskreis Alterszahnheilkunde und Behindertenbehandlung wird nach Möglichkeiten gesucht, wie auch das Umfeld der Menschen mit Behinderungen in die zahnmedizinische Prophylaxe eingebunden werden kann. Eine Anfrage bei den verschiedenen Dachverbänden der Trägerorganisationen von Einrichtungen der Behindertenhilfe stieß auf wenig Resonanz. Der Eindruck entstand, dass die Zahngesundheit die Verantwortlichen nur am Rande interessiert, da auf Grund zunehmender Sparzwänge andere Themen in der Behindertenhilfe Priorität haben. Von dieser Seite ist daher keine Unterstützung zu erwarten.

Auch der Versuch, die Altersbeschränkung bei den IP-Positionen für behinderte Patienten aufzuheben, fand zwar bei den Verantwortlichen der Krankenkassen und beim Sozialministerium Verständnis, aber keinerlei konkrete Zusagen oder Unterstützung.

Der Arbeitskreis entschied sich daher, an der Basis initiativ zu werden. So wurde auf der Grundlage einer landesweiten Umfrage eine Praxisliste erarbeitet, aus der neben der Bereitschaft behinderte Patienten zu behandeln auch die Zugänglichkeit (Barrierefreiheit) und die Möglichkeit der Behandlung in Allgemeinanästhesie hervorgeht. Überweisende Zahnärzte, Angehörige und Betreuer von Patienten mit besonderem Betreuungsbedarf können über die Bezirkszahnärztekammern oder über den Internetauftritt der Landeszahnärztekammer Baden-Württemberg (www.lzk-bw.de) die Adressen von Praxen in ihrer näheren Umgebung abfragen.

Das von der Landeszahnärztekammer zur Verfügung gestellte „Handbuch der Mundhygiene – Ratgeber für das Pflegepersonal“ war schnell vergriffen.



Dr. Guido Elsäßer

Für Mitarbeiter/innen von Behinderteneinrichtungen bietet die LAGZ Informationsveranstaltungen zur zahnmedizinischen Prophylaxe an.

Seit 2003 ist die Prophylaxe bei Menschen mit Behinderungen in den Lehrplan der DH-Ausbildung am Zahnmedizinischen Fortbildungszentrum (ZFZ) in Stuttgart integriert.

Im Herbst 2004 wurde in 11 regionalen Fortbildungsveranstaltungen zum Thema „Spezielle Aspekte der Prophylaxe bei Senioren und Behinderten“ die interessierte Kollegenschaft und deren Mitarbeiterinnen für dieses Thema sensibilisiert.

Trotz der erreichten Erfolge „an der Basis“, sollte auch in Zukunft darauf hin gearbeitet werden, die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen so zu ändern, dass eine lebenslange professionelle Prophylaxe für Menschen, die zu einer eigenverantwortlichen Zahnpflege nicht in der Lage sind, im Rahmen der vertragszahnärztlichen Tätigkeit möglich wird und die zahnärztliche Betreuung von Menschen mit erhöhtem Betreuungsbedarf nicht zunehmend defizitär wird.

Die Landes Zahnärztekammer ist sich der Verantwortung gegenüber dieser benachteiligten Patientengruppe bewusst.

Ohne Prophylaxe ist eine moderne Zahnheilkunde nicht mehr vorstellbar

66 |



Dr. Manfred Jooß

Der heutige Ausschuss für Jugendzahnpflege und Prophylaxe hat große Veränderungen erfahren, selbst sehr große Veränderungen der Zahnheilkunde bewirkt und zum Wandel der Zahnheilkunde erheblich beigetragen. Von einer Randstellung hat er sich einen Platz in der Mitte unseres Faches erkämpft. Ohne Prophylaxe ist eine moderne Zahnheilkunde nicht mehr vorstellbar.

Vor genau 50 Jahren (1954) wurde eine Landesarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege gegründet. Dieser Arbeitsgemeinschaft, die noch sehr lose organisiert war, gehörten die neue Zahnärztekammer, Landesbehörden, Versicherungsträger und Verbände an.

1959 wurden aus dieser Vorarbeit Richtlinien des Innenministeriums für die Schulzahnpflege im Lande erlassen, die das Problem der starken Karieszunahme dokumentierten.

Vorausschauende Kollegen wie Dr. Walter Holzinger, Dr. Franz Schleemilch und Prof. Dr. Dr. Ulrich Rheinwald, Prof. Dr. Dr. Peter Riethel und weitere haben 1973 eine Denkschrift über die bessere Gestaltung der Jugendzahnpflege verfasst, die als Grundlage für das am 26. Juni 1975 erlassene Gesetz über die Jugendzahnpflege für das Land Baden-Württemberg diente. Die den Zahnärzten besonders aufgeschlossene und engagierte Sozialministerin Annemarie Griesinger hat mit entscheidend durch ihre Unterstützung dazu beigetragen. Die Politik hat somit den fachlichen Vorschlägen der Zahnärzteschaft den gesetzlichen Rahmen gegeben. Es wurde die jugendzahnärztliche Untersuchung mit der nachfolgenden Behandlung in der zahnärztlichen Praxis verzahnt. Mehrfache Veränderungen durch Anpassung und Erweiterungen hat dieses Gesetz danach erfahren. Dem Gesetz fehlte aber immer noch eine einheitliche Struktur zu einer effektiven Durchführung.

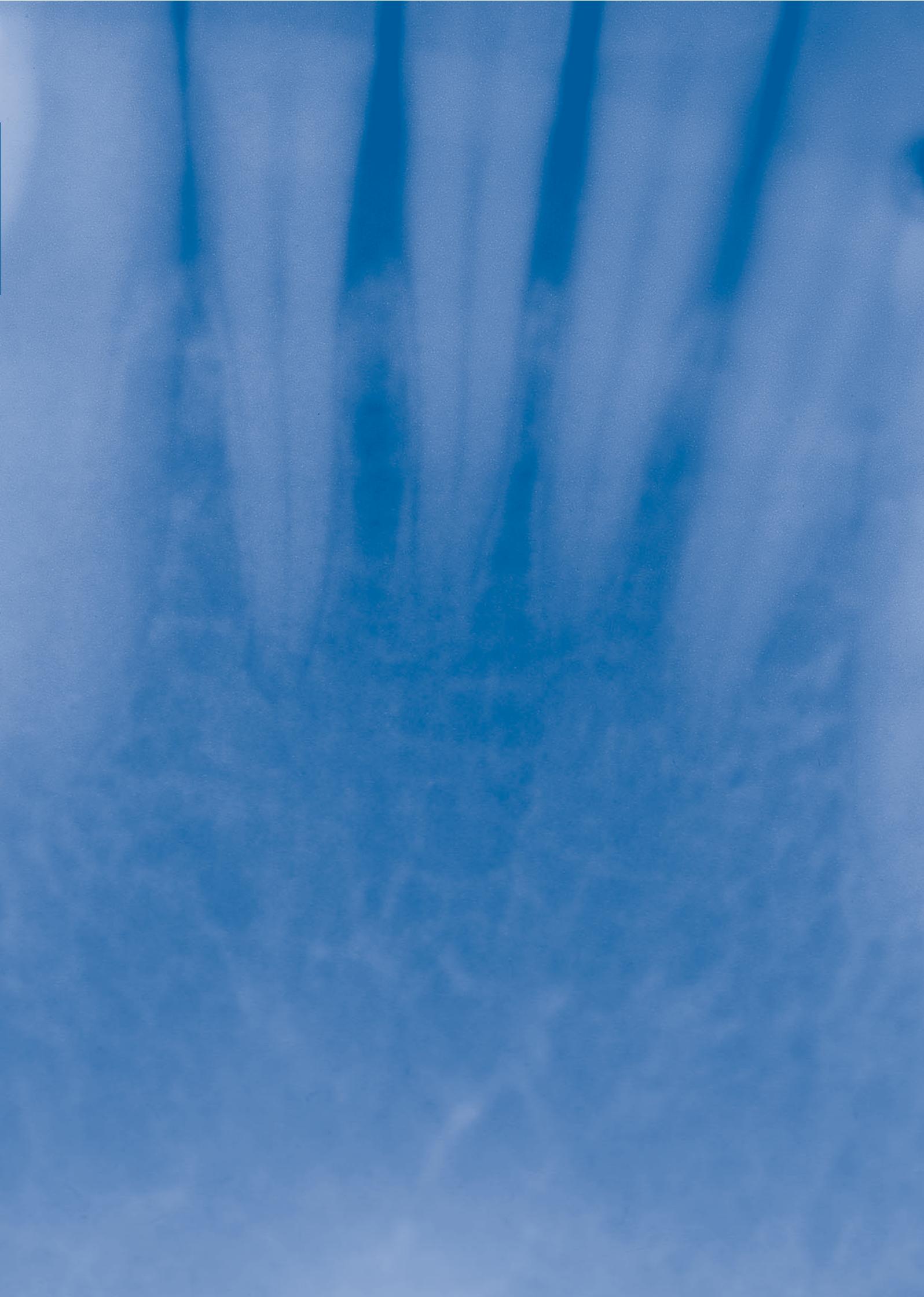
Nach Neugründung der Landesarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (seit 01. Januar 1987 im Vereinsregister eingetragen) wurde – basierend auf § 21 (Gruppenprophylaxe) des Sozialgesetzbuches V (SGB V) vom 20. Dezember 1988 – eine gemeinsame Rahmenvereinbarung zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen in Baden-Württemberg, der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg, der Landesarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege Baden-Württemberg e.V., dem Land Baden-Württemberg, vertreten durch das Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung, abgeschlossen.

Diese Rahmenvereinbarung regelt die Durchführung gemeinsamer und einheitlicher Maßnahmen zur Verhütung von Zahnkrankungen und bindet somit alle Beteiligten – sowohl auf Landes- wie auf Kreisebene – verpflichtend.

Aber auch alle anderen wichtigen Beteiligten sind in der Mitgliederversammlung dieser Landesarbeitsgemeinschaft vertreten, um eine bestmögliche Koordination und Abstimmung zu erzielen. Die noch immer zu geringen Mittel für die Prophylaxe können aber so effektiv und effizient eingesetzt werden. Als unermüdlicher Kämpfer für eine Einigung unter den Beteiligten, muss unser ehemaliger Geschäftsführer Direktor Johann Glück gewürdigt werden.

Die örtliche Umsetzung, also die Basisarbeit der Gruppenprophylaxe, wird von den 37 Arbeitsgemeinschaften Zahngesundheit täglich geleistet, und dafür muss besonders den Mitarbeitern gedankt werden. Hier leisten Jugendzahnärzte, Patenzahnärzte und Prophylaxefachkräfte eine unschätzbare Basisarbeit in Kindergärten und Schulen. In Anerkennung dieses großen Engagements wurde der Landesarbeitsgemeinschaft für Zahngesundheit Baden-Württemberg e.V. (LAGZ) im Jahre 2003 ein Qualitätsförderpreis vergeben. Das Engagement der Zahnärzteschaft auf Bundesebene führte in Verhandlungen auf Bundesebene mit den Kassenverbänden zur Einführung der zusätzlichen individualprophylaktischen Positionen IP 1-IP 5 und FU 1-FU 3. Somit wird die gute Gruppenprophylaxe bei Kindern und Jugendlichen individuell vertieft und gestärkt.

Die Ergebnisse dieser Arbeit können sich sehen lassen und werden gerne von allen Akteuren als Erfolgsgeschichte präsentiert. In epidemiologischen Begleituntersuchungen ist ein unglaublicher Kariesrückgang nachweisbar. Im Jahre 1994 wurde noch ein DMF-T Wert bei den 12-Jährigen von 2,4 gezählt, in 1997 lag dieser Wert bei 1,43, in 2000 bei 1,03 und heute, in 2004, sind es nur noch 0,7 kariöse oder gefüllt bleibende Zähne bei dieser Altersgruppe. 70 % der 12-jährigen deutschen Kinder haben naturgesunde Zähne. Ein Erfolg, über den wir uns freuen dürfen. Diese Erfolgsgeschichte hat sicher viele Väter, die hier nicht alle Erwähnung finden konnten, es ist aber das Ergebnis einer gemeinsamen und koordinierten Arbeit zum Wohle unserer Bevölkerung. Fachliche Vorgaben und gemeinsame Ziele haben das sozialpolitische Handeln bestimmt. Leider wird dieser Weg in der heutigen Sozialpolitik zu oft verdreht.



Qualitätsmanagement – ein Plädoyer für Praxiseffizienz und Patientenzufriedenheit

68 |

Qualität in der Medizin – ein altes Anliegen

Zu allen Zeiten waren Menschen im Bereich medizinischer Dienstleistungen bestrebt, ein hohes Maß an Behandlungsqualität zu erlangen. So wurden bereits im babylonischen Codex Hammurabi (1792-1750 v. Christus) – neben einer staatlichen Gebührenordnung – auch erste Haftungsgrundsätze für medizinische Leistungen erlassen. Seitdem ziehen sich staatliche Bestrebungen, aber auch eigene Bemühungen der Mediziner um die Qualität der medizinischen Versorgung ihrer Patienten, wie ein roter Faden durch die Geschichte der Menschheit. In Deutschland ist durch das Subsidiaritätsprinzip dem ärztlichen und zahnärztlichen Berufsstand in weiten Teilen die Qualitätssicherung der medizinischen Versorgung überantwortet. Aus diesem Grunde ist die Sicherung und Überwachung der Qualität der Ausbildung und der Berufsausübung medizinischer Berufe traditionell eine zentrale, satzungsmäßige Aufgabe der Ärzte- und Zahnärztekammern.

Von Qualitätssicherung zum Qualitätsmanagement

Definitionen der Qualität medizinischer Leistungen sind Legion. Bis vor kurzem galt Qualität in der Medizin und die Qualitätssicherung als wissenschaftlich basierte Ausübung der Zahnheilkunde unter Berücksichtigung aller gesetzlichen Vorschriften, steter Fortbildung des Zahnarztes und modern ausgerüsteter Praxen. Die zahnärztliche Kompetenz und Erfahrung des Zahnarztes stand im Mittelpunkt. Die Zahnärztekammer Baden-Württemberg unterstützte dabei den Zahnarzt durch einen Praxisordner, der die wesentlichen Maßnahmen – in stets aktualisierter Form – zur Gestaltung einer qualitätsgesicherten Zahnarztpraxis zusammenfasste und entsprechende Checklisten zur Verfügung stellte. Gesellschaftliche Entwicklungen, politische Vorgaben und die daraus resultierenden Veränderungen in der Sozialgesetzgebung, die Verknappung der Mittel für die medizinische Versorgung der Bevölkerung und die Ausdehnung des Gesundheitsbegriffes, führten zu erweiterten gesellschaftlichen Forderungen in Bezug auf die Qualität medizinischer Leistungen. Die Ausübung der Zahnheilkunde als Kunst, sollte nunmehr vorhersehbar und regelmäßig – durch Anwendung evidenzbasierter, standardisierter Methoden – zu definierten und daher garantiefähigen Behandlungsergebnissen führen. Seit dem Jahre 2002 wurde in Papieren der Gesundheitsministerkon-

ferenz zusätzlich der Aufbau sozialer und kommunikativer Kompetenz der Ärzte und Zahnärzte sowie die Dokumentation und Überprüfung der Fortbildungstätigkeit des einzelnen „Leistungserbringers“ unter Androhung erheblicher Sanktionen gefordert. Konsequenterweise fanden diese Forderungen im Jahre 2003 mit der Verpflichtung der Zahnärzte zur Implementation eines „einrichtungswirtschaftlichen Qualitätsmanagements“ Eingang in die ab dem Jahre 2004 geltenden Bestimmungen des Sozialgesetzbuches (SGB V).

Aktivitäten der Landes Zahnärztekammer

Die Analyse des veröffentlichten Beratungsergebnisses der 75. Gesundheitsministerkonferenz im Juli 2002 führten zum Ergebnis, dass die Gesundheitspolitiker von den selbstständig niedergelassenen Ärzten und Zahnärzten, neben einer kontrollierten und reglementierten Fortbildungstätigkeit mit entsprechenden Nachweisen, in Bälde die Einführung von Qualitätsmanagementsystemen fordern würden. Die Analyse fand in einem – vom Fortbildungsreferenten der Bezirks Zahnärztekammer Karlsruhe entworfenen Strategiepapier Eingang – das nach eingehender Prüfung und Diskussion im Vorstand der BZK Karlsruhe im Herbst des gleichen Jahres diskutiert und wenig später im Vorstand der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg verabschiedet wurde. Die Mitglieder des Vorstandes waren sich zusammen mit den einschlägigen Experten einig, dass die Definition, Prüfung und Ausgestaltung geeigneter Qualitätsmanagementsysteme für die zahnärztliche Praxis aufgabengemäß bei der Kammer angesiedelt sein müsse. Fernerhin sollten Modelle auf einfache Handhabung, Effektivität, Finanzierbarkeit und – zu Letzt auch im juristischen Sinne – Sicherheit unter dem Blickwinkel eines unbürokratischen Aufbaues untersucht werden. Alle empfohlenen Modelle sollten für den einzelnen Praktiker in eigener Praxis mit überschaubarem Aufwand anwendbar sein. Als Expertengremium der Landes Zahnärztekammer konstituierte sich gleichzeitig der Arbeitskreis Qualitätsmanagement, der für den Vorstand der Landes Zahnärztekammer einschlägige Empfehlungen erarbeiten sollte. Gleichzeitig begann eine ausgedehnte Suche nach entsprechenden strategischen Partnern, die sowohl fachliche Kompetenz und Erfahrung im Bereich des Qualitätsmanagements, als auch entsprechende Ressourcen an qualifizierten Fachleuten besitzen sollten. Dieser Partner wurde mit

**Dr. Norbert Engel**

der Deutschen Gesellschaft für Qualität (DGQ e.V.), einer Non-Profit-Organisation und einem nationalen Repräsentanten der ISO und der EFQM, gefunden. Ausführliche Vorgespräche und die Darstellung der Vorstellungen der Kammer mündeten in die Entwicklung eines „pädagogischen Schulungsmodells“ zum Erlernen und zur Entwicklung eines individuellen Qualitätsmanagementsystems für die Zahnarztpraxis, das mit einer Informationsveranstaltung am 08. Oktober 2003 in Mannheim in seine Pilotphase eintrat.

Definition Qualitätsmanagement

An dieser Stelle sei die Begriffsbestimmung von Qualitätsmanagement kurz eingeschoben. Die ISO 9000:2000 definiert Qualitätsmanagement als „Aufeinander abgestimmte Tätigkeiten zum Leiten und Lenken einer Organisation bezüglich Qualität“. Als genauere Erläuterung wird weiter ausgeführt, dass „Leiten und Lenken bezüglich Qualität üblicherweise das Festlegen der Qualitätspolitik und der Qualitätsziele, die Qualitätslenkung, die Qualitätssicherung und die Qualitätsverbesserung umfasse“. Andere Qualitätsmanagementsysteme weichen in ihrer Begriffsbestimmung keineswegs von dieser Vorgabe ab, sondern betonen zusätzlich noch den einen oder anderen Aspekt. Diese Definition zeigt aber, dass Qualitätsmanagement in seiner international anerkannten Definition und Form nicht durch Selbststudium, standardisierte Checklisten oder einfache Arbeitsanleitungen sinnvoll in die Zahnarztpraxis implementiert und werden kann. Es muss als Führungsaufgabe von den Chefs und den in entsprechenden Führungspositionen tätigen Personen der Zahnarztpraxis erlernt, angepasst und am Leben erhalten werden. Dies kann nur durch eine sinnvolle Ausbildung geschehen.

Ziel und Aufbau des Ausbildungsangebotes QM der LZK

Neben den bereits beschriebenen Kriterien, die sich die Verantwortlichen der Landeszahnärztekammer zum Ziel gesetzt hatten, ist also die individuelle Ausgestaltung eines Qualitätsmanagementsystems und dessen Dokumentation in einem ebenso individuellen Qualitätsmanagementhandbuch von hoher Wichtigkeit. Erfahrungen mit standardisierten Handbüchern zeigen, dass diese nicht die spezielle Situation der einzelnen

Praxis, ihre Philosophie, Behandlungsschwerpunkte und Eigenheiten abbilden können. Dabei soll doch gerade ein eingeführtes Qualitätsmanagement dazu beitragen, dass sich die Erwartungen des Patientenkunden, des Mitarbeiters aber auch des Zahnarztes in der Ausgestaltung seines Unternehmens und bei der Ausübung seines Berufes wieder finden. Denn gerade im Dienstleistungsbereich, und hier bildet der zahnmedizinische Bereich keine Ausnahme, ist die Erfüllung von Erwartungen, sowohl der Kunden (Patienten), der Mitarbeiter und aller mit dieser Praxis in Verbindung stehenden Beteiligten einschließlich des Praxisinhabers erklärtes Ziel und oberstes Qualitätsmerkmal. Weiterhin sollte aber das Ausbildungsangebot der Landeszahnärztekammer als liberales Modell viele Freiheitsgrade für die beteiligten Zahnärzte bieten. Im Folgenden ist das Fortbildungsangebot kurz dargestellt. Das QM-Ausbildungsangebot für Zahnärzte und ihre dafür geeigneten Mitarbeiter umfasst verschiedene Module, die zwar inhaltlich aufeinander abgestimmt sind, aber unabhängig voneinander belegt werden können. Hierdurch wird die Souveränität des einzelnen Zahnarztes respektiert und seinen individuellen Vorstellungen Genüge getan. Nach Abschluss des letzten Moduls der Workshopserie, hat der Teilnehmer die Möglichkeit eine Selbsterklärung zu verfassen oder sich diversen Auditierungs- oder Zertifizierungsverfahren zu unterwerfen und das, sowohl nach dem EFQM-Modell als auch nach dem Modell der ISO. Doch was er tut, obliegt allein seiner Entscheidung.

Als sinnvoll hat sich folgende Modulreihenfolge erwiesen:

1) Informationsveranstaltung

Einführung in das Schulungsangebot mit Erfahrungsbericht eines Kollegen über „gelebtes Qualitätsmanagement“ in der Zahnarztpraxis, Vorstellung des Partners DGQ und Erläuterung der gesetzlichen Vorgaben. Hier können bis zu 100 Teilnehmer informiert werden.

2) Grundlagenschulung

Intensivkurs mit maximal 18 Teilnehmern. Lernziel ist, das Verständnis für Qualitätsmanagement zu wecken, die Sprache, Grundlagen und Werkzeuge zu erlernen. Das System der ISO und der EFQM werden ausführlicher behandelt und andere

Systeme vorgestellt. Am Ende kann der Teilnehmer seine Praxis analysieren, er erhält Anregungen, um die Organisation und Funktionsfähigkeit seiner Ordination zu verbessern, kann sich in die Patientenkundenperspektive versetzen und ist prinzipiell in der Lage, eine eigene Dokumentation seines Qualitätsmanagementsystems zu erstellen. Als wesentliches Instrument zur Wissensvermittlung dient die Arbeit in kleinen Arbeitsgruppen. Der Kurs ist in 3 Blöcke zu je 2 Tagen eingeteilt.

3) Workshops

Sie werden in 5 Blöcken zu je zwei Tagen durchgeführt. Dieser Lehrgang bedient sich der gleichen Arbeitssystematik wie die Grundlagenschulung, d.h. nach entsprechender Einführung in Inhalt und Methode erarbeiten sich die Teilnehmer das jeweilige Thema selbst in kleinen, flexibel zusammengesetzten Arbeitsgruppen. Auch hier beträgt die maximale Teilnehmerzahl 18 Teilnehmer. In diesem Teil der Ausbildung ist es sehr wichtig, entsprechend qualifizierte Mitarbeiter in den Kurs mitzunehmen, um die Erstellung und Implementation der Lerninhalte in der Praxis zu erleichtern. Am Ende der Ausbildung steht ein – nach ISO 9000:2000 – zertifizierbares und daher international anerkanntes, justiziables Qualitätsmanagementhandbuch.

4) Schulung – Einführung in QM für Mitarbeiter

Begleitend wird nach Bedarf ein Schulungsangebot für Mitarbeiter angeboten, um den beteiligten Zahnärzten die Umsetzung des Qualitätsmanagements in der Praxis zu erleichtern. Hier werden die Inhalte, Arbeitstechniken und Grundlagen des Qualitätsmanagement dargestellt und eventuelle Ängste der Mitarbeiter abgebaut.

Resümee

Zum Zeitpunkt des Verfassens dieses Beitrages wurden 79 Praxen in den Qualitätsmanagementkursen geschult. Mehrere Hundert interessierte Zahnärzte nahmen an den Einführungsveranstaltungen teil. Die Resonanz ist gut. Die Teilnehmer werden nach jeder Lehreinheit befragt. Die Auswertung der Antworten gibt Hinweise auf Verbesserungsmöglichkeiten, die laufend in das Ausbildungsangebot im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses einfließen. Die Pilotphase ist abgeschlossen und wird im Jahre 2005 durch landesweite Ausbildungsangebote ersetzt.



Im Namen des Volkes – Die Berufsgerichtsbarkeit der Landeszahnärztekammer

72 |

Seit seinem Inkrafttreten steht im Heilberufe-Kammergesetz wie in Stein gemeißelt der Satz, dass sich die Mitglieder der einzelnen Kammern – also die Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker – wegen berufsunwürdiger Handlungen in einem Berufsgerichtsverfahren zu verantworten haben. Nun hat das Kammergesetz, von dem in diesem Buch an anderer Stelle schon die Rede ist, seit seinem Erlass im Jahr der Gründung des Landes Baden-Württemberg, 1953, bis zur vorerst letzten Fassung vom 9. Juni 2004 nicht wenige Änderungen und Erweiterungen erfahren; ohne viele Detailkorrekturen zu nennen, mögen die späteren Einfügungen „Weiterbildung“ oder „Ethikkommissionen“ genügen. Umso mehr fällt auf, dass die Vorschriften im 8. Abschnitt über die „Berufsgerichtsbarkeit“ von 1953 bis heute inhaltlich nahezu unverändert geblieben sind, wenn man davon absieht, dass die „berufsgerichtlichen Maßnahmen“ 1953 noch recht harsch „Strafen“ hießen und dass die Geldbuße für berufsrechtliche Verstöße von der ursprünglichen „Höchststrafe“ von 3000 DM sukzessive auf heute 50 000 € Geldbuße angepasst wurde. Diese inhaltliche Konstanz der jetzt mehr als 50 Jahre geltenden Vorschriften über die Berufsgerichtsbarkeit darf als ein Indiz dafür gelten, dass sich diese Regelungen bewährt haben. Dass der weise Gesetzgeber 1953 von Ethikkommissionen noch nichts ahnte und die Notwendigkeit der Weiterbildung erst später als gesetzgeberische Aufgabe verstanden wurde, ist verzeihlich.

Überspringen wir, aber nur fürs erste, die Frage, was denn nun im materiellen Sinn eigentlich berufsunwürdige Handlungen im Sinne des Kammergesetzes sind und wenden uns zuvor der eher formalen Frage zu, wie die Struktur dieses berufsgerichtlichen Verfahrens aussieht, in dem solche Handlungen geahndet werden. Dazu bestehen als selbstständige Organe bei der Landeszahnärztekammer ein Landesberufsgericht und bei den Bezirkskammern vier erstinstanzliche Bezirksberufsgerichte. Das ist für sich gesehen vielleicht nicht besonders aufregend. Der Rede wert ist aber, dass es sich dabei nicht um private Ehrengerichte handelt, wie sie bei Sportverbänden, Wirtschaftsgruppierungen, Vereinen oder akademischen Verbindungen bestehen; deren Entscheidungen wirken nur, soweit sie von den Beteiligten freiwillig respektiert werden. Dem gegenüber sind die nach dem Kammergesetz eingerichteten Berufsgerichte staatliche Gerichte, die hoheitliche Gerichtsbarkeit mit staatlicher Zwangsgewalt ausüben; ihre Urteile ergehen „Im Namen des Volkes“. Vorsitzender jedes

dieser Gerichte muss deshalb ein auf Lebenszeit ernannter Berufsrichter sein; als Beisitzer fungieren beim Landesberufsgericht ein weiterer Jurist, der nicht Richter sein muss, und drei (bei den erstinstanzlichen Bezirksberufsgerichten zwei) Zahnärzte aus dem Kammerbezirk. Eine solche staatliche Disziplinargerichtsbarkeit besitzen außerhalb der Heilberufe nur wenige freie Berufe wie die Anwälte und die Architekten.

In anderen Bundesländern ist die Disziplinargerichtsbarkeit der Ärzte, Zahnärzte und Apotheker teilweise den Verwaltungs- oder auch Strafgerichten übertragen. Mit der Einbindung in die Kammern hat der Gesetzgeber des Jahres 1953 eine Struktur der Berufsgerichtsbarkeit geschaffen, die auch heute noch wegen ihrer besonderen Qualität der Selbstdisziplinierung jedem Vergleich, auch über die Landesgrenzen hinweg, standhält. Man würde dieses Erfolgsmodell sicher leichtfertig aufs Spiel setzen, wenn aktuelle Bestrebungen Erfolg hätten, die auf eine Zusammenlegung der vier erstinstanzlichen Bezirksberufsgerichte zu einem einzigen erstinstanzlichen Gericht abzielen. Darüber hinaus wird die Schaffung einer einzigen gemeinsamen Berufungsinanz für alle vier Heilberufe-Kammern in Baden-Württemberg angestrebt, in der dann vielleicht auch Apotheker und Tierärzte als Beisitzer über Ärzte und Zahnärzte (und umgekehrt!) zu urteilen hätten. Dies würde keineswegs, wie suggeriert wird, zu einer Verschlingung in der Berufsgerichtsbarkeit führen, sondern das Gegenteil bewirken: die Anzahl der dann von einem einzigen Gericht zu verhandelnden Fälle ließe sich mit Sicherheit nicht mehr im Nebenamt und von den zahnärztlichen Beisitzern nicht mehr ehrenamtlich bewältigen, auch und schon gar nicht die Arbeit des Kammeranwalts. Das wiederum würde zwangsläufig ganz erhebliche Mehrkosten der Kammern, einen zusätzlichen Reiseaufwand für alle Beteiligten und organisatorisch einen Apparat erfordern, wie er bei der derzeitigen Struktur gerade vermieden wird. Weil bei dem zu erwartenden zeitlichen Aufwand die Justizverwaltung wohl auch keinem auf Lebenszeit ernannten Richter eine Nebentätigkeit in der Berufsgerichtsbarkeit genehmigen würde, wäre der nächste Schritt die Aussiedlung der berufsständischen Gerichtsbarkeit zu den ordentlichen Gerichten oder zu den Verwaltungsgerichten. Mit anderen Worten: man riskiert ohne Not den Verlust einer ureigenen und bisher ohne Probleme bewältigten Kammeraufgabe. Wünschenswert erscheint dies nicht, deshalb sollte man schon den Anfängen wehren.



Dr. Walther Eitel

Dafür spricht auch Folgendes: Die berufsgerichtliche Struktur sowohl hinsichtlich der vier Bezirksberufsgerichte wie auch hinsichtlich des Landesberufsgerichts zeichnet sich durch eine bewusst gewollte Berufs- und Praxisnähe aus, Praxisnähe in der für einen praktizierenden Zahnarzt nächstliegenden Bedeutung. Dafür stehen in erster Linie die bereits erwähnten zahnärztlichen Beisitzer, die sowohl bei den erstinstanzlichen Bezirksberufsgerichten wie auch in der Rechtsmittelinstanz des Landesberufsgerichts gegenüber den Juristen das gleiche Stimmengewicht haben und folglich in der Mehrheit sind; sie können die Juristen überstimmen. Nun sind Nichtjuristen als Richter nichts Ungewöhnliches: Schöffen, Handelsrichter, Arbeits- und andere Laienrichter sind ein fester Bestandteil der rechtsprechenden Gewalt, die nach § 1 des Deutschen Richtergesetzes „durch Berufsrichter und durch ehrenamtliche Richter“ ausgeübt wird. Ungewöhnlich ist die baden-württembergische Regelung aber deshalb, weil hier Gerichtsbarkeit nicht wie sonst vom Land oder vom Bund, sondern von einem Kammerorgan ausgeübt wird. Es verwundert nicht, dass dies in den Anfängen der 60er Jahre Anwälte auf den Plan gerufen hat, die das für verfassungswidrig hielten. Freilich ohne Erfolg: das Bundesverfassungsgericht hat schon 1964 die Verfassungsmäßigkeit auch der von einer Kammer getragenen Gerichte bejaht, sofern der Staat bei der Bestellung der Richter entscheidend mitwirkt und deren Unabhängigkeit von der Kammer gewährleistet ist.

Dem wird dadurch Rechnung getragen, dass die Mitglieder der Berufsgerichte zwar von der Landeszahnärztekammer vorgeschlagen, aber vom Sozialministerium im Einvernehmen mit dem Justizministerium – auf die Dauer von fünf Jahren – bestellt werden; sie besitzen richterliche Unabhängigkeit. Dies gilt auch für die beisitzenden Zahnärzte. Es wurde schon angedeutet: deren Rolle im berufsgerichtlichen Verfahren kann nicht hoch genug eingeschätzt werden, weil sie ihre besondere Sachkunde, ihre Berufserfahrung, ihre Kenntnis der örtlichen Gegebenheiten, ihre Menschenkenntnis und ihr Wissen um die Abläufe in einer Praxis in die Verhandlung einbringen. Für die Urteilsfindung ist dies oft unverzichtbar. Es trägt aber auch maßgeblich dazu bei, für die Entscheidungen nicht nur juristische, sondern auch fachliche Akzeptanz in der Zahnärzteschaft zu finden. Die persönliche Bemerkung sei erlaubt: Wenn es dem Landesberufsgericht in den vergangenen Jahren und Jahrzehnten gelungen ist, solche Akzeptanz zu schaffen, so ist dies

nicht zum geringsten seinen fachlich wie menschlich qualifizierten – weiblichen und männlichen! – zahnärztlichen Beisitzern und deren Engagement zu danken.

Was aber nun eine berufsunwürdige Handlung ist, orientiert sich in erster Linie – nicht allein – an den Vorschriften der Berufsordnung für Zahnärzte und Zahnärztinnen. Sie nennt besondere Berufspflichten, zu denen ganz allgemein die gewissenhafte Ausübung des Berufs nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst und den Geboten der Menschlichkeit gehört, ebenso die Erwartung, dass der Zahnarzt dem Vertrauen entspricht, das ihm im Zusammenhang mit dem Beruf entgegen gebracht wird (§ 2 der Berufsordnung). Über diese allgemeinen Grundsätze hinaus statuiert die Berufsordnung etwa unter den Stichworten Vertretung, persönliche Berufsausübung, Dokumentationspflicht, Notfalldienst, Gutachterpflichten, Gebühren, Verschwiegenheitspflicht, Verhalten gegenüber Kollegen, Führen von Berufsbezeichnungen, Praxischilder, unangemessene Werbung und Anpreisung etc. Berufspflichten ganz detailliert. Verfehlungen außerhalb des Berufs ziehen, anders als in den Anfangszeiten der Berufsgerichtsbarkeit, heute nur noch in seltenen Ausnahmefällen neben dem Strafverfahren auch berufsrechtliche Konsequenzen nach sich. Das lange Zeit dominierende Problem des „berufsrechtlichen Überhangs“ wie z. B. bei strafrechtlich schon abgerügten Trunkenheitsfahrten und anderen Straftaten ist in der Berufsgerichtsbarkeit nahezu bedeutungslos geworden.

Es gibt Zahnärzte, die das verbal gewiss harte Verdikt des „berufsunwürdigen Verhaltens“ als besonders ehrenrührig empfinden und nur deshalb die zweite Instanz anrufen, auch wenn das erstinstanzliche Bezirksberufsgericht im Tenor seines Urteils nur den Wortlaut des Kammergesetzes angewandt hat, so, wie es das tun musste. Man mag darin eine erfreuliche Empfindlichkeit in Sachen Berufsehre sehen, obwohl es zutrifft, dass der Begriff des berufsunwürdigen Verhaltens eine große Bandbreite standesrechtlicher Verfehlungen unterschiedlichster Gewichtung umfasst. Die vorstehende Aufzählung der in der Berufsordnung genannten Berufspflichten lässt dies schon erahnen. Zu den Verstößen, die das Ansehen der Zahnärzteschaft in der Öffentlichkeit sehr empfindlich beschädigen (und zugleich regelmäßig zu zusätzlicher Beanspruchung von Kollegen führen), gehören Verstöße gegen die Notfall-

dienstregelungen. Den Berufsgerichten ist dabei die Gewissenhaftigkeit der weit überwiegenden Mehrzahl aller Zahnärzte ebenso geläufig wie ein oft überzogenes Anspruchsdenken mancher Patienten. Verfahren dieser Art mit teilweise recht groben Pflichtverletzungen haben in den vergangenen Jahren aber des Öfteren Anlass zu Urteilen gegeben, in denen über den Begriff des Notfalls, die Notwendigkeit der persönlichen Entscheidung des Zahnarztes über die alsbaldige Behandlung und über die Frage, unter welchen Umständen ein Patient überhaupt abgewiesen werden darf, grundsätzlich zu entscheiden war, unkollegiales Verhalten bis zur Beleidigung von Kollegen oder Sachverständigen, sexuelle Belästigungen von Patientinnen und Helferinnen, unkorrekte Titelführung wie auch die unzulässige Delegation zahnärztlicher Tätigkeiten auf Helferinnen haben im übrigen die Tagesordnungen angeführt. Dem gegenüber sind nach den auf Deregulierung bedachten Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts die früher besonders häufigen Verfahren wegen Verstößen gegen das zahnärztliche Werbeverbot deutlich zurückgegangen. Die in § 18 der Berufsordnung auch jetzt noch verbliebenen Verbote berufswidriger Werbung und Anpreisung werden, wie es scheint, als Kernbestand standesrechtlicher Selbstverständnisses weitgehend respektiert.

Auch im berufsgerichtlichen Verfahren gilt freilich der Satz „Wo kein Kläger, da kein Richter“. Die Berufsgerichte werden nur auf Antrag des von der Kammer bei jedem Bezirksberufsgericht bestellten Kammeranwalts tätig. Wie im Strafverfahren der Staatsanwalt ermittelt der Kammeranwalt bei Bekanntwerden von Handlungen oder Unterlassungen, die den Verdacht eines Verstoßes gegen die Berufsordnung begründen. Bestätigt sich dieser – häufig von einem Berufskollegen oder von Patienten vorgetragene – Verdacht, klagt der Kammeranwalt den Beschuldigten beim Bezirksberufsgericht an, wenn nicht, stellt er das Verfahren ein. Wird der beschuldigte Zahnarzt vom Bezirksberufsgericht verurteilt, so kann er – ebenso wie der Kammeranwalt bei Freispruch – Berufung zum Landesberufsgericht einlegen. In beiden Instanzen ist das Verfahren nicht öffentlich; in anderen Ländern wird auch öffentlich verhandelt. Das Landesberufsgericht entscheidet dann, von der Möglichkeit der Verfassungsbeschwerde abgesehen, nach erneuter Verhandlung endgültig und rechtskräftig darüber, ob eine Warnung, ein Verweis, eine Geldbuße, die Aberkennung der Mitgliedschaft in den Organen der Kammer oder, äußerst

selten, die Aberkennung des Wahlrechts und der Wählbarkeit in die Organe der Kammer ausgesprochen oder aber auf Freispruch erkannt wird. In der Praxis ist die Geldbuße die am häufigsten verhängte Maßnahme, wobei freilich der oben genannte Bußgeldrahmen nur im Falle äußerst massiver oder wiederholter Verstöße nach oben ausgereizt wird. Dass im Falle der Verurteilung auch Kosten anfallen, die der Beschuldigte zu tragen hat, mag nur am Rande erwähnt, aber wegen ihrer oft beträchtlichen Höhe auch nicht unterschlagen werden.

Was oben schon einmal gesagt wurde: die Zahnärzteschaft des Landes in ihrer ganz überwältigenden Mehrheit ist sich ihrer standesrechtlichen Pflichten bewusst und verhält sich im beruflichen Alltag danach. Das belegt nicht zuletzt auch ein flüchtiger Blick auf die Zahl standesrechtlicher Verfahren im Verhältnis zur Gesamtzahl der im Land approbierten Zahnärztinnen und Zahnärzte. Im überschaubaren Zeitraum der letzten 15 Jahre von 1990 bis 2004 sind beim Landesberufsgericht insgesamt 104 Berufungen eingegangen, davon 37 aus dem Bezirk Freiburg, 28 aus Karlsruhe, 20 aus Tübingen und 19 aus Stuttgart; dazu kommt eine kleinere Zahl von Klageerzwingungsverfahren und Beschwerden. Die Anzahl der bei den vier Bezirksberufsgerichten in der ersten Instanz verhandelten Fälle liegt, wie schon oben angedeutet, naturgemäß wesentlich höher, weil nur ein Teil der dort verkündeten Urteile angefochten wird. Noch höher liegt die Zahl der von den Kammeranwälten bearbeiteten Verfahren, die nicht zur Anklage kommen, sondern eingestellt werden.

Gleichwohl besteht kein Anlass zu der Besorgnis, die Zahnärzteschaft im Ganzen könnte es mit ihren Berufspflichten nicht ernst genug nehmen. Niemand wird aber die Augen davor verschließen, dass es Wildwuchs gibt, der dem Ansehen des ganzen Berufsstandes in der Öffentlichkeit abträglich ist und dem auch im Interesse der Mehrheit aller jener Zahnärzte Einhaltung geboten werden muss, die ihren Berufspflichten gewissenhaft nachkommen. Das ist, auf einen kurzen Nenner gebracht, die Aufgabe der Berufsgerichtsbarkeit. Schon mit ihrer Existenz, vor allem aber mit ihrem Bemühen, die Einhaltung standesrechtlicher Pflichten durchzusetzen, tragen die Berufsgerichte deshalb auch zur zahnärztlichen Qualitätssicherung bei. Und dieser Beitrag sollte, richtig verstanden, nicht zu gering veranschlagt werden.



*„Ich Sorge mich nie um die Zukunft.
Sie kommt früh genug.“*

Albert Einstein

- 78 Freiberuflichkeit im Spannungsfeld sozialstaatlicher Bindungen
- 86 Die Zukunft der Heilberufekammern im Spiegel der europäischen Entwicklung
- 92 Zahnarzt der Zukunft: Generalist oder Spezialist?
- 96 Kammer – Selbstverwaltung der Zahnärzte

Die Freiberuflichkeit des Zahnarztes im Spannungsfeld sozialstaatlicher Bindungen

78 |

Das Berufsbild des Zahnarztes im System der Freien Berufe

Der Zahnarzt als Freier Beruf im Sozialstaat bezeichnet eine berufs-, gesundheits- und sozialpolitische Problemstellung, die trotz jahrzehntelanger politischer, rechts- und sozialwissenschaftlicher Diskussionen unter einer Flut gesetzgeberischer Aktivitäten im Gesundheits- und Sozialwesen nichts an Aktualität eingebüßt hat und bei jeder Gesundheitsreform erneut auf dem Prüfstand steht. Das 50-jährige Bestehen der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg gibt erneut Anlass, sich mit der Rolle des Arztes und Zahnarztes in ihrer Ambivalenz zwischen freiberuflicher Eigenverantwortung und zunehmend restriktiver werdenden sozialstaatlichen Bindungen zu befassen. Dabei sind die Einwirkungen des Berufs- und Vertragsarztrechts auf die Berufsausübung, die vielfältigen Determinanten des medizinisch-wissenschaftlichen Fortschritts, das sich wandelnde orale Morbiditätspanorama, die komplexen gesundheitsökonomischen Bestimmungsfaktoren und nicht zuletzt die sich entwickelnde Dimension einer europäischen Sozialunion zu berücksichtigen.

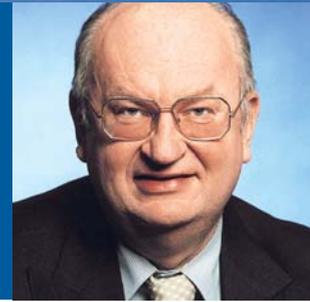
Die viel beschworene Kernfrage, ob der Arzt oder Zahnarzt insbesondere in seiner Erscheinungsform als Vertrags(zahn-)arzt noch ein Freier Beruf ist, begegnet von vornherein der Schwierigkeit einer gewissen begrifflichen Unschärfe eines Freiberuflichkeitsverständnisses, das in seiner Genese nicht juristischer, sondern soziologischer Natur ist. Ein solches berufssoziologisches Vorverständnis der Freiberuflichkeit liegt sowohl der für die Freien Berufe übergreifenden Gesetzgebung, zum Beispiel des Steuerrechts, als auch der höchstrichterlichen Rechtsprechung zu Grunde, soweit sie den Zahnarzt als Freien Beruf im Sozialstaat verortet. Normative, insbesondere grundrechtliche Schranken für staatliche Eingriffe und Statusbestimmungen des Zahnarztes als Freier Heilberuf durch den Gesetzgeber ergaben sich bisher nicht aus dem Rechtsgehalt der Freiberuflichkeit, sondern den allgemeinen Schrankenvorbehalten und grundgesetzlichen Gewährleistungen, insbesondere der Berufsfreiheit des Art. 12 GG, der allgemeinen Handlungsfreiheit (Art. 2 GG), dem Gleichheitsgrundsatz (Art. 3 GG) oder der Eigentumsgarantie (Art. 14 GG) sowie rechtsstaatlichen Kriterien, wie dem Verhältnis- oder Vertrauensschutzprinzip. Der Begriff der Freiberuflichkeit in seiner Vieldeutigkeit und Unschärfe ist dadurch gekennzeichnet, dass er berufssoziologisch höchst unterschiedliche Berufs-

bilder und Berufstypen aggregiert und sowohl gegenüber gewerblichen Implikationen als auch Selbstständigkeitskriterien und staatlicher Einbindung schwer abzugrenzen ist. Sowohl teilweise gewerblich ausgerichtete Berufe, wie die Apotheker, als auch staatlich Beliehene, wie Notare, werden zu den Freien Berufen gezählt. Freie Berufe, können in angestellter oder selbstständiger Form oder in Kombination von beiden Ausübungsformen praktiziert werden: § 1 der Bundesärzteordnung und § 2 der Bundesrechtsanwaltsordnung definieren den Arzt oder Rechtsanwalt als Freien Beruf, dessen Tätigkeit kein Gewerbe ist, unabhängig davon, ob er in freiberuflicher Niederlassung oder als Angestellter, zum Beispiel als Krankenhausarzt oder als Syndikusanwalt, praktiziert wird. Der „Dichtegrad“ der öffentlich-rechtlichen Einbindung Freier Berufe ist ebenfalls höchst unterschiedlich: Neben weitgehend „staatsfreien“ Freiberuflern, wie Künstlern und Publizisten, stehen staatlich gebundene Berufe, wie zum Beispiel Rechtsanwälte, die vom Gesetz als „unabhängiges Organ der Rechtspflege“ bezeichnet werden (§ 1 BRAO), Apotheker, denen nach dem Apothekengesetz die Sicherstellung der Arzneimittelversorgung obliegt, oder Ärzte und Zahnärzte, die nach der Bundesärzteordnung und dem Zahnheilkundengesetz bei der Ausübung ihres Berufes der medizinischen Versorgung der Bevölkerung ebenfalls in staatliche Sozialpflichten eingebunden sind.

Den höchsten Dichtegrad öffentlich-rechtlicher Einbindung weisen Freie Berufe auf, die wie zum Beispiel Notare oder öffentlich bestellte Vermessungsingenieure mit staatlichen Hoheitsfunktionen beliehen sind, sodass ihre Freiberuflichkeit durch die Indienstnahme für Staatsfunktionen weitgehend öffentlich-rechtlich überlagert ist.

Schließlich zeigt die Debatte um die Zulässigkeit von Werbetributen und gesellschaftsrechtlichen Formen der Berufsausübung Freier Berufe die Probleme einer Abgrenzung zur Vergewerblichung, die auch vor dem Berufsbild des Zahnarztes in seinen verschiedenen Ausübungsformen als Privatzahnarzt, als Vertragszahnarzt, als Hochschullehrer oder Angestellter öffentlicher Institutionen nicht Halt macht.

Besonders der Status des Vertragszahnarztes muss sich vor dem Hintergrund der Systembedingungen der GKV und seiner zunehmenden Funktionalisierung für die Zwecke der sozialen Krankenversicherung auf seine Freiberuflichkeit befragen



Prof. Dr. Burkhard Tiemann

lassen. Die Kumulation vielfältiger Einschränkungen beruflicher Freiheiten, die sowohl die medizinisch-therapeutische Komponente (Einschränkung der Therapiefreiheit durch Arzneimittelbudgets, Richtlinienvorgabe, Kontrolldichte der Wirtschaftlichkeits-Qualitätssicherung) als auch die ökonomischbetriebswirtschaftliche Dispositionsfreiheit (wirtschaftliche Restriktionen durch Budgetierung, Degression, Realwertverluste, gesetzgeberische Vergütungsinterventionen) sowie das berufliche Umfeld freier Entscheidungs- und Entfaltungsmöglichkeiten (Zulassung, Bedarfsplanung, Altersgrenze, Praxisübergabemodalitäten) umfassen, haben dazu geführt, den Kassen- bzw. Vertrags(zahn-)arzt als „Amtswalter der gesetzlichen Krankenversicherung“, als „Semi-Beamter“, als quasi Beliehener „mit Sozialanspruch auf Teilhabe der aus Zwangsabgaben gespeisten Gesamtvergütung“ anzusehen.

Insbesondere vor dem Hintergrund sozialstaatlicher Einbindung durch die Gesetzliche Krankenversicherung wird die Problematik zahnärztlicher Freiberuflichkeit auf einige zentrale Fragestellungen fokussiert:

- Was ist das Proprium der Freiberuflichkeit des zahnärztlichen Berufsbildes und zahnärztlicher Berufsausübung?
- Welchen konkreten Rechtsgehalt hat der Begriff der Freiberuflichkeit, insbesondere im Hinblick auf die grundgesetzlichen Gewährleistungen?
- Welche rechtsstaatlichen, insbesondere grundrechtlichen Schranken gesetzgeberischer Gestaltungsfreiheit ergeben sich angesichts der Tatsache, dass Freiberuflichkeit nichts genuin Statisches ist, sondern gerade im Sozialstaat einer Dynamik unterliegt, die vom gesellschaftlichen, wissenschaftlichen und ökonomischen Innovationsprozessen ausgelöst wird?

Berufs- und Vertrags(zahn-)arztrecht als Determinanten der Freiberuflichkeit

Die zahnärztliche Berufstätigkeit innerhalb des Systems der zahnärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland ist in der Regel – nämlich soweit es sich um den Vertragszahnarzt handelt – bestimmt von zwei Komponenten: dem zahn-

ärztlichen Berufsrecht, das sich insbesondere im Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde i. d. F. der Bekanntmachung vom 16. April 1987 (BGBl. I, S. 1225) sowie der ergänzenden Approbationsordnung für Zahnärzte i. d. F. vom 17. Dezember 1986 (BGBl. I, S. 2524) und den landesrechtlichen Heilberufs- und Kammergesetzen niedergeschlagen hat, ferner den kassenarztrechtlichen Bestimmungen, insbesondere Regelungen des SGB V, sowie in den Richtlinien, Mantel- und Gesamtverträgen, die durch dieses Gesetzeswerk ihre rechtliche Ausgestaltung erfahren haben.

Sowohl im Zahnheilkundengesetz als auch in der Berufsordnung für die deutschen Zahnärzte vom 06. November 1975 wird der zahnärztliche Beruf als ein „seiner Natur nach Freier Beruf“ bezeichnet, der nur in Diagnose- und Therapiefreiheit ausgeübt werden kann und dessen Ausübung kein Gewerbe darstellt. Der Zahnarzt ist demnach verpflichtet, seinen Beruf nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst und nach Geboten der Menschlichkeit auszuüben, dem ihm im Zusammenhang mit dem Beruf entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen, sein Wissen und sein Können in den Dienst der Pflege, der Erhaltung und der Wiederherstellung der Gesundheit zu stellen. Diese generelle Definition der Berufspflichten wird in den Berufsordnungen in eine Palette von Einzelpflichten ausdifferenziert, die von der Fortbildungspflicht über Schweigepflicht, Aufzeichnungspflicht, Kollegialitätspflicht bis hin zur Übernahme von Pflichten wie dem Notfalldienst reicht.

Die freiberufliche Komponente der zahnärztlichen Berufsausübung als eigenverantwortliche, weisungsunabhängige, nicht in erster Linie erwerbswirtschaftliche Tätigkeit paart sich bei einer Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung mit den Bindungen des Kassenarztrechts. Das Spannungsverhältnis zwischen der Eigenverantwortlichkeit des Freien Berufes und dem rechtlichen Standard des Kassensystems hat das Bundesverfassungsgericht im Grundsatzurteil zur Rechtsstellung des Kassenarztes bzw. Kassenzahnarztes 1960/61 dahingehend umschrieben, dass der Kassenarzt kein eigener Beruf sei, der dem des nicht zu den Kassen zugelassenen, frei praktizierenden Arztes gegenübergestellt werden könne. Vielmehr sei die Tätigkeit des Kassenarztes nur eine Ausübungsform des Berufes des frei praktizierenden Arztes. Die Rechtsstellung des Kassenarztes sei auch kein öffentlicher Dienst; zwar sei der Kassenarzt durch die Zulassung in ein öffentlich-recht-

liches System einbezogen, innerhalb dieses Systems stehe er jedoch weder zu den Kassen noch zur Kassenärztlichen Vereinigung in einem Dienstverhältnis. Mit der Krankenkasse verbinde ihn keine unmittelbare Rechtsbeziehung. Der Kassen-(zahn-)arzt sei nicht Dienstnehmer, sondern Mitglied der Kassen(zahn-)ärztlichen Vereinigung als genossenschaftlichem Zusammenschluss der Zahnärzte zur korporativen Erfüllung der Verpflichtung, die ärztliche Versorgung der Kassenmitglieder sicherzustellen. Der Kassenarzt trage das wirtschaftliche Risiko seines Berufes selbst. Die Krankenversicherung bediene sich des Freien Berufes der Ärzte zur Erfüllung ihrer Aufgabe. Nur in gewissen, für das Gesamtbild nicht entscheidenden Punkten, sei diese Tätigkeit besonderen Beschränkungen unterworfen, die sich aus der Einbindung in das vertragsärztliche Versorgungssystem ergäben.

Der Freie Beruf des Arztes und Zahnarztes steht also in einem spezifischen Spannungsverhältnis freiberuflicher Eigenverantwortung und sozialstaatlicher Bindung. Die Grenzen dieser Bindungen zu bestimmen, ist im Hinblick auf die grundgesetzliche Gewährleistung der Berufsfreiheit (Art. 12 GG) des Arztes und Zahnarztes, aber auch im Hinblick auf die gesellschaftspolitische Relevanz der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung durch Freie Heilberufe von zentraler Bedeutung. Als Rechtsbegriff hat die Freiberuflichkeit Konturen gewonnen durch die Legaldefinition des § 1 Abs. 2 des Partnerschaftsgesellschaftsgesetzes vom 22. Juli 1998, in dem es als Wesensmerkmal der Freien Berufe bezeichnet wird, dass sie „auf der Grundlage besonderer beruflicher Qualifikation oder schöpferischer Begabung die persönliche, eigenverantwortliche und fachlich unabhängige Erbringung von Dienstleistungen höherer Art im Interesse der Auftraggeber und der Allgemeinheit“ zum Inhalt haben. Das breite Spektrum der aus Art. 12 Abs. 1 GG ableitbaren Gewährleistungen der Freiheit der Berufsausübung garantiert die Gesamtheit der mit der Berufstätigkeit, ihrem Ort, ihren Inhalten, ihrem Umfang, ihrer Dauer, ihrer äußeren Erscheinungsform, ihren Verfahrensweisen und ihren Instrumenten zusammenhängenden Modalitäten der beruflichen Tätigkeit und umfasst eine Reihe von Einzelfreiheiten, wie z. B.

- die berufliche Entfaltungsfreiheit mit den für den medizinischen Bereich zentralen Komponenten der Therapiefreiheit,

- die berufliche Organisations- und Dispositionsfreiheit bezüglich der privatautonomen Rechtsformenwahl und der Freiheit gemeinsamer Berufsausübung, der Investitionsfreiheit sowie der freien Vertrags- und Preisgestaltung,
- die Wettbewerbsfreiheit einschließlich der Freiheit der beruflichen Selbstdarstellung durch sachliche Informationswerbung, der Führung erworbener akademischer Grade und Tätigkeitsschwerpunkte,
- die Eigenverantwortung für die Erbringung und wirtschaftliche Verwertung beruflicher Leistungen.

Das zahnärztliche Berufsrecht weist seit Jahrzehnten eine Tendenz auf, durch staatliche Vorgaben die Praxisführung und wirtschaftliche Entfaltungsfreiheit der Berufsangehörigen zu reglementieren. Die den Zahnarzt wirtschaftlich belastenden Anforderungen an Praxisausstattung, Qualitätssicherung und Fortbildung nehmen ständig zu, während die wirtschaftliche Basis, die Zahnärztliche Gebührenordnung (GOZ), seit mehr als 15 Jahren nicht an die wirtschaftliche Entwicklung angepasst wurde, so dass der Realwert der Leistungsvergütung erheblich gesunken ist.

Insbesondere das engmaschige Netz kassenärztlicher Pflichten, denen Arzt und Zahnarzt in der Berufsausübungsform des Vertragsarztes unterworfen sind und die sowohl die Berufsausübung im engeren Sinne, d. h. die diagnostisch-therapeutische Kernzone der Berufstätigkeit, tangieren als auch die wirtschaftliche Komponente der Berufsausübung sowie die allgemeine berufliche Entfaltungs- und Dispositionsfreiheit einschränken, hat dazu geführt, dass verschiedentlich Zweifel laut wurden, ob der Vertrags(zahn-)arzt überhaupt noch die Kriterien des Freien Berufes erfülle. Von den zentralen Definitionskriterien der Freien Berufe, nämlich der besonderen beruflichen Qualifikation, der Eigenverantwortlichkeit und Unabhängigkeit sei nur noch ersteres übergeblieben und im Grunde ein neues eigenständiges Berufsbild des „Vertragsarztes“ entstanden. Kausal für diese Entwicklung des Vertrags(zahn-)arztes zu einem Freiberufler „sui generis“ sind in erster Linie die Systembedingungen der GKV.

Die stärkere soziale Einbindung des Kassenarztes, die Einwirkung gesamtwirtschaftlicher Prozesse auf die kassenärztliche

Behandlungstätigkeit und das Arzt-Patienten-Verhältnis haben das System der kassenärztlichen Versorgung in ein spezifisches Spannungsfeld zwischen den grundrechtlich garantierten Anforderungen an die autonome, von persönlichem Vertrauen und fachlicher Kompetenz getragene Arzt-Patienten-Beziehung mit ihren vielschichtigen Implikationen (Therapiefreiheit, Wahlrecht des Patienten, Aufklärungs- und Mitwirkungspflichten, Höchstpersönlichkeit der Leistungserbringung) und den sozialstaatlichen Anforderungen gesamtgesellschaftlicher Organisationsprinzipien gestellt. Dies führt zu einer mehrdimensionalen Antinomie des Kassenarztrechts, die rechtsstaatlich einwandfrei nur aufgelöst werden kann, wenn die beteiligten Rechtsgüter und Interessen in grundrechtskonformer Weise harmonisiert werden. Die erste Antinomie ist rechtskonstruktiver Art und betrifft die Trias von Sachleistung, Gesamtvertrag und Gesamtvergütung, die das System der Gesetzlichen Krankenversicherung fast ausnahmslos beherrscht.

Zwischen Vertrags(zahn-)arzt und Patient besteht im Rahmen der Sachleistung weder ein schuldrechtlicher Leistungsanspruch bezüglich der ärztlichen Behandlung noch ein privatrechtlicher Vergütungsanspruch für die geleisteten ärztlichen Dienste. Die privatrechtlichen Beziehungen zwischen Arzt und Patient sind im Sachleistungssystem auf ein haftungsrechtliches Sorgfaltspflichtverhältnis (§ 76 Abs. 4 SGB V) reduziert, das im Wege einer Transformation bürgerlich-rechtlicher Sorgfaltspflichten in das öffentlich-rechtliche Verhältnis eingefügt wird. Diese Rechtsfolgenverweisung auf das bürgerliche Recht stellt sich als rechtliche „Krücke“ zur Überbrückung der fehlenden Vertragsrechte und -pflichten im Haftungsfalle dar. Der Vertrags(zahn-)arzt tritt dem Patienten damit als Erfüller des öffentlich-rechtlichen Anspruchs gegenüber, der in einer Drittbeziehung, dem Versicherungsverhältnis wurzelt. Das (Zahn-) Arzt-Patienten-Verhältnis im Kassenarztrecht gestaltet sich auf diese Weise als öffentlich-rechtliches Erfüllungsverhältnis, das sowohl die Aufgabe der Anspruchsrealisierung als auch die Funktion einer Gewährleistung wirtschaftlicher und lege artis-konformer Versorgung für den Patienten hat.

Dieser „Einbruch der Sozialversicherung in die Arzt-Patienten-Beziehung“ führt durch die Dominanz des Sachleistungsprinzips, das bisher nur für freiwillig Versicherte und unaufschiebbare Leistungen (§ 13 SGB V) durchbrochen wird, zu

rechtlichen Konsequenzen, die von der Rechtsdogmatik bisher weitgehend unbewältigt geblieben sind. Rechtskonstruktive Inkompatibilitäten treten im selben Augenblick auf, wo andere als Sachleistungsformen in dieses öffentlich-rechtlich durchnormierte System einzufügen sind: Typisch für diese Problematik ist der Zahnersatz, der bis zum In-Kraft-Treten des KVEG als Zuschussleistung auf der Grundlage eines privatrechtlichen Vertrages zwischen Zahnarzt und Patient ausgestaltet war. Obwohl das Bundessozialgericht in seiner Prothetikentscheidung vom 24. Januar 1974, die die Sonderstellung des Zahnersatzes als Zuschussleistung im Rahmen eines Privatvertrages anerkannte, bestätigte, dass diese Zuschussleistung nicht der Gesamtvergütung unterliegt, sah es sich veranlasst, diese Leistungsform in das Korsett der Vertragshoheit des Kassenarztrechts zu pressen, wenngleich ihm die rechtskonstruktive Unvereinbarkeit von Zuschussleistung und Gesamtvergütung selbst nicht verborgen blieb.

Auch nachdem der Gesetzgeber im GRG und GSG einen halbherzigen Reformschritt vollzog, in dem er den durch das KVEG zur Sachleistung umgestalteten Zahnersatz zur Kostenerstattungsleistung wandelte, blieb es bei einer Kostenerstattungsform, die nicht der idealtypischen Vorstellung einer Gläubiger-Schuldner-Beziehung mit Zahlungspflicht des Leistungsempfängers entspricht, sondern einer „hinkenden“ Form der Kostenerstattung, die das GSG als „Sachleistungssurrogat“ bezeichnete und bei der die Kassen den dem Versicherten geschuldeten Anteil mit befreiender Wirkung an die KZV zahlte. Erst das 2. GKV-Neuordnungsgesetz sah für die prothetische und kieferorthopädische Versorgung eine echte Kostenerstattung vor, die bereits kurze Zeit später durch das GKV-SolG wieder zugunsten der Sachleistung aufgehoben wurde.

Dass die Inadäquanz der Handlungsformen im Kassenarztrecht durch die Sachleistungsfixierung zu dogmatischer Erstarrung und Verzerrungen führt, zeigt schließlich auch die Schwierigkeit, Formen der Direktbeteiligung oder Kostenerstattung in die Sachleistungskonstruktion zu integrieren. Mit der Unmittelbarkeit wirtschaftlicher Leistungsbeschaffung war die Krankenkasse weitgehend auf ein Alles-oder-Nichts-Prinzip verwiesen, nämlich entweder eine Leistung zu vermitteln, die im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeits- und Zweckmäßigkeitsrestriktionen des Krankenversicherungsrechts den Erfordernissen

und legitimen persönlichen Wünschen des Patienten im Einzelfall nicht entspricht, oder eine Leistung zu beschaffen, die gleichsam ein sozialstaatliches „ultra posse“ darstellt, weil sie in einer Disproportionalität zur jeweiligen finanziellen Leistungsfähigkeit der Krankenkasse steht.

Gerade auch beim Zahnersatz mit seinen vielfältigen Wahlmöglichkeiten und Versorgungsformen musste der Gesetzgeber die unzulängliche Flexibilität öffentlich-rechtlicher Anspruchsnormierung anerkennen und die Möglichkeit eröffnen, dass der Versicherte nicht nur den Eigenanteil (§ 30 Abs. 2 SGB V), sondern für aufwändigere Versorgungsformen die Mehrkosten selbst zu tragen hat (§ 30 Abs. 3 SGB V). Das Gleiche gilt für Zahnfüllungen (§ 28 Abs. 2 S. 2 SGB V). Wie ausgeprägt das Beharrungspotential des Sachleistungsprinzips im deutschen Sozialversicherungsrecht ist, beweist die Neuregelung des Zahnersatzes im „Gesetz zur Modernisierung des Gesundheitssystems“ (GMG) vom 1. Januar 2004, durch das befundorientierte Festzuschüsse zum Zahnersatz vorgesehen sind. Andererseits wird durch den Regelungsentwurf das starre Korsett der Sachleistung mit seiner Alles-oder-Nichts-Beschränkung gesprengt, weil der Versicherte, wenn er sich für aufwändigere gleich- oder andersartige Versorgungsformen entscheidet, den Festzuschuss in diese Versorgungsform „mitnimmt“.

Der weitgehende Ausschluss der Privatautonomie im Sachleistungsprinzip, die Herauslösung konstituierender Gestaltungskomponenten des Vertragstypus, nämlich Leistung und Gegenleistung aus der Vertragsbeziehung zwischen Zahnarzt und Patient, zerreißt das duale Schuldverhältnis als synallagmatisches Regelungsgefüge und Gestaltungseinheit und wirft darüber hinaus bedeutsame Fragen des Selbstverständnisses (zahn-)ärztlicher Berufsausübung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung auf: Der für privatrechtliche Vertragsverhältnisse charakteristische Konsens wird bereits auf öffentlich-rechtlicher Ebene antizipiert, nämlich in den Beziehungen Versicherter/Krankenkassen einerseits und Krankenkasse/Kassen(zahn-)ärztliche Vereinigung/Kassenarzt andererseits. Die Sachleistungsgewährung und das Arzt-Patienten-Verhältnis werden damit gekennzeichnet von der Anonymität und Intransparenz der Leistungsbeziehung. Die öffentlich-rechtliche Präformierung des Behandlungsverhältnisses wird aber der Vertrauensbeziehung zwischen (Zahn-)Arzt und Patient, in die elementare Rechtsgüter wie Persönlichkeitsrechte,

körperliche Integrität usw. eingebracht werden, nicht gerecht. Der Arztvertrag hat mehr zu regeln als die bloße Kostenfrage, er betrifft Aufklärung und Einwilligung ebenso wie Wahl- und Selbstbestimmungsrechte oder Mitwirkungspflichten des Patienten. Angesichts der Grundrechtssensibilität der beteiligten Rechtsgüter und der Rechte-Pflichten-Relation im Kassenarztrecht müssen auch im Arzt-Patienten-Verhältnis die konstitutiven Elemente des Privatvertrages erhalten bleiben. Gerade der für seine individuelle Lebensplanung eigenverantwortliche Patient kann in seiner Persönlichkeitsentfaltung nicht so weit eingeschränkt werden, dass er auf anonyme Leistungsbeziehung verwiesen ist. Die Wiederbelebung privatvertraglicher Elemente innerhalb und außerhalb des Sachleistungssystems und seine Eingrenzung auf die Leistungsbereiche, die der sozialen Schutzfunktion der Gesetzlichen Krankenversicherung gerecht werden, ist eine rechtsstaatliche Aufgabe, die der Subjektstellung von (Zahn-)Arzt und Patient Rechnung trägt und der individualrechtlichen Prägung des Behandlungsverhältnisses gerecht wird.

Haftungs- und europarechtliche Inkompatibilitäten

Sie ist darüber hinaus erforderlich, um eine Kollision (zahn-)ärztlicher Pflichten im Spannungsfeld unterschiedlicher Anforderungen aufzulösen, die einerseits das an ökonomischen Wirtschaftlichkeits- und Sparsamkeitskriterien ausgerichtete öffentlich-rechtliche Vertragsarztrecht, andererseits das am allgemeinen wissenschaftlich-medizinischen Standard orientierte zivilrechtliche Haftungsrecht an den (Zahn-)Arzt stellen: Im Sachleistungsprinzip des SGB V darf der Vertrags(zahn-)arzt neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nur anwenden, wenn der Bundesausschuss der Ärzte bzw. Zahnärzte und Krankenkassen diese Methoden anerkannt hat; gemäß zivilrechtlichem Arzthaftungsrecht hat der Vertrags(zahn-)arzt die Pflicht, seine Behandlung nach eigener Prüfung an den aktuellen medizinisch-wissenschaftlichen Standards auszurichten. Es besteht also ein ungelöstes Konfliktpotential zwischen der sozialversicherungsrechtlichen Wirtschaftlichkeitsanforderung (§ 12 Abs. 1 S. 2 SGB V) und dem zivilrechtlichen Haftungsmaßstab. Eine weitere Inadäquanz des Sachleistungsprinzips als leistungsrechtliches Handlungsforum betrifft die Europakompatibilität der Sachleistung.

In mehreren aufsehenerregenden Entscheidungen hat der Europäische Gerichtshof entschieden, dass nationale Genehmigungsvorbehalte der Sozialversicherungsträger für die Inanspruchnahme ambulanter und stationärer Behandlungen oder den Erwerb von Heil- und Hilfsmitteln im Ausland nur unter engen Voraussetzungen zulässig sind. Dies wurde sowohl für die Kosten einer im EU-Ausland durchgeführte Zahnbehandlung (Fall Kohll, Urteil v. 28.4.1998, C-158/96) als auch für den Erwerb einer Brille (Fall Decker, Urteil v. 28.4.1998, C-120/95) und für die Krankenhausbehandlung (Fall Geraets-Smits und Peerbooms, Urteil v. 12.7.2001, C-157/99) entschieden. Der EuGH bestätigt zwar den Grundsatz, dass allein die Mitgliedstaaten zuständig sind für die Ausgestaltung ihrer sozialen Sicherungssysteme, sie müssen jedoch bei der Wahrnehmung dieser Kompetenzen das Gemeinschaftsrecht beachten. Eine Regelung wie das territorial gebundene Sachleistungsprinzip, das den Versicherten durch Genehmigungsvorbehalte faktisch daran hindert, ärztliche und zahnärztliche Dienstleistungen in einem anderen EU-Staat frei in Anspruch zu nehmen, verletzt deren Grundfreiheiten und die der Heilberufe. Diesen Grundsatz, der sowohl für auf Kostenerstattungsbasis beruhende wie für sachleistungsgeprägte Gesundheitssysteme gilt, hat der EuGH in einer neueren Entscheidung vom 13. März 2003, Fall Müller-Fauré/van Riet (Rs C-385/99) bestätigt, die eine Zahnarztbehandlung von Niederländern in Deutschland betrifft. Eine Ausnahme kann für den stationären Sektor nur dann gelten, wenn bei einer Öffnung des Systems eine „erhebliche Gefährdung“ des nationalen Sicherungssystems der gesundheitlichen Versorgung droht. Von dieser Rechtsprechung des EuGH werden auch in Zukunft Impulse für eine auf Kostenerstattung beruhende Umgestaltung des deutschen Leistungsrechts erwartet, um der erforderlichen Mobilität und Transparenz der Leistungsnachfrage und –erbringung gerecht zu werden und das deutsche Leistungs- und Vertragsrecht „europafest“ zu machen.

Einschränkung fachlicher, organisatorischer und wirtschaftlicher Unabhängigkeit

Sowohl die berufliche Entscheidungsfreiheit als auch die wirtschaftliche Komponente vertrags(zahn-)ärztlicher Berufstätigkeit sind zunehmend in den Bannkreis makrosozialer Steuerungsmechanismen und gesamtwirtschaftlich orien-

tierter Daten geraten und damit an Kriterien gekoppelt, die außerhalb des individuellen Leistungsbezuges liegen. Die Einschränkung der Therapiefreiheit durch ein engmaschiges Regelwerk von Richtlinien und Budgetvorgaben, die Kontrollen der Wirtschaftlichkeits- und Qualitätssicherungsprüfungen, die Restriktionen durch Budgetierung und Degressionsregelungen sowie durch gesetzgeberische Interventionen in das Vertrags- und Vergütungssystem bezeichnen Tendenzen der Unterordnung medizinisch-therapeutischer Erfordernisse und betriebswirtschaftlicher Sachzwänge unter das kalkül Kosten-Nutzen-analytischer Betrachtungsweise.

Das Bundesverfassungsgericht hat dem Gesetzgeber im Hinblick auf die Gemeinwohlbedeutung der gesetzlichen Krankenversicherung einen weiten Gestaltungsspielraum sozialpolitischer Normsetzung eingeräumt und sowohl gesetzgeberische Eingriffe in das Vertrags- und Vergütungssystem als auch Bedarfsplanungsregelungen und Altersgrenzen für verfassungslegitim erklärt. Diese Rechtsprechung vermag im Hinblick darauf nicht zu befriedigen, dass sie die Grundrechtsbelange der Heilberufe als Leistungsträger in den Hintergrund treten lässt. Die Anerkennung der Finanzierungsfähigkeit der sozialen Sicherungssysteme als überragend wichtiges Gemeinschaftsgut rechtfertigt nicht eine einseitige Lasten- und Risikoüberwälzung auf freiberufliche Ärzte und Zahnärzte, sondern erfordert eine sorgfältige Harmonisierung der involvierten Rechtsgüter und Grundrechtsbelange im Sinne „praktischer Konkordanz“.

Während im zahnärztlichen Berufsrecht eine durch die höchstrichterliche Rechtsprechung zur Aufhebung von Werbeverboten und der Beschränkung von Formen gemeinschaftlicher Berufsausübung beförderte Liberalisierungstendenz unverkennbar ist, unterliegen schon die Zulassung zum Status des Vertragszahnarztes und die Modalitäten seiner Ausübung einer Fülle von Restriktionen und Reglementierungen. Am schwersten wiegen dabei die geltende Bedarfsplanung (§§ 101, 103 SGB V) sowie die seit 1999 bestehende Altersbegrenzung für den Zugang zur vertragsärztlichen Tätigkeit und für das Erlöschen der Zulassung (§ 95 SGB V). Nach den gesetzlichen Bestimmungen können approbierte (Zahn-)Ärzte, die das 55. Lebensjahr vollendet haben, grundsätzlich nicht mehr zur vertrags(zahn-)ärztlichen Versorgung zugelassen werden (§ 98 Abs. 2 Nr. 12 SGB V).

Mit Vollendung des 68. Lebensjahres erlischt die Zulassung (§ 95 Abs. 7 SGB V). Diese subjektiven Zulassungsbeschränkungen sah das Bundesverfassungsgericht als gerechtfertigt an, da sie ein geeignetes Mittel seien, um die Kosten des Gesundheitswesens zu begrenzen. Denn eine steigende Anzahl von Ärzten führe zu einem Anstieg der Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung. Abgesehen davon, dass dieser Befund angebotsinduzierter Nachfrage im zahnärztlichen Bereich nicht in einem dem ärztlichen Versorgungsektor vergleichbaren Maße besteht, erscheint es sehr zweifelhaft, ob ein partielles „Berufsverbot“ eine dem Übermaßverbot entsprechende Beschränkung ist, da sie in ihren Wirkungen einem Eingriff in die freie Berufswahl zumindest nahe kommt. An Regelungen der Berufsausübung mit nachhaltigen Auswirkungen auf die Berufswahl legt das Bundesverfassungsgericht ansonsten einen strengen verfassungsrechtlichen Maßstab an und hält sie nur für gerechtfertigt, „wenn sie durch besonders wichtige Interessen der Allgemeinheit gefordert werden, die nicht anders geschützt werden können“. Insofern sind auch Regelungen problematisch, die den Vertrags(zahn-)arzt hindern, seine Praxis oder den Anteil an einer Gemeinschaftspraxis frei zu veräußern oder zu vererben (§ 103 Abs. 4 SGB V). Die Rechte an Praxis und Praxisanteil genießen Eigentumsschutz, weil sie auf nicht unerheblichen Eigenleistungen des Zahnarztes beruhen und der Sicherung seiner Existenz dienen, sodass solche Regelungen einer staatlichen „Zwangsbewirtschaftung“ unverhältnismäßig sind.

In welchem Ausmaß der Sozialgesetzgeber das (zahn-)ärztliche Berufsrecht und -bild präformiert, zeigt die durch das GMG neugeschaffene Regelung der medizinischen Versorgungszentren (§ 95 SGB V). Obwohl das Heilberufsrecht der Länderkompetenz (Art. 70 GG) und nicht der konkurrierenden Gesetzgebung des Bundes für die Sozialversicherung (Art. 74 Nr. 12 GG) unterliegt, setzt der Bundesgesetzgeber sich über landesrechtliche Regelungen zu gesellschaftsrechtlichen Formen der Berufsausübung hinweg und favorisiert fachübergreifende Versorgungszentren und gesellschaftsrechtliche Organisationsstrukturen.

Er verabschiedet sich damit vom Leitbild der freiberuflichen Niederlassung in eigener Praxis als idealtypischem Versorgungsträger und begünstigt hinsichtlich der Bedarfsplanung (§ 103 Abs. 4a SGB V) und Arbeitszeitregelungen

(§ 101 Abs. 1 S. 6 SGB V) die Zentren, wodurch ein erheblicher Anpassungsdruck auf die ärztlichen und zahnärztlichen Selbstverwaltungen hinsichtlich ihrer Berufsordnungen und Rechtsunsicherheit bezüglich der Berufsaufsicht erzeugt wird.

Die zunehmende Funktionalisierung des Vertragszahnarztes für Systembedingungen der GKV wird auch im Verhältnis zum Patienten deutlich. Die Überlagerungen einer an fachlich-wissenschaftlichen Kriterien orientierten Therapieentscheidung durch Wirtschaftlichkeitsgebote und Regressanktionen lässt den Vertragszahnarzt seinen Patienten gegenüber nicht in einer vertrauensgestützten Zweierbeziehung im freiberuflichen Sinne gegenüberstehen, sondern in der instrumentellen Funktionserfüllung für die GKV. Dies ist schon in der Rechtskonstruktion des Sachleistungsprinzips angelegt, die den Vertragszahnarzt dem Patienten gegenüber als Realisator öffentlich-rechtlicher Systembedingungen auftreten lässt. Mangelnde Transparenz des Leistungsgeschehens, fehlende Selbstbestimmung und Vertragsautonomie der Partner sowie die normative Therapiefremdsteuerung durch Richtlinien, Richtgrößen und Budgets beeinträchtigen die (Zahn-)Arzt-Patienten-Beziehung ebenso wie die sachwidrigen, insbesondere an Durchschnittswerten orientierten Regresse der Behandlungs- und Ordnungsweise (§§ 106 ff. SGB V). Zusätzlich leidet das (Zahn-)Arzt-Patienten-Verhältnis der GKV daran, dass durch die Verschärfung datenschutzrechtlicher Bestimmungen (§§ 284 ff. SGB V) das Arztgeheimnis und das informationelle Selbstbestimmungsrecht des Patienten gefährdet werden.

Neben den immer engermaschiger werdenden Instrumentarien der Wirtschaftlichkeitsprüfung werden dem Vertrags(zahn-)arzt im Gewande der Qualitätssicherung (§§ 138 a ff. SGB V) immer neue Therapievorgaben und Prüfungsmodalitäten auferlegt. Das Spektrum der Maßnahmen reicht von Richtlinien über verpflichtende Maßnahmen der Qualitätssicherung, Indikationskatalogen diagnostischer und therapeutischer Leistungen (§ 136 b SGB V) bis zu evidenzbasierten Leitlinien diagnostischer und therapeutischer Ziele (§ 137 e SGB V). Auch das im Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz vorgesehene „Deutsches Institut für Qualitätsfragen“ wird Tendenzen verstärken, die Therapiefreiheit des (Zahn-)Arztes medizinbürokratischen Standards zu unterwerfen.

Kennzeichen eines Freien Berufes ist neben der eigenverantwortlichen und unabhängigen Berufsausübung eine leistungsgerechte Vergütung der persönlichen Dienste des Freiberufers. Dementsprechend wird im SGB V die angemessene Vergütung des Vertrags(zahn-)arztes gewährleistet und die Ausbalancierung zwischen den Leistungs- und Finanzierungskomponenten des Systems („Beitragssatzstabilität“) postuliert (§ 85 Abs. 3 SGB V). Der Vertrags(zahn-)arzt wird zunehmend durch Budgetierung, Degressionsparameter und Wirtschaftlichkeitsprüfung an allgemeinen Durchschnittszahlen gemessen, sodass nicht mehr die freiberufliche Verantwortung zu seinem Patienten im Mittelpunkt steht, sondern seine öffentlich-rechtliche Verpflichtung zur Bewirtschaftung öffentlicher Mittel. Auf diese Weise wird der Vertrags(zahn-)arzt dazu gedrängt, allgemeine Kostenerwägungen zu Lasten einer individualbezogenen Behandlung in den Vordergrund zu stellen. Die Überwälzung des Morbiditätsrisikos auf die Ärzte- und Zahnärzteschaft führt dazu, dass die Vergütungsvereinbarungen sich der Realisierung eines bloßen Teilhabeanspruchs an der kollektiven Gesamtvergütung nähern, statt einer leistungs- und kostenadäquaten Vergütung für den freiberuflichen (Zahn-)Arzt. Der (Zahn-)Arzt wird damit in einen unauflösbaren Zielkonflikt zwischen ethischen Bindungen, gesetzlichem Behandlungsauftrag und wirtschaftlichen Rentabilitätsbewertungen versetzt. Die Budgetierung der Vergütungen führt schließlich dazu, dass es zu Rationierungen von Gesundheitsleistungen kommt, zu einer offenen oder verdeckten „Triage“ und zu einer Mehrklassenmedizin, die gerade von denjenigen abgelehnt wird, die beharrlich am Sachleistungsprinzip und Budgets festhalten.

Es ist dabei vor allem ein Mosaikereffekt, der die freiberuflichen Defizite der Gesetzlichen Krankenversicherung kennzeichnet und ärztliche Freiberuflichkeit zum Teil nur mehr als deklaratorische Fassade erscheinen lässt. Die Kumulation von Einschränkungen beruflicher Freiheiten, von der medizinisch-therapeutischen Komponente über die ökonomisch-betriebswirtschaftliche Dispositionsfreiheit bis zum beruflichen Umfeld freier Entscheidungs- und Entfaltungsmöglichkeiten haben dazu geführt, dass der Vertragsarzt sich statusmäßig in einer Grauzone, einer eigentümlichen Zwitterstellung zwischen freiberuflicher Risikoträgerschaft und staatlicher Einbindung bewegt. Während jedoch jeder Beliehene im vollen Bewusstsein der Übernahme öffentlicher Aufgabenerfüllung diesen

Auftrag übernimmt, während jeder Amtswalter sich in freier Entscheidung in einen Verwaltungsorganismus integriert, schließt sich der Arzt als Freiberufler dem System der gesetzlichen Krankenversicherung an, um – wie es ärztlicher Aufgabe entspricht – dem einzelnen Patienten, sei es auch unter Beachtung öffentlich-rechtlicher Systembindungen, unmittelbar die freiberuflichen ärztlichen Leistungen zukommen zu lassen. Der freie Heilberuf erfüllt seine Aufgabe zwar im Kontext sozialer Verantwortungsbezüge nicht aber primär für ein soziales Sicherungssystem. Auch die Zulassung zur vertragszahnärztlichen Versorgung bewirkt keine grundlegende Status- und Funktionsmetamorphose, zumindest so lange nicht durch den Gesetzgeber eine klare Ausgestaltung eines eigenständigen „Kassenarztberufes“ als Amtswalter der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgt ist. Der Gesetzgeber wird deshalb im Sinne des Grundsatzes der Systemkonsequenz zukünftig vor die Entscheidung gestellt sein, diese im Wege einer stillen Evolution vollzogene Umfunktionierung des ärztlichen und zahnärztlichen Heilberufes entweder offen klarzustellen oder die freiberufliche Grundkonzeption, von der die Gesetzessystematik und höchstrichterliche Rechtsprechung bisher ausgehen, wieder aufleben zu lassen. Dies gebietet seine rechtsstaatliche Gewährleistungsfunktion für die Schaffung eindeutiger und vor allem dem sozialstaatlichen Zweck der zahnärztlichen Versorgung adäquater Strukturen, um sowohl die Grundrechte der Zahnärzte als auch grundrechtsbegrenzende Rechtsgüter, wie Patientenschutz oder Funktionsbedingungen einer sozialen Krankenversicherung, rechtsstaatlich „verhältnismäßig“ zuzuordnen und zu harmonisieren.

Die Zukunft der Heilberufekammern im Spiegel der europäischen Entwicklung

86 |

Kammern und Europäische Union – eine vielschichtige Thematik

Die Bewertung des deutschen Kammerwesens am Maßstab des Rechts und der Politik der Europäischen Union ist in den meisten Fällen mit einem kritischen Unterton verbunden, bei dem insbesondere die Vereinbarkeit der gesetzlichen Pflichtmitgliedschaft in den Kammern, aber auch des von den Kammern erlassenen Berufsrechts mit dem Gemeinschaftsrecht in Frage gestellt wird. Diese negative Konnotation stützt sich im Wesentlichen auf eine Reihe von Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofs, die in der Mehrzahl Kammer- bzw. Berufsorganisationen anderer Mitgliedstaaten betrafen sowie eine Reihe von kritischen Äußerungen aus dem Munde von EU-Kommissar Monti.

Die genauere Analyse der Rechtsprechung des EuGH sowie der Aussagen der EU-Kommission in ihrem Weissbuch Europäisches Regieren sowie im Entwurf für eine EU-Dienstleistungsrichtlinie zeigen jedoch, dass entgegen diesem ersten Eindruck, von einer durchweg positiven Bewertung des deutschen Kammerwesens und des in ihm verwirklichten Selbstverwaltungsgedankens ausgegangen wird. So werden im Entwurf zur EU-Dienstleistungsrichtlinie die Kammern ausdrücklich als mitwirkende Akteure angesprochen. Eine solche explizite Einbeziehung ergibt aber nur dann Sinn, wenn man in Brüssel von der Europarechtskonformität der Kammern ausgeht. Hinzu kommen gewichtige Signale im Entwurf zum EU-Verfassungsvertrag. Dort soll in Art. 46 ein Modell partizipativer Demokratie verankert werden, das unter anderem repräsentativen Verbänden, zu denen auch die Kammern gehören, eine gewichtige Rolle zuweist.

Anliegen dieses Beitrags ist es, die Kammern aus der Perspektive des Europarechts zu betrachten und auf aktuelle Entwicklungen einschließlich der Konfliktfelder hinzuweisen. Da das Kammerwesen seinen Ursprung im deutschen Staats- und Verwaltungsrecht findet, erscheint jedoch zunächst ein Blick auf die jüngere verfassungsrechtliche Diskussion zum deutschen Kammerwesen als hilfreich, da nur auf der Grundlage eines zutreffenden Verständnisses der Grundkonzeption des deutschen Kammerwesens seine europarechtliche Beurteilung gelingen kann.

Elemente und Modernität des Selbstverwaltungsgedankens aus der Perspektive des deutschen Verfassungsrechts

Die herkömmliche verfassungsrechtliche Sichtweise der Kammern

Die verfassungsrechtliche Wahrnehmung und Einordnung der funktionalen Selbstverwaltung ist seit den Beratungen über das Grundgesetz durch den Meinungsstreit über ihre Vereinbarkeit mit dem in Art. 9 Abs. 1 GG garantierten Grundrecht der Vereinigungsfreiheit bestimmt. Wäre die Mitgliedschaft in den Kammern an Art. 9 Abs. 1 GG zu messen, so müsste man ihre Verfassungsmäßigkeit wegen der strengen Schrankenregelung in Art. 9 Abs. 2 GG in der Tat in Zweifel ziehen. Im Parlamentarischen Rat hat man diese Frage offen gelassen und auf eine ausdrückliche Regelung der Frage verzichtet. Man hat dort aber das zu dieser Zeit bereits neu errichtete Kammerwesen nicht in Frage gestellt. So hat auch das Bundesverfassungsgericht in seinen ersten Entscheidungen (BVerfGE 10, 89 ff.; 10, 354 ff.; 11, 105 ff.; 12, 319 ff.) nicht Art. 9 Abs. 1 GG, sondern das mit einem weiten allgemeinen Gesetzesvorbehalt versehene Grundrecht der allgemeinen Handlungsfreiheit aus Art. 2 Abs. 1 GG als Prüfungsmaßstab herangezogen. Diese Zuordnung wurde auch in jüngeren und jüngsten Entscheidungen beibehalten (BVerfGE 78, 320 ff.; BVerfG NVwZ 2002, 335 ff.). Der bis heute anhaltenden Kritik an dieser Position in der Wissenschaft steht aber eine zumindest ebenso gewichtige Position gegenüber, die der Position des Bundesverfassungsgerichts folgt und zum Teil noch darüber hinausgeht, indem die Mitgliedschaft in den Kammern in erster Linie als Akt der Zuweisung demokratischer Partizipationsrechte und damit als Rechtserweiterung interpretiert wird. Eingriffscharakter sollen nach dieser Ansicht nur konkrete Regelungen mit freiheitsbeschränkendem Charakter, wie die Regelungen über die Beitragspflicht, enthalten. Im Ergebnis überwiegen damit sowohl in der Rechtsprechung als auch in der Wissenschaft die Stimmen, die sich für eine Vereinbarkeit der Pflichtmitgliedschaft in den Kammern mit dem Grundgesetz aussprechen.

In der verfassungsgerichtlichen Rechtsprechung finden sich darüber hinaus auch gewichtige Aussagen zur Vereinbarkeit der Einordnung der Kammern in den Staats- und Verwaltungsaufbau. So hat das Bundesverfassungsgericht vor allem in



Prof. Dr. Winfried Kluth

seinem so genannten Facharztbeschluss die Verwurzelung der Selbstverwaltungskonzeption im Demokratie- und Rechtsstaatsprinzip betont (BVerfGE 33, 125, 157 und 159). Zugleich wurden sowohl in dieser Entscheidung und in den späteren Entscheidungen zu den Standesrichtlinien der Rechtsanwaltschaft (BVerfGE 76, 171 ff.) die Anforderungen an die Rechtsetzung durch Kammern präzisiert. Dabei wurde zum einen die Reichweite der Regelungen im grundrechtsrelevanten Bereich mit Hilfe der Lehre vom Parlamentsvorbehalt beschränkt und zum anderen die Anforderungen an die Legitimation der Kammerorgane, die berufsrechtliche Regelungen erlassen, konkretisiert.

Als Zwischenbilanz kann damit festgehalten werden, dass die Kammern sowohl im Hinblick auf ihre Organisationsform als auch hinsichtlich der ihnen zugewiesenen Aufgaben als verfassungskonform zu qualifizieren sind.

Neue Akzente in der jüngeren Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts

In drei Entscheidungen aus den Jahren 2001 und 2002 hat das Bundesverfassungsgericht seine bisherige Rechtsprechung nicht nur bestätigt, sondern durch eine weitergehende Argumentation auch die Verankerung des Typus funktionale Selbstverwaltung im Grundgesetz weiter verdeutlicht.

Die 2. Kammer des Ersten Senats des Bundesverfassungsgerichts hat sich in zwei Beschlüssen vom 13. Dezember 2001 und 8. März 2002 geäußert (BVerfG, NVwZ 2002, 335 und 851). Im ersten Beschluss ging es um die Frage, ob die gesetzliche Pflichtmitgliedschaft in den Industrie- und Handelskammern trotz veränderter Rahmenbedingungen weiterhin mit dem Grundgesetz vereinbar ist. Dies hat das Bundesverfassungsgericht bei gleichzeitiger Bestätigung des bisherigen verfassungsrechtlichen Prüfungsmaßstabes bejaht. Es hat aber zugleich deutlich gemacht, dass der Gesetzgeber den Fortbestand der legitimierenden Voraussetzungen für die Kammerorganisation von Zeit zu Zeit überprüfen muss. Dies war in Bezug auf die Industrie- und Handelskammern jedoch geschehen. Von Bedeutung und weiterführend ist im Beschluss vom 15. Dezember 2001, dass auch auf die legitimatorische und freiheitssichernde Funktion der gesetzlichen Pflichtmitgliedschaft hingewiesen wird.

Damit wird, ohne dass die Zusammenhänge im Einzelnen entfaltet werden, die partizipatorische und damit rechtsbegründende Dimension der Mitgliedschaft in den Kammern angesprochen, auf die auch in der wissenschaftlichen Literatur hingewiesen wird.

In einem weiteren Beschluss vom 8. März 2002 hat sich die 2. Kammer des Ersten Senats mit der Frage beschäftigt, ob sich eine Landeszahnärztekammer dem Versorgungswerk einer anderen Zahnärztekammer anschließen und der Satzungsgewalt unterwerfen kann, ohne dass in den für die Rechtsetzung zuständigen Organen entsprechende Mitwirkungsrechte eingeräumt werden. Eine solche Regelung ist nach den Ausführungen des Bundesverfassungsgerichts mit dem Grundgedanken der Selbstverwaltung, wie er in den Kammern verwirklicht wird, nicht zu vereinbaren. Wörtlich heißt es: „Ein solcher Verzicht auf Partizipation für gegenwärtige und künftige Mitglieder liegt nicht in der autonomen Kompetenz einer Satzungsversammlung und wird auch der Verbindung des Prinzips der Selbstverwaltung zum demokratischen Prinzip (vgl. BVerfGE 33, 125, 159) nicht gerecht“ (BVerfG, NVwZ 2002, 851, 852). Dieser Beschluss macht deutlich, dass der prägende Charakter der betroffenen Selbstverwaltung auch nicht aus pragmatischen Überlegungen disponibel ist, wenn es in erster Linie darum geht, Dienstleistungen zugunsten der Mitglieder zu erbringen. Inwieweit die Maßstäbe dieses Beschlusses auch auf privatrechtlich organisierte Dienstleistungsunternehmen der Kammern zu übertragen sind, bedarf einer genaueren Prüfung.

Die zeitlich letzte und in Umfang und Aussagegehalt bedeutsamste Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts stellt der Beschluss des Zweiten Senats vom 5. Dezember 2002 (BVerfGE 107, 59 ff.) zur Frage der Zulässigkeit der Arbeitnehmermitbestimmung in Wasserverbänden, die den Typus der Realkörperschaften innerhalb der funktionalen Selbstverwaltung repräsentieren, dar. Auch wenn man der Entscheidung im konkreten Ergebnis und den dogmatischen Einzelheiten nicht folgt, stellt sie einen bedeutsamen Beitrag für die Verortung der funktionalen Selbstverwaltung in der Verfassungsordnung dar.

Der Zweite Senat zeichnet zunächst sowohl seine Rechtsprechung zu den Anforderungen an die demokratische Legitimation in der Staats- und Kommunalverwaltung als

auch zur grundsätzlichen Zulässigkeit der Ausgliederung von öffentlichen Aufgaben aus der unmittelbaren staatlichen Verwaltung und ihre Zuweisung an Träger funktionaler Selbstverwaltung nach. Daran schließt sich die für die Verortung der funktionalen Selbstverwaltung wichtige Feststellung an, dass Art. 20 Abs. 2 GG, der das Demokratieprinzip normiert, aufgrund seines Prinzipiencharakters entwicklungs offen ist. Bei der Ausgestaltung des Demokratieprinzips komme es auf die Erfahrbarkeit und praktische Wirksamkeit der Legitimationsvermittlung an. Vor diesem Hintergrund erlaube das Grundgesetz auch besondere Formen der Beteiligung von Betroffenen bei der Wahrnehmung öffentlicher Aufgaben. Wörtlich heißt es dann:

„Die funktionale Selbstverwaltung ergänzt und verstärkt insofern das demokratische Prinzip. Sie kann als Ausprägung dieses Prinzips verstanden werden, soweit sie der Verwirklichung des übergeordneten Ziels der freien Selbstbestimmung aller (...) dient. Demokratisches Prinzip und Selbstverwaltung stehen unter dem Grundgesetz nicht im Gegensatz zueinander. Sowohl das Demokratieprinzip in seiner traditionellen Ausprägung einer ununterbrochen auf das Volk zurückzuführenden Legitimationskette für alle Amtsträger als auch die funktionale Selbstverwaltung als organisierte Beteiligung der sachnahen Betroffenen an den sie berührenden Entscheidungen verwirklichen die sie verbindende Idee des sich selbst bestimmenden Menschen in einer freiheitlichen Ordnung (...). Das demokratische Prinzip des Art. 20 Abs. 2 GG erlaubt deshalb, durch Gesetz – also durch einen Akt des vom Volk gewählten Gesetzgebers – für abgegrenzte Bereiche der Erledigung öffentlicher Aufgaben besondere Organisationsformen der Selbstverwaltung zu schaffen. Dadurch darf zum einen ein wirksames Mitspracherecht der Betroffenen geschaffen und verwaltungsexterner Sachverstand aktiviert werden.“

Im Sinne einer Gesamtwürdigung heißt es dann wenig später: „Gelingt es, die eigenverantwortliche Wahrnehmung einer öffentlichen Aufgabe mit privater Interessenwahrnehmung zu verbinden, so steigert dies die Wirksamkeit des parlamentarischen Gesetzes. Denn die an der Selbstverwaltung beteiligten Bürger nehmen die öffentliche Aufgabe dann auch im wohlverstandenen Eigeninteresse wahr; sie sind der öffentlichen Gewalt nicht nur passiv unterworfen, sondern an ihrer Ausübung aktiv beteiligt.“

Mit diesen Ausführungen knüpft der Zweite Senat knapp und prägnant an die Leitbilder an, die bereits in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts die Bildung der Träger funktionaler Selbstverwaltung bestimmt haben. Sie werden jedoch nicht nur als historische Motivation zur Kenntnis genommen, sondern in die Entfaltung des demokratischen Prinzips des Art. 20 Abs. 2 GG harmonisch integriert. Praktische Wirksamkeit, die sinnvolle Nutzung privater Interessen als Potenzial für die staatsentlastende Wahrnehmung öffentlicher Aufgaben und die unverzichtbare Letztverantwortung des Staatsvolkes in Gestalt des Gesetzgebers werden hier in ausgewogener und zugleich innovativer Form einander zugeordnet. Der Beschluss stellt damit eine wertvolle und wichtige Fortentwicklung sowohl des demokratischen Prinzips als auch der Integration der funktionalen Selbstverwaltung in den modernen Verfassungsstaat dar. Der immer wieder erklingende Vorwurf, es handle sich bei den Kammern und der funktionalen Selbstverwaltung um ein ständestaatliches Relikt, dürfte damit endgültig überwunden sein.

Die Bewertung des Kammerwesens im Lichte der neueren Dokumente und Rechtsakte der Europäischen Union

Ein erstes wichtiges Dokument für die Einschätzung der Rolle, die die EU-Kommission den Kammern zuweist, stellt das Weissbuch Europäisches Regieren vom 25. Juli 2001 dar. Das durch Wissenschaft und Praxis sehr kritisch aufgenommene Dokument spiegelt in seinen Grundorientierungen weiterhin die Zielsetzungen der EU-Politik für die Einbeziehung der Bürger und die Zusammenarbeit mit den Verwaltungen der Mitgliedstaaten wieder. Das Konzept des „Guten Regierens“ wird in dem Weissbuch vor allem durch die Begriffe Offenheit und Partizipation sowie neue Formen der Zusammenarbeit, insbesondere das Modell der Ko-Regulierung sowie der offenen Koordinierung, konkretisiert. Auf die Kammern wird dabei zumeist unter dem Obergriff der Berufsorganisationen Bezug genommen, die einerseits als Partner der Ko-Regulierung und offenen Koordinierung angeführt werden, andererseits aber auch Mittler der Partizipation der Unionsbürger sind. Die Betonung der partizipativen Demokratie in Art. 46 des EU-Verfassungsentwurfs stellt eine konsequente Fortschreibung dieses Ansatzes dar. Dabei kann an die dogmatische Konzeption der funktionalen Selbstverwaltung, wie sie das Bundesverfassungsgericht in seiner jüngeren Rechtsprechung weiter entfaltet hat, nahtlos angeknüpft werden.

Entwurf einer EU-Dienstleistungsrichtlinie

Ein zweites wichtiges Dokument von noch größerer Tragweite für die Kammern stellt der Entwurf einer EU-Dienstleistungsrichtlinie (DLRL-E) vom 25. Februar 2004 dar. Mit dem Richtlinienvorschlag sollen Hemmnisse für die Erbringung von Dienstleistungen, die nach den bisherigen Erfahrungen die Entwicklung des Binnenmarktes und ein weiteres Wirtschaftswachstum behindern, beseitigt werden. Dabei stehen die Erleichterung der freien Niederlassung sowie der grenzüberschreitenden Dienstleistungserbringung im Vordergrund.

Obwohl die Richtlinie den Bereich des Gesundheitswesens abgesehen von einer Regelung ausklammert, ist sie für die Heilberufskammern insoweit relevant, als auch sie die Aufgabe des in Art. 6 DLRL-E geregelten einheitlichen Anrechsparners übernehmen können. Es handelt sich dabei um die Einrichtung einer Stelle in den Mitgliedstaaten, über die ein Unionsbürger alle Verwaltungsvorgänge abwickeln kann, wenn er sich in einem anderen Mitgliedstaat niederlassen oder eine Dienstleistung erbringen will. Text und Begründung der Richtlinie sehen ausdrücklich vor, dass diese Funktion auch von Berufskammern übernommen werden, worin eine indirekte Bestätigung ihrer Existenz und ihres Organisationsmusters zu sehen ist.

Deregulierung des Rechts der Freien Berufe

Während die Dienstleistungsrichtlinie sich nur wenig auf das Berufsrecht der Heilberufe auswirkt und auch die Betätigung der Heilberufskammern nur punktuell beeinflusst, sind mit einem anderen Projekt der EU-Kommission möglicherweise größere Folgen für die Kammern und das von ihnen erlassene Berufsrecht verbunden. Angesprochen ist damit das Projekt der Generaldirektion Wettbewerb zum Wettbewerb bei den freiberuflichen Dienstleistungen.

Die Grundlage dieses Projekts bildet das im März 2000 durch den Europäischen Rat auf seiner Tagung in Lissabon verabschiedete wirtschaftspolitische Reformprogramm. Darin setzt sich die Europäische Union das strategische Ziel, sich bis zum Jahr 2010 zum wettbewerbsfähigsten und dynamischsten Wirtschaftsraum der Welt zu entwickeln, der ein dauerhaftes Wirtschaftswachstum, mehr und bessere Arbeitsplätze sowie

einen größeren sozialen Zusammenhalt mit sich bringt. In seinen Schlussfolgerungen hat der Europäische Rat die Europäische Kommission, den Rat der EU und die Mitgliedstaaten dazu aufgerufen, die bestehenden Hemmnisse bei der grenzüberschreitenden Erbringung von Dienstleistungen zu beseitigen. Die erste Phase der zweistufigen Binnenmarktstrategie bestand darin, die Bedeutung der Dienstleistungen für die europäische Wirtschaft zu evaluieren und festzustellen, welche tatsächlichen und rechtlichen Hindernisse dem Binnenmarkt in diesem Wirtschaftsbereich entgegenstehen. In der zweiten Phase sollen die erkannten Hindernisse für den freien Dienstleistungsverkehr beseitigt und das Entstehen neuer verhindert werden. In diesem Zusammenhang soll überprüft werden, inwieweit das Berufsrecht der freien Berufe in den Mitgliedstaaten an die wettbewerbsrechtlichen Rahmenbedingungen des Gemeinschaftsrechts angepasst werden muss.

Die Kommission erachtet bestimmte berufsrechtliche Normen der Mitgliedstaaten für in besonderem Maße geeignet, den Wettbewerb der freiberuflichen Dienstleistungen innerhalb der EU zu beeinträchtigen. Demgemäß unterzieht sie diese Regelungen einer eingehenden Überprüfung. Dazu zählen Preisregelungen, Werbebeschränkungen, Zugangsbeschränkungen und Vorbehaltsaufgaben sowie Beschränkungen der zulässigen Unternehmensform und der branchenübergreifenden Zusammenarbeit von Freiberuflern.

Preisregelungen

Bei den mitgliedstaatlichen Preisregelungen wird zwischen verbindlichen Festpreisen und Preisempfehlungen für freiberufliche Dienstleistungen unterschieden. Gerade Fest- und Mindestpreise sind nach Ansicht der Kommission starke regulatorische Instrumente, die dem Verbraucher die Vorteile eines wettbewerbsfähigen Marktes entziehen können. Es gäbe weniger restriktive Maßnahmen, um im Sinne des Verbraucherschutzes eine hohe Qualität der freiberuflichen Tätigkeit zu sichern. So würde es dem Schutz des Verbrauchers dienen, ihn besser über freiberufliche Dienstleistungen zu informieren.

Werbebeschränkungen

Zu den Werbebeschränkungen für freie Berufe zählen strikte Werbeverbote und besondere Einschränkungen der Werbemöglichkeiten. Beispielsweise dürfen in einigen Mitgliedstaaten Freiberufler nur spezifische Werbemedien und -methoden in Anspruch nehmen, um für ihre Dienste zu werben. Die Kommission geht davon aus, dass eine wahrheitsgemäße und objektive Werbung zu einer besseren Information des Verbrauchers führen und dazu beitragen könne, den Verbraucherschutz zu stärken.

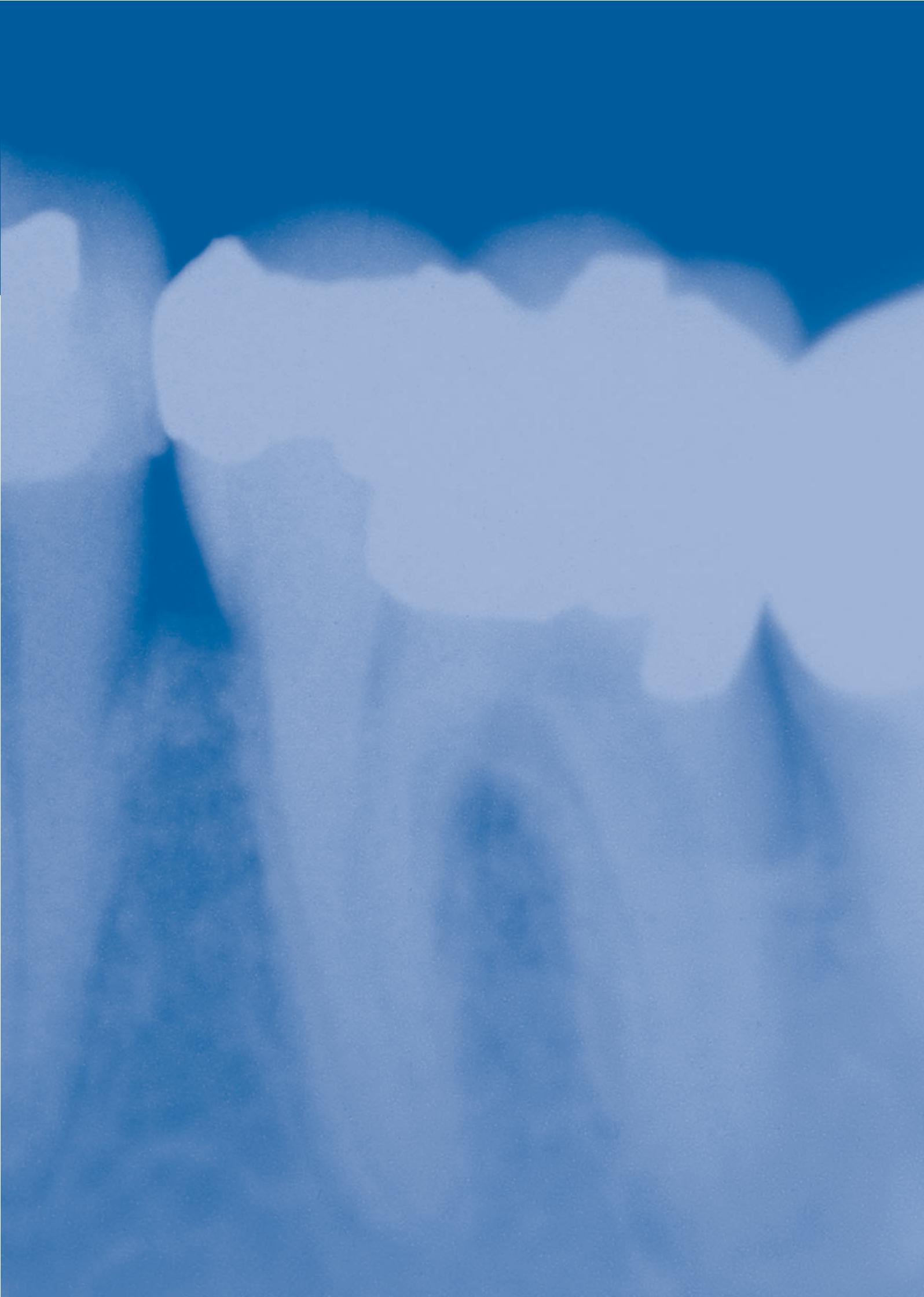
Zugangsbeschränkungen und Vorbehaltsaufgaben

In den meisten Mitgliedstaaten ist der Zugang zu den freien Berufen mit Beschränkungen verknüpft, die insbesondere bestimmte Qualitätsanforderungen an die Berufsausbildung sicherstellen sollen. Diese Zugangsbeschränkungen können in berufsspezifischen Prüfungen, Mindestausbildungszeiten oder Anforderungen an die Berufserfahrung bestehen. In Kombination mit Vorbehaltsaufgaben, die nur durch Berufsangehörige ausgeübt werden dürfen, soll die Qualität der erbrachten Dienste gesichert werden. Eine übermäßige Reglementierung kann nach Ansicht der Kommission jedoch zu gegenteiligen Folgen führen. Es sei daher zu prüfen, wie unverhältnismäßige Zulassungsbeschränkungen und ausschließliche Rechte der Berufsträger beseitigt werden könnten. Quantitative Beschränkungen richten sich nach demographischen Kriterien und sollen einer Unterversorgung von freiberuflichen Dienstleistungen in dünn besiedelten Gebieten entgegenwirken. Diese Wettbewerbsbeschränkungen könnten durch weniger einschneidende Maßnahmen ersetzt werden und sind nach Auffassung der Kommission zumindest in bevölkerungsreichen Regionen überflüssig.

Rechtsform und interprofessionelle Zusammenarbeit

Eine Reihe berufsrechtlicher Regelungen zielt auf die innere Struktur von Dienstleistungsunternehmen ab. Sie reglementieren die zulässigen Eigentumsverhältnisse oder beschränken die Zusammenarbeit mit anderen Unternehmen, die freiberufliche Dienstleistungen am Markt erbringen. Diese Beschränkungen des Wettbewerbs werden damit gerechtfertigt, dass die persönliche Verantwortung der Berufsangehörigen gegenüber ihren Klienten sichergestellt werden müsse und dass so Interessenskonflikte vermieden werden könnten. Nach Ansicht der Kommission sind jedoch gerade solche Wettbewerbsbeschränkungen angreifbar, die die Zusammenarbeit von Angehörigen derselben Berufsgruppe verbieten. Hier drohe am wenigsten die Gefahr, dass die Unabhängigkeit der Freiberufler oder berufsethische Normen beeinträchtigt würden.

Die Mitgliedstaaten und die Berufsorganisationen sind bis zum Ende des Jahres 2004 aufgefordert, einen Bericht über die in ihrem Bereich bestehenden Regelungen und zur Rechtfertigung der darin enthaltenen beschränkenden Regelungen in den vier Themenbereichen abzugeben. Dabei sollen auch Vorschläge zur Deregulierung unterbreitet werden. Die EU-Kommission wird diese Berichte prüfen und im Laufe des Jahres 2005 eine Stellungnahme abgeben, ob weitergehende Maßnahmen der Deregulierung erforderlich sind. Für die deutschen Heilberufe wird von besonderem Interesse sein, ob die in vielen Punkten auch innerstaatlich umstrittenen Vorschriften zur Werbung und zur Rechtsform der Berufsausübung der europarechtlichen Überprüfung standhalten.



Zahnarzt der Zukunft: Generalist oder Spezialist?

92 |

Auch wenn es keine rechtlich abgesicherte Definition der beiden in der Überschrift genannten Berufsformen gibt, soll im Hinblick auf die weiteren Ausführungen zumindest versucht werden, eine Be-/Umschreibung zu geben.

Vom Generalisten, der sowohl von der jetzigen Approbationsordnung wie auch von der hoffentlich in nächster Zukunft neu erarbeiteten und dann gesetzlich auch vorgeschriebenen am Ende der Ausbildung dem Zahnarzt/der Zahnärztin attestiert wird, wird gesagt, dass er alles kann, alles darf, alles macht und letztlich auch für alle seine Tätigkeiten ein adäquates Entgelt bekommt.

Der Spezialist hat – wie auch immer erworben – vertiefte Kenntnisse und Fähigkeiten in einzelnen Gebieten/Bereichen, er darf unter Umständen diagnostische und therapeutische Tätigkeiten ausüben, die dem Generalisten verwehrt sind; er muss sich unter Umständen auf die in Anspruch genommene Spezialistentätigkeit beschränken. Das potentiell höhere Entgelt bzw. der entsprechend bessere Verdienst für eine spezifische Tätigkeit könnte sich zu einem aus einer höheren Bezahlung für diese Leistung oder aber aus einer durch entsprechendes Training höheren Effizienz ergeben.

Es drängt sich natürlich bei dieser Eingangsdarstellung gleich der Blick auf unsere medizinischen Kollegen auf; dort ist selbst der „Generalist“ ein(e) durch mehrjährige Weiterbildung qualifizierte(r) Fachärztin/Facharzt (Facharzt für Allgemeinmedizin).

Die Sorge der Kollegen bei den Diskussionen um die Generalisten- und Spezialistenfrage ist nur allzu verständlich. Zum einen könnte hier das überwiegend gesetzlich geregelte Gesundheitssystem den „Patientenfluss“ gänzlich oder in Teilbereichen so kanalisieren, dass die Tätigkeit der überwiegend als „Allgemeinzahnärzte“ arbeitenden Kollegenschaft eingeschränkt und somit auch die Motivation reduziert wird – entscheidender wären aber mögliche ergonomische Konsequenzen, die die Existenzgrundlage gefährden könnten. Zum anderen könnte die Rechtsprechung zum Beispiel bei der Frage von Behandlungsfehlern tendenziell einseitig – das heißt in Richtung Spezialisten geleitet werden.

Die beiden dargelegten potenziellen Konsequenzen sind zwar stark überzeichnet, doch sind die Übergänge sicherlich

fließend und nicht völlig von der Hand zu weisen. Mit den Begriffen „Generalist“ und „Spezialist“ gehen zahlreiche andere Aspekte einher, die nachfolgend erörtert werden sollen.

Eine Vielzahl von Begriffen sind mit der im Titel formulierten Frage direkt verbunden oder ranken sich um sie herum und müssen sicherlich – neben weiteren Überlegungen – bei der Beantwortung der Frage diskutiert werden: Weiterbildung, Fortbildung, Interessenschwerpunkt, Tätigkeitsschwerpunkt, Qualitätssicherung, Rechtsprechung, leistungsgerechtes Entgelt, Gesundheitssystem, europäische Berufsrechte und Gesundheitssystem etc.. Vor dem Hintergrund dynamischer Entwicklungen im politischen Bereich wie aber auch bei der Rechtsprechung und nicht zuletzt in unserem Fachgebiet überhaupt ist es sicherlich nicht einfach, Klarheit in diese Begriffsvielfalt hineinzubringen. Nur eine einzige und schon gleichermaßen abgedroschene wie naive Aussage steht über allem: Letztendlich soll alles zum Wohle des Patienten reichen. Dagegen lässt sich lapidar ebenso redundant feststellen, dass bekanntermaßen viele Wege nach Rom führen, wenn das Wohl des Patienten diesem Ort gleichgesetzt wird.

Alles das, was oben durch die Begriffe beschrieben wird, hat zumindest als einen wichtigen Grundstein die zahnärztliche Ausbildung. Eine zeitgemäße wie auch zukunftsorientierte Patientenversorgung kann zunächst einmal nur ihren Anfang in einer entsprechend definierten und aber auch praktisch ausgeübten Ausbildung finden. Diese wiederum wird durch die zahnärztliche Ausbildungs- und Prüfungsordnung – kurz auch Approbationsordnung genannt – festgelegt. Allerdings weist diese unsere deutsche Approbationsordnung gleich mehrere Mängel auf, die in der Zukunft möglichst behoben werden müssen, was aber auf Grund von Sachzwängen nicht im vollen Umfang möglich sein wird.

So ist zum einen die gültige Approbationsordnung 50 Jahre alt und hat bis auf wenige, sowohl durch die europäische Gesetzgebung wie aber auch durch die Wiedervereinigung bedingte Modifikationen und Ergänzungen keine wesentlichen Änderungen erfahren. Der Wissenszuwachs – nach eigener Einschätzung wurden gerade in den letzten 15 Jahren große Sprünge in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde hinsichtlich Diagnostik und Therapie gemacht – ist letztlich nicht berücksichtigt. Des Weiteren sagt eine solche Approbationsordnung, die glei-



Prof. Dr. Heiner Weber

chermaßen die „Software“ darstellt, nichts über die „Hardware“ aus, die durch die Ausbildungsstätten (Universitätskliniken) gegeben ist. Auch hier gibt es alterungsbedingt erhebliche Unterschiede innerhalb Deutschlands – ganz zu schweigen von Europa! Angesichts der wohl noch auf Jahre hinaus sich auswirkenden Budgetkürzungen im Bereich Forschung und Lehre wird sich dieser Zustand verschärfen.

Weiterhin sagt die Approbationsordnung nichts über die typische, deutschspezifische Verordnungslandschaft hinsichtlich des zahnärztlichen Studiums aus. So gelten immer noch die Ausbildungsmöglichkeiten und -qualitäten stark einengende Kapazitäts- sowie Landeslehrverordnungen. Mit der ersteren werden auf der Basis ausgesprochen theoretischer und sich von den realen Anforderungen weit entfernenden Erfordernissen basierenden Berechnungen die Studentenzahlen festgelegt, aus der zweiten folgt die Lehrbelastung zahnärztlicher Mitarbeiter/-innen, was wiederum für deren Motivation, an einer Klinik unter den Aspekten von Forschung und Krankenversorgung zu arbeiten, von erheblicher Bedeutung ist und auch darüber hinaus direkt wirtschaftliche Konsequenzen hat, da eine(r) wissenschaftliche(r), zahnärztliche(r) Mitarbeiter/in in der Zeit der Lehraufsicht nun mal nicht nur keine Forschung, sondern auch keine abrechenbaren Leistungen erbringen kann. Letzteres ist wiederum angesichts der zunehmenden Budgetrestriktionen mit teilweise fatalen Konsequenzen versehen.

Am Ende einer durch solche eben genannten Parameter wesentlich beeinflussten zahnärztlichen Ausbildung steht nach der geltenden Approbationsordnung – und dies wird sich auch bei einer hoffentlich bald neu aufgelegten Approbationsordnung nicht ändern – der „Generalist“.

Zunächst einmal gilt es also, durch eine neue Approbationsordnung dem Wissenszuwachs einerseits wie auch der Neuausrichtung der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde andererseits gerecht zu werden. Ein solcher Entwurf existiert und beinhaltet folgende Eckdaten:

Das Studium der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde besteht aus acht Semestern, von denen vier den vorklinischen Studienabschnitt darstellen, der wiederum völlig mit dem medizinischen Studium in diesem Anteil identisch ist und darüber hinaus auch noch spezielle Vorlesungen (aber keine Kurse) für die Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde enthält; danach würde

ein Physikikum „Zahnmedizin/Medizin“ abgelegt. Die danach folgenden 2 Semester enthalten alle notwendigen Phantomkurse sowie weiterführende Vorlesungen der Medizin sowie der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde; danach wird der erste Teil der zahnärztlichen Prüfung abgelegt. Die sich daran anschließenden vier Semester sind durch die klinische zahnmedizinische Ausbildung geprägt und werden mit den zwei enthaltenen zahnärztlichen Prüfungen letztendlich abgeschlossen. Die somit erzielte Approbation beinhaltet nach den schon in der Präambel dieses Approbationsentwurfes festgehaltenen Aussagen den für alle zahnärztlichen Tätigkeiten ausgebildeten Zahnarzt – also den Generalisten. Zwei weitere Aussagen aus dem politischen Bereich zeigen jedoch zusätzliche Möglichkeiten wie auch vor dem Hintergrund unseres nationalen Gesundheitssystems sich abzeichnende Probleme. So gibt es zum einem die Deklaration von Bologna, die für die Zeit nach der akademischen Ausbildung in europäischen Ländern die Möglichkeit eines in der Regel zweijährigen so genannten „Masterprogramms“ in Anlehnung an die angloamerikanischen Ländern zur Vertiefung der Kenntnisse und Fähigkeiten vorzieht. Eine solche Postgraduiertenausbildung ist rein an eine Hochschule gebunden und kann nicht von der Kammer oder ähnlichen Institutionen kontrolliert werden. Sie setzt sich somit von der so genannten Weiterbildung, die über die entsprechende Weiterbildungsordnung von den Kammern (Ärzte- und Zahnärztekammer) eingerichtet und auch kontrolliert wird, ab.

Die zweite politische Aussage ist nationaler Natur und beinhaltet, dass sowohl in der ärztlichen wie auch in der zahnärztlichen Ausbildung mehr Wettbewerb zwischen den Universitäten stattfinden sollte, wobei dies auch mögliche Schwerpunktbildungen in der Ausbildung beinhaltet. Dieser an sich begrüßenswerte Gedanke wird letztendlich dadurch konterkariert, dass unser Gesundheitssystem letztendlich einen solchen Wettbewerb nach Abschluss der Ausbildung auf Grund starrer Strukturen gar nicht vorsieht. Es sind aber bekanntermaßen 90 Prozent unserer Bevölkerung in dieses Gesundheitssystem mit allen Diagnosen und Therapieverfahren eingebunden. Ein Wettbewerb in der Ausbildung – wie aber auch später durch strukturierte Fortbildung, Postgraduiertenprogramme oder/und Weiterbildung erzielte Vertiefung von Kenntnissen und Fähigkeiten – macht nur Sinn, wenn auch das Gesundheitssystem liberalisiert wird. Während die Zahl der Weiterbildungsordnungen und der damit

einhergehenden Fachzahnarzt/-ärztinnen überschaubar wird durch die inhaltlich nur von der jeweiligen Hochschule zu definierende Postgraduiertenprogramme einerseits, sowie auch durch die strukturierten Fortbildungsmöglichkeiten und den sich daraus wiederum ergebenden Möglichkeiten zur Benennung von Tätigkeitsschwerpunkten (die bekanntermaßen nach Verfassungsgerichtsurteil abgesegnet sind) andererseits wird ein riesiger und nicht eingrenzbarer Fächer von Begriffen und Bezeichnungen, die allesamt „schildfähig“ sind, eröffnet. Diese Möglichkeiten zur Vertiefung und Intensivierung von Kenntnissen und Fähigkeiten tragen mit Sicherheit zur erhöhten Qualität unserer Patientenversorgung als aber auch zu einer möglichen Verbesserung in der Effizienz und damit der Ökonomie der Kollegenschaft bei.

Derweil sowohl die Weiterbildung wie aber auch das postgraduierte Masterprogramm zunächst einmal wieder eine zu einem bestimmten Zeitpunkt erzielte Zusatzqualifikation darstellen, wird durch die kontinuierliche, strukturierte Fortbildung stets ein zeitgemäßes und zukunftsorientiertes Wissen und Können vermittelt. Hierbei sind allerdings für die Kolleginnen und Kollegen sowohl durch die Fortbildungsinvestitionen bedingt wie aber möglicherweise durch die sich daraus ergebende zusätzliche Beschaffung von etwa Geräte, Materialien etc. zusätzliche Kosten zu verzeichnen, die selbstverständlich völlig legitim wieder amortisiert werden sollen. Dies beinhaltet aber konsequenterweise, dass solche Qualifikationen – wie in anderen Berufssparten etwa bei Rechtsanwälten – nach außen sichtbar gemacht werden und dass evtl. hierfür sogar zusätzliche Kosten vom Patienten erhoben werden können. Die letzteren wiederum sollten aber von unserem Gesundheitssystem so mündig gemacht werden, dass sie auf eigenständiger, liberaler Basis entscheiden können, welche Leistung sie von wem zu welchem Preis erhalten. Solche Erwägungen bieten sich gerade in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde an, da die hier von uns ausgeübten Tätigkeiten zwar stets mit Gesundheit aber nicht immer mit vitalen Konsequenzen zu tun haben.

Will man einen Fachzahnarzt im Sinne eines weitergebildeten Spezialisten für allgemeine Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde vermeiden, was angesichts der dynamischen Entwicklung in unserem Fachgebiet einerseits und auf Grund der täglichen Erfordernisse in der Praxis andererseits wohl auch zu verhindern

wäre, so wird eine Schwerpunktbildung in den Tätigkeiten im Bereich Diagnostik und Therapie (einschließlich Prophylaxe) unausweichlich sein. Dabei sind die möglichen drei Wege zur Schwerpunktbildung (strukturierte Fortbildung, universitätsinterne oder aber berufsbegleitende, stets aber von der Universität zu tragende Masterprogramme sowie Weiterbildung zu Fachärzten/-Zahnärzten) zukünftig mit Sicherheit in einem verschärften Wettbewerb zu sehen, der durch die kontinuierliche Rechtsprechung sowie auch in Abhängigkeit von Liberalisierung unseres Gesundheitssystems entscheidend beeinflusst werden wird.

Bei all diesen Überlegungen hinsichtlich „Generalisierung“ oder „Spezialisierung“ auf bzw. in unser Arbeitsgebiet, die zunächst einmal – wie aus den bisherigen Ausführungen hervorgeht – von starkem nationalen Charakter geprägt sind, darf nicht vergessen werden, dass wir durch die europäische Staatengemeinschaft auch zumindest in diesem internationalen Territorium von einer Reihe beruflicher und politischer Entwicklungen beeinflusst werden. Diese Einwirkungen sowie die sich daraus ergebenden möglichen Konsequenzen müssen in ihren Möglichkeiten dialektisch betrachtet werden. So haben Teile unserer Kollegenschaft vielfach die Angst, dass zum einen nicht nur Kolleginnen und Kollegen aus dem europäischen Ausland verstärkt hier beruflich aktiv werden, sondern dass zum anderen auch Patienten ins nahe gelegene Ausland zur Behandlung abwandern – sei es, weil sie sich durch dort möglicherweise angebotene „Spezialisierungen“ oder/und durch niedrige Preise angezogen fühlen, wobei diese Vorgänge natürlich auch noch durch die hiesigen Kostenträger/Krankenkassen durchaus beeinflusst werden können. Andererseits muss man auch unsererseits die Möglichkeiten zum Leistungsangebot an ausländische, europäische Patienten sowie auch die vielleicht vielfach unterschätzte und sicherlich auch für die große Menge unserer Kollegenschaft in Frage kommende Möglichkeit zum Arbeitsplatzwechsel ins europäische Ausland sehen. Beispielhaft sei hier nur der englische „Gesundheitsmarkt“ genannt, der im zahnärztlichen Bereich zur Zeit boomt, weil das staatlich getragene Gesundheitssystem zumindest in unserem Fachbereich große Schwächen aufweist und den Erfordernissen und dem Verlangen des Patienten nicht mehr gerecht werden kann. Aber gerade in diesem genannten Land geht der Weg in die Privatisierung zunehmend mit dem Angebot der Spezialisierung einher. Qualitätssicherung der

Behandlung, Preisgestaltung sowie aber auch gesteigerte Effizienz durch kollegiale Zusammenarbeit sind hierbei entscheidende Motivationen – Gedanken, die in anderen liberalen Systemen – allen voran in den USA – schon seit geraumer Zeit die Basis für solche Differenzierungen bieten.

Wie schon eben implizierend angesprochen, müssen solche europäischen wie auch nationalen Gedanken hinsichtlich der Kostenerstattung zwangsweise das Gesundheits- bzw. das Versicherungssystem mit einbinden, indem sich letztlich die Patienten befinden. Man kann nicht nur vom starken Wettbewerb auf der Seite der Leistungserbringer sprechen – sei es ausgedrückt durch irgendeine Form der Spezialisierung oder aber (wesentlich gefährlicher!) lediglich ausgedrückt für Preise für Leistungen – sondern man muss eben auch hier unbedingt die Kostenträger mit einbeziehen. Es sind aber gerade die Versicherungen in Deutschland, die durch sonst in unserem Staat scharf geprüfte Monopolisierung bzw. Preisabsprachen Leistungsdifferenzierungen nicht zulassen. Hinzu kommt, dass – wie schon vorher angesprochen – Versicherungen sogar versuchen, durch grenzüberschreitende Leistungsabsprachen mit dortigen Leistungserbringern unser System nachhaltig zu beeinflussen bzw. Profite auf Kosten der deutschen Kollegenschaft zu optimieren.

Auch dürfen die Bestrebungen sowohl auf der Seite der Kollegenschaft wie aber auch auf der Seite der Versicherungsbranche nicht übersehen werden, die dahin gehen, mit einzelnen Gruppierungen/Fachgesellschaften möglicherweise besondere Verträge abzuschließen, die beiden Seiten Vorteile bieten sollen. Auch solche Verträge werden die Frage der „Generalisierung“ oder „Spezialisierung“ sehr schnell beantworten, da logischerweise die Mitglieder dieser Gruppierungen/Verbindungen sich zumindest durch besondere Schwerpunktbildung in ihrem Tätigkeitsbereich ausweisen und dies sicherlich auch nach außen hin tun und werden. Solche Bestrebungen seitens der Kollegenschaft sind letztlich legitim und dienen dem Wohle unserer Patienten.

Versucht man also die im Titel gestellte Frage auf der Basis der nationalen und internationalen politischen Entwicklungen einerseits wie aber auch auf der Basis der durch Gesetze, Verordnungen und Rechtsprechung vorgegebenen Möglichkeiten und Rahmenbedingungen andererseits und nicht aber auch zuletzt vor dem Hintergrund der fachlichen Erfordernisse und auch der

zunehmenden Aufklärung unserer Patienten und der damit von ihnen ausgehenden Nachfragen/Bedürfnisse zu beantworten, so ist sicherlich zukünftig eine Tendenz zur Spezialisierung zu erwarten. Hierbei müssen jedoch wiederum die drei verschiedenen Formen und Stufen von der Schwerpunktbildung über den Master bis hin zum mehrjährig weitergebildeten Facharzt gesehen und auch praktisch ausgeübt werden. Wichtig ist hierbei, dass all diese Aktivitäten sich aus freien fachlichen und ökonomischen Überlegungen ergeben können und dass sich letztlich jegliche Form von Investitionen in Vorleistungen und Leistungen auch bezahlt machen. Qualitätssicherung im Sinne des Wohles unserer Patienten ist ein für jedermann innerhalb und außerhalb der Kollegenschaft nachvollziehbares, anzustrebendes hohes Gut – sie (die Qualitätssicherung) darf jedoch nicht in ihren vielgestaltigen Erscheinungsformen – eine davon ist das Feld zwischen Generalisierung und Spezialisierung – zum Ruin des Berufsstandes oder einzelner Kollegen führen.

Aus persönlicher Sicht war es gerade der Kammerbereich Baden-Württemberg, der sich auf dem Gebiet der im Titel angesprochenen Frage besonders hervorgetan und verdient gemacht hat. So gibt es gerade in diesem Land schon seit jeher eine außerordentlich vielfältige und sehr gut organisierte kontinuierliche, strukturierte Fortbildung, die entweder auf die Kammer selbst zurückgeht oder aber von Initiativgruppen in der Kollegenschaft ausgeht. Des Weiteren unterhält die Kammer zwei aktive und über die Landesgrenzen hinaus bekannte Fortbildungsinstitutionen, von der die eine zusätzlich zur strukturierten Fortbildung nunmehr auch einen Masterstudiengang anbietet und die andere sich einen Namen für die Fort- und Weiterbildung in dem für uns unentbehrlichen Helferinnenbereich gemacht hat. Es gingen auch von Baden-Württemberg die entscheidenden rechtlichen Aktivitäten aus, die letztendlich zum denkwürdigen wie zukunftsweisenden Verfassungsgerichtsurteil zu den Tätigkeitsschwerpunkten führte.

Somit möchte ich abschließend mit der Gratulation zum 50-jährigen Geburtstag der Landes Zahnärztekammer auch meine Gratulation zur bisherigen Kammerpolitik im Fort- und Weiterbildungsbereich verbinden. Das Land Baden-Württemberg ist hinsichtlich dieser Aktivitäten beispielgebend nicht nur für die anderen Bundesländer, sondern auch für andere Länder Europas.

Die Kammer – Selbstverwaltung der Zahnärzte

96 |

Selbstverwaltung – was ist das eigentlich?

Die Staatslehre versteht unter Selbstverwaltung eine organisierte Mitwirkung der Bürger an Aufgaben, die gesetzlich definiert sind und die zu erfüllen im öffentlichen Interesse liegen. In allen Zweigen der Sozialversicherung delegiert der Staat Aufgaben, die er sonst selbst übernehmen müsste, auf eigenverantwortlich handelnde Träger einer mittelbaren Staatsverwaltung (Prinzip der Subsidiarität). Dies sind in der Regel Körperschaften oder Anstalten öffentlichen Rechts. Eine Körperschaft des öffentlichen Rechts ist eine mitgliedschaftlich verfasste, unabhängig vom Wechsel der Mitglieder bestehende Organisation, die mit Hoheitsgewalt ausgestattet ist und die ihre Existenz als Rechtssubjekt nicht der Privatautonomie, sondern einem Gesetz oder einem Staatsakt auf Grund eines Gesetzes verdankt. Ihre Gremien sind durch Wahlen demokratisch legitimiert. Im Gesundheitswesen sind dies z. B. die Ärzte- und Zahnärztekammern, die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sowie die Gesetzlichen Krankenkassen. Diese juristischen Personen des öffentlichen Rechts, die öffentlichen Zwecken zu dienen bestimmt sind, stellen mittelbare Staatsverwaltung dar. Neben ihren eigenen, durch Gesetz zugewiesenen Aufgaben, die sie eigenverantwortlich erfüllen, können ihnen Aufgaben zur Verwaltung nach Weisung im Auftrag des Staates übertragen werden.

Einordnung der Körperschaften öffentlichen Rechts

Die rechtliche Kompetenz von Körperschaften des öffentlichen Rechts einerseits und privatrechtlichen Verbänden andererseits bemisst sich nach deren Einordnung in das verfassungsmäßige System. Über die den öffentlich-rechtlichen Körperschaften als staatlichen Institutionen ausdrücklich zugewiesenen Kompetenzen hinaus, können sich öffentlich-rechtliche Körperschaft Kompetenzen selbst zuweisen. Diese Kompetenzen bemessen sich dabei nach dem rechtlich eingeräumten Umfang institutioneller Selbstverwaltung beim Vollzug zugewiesener staatlicher Aufgaben. Die körperschaftliche Selbstverwaltung umfasst jedoch nicht nur staatlich delegierte Kompetenzen, sondern auch insbesondere die berufsständische private Interessenwahrnehmung der Mitglieder.

In Baden-Württemberg sind die Körperschaften des öffentlichen Rechts als Institutionen Teil der Staatsorganisation und in ihrer rechtlichen Eigenständigkeit (Rechtsfähigkeit) verfassungsrechtlich verankert. Zugleich wird die Eigenverantwortung als wesentliches Element der Selbstverwaltung garantiert. In Artikel 71 Absatz 1 der Landesverfassung von Baden-Württemberg heißt es dazu: „Das Land gewährleistet den Gemeinden und Gemeindeverbänden sowie den Zweckverbänden das Recht der Selbstverwaltung. Sie verwalten ihre Angelegenheiten im Rahmen der Gesetze unter eigener Verantwortung. Das Gleiche gilt für öffentlich-rechtliche Körperschaften und Anstalten in den durch Gesetz gezogenen Grenzen“. Die Körperschaften des öffentlichen Rechts sind in Baden-Württemberg mithin in ihrem Bestand verfassungsrechtlich geschützt.

Obwohl die Kammern eigenverantwortlich für ihre Mitglieder handeln und in weiten Bereichen weisungsfrei tätig werden, können sie nicht nur dem wirtschaftlichen Nutzen des Einzelnen dienen. Sie sind verfassungsrechtlich verpflichtet, die Selbstverwaltungsaufgaben auszufüllen und ihre Verantwortlichkeit wahrzunehmen. Zwar gibt es auch Stimmen, die den Kammern jede Berechtigung abstreiten, wirtschaftliche oder soziale Ziele zum Nutzen des Berufstandes als Gesamtheit zu verfolgen. Sobald derartige Ziele aber zumindest sekundär dazu bestimmt sind, den öffentlichen Aufgaben der Kammer zu dienen, wird man einer solchen Auffassung nicht beipflichten können.

Das Interesse der Öffentlichkeit an der Zahnärzteschaft ergibt sich aus der Verantwortung des zahnärztlichen Berufes gegenüber der Gesellschaft. Der Staat kann unter Berücksichtigung des ungewöhnlichen Maßes dieser Verantwortung weder darauf verzichten, die berufliche Qualifikation sicherzustellen noch die Ausübung des Berufes zu überwachen. Rein gewerbliche Berufe, zu denen der zahnärztliche Beruf nach dem Zahnheilkundengesetz (§ 1 Abs. 4) jedoch nicht gehört, werden im Allgemeinen durch bestimmte Zweige der Exekutive überwacht. Demgegenüber hat die Zahnärzteschaft dank des Ansehens und Vertrauens, das Generationen von Zahnärzten erworben haben, das Recht erhalten, im Wege der Selbstverwaltung, d. h. in eigener Verantwortung, das zu tun, was sonst Aufgabe des Staates wäre. Der Staat beschränkt sich im Wesentlichen auf die Überwachung der richtigen Anwendung von Gesetz und Satzung durch die Berufsvertretung im Wege der Rechts-



Axel Maag

aufsicht. Dass die Kammer der Zugehörigkeit aller den zahnärztlichen Beruf Ausübenden nicht entbehren kann, wenn sie delegierte staatliche Funktionen ausüben soll, bedarf nach diesen Ausführungen kaum eines Hinweises. Zusammenschlüsse von Berufsangehörigen, die als Vereine des bürgerlichen Rechts auf freiwilliger Mitgliedschaft basieren, können mit gesetzlich verankerten Organisationen nicht gleichgesetzt werden. Die Beziehung der Kammer als Körperschaft des öffentlichen Rechts zum Kammerangehörigen ist öffentlich-rechtlicher Natur, während der eingetragene Verein in einer rein privatrechtlichen Beziehung zu seinem Vereinsmitglied steht. Dies zeigt sich beispielsweise darin, dass die Kammer im Rahmen geltender Gesetze und Satzungen das Recht hat, Weisungen zu erteilen, Verbote auszusprechen oder Disziplinarmaßnahmen zu ergreifen. Um die Übertragung dieser hoheitlichen Aufgaben im Wege der Selbstverwaltung zu erreichen, müssen zwingend alle Berufsangehörigen Kammermitglieder sein. Mangels Erfassung aller Berufsangehörigen können derartige Kompetenzen von vorneherein einem eingetragenen Verein nicht zugestanden werden, denn dieser vertritt maximal die Interessen seiner Vereinsmitglieder, niemals aber die des gesamten Berufsstandes.

Bedeutung der Zahnärztekammern aus gesellschaftspolitischer Sicht

Heute geraten die Kammern als berufsständische Einrichtungen in die Gefahr, als Relikte ständestaatlicher Ordnungen missverstanden zu werden. Hier ist eine Erinnerung daran notwendig, was der Begriff „Stand“ in der Historie bedeutet. Bei einem Stand handelte es sich um eine Personengruppe, die eigenen Verhaltensnormen unterlag und eine Standesehre sowie auch Standeskultur entwickelte. Diese privilegierten Korporationen traten auf Grund der durchgesetzten Mitspracherechte dem Landesherrn gegenüber. Die so geschaffenen „landesständischen“ Verfassungen wurden nach Entwicklung der Parlamente aufgehoben.

Der im 18. und insbesondere im 19. Jahrhundert aufkommende Liberalismus war der Entwicklung von genossenschaftlichen und ständischen Einrichtungen nicht gerade förderlich. In jener Zeit bestand die Vorstellung von einer sehr weitgehenden Freiheit des Individuums, welches keiner Art von Fremdbestim-

mung, wenn irgend möglich, unterworfen sein sollte. Dementsprechend galt der Abschaffung der Zünfte ein nicht unbeachtlicher Teil der gesellschaftspolitischen Stoßrichtung des Liberalismus damaliger Zeiten. Die Ordnung der Beziehungen der Mitglieder eines Berufsstandes untereinander wie auch ihrer gemeinsamen Interessen gegenüber anderen Gruppen und dem Staat haben sich als zweckdienlich oder notwendig herausgebildet. Staatspolitische Bedeutung erlangt die berufsständische Selbstverwaltung, wenn sie über den von ihr selbst zu regelnden Aufgabenkreis hinaus Aufgaben des Staates auf Ebene der mittelbaren Selbstverwaltung delegiert erhält.

Das Erscheinungsbild der Landes Zahnärztekammer im Lande Baden-Württemberg ist heute von vielfältigen unterschiedlichen Aufgaben geprägt. Zum einen gehört hierzu die Erledigung klassisch-fachlicher Aufgaben wie der im öffentlichen Interesse liegenden Berufsaufsicht, die Förderung der Fort- und Weiterbildung, die Qualitätssicherung zahnmedizinischer Verfahren und zahnärztlicher Tätigkeiten sowie die Stellungnahme zu berufsethischen Fragen, aber auch die Belange der Zahnmedizinischen Mitarbeiter/innen im Rahmen ihrer Aus- und Fortbildung sowie die zahnärztliche Berufsgerechtheit prägen das Erscheinungsbild der Kammer. Auf der anderen Seite betätigt sich die Kammer in der berufspolitischen Interessenvertretung, also in dem angesprochenen Grenzbereich, eventuell sogar einem Reibungsfeld der Politik und der Gesetzgebung. Die berufspolitische Interessenwahrnehmung bietet der Kammer nicht nur die Chance, ihre eigenen Angelegenheiten in eigener Verantwortlichkeit zu regeln. Sie versetzt die Selbstverwaltung dadurch zugleich in die Lage, ihre Interessen auch gegen den Staat geltend zu machen. Die Wahrnehmung der beruflichen Belange der Kammerangehörigen beinhaltet somit die Mitwirkung und aktive Mitgestaltung der Kammer an gesundheits- und sozialpolitischen Themen, die mit der zahnärztlichen Berufstätigkeit zusammenhängen.

Allerdings ist hinsichtlich der Kammerbefugnisse auch eine scharfe Trennungslinie zwischen dem berufspolitischen und dem allgemeinpolitischen Mandat zu ziehen. Eine allgemeinpolitische Betätigung ist den Kammern von Verfassungswegen bereits auf Grund der Pflichtmitgliedschaft der Kammerangehörigen untersagt. Die Kammermitglieder haben individuelle, persönliche politische Präferenzen. So dürfen z. B. ihre Beiträge nicht zur Finanzierung allgemeinpolitischer Aktivitäten

der Kammer verwendet werden. Eine allgemeinpolitische Betätigung der Kammern ist selbstverständlich auch nicht vom Aufgabenkatalog des Heilberufe-Kammergesetzes gedeckt.

Es überrascht in diesem Zusammenhang nicht weiter, dass es parallel zu der politischen Entwicklung, insbesondere als Folge des Liberalismus, in Frankreich wie auch England keine berufsständischen Kammern in unserem Sinnverständnis gibt. Sofern dort der Staat bestimmte Bereiche des Gesundheitswesens für ordnungs- und verwaltungsbedürftig erachtet, übernimmt er diese Tätigkeiten selbst. Die Funktionen der dortigen zahnärztlichen Verbände erstrecken sich überwiegend auf Bereiche, die primär nicht der unmittelbaren staatlichen Interessenssphäre unterliegen.

Paradigmenwechsel im Aufgabenbereich

Von Anfang an waren die Aufgaben der Kammer, wie sich aus der Entwicklung der beruflichen Selbstverwaltung ergibt, gleichermaßen „nach außen“ auf Staat und Gesellschaft wie „nach innen“ auf den Berufsstand ausgerichtet. Es wurden immer wieder Themen behandelt, die in der Folgezeit in die Arbeit der Landes Zahnärztekammer eingingen und bis heute aktuell sind, so die Stellung des Zahnarztes in seinem gesellschaftlichen und rechtlichen Umfeld, seine Rechte und Pflichten, Freiberuflichkeit und Berufsfreiheit, die Beziehungen zu den Kostenträgern und zum öffentlichen Gesundheitswesen, Fragen der zahnmedizinischen Wissenschaft, der Aus-, Fort- und Weiterbildung aber auch der wirtschaftlichen Sicherung des Berufs.

Die Beachtung der Gemeinwohlbelange setzt der Kammer politische und rechtliche Grenzen bei der Interessenwahrung ihrer Kammermitglieder. Aus der ursprünglichen Standespolitik der Kammer wurde eine Berufspolitik. Dies ist nicht nur eine semantische Änderung, sondern auch eine politische Neubestimmung, die die Wirkung der Kammer im politischen Dialog eher gestärkt hat. Auch die Strategien, mit denen die Kameraufgaben erfüllt werden, haben sich wesentlich geändert. Die Landes Zahnärztekammer hat sich mit den ihr zugewiesenen Aufgaben stärker gegenüber der Gesellschaft geöffnet. Die Bereitschaft zur Kooperation, zur Eingliederung in das Gesamte, ist gewachsen. So wird z. B. die Landes Zahnärztekammer vermehrt von staatlichen Stellen in Beratungs- und

Entscheidungsprozesse eingebunden. Sie pflegt in steigendem Maße Kontakte mit anderen Heilberufen und medizinischen Fachberufen. Der Auftrag an die Kammer für die berufliche Bildung der Zahnmedizinischen Fachangestellten ist z. B. mit einer paritätischen Mitwirkung von Arbeitnehmervertretern und Berufsschullehrern im Berufsbildungsausschuss verbunden.

Im Laufe der Jahrzehnte ändert sich auch die Arbeitsweise der Verwaltung der Kammer grundlegend. Was ursprünglich einmal – im guten Sinne – als Honoratiorenverwaltung bezeichnet wurde, entwickelte sich zu einem kompetenten, serviceorientierten Ansprechpartner für Kammermitglieder, Gesellschaft und Politik gleichermaßen. Der Aufbau einer effizienten Verwaltung war nicht nur durch die wachsende Zahl der Kammermitglieder, sondern auch durch den Aufgabenzuwachs sowie eine Gesetzgebung und Verwaltungsrechtsprechung, die immer strengere formale Anforderungen an das Verwaltungshandeln stellte, geboten.

Auswirkungen auf das Kammermitglied

Ursprünglich war die Vertretung der Zahnärzteschaft nach außen die Hauptaufgabe der Kammer. Das Selbstverständnis der Mitglieder über ihre Berufsvertretung war wesentlich darauf ausgerichtet. Heute muss die Landes Zahnärztekammer den einzelnen Zahnärztinnen und Zahnärzten häufiger hoheitlich gegenüber treten als früher. Die meisten der in den letzten Jahren in den Vordergrund getretenen Kameraufgaben haben eine große gesellschafts- und gesundheitspolitische Bedeutung, greifen letztlich aber auch in die persönliche Sphäre der Mitglieder ein. Sie sollen eine ordnungsgemäße Versorgung, ein dementsprechendes Handeln der Zahnärzte aber auch den Patientenschutz gewährleisten. Dies dient nicht zuletzt auch dem Ziel, das hohe Ansehen der Zahnärzteschaft in der Bevölkerung zu erhalten und ist Voraussetzung dafür, dass der Staat weiterhin auf eine unmittelbare Fachaufsicht mit entsprechenden Eingriffen gegenüber dem einzelnen Zahnarzt verzichten kann.

Die Kammer ist berechtigt und verpflichtet, die Belange der Zahnärzteschaft insgesamt zu vertreten. Sie hat die Belange des Allgemeinwohls zu wahren. Dieses Vertretungsrecht umfasst jedoch nur den gesamten Bereich der Gesundheits- und

Sozialpolitik, soweit zahnärztliche Belange berührt werden. Auch kann die Kammer nicht mit einer Gewerkschaft verglichen werden, die ihre Mitglieder zu Kampfmaßnahmen aufrufen kann. Als Körperschaft des öffentlichen Rechts ist die Kammer zu parteipolitischer Abstinenz verpflichtet. Und bei weitem nicht alles, was die Zahnärzteschaft oder der einzelne Zahnarzt für notwendig, angemessen oder wünschenswert hält, ist in unserer pluralistischen Gesellschaft politisch realisierbar. Trotzdem ist und bleibt die Zahnärzteschaft, wenn sie weiterhin in Fragen der Gesundheits-, Sozial- und Berufspolitik wirksam sein will, auf eine breit fundierte und demokratisch legitimierte Organisation angewiesen, die sie vertritt und als Gesprächspartner akzeptiert und ernst genommen wird. Insofern hat die Landeszahnärztekammer auch für ihre Mitglieder eine wichtige Aufgabe gegenüber den staatlichen und gesellschaftlichen Kräften.

Beziehung zu anderen Verbänden

Die Organisation der Zahnärzteschaft erscheint Politikern und Öffentlichkeit, sogar vielen Zahnärzten, als unübersichtlich. Neben der Landeszahnärztekammer und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung, die dem öffentlich-rechtlichen Bereich angehören, gibt es eine Vielzahl privatrechtlich organisierter zahnärztlicher Verbände, Vereine und Fachgesellschaften. Unter diesen und zu den Körperschaften besteht bei Wahrnehmung zahnärztlicher Interessen zeitweise ein mehr oder weniger ausgeprägtes Konkurrenzverhältnis, was bei politischem Handeln nach außen die politische Wirkung auch schwächen kann. Für die (Länder) Kammern und ihren Zusammenschluss auf Bundesebene, die Bundeszahnärztekammer, ist es selbstverständlich, dass sie gerade bei der Vertretung zahnärztlicher Belange mit den freiverbandlichen Zusammenschlüssen kooperieren. Die berufspolitisch orientierten freien Zahnärzterverbände, fachzahnärztlichen Berufsverbände und wissenschaftlichen Fachgesellschaften sind dabei gegenüber der Kammer vordergründig betrachtet, im Vorteil. Diese Organisationen brauchen nicht in demselben Maße wie die Körperschaften die an diesen Status gebundenen Rücksichten zu nehmen. Sie können, was ihnen den Beifall ihrer Mitglieder sichert, kämpferischer auftreten als die „halbstaatliche“ Kammer. Gleichwohl haben aber auch sie Grenzen zu wahren, wenn sie in der öffentlichen Diskussion gehört werden und Einfluss ausüben wollen. Darüber hinaus

haben es die freien Verbände, angesichts sehr unterschiedlicher Strukturen in der Gesamtzahnärzteschaft insofern leichter, als sie im Zweifel nur partielle Interessen ihrer jeweiligen Mitgliedschaft zu vertreten haben. Allerdings können derartige Verbandsinteressen auch gegeneinander gerichtet sein und insoweit ein einheitliches Diktum der Zahnärzteschaft erschweren oder unerreichbar machen.

Integrationsfunktion der Landeszahnärztekammer

Mit den stetig gestiegenen rechtlichen Anforderungen an die Zahnarztpraxis änderten sich auch die Erwartungen der Kammermitglieder an ihre Berufsorganisation. Parallel dazu veränderten sich die Beziehungen der Mitglieder zueinander. Der Kammer gehören heute rund 10.500 Mitglieder an. Der kollegiale Zusammenhalt ist angesichts dieser Größenordnungen erschwert. Die Arbeit ist nach und nach anonymer geworden. Außerdem gibt es wegen ökonomischer Engpässe immer offener ausgeprägte berufliche Konkurrenz sowie Interessenkonflikte unter den sich immer weiter differenzierenden Zahnarztgruppen. All dieses birgt Entsolidarisierungsprozesse in sich, die das Zusammengehörigkeitsgefühl und solidarisches Handeln gefährden.

Die Kammer hat deshalb nach ihrem Selbstverständnis und nach dem Gesetz eine Integrationsfunktion. Ziel ist es, kollegiales Zusammenwirken und Solidarität zu fördern und konträre Meinungen innerhalb des Berufsstandes zusammenzuführen. Die Kammer muss Überzeugungsarbeit leisten. Sie wird auch mehr denn je auf den Zusammenhalt in den Regionen unter Einschaltung ihrer regionalen Untergliederungen und Einrichtungen zu achten haben. Die Zahnärzteschaft war, wie ihre Geschichte zeigt, nur dann politisch erfolgreich, wenn ihre Organisation geschlossen auftrat und die Organe der Kammer sich auf eine breite Zustimmung der Mitglieder stützen konnten.

Aufsichts- und Ordnungsfunktion

Die Berufsaufsicht war und ist eine der Hauptaufgaben der Kammer. Sie hat in all den Zeiten nichts an Gewicht verloren, im Gegenteil, es ist zu erwarten, dass mit den sich ändernden Bedingungen der zahnärztlichen Berufsausübung die berufs-

ordnenden Aufgaben sogar wachsen werden. Veränderte Anschauungen und Grundhaltungen in der Gesellschaft, ferner die zahnmedizinische Wissenschaft und der technische Fortschritt erfordern neue Positionsbestimmungen dessen, was standesüblich ist. Was früher noch als berufswidrig galt, ist heute auf Grund der geänderten rechtlichen Rahmenbedingungen und der Fortentwicklung der Rechtsprechung zulässig.

Die stetige Zunahme der Zahl an Zahnärzten führt zu einer Abnahme persönlicher Kontakte. Darunter leiden Kollegialität und Solidarität im Berufsstand. Achtungsvolles kollegiales Zusammenwirken wird durch die berufliche Konkurrenz bedroht. Derartigen Verhaltensweisen im Einzelfall entgegenzuwirken, ist seit Bestehen der Kammer eine Pflicht der Selbstverwaltung. Diese Verpflichtung liegt nicht nur im Interesse der Kammermitglieder, die ihren Beruf korrekt, verantwortungsbewusst und auf die Belange ihrer Patienten gerichtet ausüben und erwarten, dass die Kammer das Fehlverhalten einzelner mit den ihr gegebenen gesetzlichen Instrumenten verfolgt, dies gehört auch zu ihren Pflichten gegenüber der Allgemeinheit, die einen Anspruch auf ein ordnungsgemäß funktionierendes Gesundheitswesen hat. Politik und Öffentlichkeit reagieren sehr sensibel auf tatsächliche oder behauptete Verletzungen des Berufsrechts und der Ethik und erwarten ein tatkräftiges und gegebenenfalls auch vorbeugendes Handeln der Kammer. Das Heilberufe-Kammergesetz und die als autonomes Satzungsrecht erlassene Berufsordnung sind dafür die rechtliche Grundlage. Dass diese trotz des föderalistischen Staatsaufbaus der Bundesrepublik Deutschland im Wesentlichen bundeseinheitlich gestaltet und erhalten werden konnten, spricht für die Einsicht und Selbstdisziplin der in der Vergangenheit an der Normgebung Beteiligten.

Angesichts von Diskussionen unter Aspekten der europäischen Rechtsauffassung ist die Durchsetzung des Berufsrechts, im Hinblick auf die Belange der Patienten als ein Stück gesundheitlicher Verbraucherschutz bzw. Patientenschutz, originäre Aufgabe der Kammer. Einer Bürgerorientierung werden im Übrigen in Zukunft mehr denn je Gesundheitsinformationen und individuelle Beratungen des einzelnen Patienten zu dienen haben. Somit kommt der Kammer auch hier eine wichtige und verantwortungsvolle Organisations- und Integrationsaufgabe zu.

Aus-, Fort- und Weiterbildung

Die zahnärztliche Berufsorganisation schaltete sich in der Vergangenheit auch immer wieder in die Diskussionen um die Hochschulausbildung der Zahnärzte ein. Hintergrund war, dass die Kammer praktische Berufserfahrungen ihrer Mitglieder mit der Ausbildung sowie die sich wandelnden gesellschaftlichen, rechtlichen, ökonomischen und organisatorischen Anforderungen an den Zahnarzt mit einbringen konnte. Die der Ausbildung zugrunde liegenden Rechtsnormen wirken seit jeher stark auf das Berufsbild der Zahnärzte ein. Daher war und ist die regelmäßige Anpassung der Ausbildungsvorschriften an die wissenschaftliche Entwicklung sowie an die Versorgungsbedürfnisse der Bevölkerung ein wesentliches Anliegen der verfassten Zahnärzteschaft.

Seit die Pflicht zur Fortbildung im Heilberufe-Kammergesetz und in den berufsrechtlichen Regelungen verankert ist, ist die Kammer bemüht, den Zahnärzten die Fortbildung inhaltlich und finanziell zu erleichtern. Der Kammer kommt hier eine hohe Verantwortung zu, vornehmlich auch, um die fachliche Qualität der zahnärztlichen Versorgung der Bevölkerung auf Dauer zu gewährleisten. Angesichts der schnellen wissenschaftlichen Entwicklung in der Zahnmedizin und der Zahnmedizintechnik wird schließlich die „lebenslange“ zahnärztliche Fortbildung immer wichtiger. Dies ist auch künftig eine Herausforderung an die Kammer, ihre Anstrengungen noch zu verstärken.

Qualitätsmanagement, Optimierung der Behandlung

Einer der Themenbereiche, der sich in den vergangenen Jahren besonders hervorgetan hat, ist das Thema „Qualität“. Die Landes Zahnärztekammer beschäftigt sich bereits seit Jahren mit diesem Thema, nicht nur, weil die Patienten schon aus humanitären Gründen einen Anspruch darauf haben, dass Diagnostik und Therapie dem jeweiligen Kenntnis- und Erfahrungsstand entsprechen und sorgfältig angewendet werden, sondern vielmehr auch, um die begrenzten finanziellen Ressourcen im Gesundheitswesen und in der Praxis so sinnvoll und verantwortungsbewusst wie möglich einzusetzen.

Als Stichworte seien in diesem Zusammenhang die von der Landes Zahnärztekammer aufgelegten Praxishandbücher

„Qualitätsmanagement in der Zahnarztpraxis“ sowie die Einrichtung eines Arbeitskreises „Qualitätsmanagement“ oder die Bestellung eines kammereigenen „Qualitätsbeauftragten“ genannt. Bundesweit federführend unter den Länderkammern war die Landes Zahnärztekammer auch bei der Einrichtung und Unterstützung von Qualitätszirkeln sowie der Einführung eines Pilotprojektes zum Qualitätsmanagement. Großes Lob von Staat und Gesellschaft erntet die Kammer auch für die seit Jahrzehnten am Gemeinwohl orientierte Arbeit der unabhängigen Gutachterkommission für Fragen zahnärztlicher Haftung, die auch von den Gerichten zunehmend akzeptiert und gewürdigt wird.

Nichtsdestotrotz wird die Kammer bei diesen Qualitätssicherungs- und Qualitätsmanagementmaßnahmen in den kommenden Jahren noch stärker gefordert sein. Inhalte und Organisationsstrukturen müssen vertieft werden, weitere Leistungskomplexe sind einzubeziehen. Auch die Überzeugungsarbeit unter den Kammermitgliedern ist noch zu intensivieren, denn Zahnärzte empfinden Qualitätssicherungsmaßnahmen nach wie vor als Belastung bzw. können den Nutzen für die eigene Praxis noch nicht ausreichend erkennen. Die Kammer muss daher bei ihren Mitgliedern noch mehr als bisher die Akzeptanz für das Thema „Qualität“ wecken, denn ohne überzeugende und aufrichtige Mitwirkung können keine positiven Ergebnisse erwartet werden.

Über Öffentlichkeitsarbeit zur Akzeptanz

Die Zahnärzte konnten in ihrer Geschichte wohl stets öffentlicher Aufmerksamkeit sicher sein, nehmen sie doch in der Gesellschaft allgemein und erst recht aus der Sicht eines zahn-erkrankten Menschen eine besondere Rolle ein. Es gab wohl auch immer Beweise der Achtung, Dankbarkeit bis Bewunderung für den Zahnarzt, ebenso aber auch Ablehnung und Neid. Heute hat man gelernt, zwischen der veröffentlichten Meinung in den Medien und der Meinung der Bürger zu unterscheiden. Trotz aller Angriffe in den Medien ist das Ansehen des einzelnen Zahnarztes seit Jahrzehnten gut und unverändert hoch geblieben. Bei allen Imageuntersuchungen von Forschungsinstituten nimmt der Zahnarztberuf bis in die Gegenwart hinein immer wieder eine der obersten Stellen ein. Allerdings bedeuten diese wenig differenzierten Aussagen über hohes Ansehen

der Zahnärzte nicht selbstverständlich auch, dass diese sich als soziologisch definierte Gruppe hoher Beliebtheit erfreuen, wie aus anderen Umfragen hervorgeht. So konnte die Zahnärzteschaft beispielsweise noch nie damit rechnen, dass sie für ihre berufspolitischen Anliegen die Patienten weitgehend auf ihrer Seite hat. Viele Bürger verbinden offenbar mit der Kammer Vorstellungen von Lobbyismus und ungebührlichem Einfluss auf Entscheidungen des Staates. Dem hohen Ansehen des Zahnarztes entsprechen hohe Erwartungen an sein gesellschaftliches und berufsethisches Verhalten. Vermutetes oder tatsächliches Fehlverhalten einzelner Zahnärzte wird von den Medien mit großem Interesse, teilweise sogar begierig aufgegriffen und verbreitet. Die besondere Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit gegenüber allen Tatbeständen, die das Handeln von Zahnärzten irgendwie in einem schlechten Licht erscheinen lassen, ist als Kehrseite des allgemein positiven Bildes vom Zahnarzt zu erklären. Nicht selten kommt es bei der Wortwahl der Medien zu Verallgemeinerungen, mit denen die Zahnärzteschaft insgesamt in ihrem Ansehen belastet wird. Derartige verallgemeinernde Aussagen sind wiederholt auch eine Versuchung für Politiker und Kostenträger gewesen, die Öffentlichkeit gezielt für ihre Zwecke gegen die Zahnärzte zu mobilisieren.

Die Zahnärzteschaft bemüht sich seit Jahren, all dem mit eigener Öffentlichkeitsarbeit zu begegnen. Nach außen hin, also in den politischen Raum und in die Gesellschaft hinein, werden die Leistungen der Zahnärzteschaft und die Kompetenz ihrer Berufsorganisation dargestellt sowie deren sozial- und gesundheitspolitische Vorstellungen verbreitet. Darüber hinaus wird nach innen, also in den Kreis der Kammermitglieder hinein, die kollegiale Selbstverwaltung und deren Maßnahmen und Meinungen dargestellt, um so die Einheit des Berufsstandes durch solidarisches Handeln zu gewährleisten.

Der Ruf nach mehr Öffentlichkeitsarbeit kommt seit Jahren zunehmend und oft recht energisch auch aus dem Kreis der Kammermitglieder. Viele Zahnärzte sehen sich in den Medien in ihrer beruflichen Arbeit verkannt, unterbewertet oder missverstanden. Nicht selten werden aber die Möglichkeiten überschätzt, mit Öffentlichkeitsarbeit auf die öffentliche Meinung und Politik Einfluss nehmen zu können. Öffentlichkeitsarbeit kann sich mit Meinungen, Stellungnahmen, Gegendarstellungen im Wesentlichen nur in einem abstrakten Umfeld vollziehen. Konkret aber wird das Ansehen des

Berufsstandes in der Gesellschaft vom beruflichen Handeln eines jeden Berufsangehörigen bestimmt, also davon, wie sich der Einzelne gegenüber seinen Patienten und in der Öffentlichkeit verhält. Vor allem setzt erfolgreiche und aktive Öffentlichkeitsarbeit, die sich nicht auf das Reagieren beschränkt, stringent formulierte und vom Berufsstand mehrheitlich getragene gesundheits- und sozialpolitische Vorstellungen voraus, die die Politik und die Medien zu überzeugen vermögen. Eine solche Programmatik der verfassten Zahnärzteschaft besteht in Baden-Württemberg bereits seit Jahren, sie hat zunehmend auch Aufmerksamkeit gefunden, wurde aber schließlich trotz aller Bemühungen der zahnärztlichen Körperschaft in der Meinungsbildung der politischen Parteien und der Medien weniger realisiert bzw. akzeptiert. Eine erfolgreiche Öffentlichkeitsarbeit erfordert ein geschlossenes Auftreten der Zahnärzteschaft in all ihren Gruppierungen, nachdem Meinungen und politischer Wille zuvor in einem demokratischen Prozess gebildet worden sind, um von der Politik und den Medien nicht gegeneinander ausgespielt werden zu können.

Entwicklungen auf europäischer Ebene

Beobachtet man die jüngsten Entwicklungen auf europäischer Ebene, so wird deutlich, dass die derzeitigen Bestrebungen der Europäischen Kommission dahingehen, eine neue Strategie für die Freien Berufe zu entwickeln. Hierbei geht es um Themen wie Marktzutrittsbeschränkungen, verbindliche Festpreise oder berufsübergreifende Zusammenarbeit. Im Grunde wird bei den derzeitigen Initiativen die spezielle Rolle der Kammern bei der Reglementierung des Berufsstandes anerkannt. Im Interesse einer Marktöffnung oder zur Förderung des Wettbewerbs sind der Kommission jedoch bestimmte Berufsregeln ein Dorn im Auge. Die Ausführungen gehen dahin, dass die Wahrnehmung der Niederlassungsfreiheit durch „Dienstleistungserbringer“ sowie den freien Dienstleistungsverkehr erleichtert werden sollen. Vergleicht man die Entwicklung in anderen europäischen Ländern, so kommt man zu dem Ergebnis, dass sich in gleichem Maße, wie sich die Nationalstaaten seit dem 19. Jahrhundert unterschiedlich entwickelt haben, das jeweilige System der Interessenvertretung der Freien Berufe in den einzelnen Staaten unterschiedlich entwickelt hat. In den von der Subsidiarität geprägten Staaten, in denen der Staat nicht nur auf die Ausübung der öffentlichen Gewalt reduziert, sondern

als ein Zusammenwirken von hoheitlichem Handeln und Gemeininteressen verstanden wird, hat sich der Gedanke der Selbstverwaltung durchgesetzt. Die Ausbildung eines differenzierten Systems von berufsständischen Kammern als Selbstverwaltungseinrichtungen mit Pflichtmitgliedschaft ist Ausfluss dieses Staatsverständnisses. Die Kammern bündeln und vertreten nicht nur die Interessen ihrer Mitglieder gegenüber den staatlichen Institutionen, sondern dienen dem Staat auch durch die Übernahme von hoheitlichen Aufgaben und die Weitergabe von Informationen über den jeweiligen Berufsstand, die auf Grund der Mitgliedschaft flächendeckend bei den Kammern abgerufen werden können. Auf diese Errungenschaft, und um diese für den Berufsstand auch künftig in einem sich wandelnden Europa zu erhalten, müssen die Anstrengungen der Kammer ausgerichtet sein.

Zukunft der Kammer

Auf dem Gebiet der Gesundheits- und Sozialpolitik, die durch innerstaatliche, zunehmend auch europäische Entwicklungen beeinflusst wird, ist es im Laufe der Jahre zu wesentlichen strukturellen Veränderungen gekommen, die auch die zahnärztliche Selbstverwaltung betroffen haben. Die Kammer ist auf dem Weg zu entsprechend veränderten Denkweisen und zu einer teilweisen Neubestimmung ihres Verhältnisses zu Staat und Gesellschaft sowie zu den Berufsangehörigen. Die zahnmedizinisch-wissenschaftliche, organisatorische und berufsethische Sachkompetenz der Kammer wird zunehmend in Anspruch genommen.

Die zahnärztliche Selbstverwaltung hat sich berufspolitisch im Sinne der Interessenwahrung in gesamtgesellschaftliche Vorstellungen und Notwendigkeiten einzuordnen. Berufspolitik muss grundlegende Interessen der Allgemeinheit beachten und vertreten. Aus diesen Gründen muss die Kammer auch weiterhin bestrebt sein, bei allen Interessengegensätzen die Dialogfähigkeit zu ihren Kontrahenten zu erhalten, um als Gesprächspartner weiterhin gehört zu werden. Die prinzipielle Orientierung am Gemeinwohl schließt die nachdrückliche Geltendmachung von Gruppeninteressen der Zahnärzteschaft nicht aus, wie das in einer Demokratie selbstverständlich ist und auch immer wieder erfolgreich war. Die Kammer steht letztlich in jedem konkreten Fall vor der Notwendigkeit, die rechtlichen Grenzen ihres gesundheits-, sozial- und berufspolitischen Mandats sorgsam auszuloten.

Dies muss auch weiterhin unter Berücksichtigung der berechtigten Erwartungen der vertretenen Kammermitglieder einerseits und der Pflichten der Landeszahnärztekammer als Körperschaft des öffentlichen Rechts gegenüber der Allgemeinheit andererseits in dialog- und konsensbezogenen Betrachtungen berücksichtigt werden.

Mit der zu erwartenden Übertragung weiterer Kammeraufgaben wird sich das Erscheinungsbild der Kammer im politischen Umfeld und gegenüber den Mitgliedern weiter verändern. Die Bedeutung der zahnärztlichen Selbstverwaltung für die Allgemeinheit wird steigen, wenn, wie sich bereits abzeichnet, Patientenschutz und Bürgerorientierung noch mehr als Leitideen der Kammerarbeit herausgestellt werden. Die zahnärztliche Körperschaft wird künftig noch stärker mit anderen Beteiligten zu kooperieren haben, weil die funktionale Verflechtung der Leistungsbereiche im Gesundheitswesen und die Internationalisierung der Politik weiter zunehmen werden. Die Landeszahnärztekammer Baden-Württemberg ist darauf vorbereitet.



*„Handle niemals gegen das Gewissen,
selbst wenn der Staat es fordert.“*

Albert Einstein

Zusammensetzung der Vorstände der einzelnen Kammerperioden

- 106 1. Kammerperiode 1955-1960
- 107 2. Kammerperiode 1960-1964
- 108 3. Kammerperiode 1964-1968
- 109 4. Kammerperiode 1968-1972
- 110 5. Kammerperiode 1972-1976
- 111 6. Kammerperiode 1976-1980
- 112 7. Kammerperiode 1981-1984
- 113 8. Kammerperiode 1985-1988
- 114 9. Kammerperiode 1989-1992
- 115 10. Kammerperiode 1993-1996
- 116 11. Kammerperiode 1997-2000
- 117 12. Kammerperiode 2001-2004
- 118 13. Kammerperiode 2005-2008

1. Kammerperiode 1955-1960

106 |

Präsident

Dr. Raimund Gaertner, Freiburg

Stv. Präsident

ZA Herbert Fischer, Karlsruhe

Vorstandsmitglieder

Zugewählte Mitglieder

ZA Viktor Harr, Ludwigsburg

ZA Hans Kasten, Tübingen

Prof. Dr. Rebel, Tübingen

Mitglieder kraft Amtes als
Vorsitzende der BZKen

BZK FREIBURG/SÜDBADEN

Dr. Karl Pfeiffer, Freiburg
(Vorsitzender von 1955-1958)

Dr. Raimund Gaertner, Freiburg
(Vorsitzender von 1958-1960)

BZK KARLSRUHE/NORDBADEN

Dr. Walter Knott, Karlsruhe
(Vorsitzender von 1955-1976)

BZK STUTTGART/NORDWÜRTTEMBERG

Dr. Helmut Geißler, Stuttgart
(Vorsitzender von 1955-1957)

Dr. Dr. Richard Merz, Stuttgart
(Vorsitzender von 1957-1964)

BZK TÜBINGEN/SÜDWÜRTTEMBERG

Dr. Eugen Krug, Saulgau
(Vorsitzender 1955)

Dr. Heinrich Werner, Schwenningen
(Vorsitzender von 1955-1964)

2. Kammerperiode 1960-1964

Präsident

Dr. Dr. Richard Merz, Stuttgart

Stv. Präsident

ZA Herbert Fischer, Karlsruhe

Vorstandsmitglieder

Zugewählte Mitglieder

ZA Friedrich Klöpfer, Stuttgart

Dr. Herbert Veigel, Baiersbronn-Mitteltal

Prof. Dr. Dr. Eugen Fröhlich

Mitglieder kraft Amtes als
Vorsitzende der BZKen

BZK FREIBURG/SÜDBADEN

Dr. Egon Düringer, Hagnau
(Vorsitzender von 1960-1961)

Dr. Ernst Bühler, Lahr
(Vorsitzender von 1961-1963)

Dr. Alfred Deppe, Baden-Baden
(Vorsitzender von 1964-1965)

BZK KARLSRUHE/NORDBADEN

Dr. Walter Knott, Karlsruhe

BZK STUTTGART/NORDWÜRTTEMBERG

Dr. Dr. Richard Merz, Stuttgart

BZK TÜBINGEN/SÜDWÜRTTEMBERG

Dr. Heinrich Werner, Schwenningen

3. Kammerperiode 1964-1968

108 |

Präsident

Dr. Dr. Richard Merz, Stuttgart

Stv. Präsident

ZA Friedrich Klöpfer, Stuttgart

Vorstandsmitglieder

Zugewählte Mitglieder

ZA Kurt Matheis, Karlsruhe

Dr. Richard Wittner, Zell i. W.

Prof. Dr. H. Rehm, Freiburg

Mitglieder kraft Amtes als
Vorsitzende der BZKen

BZK FREIBURG

Dr. Alfred Deppe, Baden-Baden
(Vorsitzender von 1964-1965)

Dr. Richard Wittner, Zell i. W.
(Vorsitzender von 1965-1972)

BZK KARLSRUHE

Dr. Walter Knott, Karlsruhe

BZK STUTTGART

Dr. Rudolf Beilharz, Ulm

BZK TÜBINGEN

Dr. Herbert Veigel, Freudenstadt

4. Kammerperiode 1968-1972

Präsident

Dr. Günther Schäfer, Lörrach

Stv. Präsident

ZA Kurt Matheis, Karlsruhe

Vorstandsmitglieder

Zugewählte Mitglieder

ZA Friedrich Schönberger, Konstanz

Prof. Dr. Willi Schulte, Tübingen

Prof. Dr. Dr. R. Ritter, Heidelberg

Mitglieder kraft Amtes als
Vorsitzende der BZKen

BZK FREIBURG

Dr. Richard Wittner, Zell i. W.

BZK KARLSRUHE

Dr. Walter Knott, Karlsruhe

BZK STUTTGART

Dr. Ekkehard Huber, Stuttgart

BZK TÜBINGEN

Dr. Herbert Veigel, Freudenstadt

5. Kammerperiode 1972-1976

110 |

Präsident

Prof. Dr. Dr. Ulrich Rheinwald, Calw

Stv. Präsident

ZA Kurt Matheis, Karlsruhe

Vorstandsmitglieder

Zugewählte Mitglieder

ZA Reinhold Sauter, Stuttgart

Prof. Dr. Willi Schulte, Tübingen

Prof. Dr. Dr. Peter Rieth, Tübingen

Mitglieder kraft Amtes als
Vorsitzende der BZKen

BZK FREIBURG

Dr. Werner Krause, Konstanz
(Vorsitzender von 1972-1973)

Dr. Franz Schleemilch, Freiburg
(Vorsitzender von 1973-1980)

BZK KARLSRUHE

Dr. Walter Knott, Karlsruhe

BZK STUTTGART

Dr. Ekkehard Huber, Stuttgart

BZK TÜBINGEN

Dr. Herbert Veigel, Freudenstadt
(Vorsitzender von 1964-1973)

Dr. Hans-Dieter Schwieder, Albstadt
(Vorsitzender von 1973-1976)

6. Kammerperiode 1976-1980

Präsident

Dr. Hans-Dieter Schwieder, Albstadt

Stv. Präsident

Prof. Dr. Walther Engel, Karlsruhe

Vorstandsmitglieder

Zugewählte Mitglieder

ZA Reinhold Sauter, Stuttgart

Prof. Dr. Willi Schulte, Stuttgart

Prof. Dr. Werner Reither, Freiburg

Mitglieder kraft Amtes als
Vorsitzende der BZKen

BZK FREIBURG

Dr. Franz Schleemilch, Freiburg

BZK KARLSRUHE

ZA Kurt Matheis, Karlsruhe

BZK STUTTGART

Dr. Ekkehard Huber, Stuttgart

BZK TÜBINGEN

Dr. Gallus F. Sauter, Ravensburg

7. Kammerperiode 1981-1984

112 |

Präsident

Dr. Hans-Dieter Schwieder, Albstadt

Stv. Präsident

Prof. Dr. Willi Schulte, Tübingen

Vorstandsmitglieder

Zugewählte Mitglieder

Dr. Kurt Gehrig, Stuttgart

Dr. Foelko Grunert, Lörrach

ZA Gerhard Killius, Karlsruhe

Mitglieder kraft Amtes als
Vorsitzende der BZKen

BKZ FREIBURG

Dr. Günther Schäfer, Lörrach

BKZ KARLSRUHE

ZA Kurt Matheis, Karlsruhe

BKZ STUTTGART

Dr. Jo Wiech, Stuttgart

BKZ TÜBINGEN

Dr. Gallus F. Sauter, Ravensburg

8. Kammerperiode 1985-1988

Präsident

Dr. Hans-Dieter Schwieder, Albstadt

Stv. Präsident

Prof. Dr. Willi Schulte, Tübingen

Vorstandsmitglieder

Zugewählte Mitglieder

Dr. Foelko Grunert, Lörrach

ZA Gerhard Killius, Karlsruhe

Dr. Kurt Mahlenbrey, Stuttgart

Mitglieder kraft Amtes als
Vorsitzende der BZKen

BZK FREIBURG

Dr. Günther Schäfer, Lörrach

BZK KARLSRUHE

ZA Kurt Matheis, Karlsruhe

BZK STUTTGART

Dr. Ulrich Seeger, Esslingen

BZK TÜBINGEN

Dr. Gallus F. Sauter, Ravensburg

9. Kammerperiode 1989-1992

114 |

Präsident

Dr. Hans-Dieter Schwieder, Albstadt

Stv. Präsident

Prof. Dr. Willi Schulte, Tübingen

Vorstandsmitglieder

Zugewählte Mitglieder

Dr. Foelko Grunert, Lörrach

Dr. Kurt Mahlenbrey, Stuttgart

ZA Kurt Matheis, Karlsruhe

Mitglieder kraft Amtes als
Vorsitzende der BZKen

BZK FREIBURG

Dr. Klaus de Cassan, Murg

BZK KARLSRUHE

Dr. Rüdiger Engel, Karlsruhe

BZK STUTTGART

Dr. Ulrich Seeger, Esslingen

BZK TÜBINGEN

Dr. Gallus F. Sauter, Ravensburg

10. Kammerperiode 1993-1996

Präsident

Dr. Rüdiger Engel, Karlsruhe

Stv. Präsident

Dr. Udo Lenke, Vaihingen/Enz

Vorstandsmitglieder

Zugewählte Mitglieder

Dr. Stephan Haenel, Zell a. H.

Dr. Klaus-Peter Rieger, Reutlingen

Dr. Gerhard Wahl, Stuttgart

Mitglieder kraft Amtes als
Vorsitzende der BZKen

BZK FREIBURG

Dr. Joachim Schwalber, Freiburg

BZK KARLSRUHE

Dr. Joachim Bertram, Mannheim
(Vorsitzender von 1993-1995)

Dr. Wolfgang Gutermann, Heidelberg
(Vorsitzender von 1995-1996)

BZK TÜBINGEN

Dr. Friedrich Vollmer, Ensingen u. A.

BZK Stuttgart

Dr. Ulrich Seeger, Esslingen

11. Kammerperiode 1997-2000

116 |

Präsident

Dr. Rüdiger Engel, Karlsruhe

Stv. Präsident

Dr. Udo Lenke, Vaihingen/Enz

Vorstandsmitglieder

Zugewählte Mitglieder

Dr. Stephan Haenel, Zell a. H.

Dr. Gerhard Wahl, Stuttgart

Dr. Fritz-J. Willmes, Ulm

Mitglieder kraft Amtes als
Vorsitzende der BZKen

BZK FREIBURG

Dr. Joachim Schwalber, Freiburg

BZK KARLSRUHE

Dr. Vera Sommer, Heidelberg

BZK STUTTGART

Dr. Ulrich Seeger, Esslingen

BZK TÜBINGEN

Dr. Klaus-Peter Rieger, Reutlingen

12. Kammerperiode

2001-2004

Präsident

Dr. Udo Lenke, Vaihingen/Enz

Stv. Präsidentin

Dr. Antoinette Röttele, Weil am Rhein

Vorstandsmitglieder

Zugewählte Mitglieder

Dr. Bernhard Jäger, Mannheim

Dr. Rolf Maurer, Bietigheim-Bissingen

Dr. Helmut Weller, Pfullendorf

Mitglieder kraft Amtes als
Vorsitzende der BZKen

BZK FREIBURG

Dr. Joachim Schwalber, Freiburg

BZK KARLSRUHE

Dr. Bernd U. Borckmann, Heidelberg

BZK STUTTGART

Dr. Rainer-Udo Steck, Winnenden,
(Vorsitzender von 2001-2002)

Dr. Konrad Bühler, Eislingen,
(Vorsitzender von 2002-2004)

BZK TÜBINGEN

Dr. Wilfried Forschner, Biberach

13. Kammerperiode 2005-2008

118 |

Präsident

Dr. Udo Lenke, Vaihingen/Enz

Stv. Präsidentin

Dr. Antoinette Röttle, Weil am Rhein

Vorstandsmitglieder

Zugewählte Mitglieder

Dr. Bernhard Jäger, Mannheim

Dr. Rolf Maurer, Bietigheim-Bissingen

Dr. Helmut Weller, Pfullendorf

Mitglieder kraft Amtes als
Vorsitzende der BZKen

BZK FREIBURG

Dr. Joachim Schwalber, Freiburg

BZK KARLSRUHE

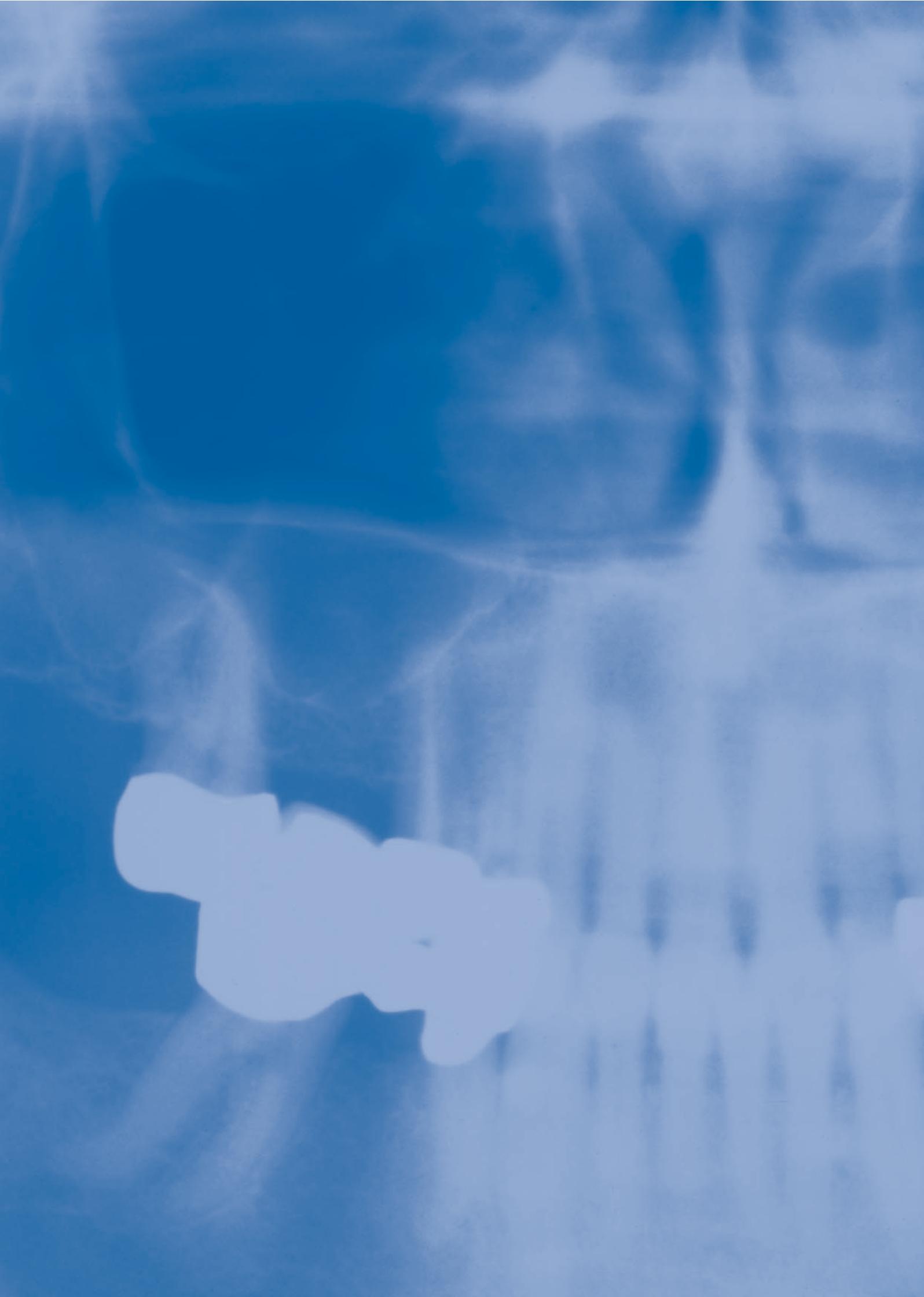
Dr. Bernd U. Borckmann, Heidelberg

BZK STUTTGART

Dr. Konrad Bühler, Eisingen

BZK TÜBINGEN

Dr. Wilfried Forschner, Biberach





**Landeszahnärztekammer
Baden-Württemberg**

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Herdweg 59, 70174 Stuttgart
Postfach 10 29 40, 70015 Stuttgart

Telefon: 07 11. 2 28 45-0
Telefax: 07 11. 2 28 45-40

info@lzk-bw.de
www.lzk-bw.de