

Aus der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik
Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München

Direktor: Prof. Dr. med. dent. Daniel Edelhoff



**Die Entwicklung der modernen Zahnmedizin in Bayern unter Miteinfluss
der Bayerischen Landeszahnärztekammer von 1990 bis 2020**

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Zahnmedizin
an der Medizinischen Fakultät
der Ludwig-Maximilians-Universität München

vorgelegt von
Carina Hauser

aus
Salzburg

2024

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Erster Gutachter: Prof. Dr. Daniel Edelhoff

Zweiter Gutachter: Prof. Dr. Wolfgang Locher

Dritter Gutachter: Prof. Dr. Reinhard Hickel

Dekan: Prof. Dr. med. Thomas Gudermann

Tag der mündlichen Prüfung: 09. Februar 2024

für Pepi

J.M.M.H.

„Fortschritt und moderne Zahnheilkunde bedeuten nicht nur Innovation und Technik in der Zahnarztpraxis.

Gute Zahnheilkunde bedeutet ein mehr an Aufmerksamkeit und Gesprächsbereitschaft.“¹

¹ Schneck 1991.

Inhalt

Zusammenfassung.....	8
Summary	10
Abbildungsverzeichnis.....	12
Tabellenverzeichnis.....	13
Abkürzungsverzeichnis.....	13
1 Einleitung.....	16
1.1 Einführung.....	16
1.2 Fragestellung	17
1.3 Methodik	18
1.4 Quellen und bisheriger Forschungsstand.....	20
1.4.1 Zeitschriften.....	21
1.4.2 Bibliotheken.....	21
2 Vorgeschichte.....	22
2.1 Zahnmedizin als „Stiefkind der ökonomischen und fachlichen Entwicklung“?	22
2.1.1 Forschung und Lehre auf dem Gebiet der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde in der Bundesrepublik Deutschland unzureichend	22
2.1.2 Internationale Zusammenarbeit entpuppt sich als Kraftakt	25
2.1.3 Sozialpolitik als Entwicklungsbremse?	26
2.1.4 Entstehung freier Verbände (als Gegenorganisationen zu den Körperschaften)	31
2.2 Wie entwickelte sich Zahnmedizin stattdessen in anderen Nationen weiter?.....	33
2.2.1 Skandinavien: Prävention und Parodontologie.....	33
2.2.2 USA: Undergraduate- und Postgraduate-Programme	36
3 Die Entwicklung der modernen Zahnmedizin in Bayern unter Miteinfluss der BLZK von 1990 bis 2020.....	39
3.1 Etablierung von Spezialgebieten	39
3.1.1 Ausweisung Spezialgebiete – ein steiniger Weg bis heute	41
3.1.2 Pro Spezialisierung	41

3.1.3	Einfluss der BLZK.....	42
3.1.4	Einfluss der Fachgesellschaften und der Universitäten auf Spezialisierung	43
3.1.5	Status quo.....	47
3.2	Fort- und Weiterbildung.....	50
3.2.1	Eigenverantwortung statt Pflichtfortbildung	52
3.2.2	Fortbildung als Kammeraufgabe	54
3.2.3	Entwicklung der zahnärztlichen Weiterbildung durch Fachgesellschaften und Körperschaften	66
3.2.4	Fazit	69
3.3	Approbationsordnung für Zahnärzte	69
3.3.1	Approbationsordnung für Zahnärzte vom 26. Januar 1955	69
3.3.2	ZApprO 2019.....	72
3.3.3	Fazit	77
3.4	Prävention	77
3.4.1	Verpasste Chance Prävention?.....	78
3.4.2	LAGZ in Bayern	79
3.4.3	Prophylaxe 2000.....	81
3.4.4	PZR in der Individualprophylaxe.....	82
3.4.5	Fazit	84
3.5	Die Bayerische Landeszahnärztekammer und ihre Rolle in der Leistungsvergütung	84
3.5.1	Die BLZK als staatsnahe Institution und Versicherungen als Auslaufmodell	86
3.5.2	Neue organisatorisch-strukturelle Konzeption der Kammer ab 1990	87
3.5.3	Liberalisierungskonzept für eine Weiterentwicklung in GKV und PKV	89
3.5.4	Fazit	93
4	Diskussion.....	94
	Quellenverzeichnis	101
	Archivalien.....	101
	Gedruckte Quellen	101

Literaturverzeichnis.....	102
Internetrecherche	107
Weitere Quellen	108
Gespräche, Korrespondenz, Telefonate.....	110
Anhang	111
Danksagung	136
Affidavit	137

Zusammenfassung

Ziel dieser Arbeit war es, herauszuarbeiten, welchen Einfluss die Bayerische Landes Zahnärztekammer auf die Modernisierung der Zahnheilkunde in Bayern nahm.

Hürden, welche ebendiese Entwicklung be- oder gar verhinderten, sind im relevanten Vorlaufzeitraum (circa ab 1960) die folgenden:

Defizite der deutschen Zahnmedizin im globalen Wettbewerb entstanden mitunter durch die Folgen des zweiten Weltkrieges. Leistungsfähige Standesorganisationen mussten erst wieder aufgebaut werden. Die (Re-)Partizipation an diversen internationalen Standes- und Interessenvertretungen sowie die Anpassung an international vorherrschende Standards trugen erst später zur Stärkung des Qualitätsniveaus bei.

Die Forschung auf dem Gebiet der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde konnte später, Mitte der 1970er Jahre, durch ein Missverhältnis zwischen Lehrbelastung und Personalressourcen nicht zukunftsweisend stattfinden. Daraus resultierte ein Mangel an habilitiertem Nachwuchs sowie eine Wettbewerbschmälerung im internationalen Vergleich. Bestrebungen in der bayerischen Universitätspolitik wurden zwar initiiert, vererbten aber meist aus budgetären Gründen.

Die Sozialgesetzgebung für zahnärztliche Behandlungen des späten 20. Jahrhunderts förderten ebenso Hemmnisse zutage, die es vor allem für den niedergelassenen Zahnarzt schwierig machte, die Patientenbehandlung kostendeckend und zugleich zeitgemäß zu gestalten.

Die Idee zur Liberalisierung im Rahmen der Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung von 1991 stammte zum Teil von der Bayerischen Landes Zahnärztekammer und stand für eine klare Trennung von zahnärztlichen Vertrags- und Wahlleistungen. Man forcierte dabei neben der klaren Gebührendeklaration auch die Ausweitung des modernen Behandlungsspektrums. Die Vergütung ist heute allerdings nicht mehr zeitgemäß und reformierbedürftig; Anpassungen an die Kostenentwicklung wurden seit 1988 nicht vollzogen. Der Weg für neue Behandlungsmethoden wie Implantologie konnte hingegen geebnet werden.

Eine Reform, welche nach 15 Jahren der Diskussion nun 2021 durchgeführt werden konnte, ist die Einführung einer neuen zahnärztlichen Approbationsordnung. Man orientierte sich dabei stark an den Vorgaben des Studiums der Humanmedizin und verwob die beiden Studienfächer stärker miteinander. Bereits Anfang der 90er Jahre lieferte die Bayerische Landes Zahnärztekammer jenen Input. Die enorme Verzögerung der Aktualisierung ist auf den Umstand zurückzuführen, dass die Novellierungen der Approbationsordnung zunächst für die Humanmedizin priorisiert wurden.

Durch die Einführung der neuen Approbationsordnung ist die Zahnmedizin weiterhin im Wandel begriffen; eine leistungsfähige Forschungs- und Fortbildungstätigkeit der deutschen Zahnärzte seit dem letzten Jahrzehnt des 20. Jahrhunderts ist dabei eine treibende Kraft.

Die Weiterbildungsordnung nach dem „bayerischen Weg“ in der Kieferorthopädie, die Masterlehrgänge sowie die postuniversitäre curriculare Fortbildung bieten die Möglichkeit der Spezialisierung. Wobei eine sinnstiftende Symbiose zwischen generalistisch tätigen Zahnärzten und Spezialisten für die Aufrechterhaltung der zahnärztlichen Grundversorgung der Bevölkerung einen ebenso wichtigen Grundpfeiler in der Berufsausübung darstellt.

Durch Strömungen aus dem skandinavischen Raum gelang es, eine präventive Zahnheilkunde flächendeckend und sehr erfolgreich einzuführen. Die seit 1989 im Sozialgesetzbuch V verankerte Gruppenprophylaxe zeigt Wirkung, indem eine landläufig hohe Mundgesundheit der Patienten aus allen Altersstufen mit steigender Tendenz geschaffen wurde. Eine Kombination aus Individual- und Gruppenprophylaxe kann hierbei als Schlüssel zum Erfolg angesehen werden.

Der Einfluss der Bayerischen Landeszahnärztekammer, ausgedehnt auf die fünf untersuchten Themenfelder, kann wie folgt zusammengefasst werden:

In Sachen Etablierung von zahnärztlichen Spezialgebieten forderte die Bayerische Landeszahnärztekammer die flächendeckende Einführung von sogenannten Bereichsbezeichnungen. Die Initiative startete bereits in den 1990er Jahren, versiegte allerdings und konnte bis dato nicht realisiert werden.

Erfolgreich waren hingegen die Ausweitung zahnärztlicher Fortbildung in Bayern durch die Umstrukturierung der kammereigenen Fortbildungsakademie im Jahre 2005 sowie die 1994 realisierte Weiterbildungsordnung für Kieferorthopädie.

Was die Angleichung der Approbationsordnung für Zahnärzte betrifft, vertrat man kammerintern immer eine progressive Haltung. Der Anstoß der Bayerischen Landeszahnärztekammer beschleunigte die Novellierung allerdings nicht.

Initiativen, um die Anforderungen an die Vorbeugung von Pathologien bei Zähnen und Zahnhalteapparat zu erfüllen, brachte mitunter auch die Bayerische Landeszahnärztekammer hervor. Diese führten zu einer erheblichen Verbesserung der Situation bei bayerischen Kindern und Jugendlichen im Verlauf der vergangenen Jahrzehnte.

Die Bayerische Landeszahnärztekammer nahm daneben durch den Führungswechsel im Jahr 1990 neue Aufgaben an und identifizierte sich zunehmend mit Dienstleistungsaufgaben. Mitglieder wurden aufgerufen, politisch für den Berufsstand einzutreten und so die Freiberuflichkeit der zahnärztlichen Praxis zu sichern. Themen wie berufspolitische Bildung und Therapiefreiheit sollten die Anforderungen an eine moderne Zahnmedizin in der sozialen Marktwirtschaft abbilden. Die zahnärztliche Arbeit im Allgemeinen und der Zugang zu technischen Innovationen im Speziellen konnten durch jenes Liberalisierungskonzept der Bayerischen Landeszahnärztekammer an Wertschöpfung gewinnen.

Summary

The aim of this work was to highlight the influence of the Bayerische Landes Zahnärztekammer on modernizing dentistry in Bavaria. The following problems had already emerged before the investigation period (particularly around 1960):

German dentistry faced deficiencies in global competition due to the consequences of World War II. Rebuilding competent professional organizations and aligning with international standards improved the quality much later.

Later in the mid-1970s, research in Dental and Oral Medicine was hindered by a lack of personnel resources and insufficient teaching load. The result was a decline in competitiveness internationally, despite efforts initiated in Bavarian university politics.

Social legislation for dental treatments in the late 20th century revealed obstacles for practicing dentists, to provide cost-effective and up-to-date treatments in patient care.

In 1991, the Bayerische Landes Zahnärztekammer initiated the idea of liberalization within the legal framework of statutory health insurance, aiming to separate treatments that are covered by state insurance and elective dental services. Efforts were made to expand modern treatments, but the remuneration and cost developments have not been updated since 1988. On the other hand, new treatment methods like implantology were successfully introduced.

After 15 years of discussion, the implementation of a new dental licensing order finally happened in 2021. It aligned closely with the requirements of human medicine studies and should strengthen the connection of the two disciplines. The Bayerische Landes Zahnärztekammer already provided inputs in a similar way in the early 1990s. The delay was due to prioritizing revisions for human medicine initially. With the introduction of the new licensing regulation, dentistry continues to undergo transformation. German dentists' research and continuing education activities have been a driving force behind this since the late 20th century.

The certificate regulations according to the "Bavarian way" in orthodontics, the master's courses, as well as postgraduate curricular training, offer the opportunity for specialization. Though a meaningful symbiosis between general dentists and specialists is equally important for maintaining the basic dental care of the population.

Preventive dentistry, inspired by the Scandinavian region, was implemented nationwide. The group prophylaxis, for example, which has been anchored in volume V of Social Insurance Code since 1989, is proving its effectiveness by establishing a consistently high level of oral health among patients of all age groups. The key to success can be seen in the combination of individual and group prophylaxis.

The influence of the Bayerische Landeszahnärztekammer in the five examined fields can be summarized as follows:

Regarding dental specializations, the Bayerische Landeszahnärztekammer demanded for nationwide implementation of dental designations in the 1990s, but it has not been realized.

On the other hand, the expansion of dental education in Bavaria was successful through the restructuring of the association's own postgraduate academy in 2005 and the establishment of a certificate in orthodontics in 1994.

Despite chamber's progressive stance concerning the reform of the dental licensing laws, the proposal did not expedite the project.

Initiatives aimed at preventing oral pathologies were put forth by the Bayerische Landeszahnärztekammer. These efforts have led to a significant improvement in the oral health of Bavarian children and adolescents over the past few decades.

Under new leadership in 1990, the Bayerische Landeszahnärztekammer increasingly identified with new service tasks. Members were called upon to participate in politics regarding freedom in dental practice. Upholding professional independence and reflecting modern dentistry's requirements in the social market economy were emphasized. The concept of liberalization by the chamber benefited dental work and access to technical innovations.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: "Karieshäufigkeit, aufgewandte Arbeitszeit, Kosten pro Kind von 1976 - 1982" aus Schmidseher, 1985, 15.	35
Abbildung 2: "Vorschlag für eine modulare Neuregelung der postgradualen Fort- und Weiterbildung" aus BZB 1/2008, 9.	45
Abbildung 3: "Zusammenhang zwischen Aus-, Fort- und Weiterbildung" aus Bergmann-Krauss/Heidemann, 2003, zitiert nach Tiemann, 2003, 55.	51
Abbildung 4: "Ergebnisentwicklung der Fortbildungsakademie" aus BZB 6/2002, 16.	57
Abbildung 5: Organigramm eazf aus BZB 12/2004, 12.	58
Abbildung 6: "Themen und Themengruppen IUZ" aus BZB 1/1994, 37.	65
Abbildung 7: "Antrag zur Approbationsordnung der VV der BLZK" aus BZB 4/2009, 86.	71
Abbildung 8: "Kariesbefall bei 12jährigen in Europa" aus Mundgesundheitszustand und -verhalten in der Bundesrepublik Deutschland 1991, 393.	80
Abbildung 9: "Bayernmodell Prophylaxe 2000" aus BZB 4/1993, 26.	81
Abbildung 10: "GOZ-Novellierung; Antrag des Vorstandes auf Vollversammlung BLZK" aus BZB 1-2/2007.	92

Abbildungen im Anhang:

Abbildung 11: "Plaqueebildungsrate" aus Memorix Zahnmedizin, Weber, 2010, 67.	126
Abbildung 12: "Periodontal-Disease-Index" aus Memorix Zahnmedizin, 2010, 123.	126
Abbildung 13: DGZMK und VHZMK: "Erklärung zur postgradualen Fortbildung" aus DZZ 2009, 118.	127
Abbildung 14: "Positionspapier von DGZMK und VHZMK. Fortbildung, Weiterbildung und postgraduale Studiengänge" aus DZZ 2009, 117-119.	127
Abbildung 15: Aufruf VHZMK „Neue Gebietsbezeichnungen für Fachzahnärzte“ Hauptversammlung, Stuttgart, 23.10.2008 aus "Die Geschichte der Fachzahnärzte in Deutschland" in DZZ 2010.	128
Abbildung 16: Pressemitteilung Wissenschaftsrat 05/2005 in Weißbuch der ZahnMedizin (Bd. 2) Berlin 2007, 51-52.	129
Abbildung 17: "Resolution der Arbeitsgemeinschaft Hochschulmedizin" aus Archiv Medizinischer Fakultätentag, 2009.	132
Abbildung 18: "Curriculum Kieferorthopädie" aus Fortbildungsprogramm eazf 2022, 24.	133
Abbildung 19: "Die Preisentwicklung der Lebenshaltung privater Haushalte, basierend auf Verbraucherpreisindizes des Statistischen Bundesamtes." https://www.zm-online.de/news/nachrichten/seit-ueber-30-jahren-keine-anpassung/	134
Abbildung 20: Organigramm DGZMK.	134
Abbildung 21: Bayerisches ZahnärzteBlatt, 1990.	135

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: "Anerkannte Spezialgebiete, Ausbildungsdauer und -stätten einzelner Länder" aus BZB 4/1996, 7.	49
Tabelle 2: Aufteilung der Referate der BLZK nach Rouenhoff 1998, 188.	88

Abkürzungsverzeichnis

ADZ = Arbeitsgemeinschaft Deutscher Zahnärztekammern

APW = Akademie Praxis und Wissenschaft

ARPA = Arbeitsgemeinschaft für Parodontoseforschung (gegründet 1924)

ÄApprO = Ärztliche Approbationsordnung

BayHStA = Bayerisches Hauptstaatsarchiv

BDZ = Bundesverband der Deutschen Zahnärzte

BEMA = Bewertungsmaßstab für die kassenärztlichen Leistungen

BEMA-Z = Bewertungsmaßstab für die kassenzahnärztlichen Leistungen

BGBI. = Bundesgesetzblatt

BMBF = Bundesministerium für Bildung und Forschung

BMG = Bundesministerium für Gesundheit

BLZK = Bayerische Landeszahnärztekammer

BMV = Bundesmantelvertrag

BSG = Bundessozialgericht

BZÄK = Bundeszahnärztekammer

BZB = Bayerisches Zahnärzteblatt

CED = Council of European Dentists

CNW = Curricularnormwert

DDR = Deutsche Demokratische Republik

DGEndo = Deutsche Gesellschaft für Endodontie

DGET = Deutsche Gesellschaft für Endodontologie und zahnärztliche Traumatologie

DGI = Deutsche Gesellschaft für Implantologie

DGP = Deutsche Gesellschaft für Parodontologie (vormals ARPA)

DGPZM = Deutsche Gesellschaft für Präventivzahnmedizin

DGR²Z = Deutsche Gesellschaft für Restaurative und Regenerative Zahnerhaltung

DGZ = Deutsche Gesellschaft für Zahnerhaltung

DGZMK = Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

DH = Dentalhygienikerin

DMF-T-Wert = beschreibt den individuellen Karies-Befall (etabliert in den 1930er Jahren)

DMS = Deutsche Mundgesundheitsstudie

DSGVO = europäische Datenschutz-Grundverordnung

EAZF = Europäische Akademie für Zahnärztliche Fort- und Weiterbildung

EDV = Elektronische Datenverarbeitung

FAL/FTL = Funktionsanalytische-/funktionstherapeutische Leistungen

FDI = Fédération Dentaire Internationale

FVDZ = Freier Verband Deutscher Zahnärzte

GKV = Gesetzliche Krankenversicherung

GOZ = Gebührenordnung für Zahnärzte

GPZ = Gesellschaft für Präventive Zahnheilkunde

GRG = Gesundheitsreformgesetz

GSG = Gesundheitsstrukturgesetz

HRK = Hochschulrektorenkonferenz

IADR = International Association for Dental Research

IDZ = Institut der Deutschen Zahnärzte

IUZ = Initiativkreis Umfassende Zahnerhaltung

IGel = Individuelle Gesundheitsleistungen

KAZGO = Kassenzahnärztliche Gebührenordnung

KFO = Kieferorthopädie

KZBV = Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

KZV = Kassenzahnärztliche Vereinigung

KZVB = Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayern

LAGZ = Bayerische Landesarbeitsgemeinschaft Zahngesundheit e.V.

LMU = Ludwig-Maximilians-Universität

MDS = Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.

MFT = Medizinischer Fakultätentag

NC = Numerus clausus (dt. „geschlossene Anzahl“; Zugangsbeschränkung bestimmter Studiengänge)

NKLZ = Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Zahnmedizin

PFRI = Plaque-Formation-Rate-Index

Preugo = Preußische Gebührenordnung für approbierte Ärzte und Zahnärzte

PZR = Professionelle Zahnreinigung

SGB = Sozialgesetzbuch

VFwZ = Verein zur Förderung der wissenschaftlichen Zahnheilkunde e.V.

VHZMK = Vereinigung der deutschen Hochschullehrer für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

VV = Vollversammlung

WBO = Weiterbildungsordnung

ZAprO = Zahnärztliche Approbationsordnung

ZBVe = Zahnärztliche Bezirksverbände

ZHG = Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde vom 31. März 1952

ZM = Zahnärztliche Mitteilungen

ZMF = Zahnmedizinische Fachassistenz

ZMK = Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

ZMP = Zahnmedizinische Prophylaxeassistenz

1 Einleitung

1.1 Einführung

Die Zahnheilkunde hat sich im Laufe der Geschichte von einer eher technisch orientierten Kunst der Gebissrestauration zu einer umfassenden Heilkunde des gesamten Mund- und Kieferbereichs entwickelt.² Die Entfaltung zur fundierten zahnärztlichen Wissenschaft als eigenständigen medizinischen Bereich fand zum überwiegenden Teil im 19. Jahrhundert statt. Im Vergleich zum Ärztestand zählt diese deshalb zu einer recht jungen selbständigen Disziplin.³

Zahlreiche Errungenschaften in Forschung, Entwicklung und Lehre verhalfen der Zahnmedizin zu ihrem heutigen Stand. Allein eine *hypothetische Verdopplungsrate* von medizinischem Wissen alle 10 bis 15 Jahre⁴ soll uns das enorme Entwicklungspotential in der Medizin vor Augen führen, woran die Zahnheilkunde zweifellos ebenso Anteil hat.

Der wirtschaftliche Aufschwung in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts tat ein Übriges, um jene ökonomischen Hemmnisse, die neben den berufspolitischen und rechtlichen einmal die „Rechtsnot“ des Zahnarztes ausmachten, zu minimieren.⁵

Die Fortentwicklung des zahnmedizinischen Fachgebiets scheint, basierend auf wichtigen historischen Zäsuren, stetig und die wichtigen Industrienationen gleichsam betreffend vorstättengegangen zu sein. Die Benennung von nationalen und internationalen Pionieren zeichnet jedoch ein anderes Bild und ist Gegenstand zahlreicher zurückliegender und aktueller Untersuchungen.

Zahnärztekammern stellen im Lichte der Landespolitik ein wichtiges Bindeglied zwischen niedergelassenen Zahnärzten, Universitäten und Behörden dar und vermitteln in Sachen Gesetzgebung, Fortbildung und vielem mehr.

Nicht zuletzt aus diesen angeführten Gründen verdienen die Zahnärzte Bayerns und die Bayerische Landes Zahnärztekammer, als deren standespolitische Berufsvertretung, eine gesonderte spezifische Betrachtung.

² SZ, 6/1994, Sonderdruck SZ-Gesundheitsforum.

³ Hartlmaier 1968, zitiert nach Marezky, Venter 1974, 280.

⁴ Reichart in DZZ 12/1999, 737.

⁵ Marezky, Venter 1974, 280.

1.2 Fragestellung

Die vorliegende Dissertation befasst sich mit der Entwicklung der modernen Zahnmedizin in Bayern in den zurückliegenden drei Jahrzehnten im Allgemeinen und mit dem Einfluss der Bayerischen Landes-zahnärztekammer (BLZK) auf diesen Modernisierungsprozess im Besonderen.

Dabei wird von der These ausgegangen, dass die Zahnheilkunde in Bayern und wohl auch in Deutschland der internationalen Entwicklung nach dem Zweiten Weltkrieg nicht im vollen Umfang folgen konnte. Ein Vergleich mit der Ausprägung der Zahnmedizin und dem technischen Fortschritt in den USA, den Beneluxstaaten oder auch in Skandinavien legt dies nahe. Um diesen Rückstand zu erkennen und aufzuholen wirkten in der Folge eine neue jüngere Generation von akademischen Vertretern der Zahnmedizin und ambitionierte junge Zahnärzte in niedergelassener Praxis zusammen. Hier sind auf der akademischen Seite die zahnmedizinischen Fakultäten an den Universitäten Würzburg, Erlangen, München und ab 1983 auch in Regensburg mit ihren Ordinarien zu nennen, die in unserer Frage wohl eine Pionierrolle einnahmen. Angestoßen und gefordert wurde eine Modernisierung der Zahnmedizin und eine Ausrichtung an fortschrittlichen Ländern aber auch von jüngeren Vertretern der in eigener Praxis tätigen Zahnärzte, die sich international aus- und fortgebildet hatten. Diese entfalteten ihre Wirkung sowohl über ihre Vertreter in den Fachgesellschaften (Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, DGZMK) als auch in den Landes Zahnärztekammern, in Bayern in der BLZK. Als wichtige Berufs- und Standesvertretung der Zahnärzteschaft nahm sich etwa die BLZK mit neugegründeten Forschungs- und Fortbildungseinrichtungen der Aufgabe an, den Anschluss an die international vorausgeeilte Entwicklung wiederherzustellen.

Insbesondere den zuletzt genannten Beitrag der als Körperschaft des öffentlichen Rechts verfassten Standesorganisation will die Arbeit, neben dem Beitrag der universitären Zahnmedizin, der Fachgesellschaften und derer aller Zusammenspiel, im Detail herausarbeiten.

Dabei will die vorliegende Studie die Pioniere des Fortschritts auf allen Seiten benennen, dem Aufkommen des Themas in den Fachzeitschriften und auf Kongressen nachspüren, sowie die Umsetzung dieses Prozesses in seinen einzelnen Phasen verstehen.

Vor diesem Hintergrund sollen durch die vorliegende Literaturrecherche folgende Fragen beantwortet werden:

Wer waren die Träger von Modernisierungen in der Zahnheilkunde? Wer konnte wichtige Pionierarbeit auf dem Gebiet leisten? Wie gestalteten sich Kooperationen zwischen den Akteuren?

Inwieweit beflügelten diverse Strömungen aus den USA oder Skandinavien ein Vorankommen in der Zahnmedizin? Wie oder wodurch erlangte Zahnmedizin in diesen Nationen den heutigen hohen Stand der Professionalisierung und den sogenannten „Vorreiterstatus“?

Wie bildeten sich bayerische Zahnärzte zu dieser Zeit postuniversitär weiter und welche Rolle spielten dabei wissenschaftliche Gesellschaften, Standesorganisationen und private Fortbildungsinitiativen?

Wie stark passte man sich auf politischer Ebene an neue Begebenheiten im Fachgebiet an? Beispielsweise durch die Einführung einer neuen Gebührenordnung?

In welcher Form haben sich Lehrveranstaltungen/Lehrbücher entwickelt und wer nahm Einfluss darauf?

Die Historie der Zahnärzteschaft in Bayern und deren Strukturveränderungen sollen in dieser Arbeit prinzipiell ab Ende des 20. Jahrhunderts beleuchtet werden; insbesondere aber die 70er und 80er Jahre des vergangenen Jahrhunderts bilden einen wichtigen Vorlaufszeitraum.

Der Fokus der Literaturrecherche liegt dabei darauf, zu ergründen, welchen Einfluss die Universitätszahnkliniken, die BLZK sowie einflussreiche, in ihrer jeweiligen Zeitspanne agierende Personen auf die Modernisierung der Zahnheilkunde hatten.

1.3 Methodik

Um die Rechercheergebnisse übersichtlich darstellen zu können, wird diesen eine *Vorgeschichte* vorangestellt. Dieser Vorlaufszeitraum beträgt zwischen 30 und 60 Jahre und soll dem Leser die Möglichkeit geben, Abfolgen besser zu verstehen. Die Beleuchtung der Fortschritte und Errungenschaften auf internationaler Ebene soll ebenfalls in der Vorgeschichte, wenn man so will, als eine Art *Konkurrenzanalyse* Platz finden.

Im *Hauptteil* schließlich erfolgt die Analyse unterschiedlichster Entwicklungen in der Zahnmedizin in den vergangenen 50 Jahren. Dabei spielen fünf ausgewählte Themenschwerpunkte die Hauptrolle:

1. *Etablierung von Spezialgebieten*
2. *Fort- und Weiterbildung*
3. *Approbationsordnung für Zahnärzte*
4. *Prävention*
5. *Die Bayerische Landeszahnärztekammer und ihre Rolle in der Leistungsvergütung*

Die Literaturrecherche hatte insbesondere zum Ziel, zu untersuchen, ob sich ein deutlicher Aufschwung der Zahnmedizin in Bayern ab den 1990er Jahren abzeichnete und wenn ja, ob dies zu einem wesentlichen Anteil durch eine Internationalisierung und/oder durch die Politik der BLZK verursacht wurde. Dabei bauen sich die einzelnen Kapitel immer nach dem gleichen Schema auf. Potenzielle Gründe für eine Rückschrittlichkeit der lokalen Zahnmedizin werden aufgezeigt (*Problem*). Es folgt eine Auflistung von Interventionen der BLZK zur Verbesserung der Situation (*Beitrag Kammer zur Lösung*), danach eine Erarbeitung ausgewählter Interventionen verschiedener anderer Partizipanten zur Verbesserung der Situation (*Beitrag anderer zur Lösung*) und schließlich der *Status quo*. Etwaige, über die Jahre entstandene Defizite auf einem Gebiet, sollen so erkannt und kritisch analysiert werden. Immer mit dem Bestreben, möglichst viele Einflussbereiche zu repräsentieren.

Eine größtmögliche Heterogenität soll durch die Einbeziehung unterschiedlichster Quellen gewährleistet werden. Dabei wurde versucht, methodisch durchwegs divers zu recherchieren, indem Fachartikel, Sekundärliteratur und Interviews mit Zeitzeugen beurteilt und verarbeitet wurden.

Als Grundlage dafür dienten damalige Publikationsmedien und Fachgebietsschriften und hierfür hauptsächlich die gedruckte Form. Die relevantesten Zeitschriften stellten dabei das *Bayerische Zahnärzteblatt* (BZB) für die Region und die *Zahnärztlichen Mitteilungen* (ZM), mit seiner bundesweiten Verbreitung, dar.

Bei der Sammlung von Primärquellen stieß man allerdings auf unüberwindbare Hürden. Die *Datenschutz-Grundverordnung* (DSGVO) ließ es rechtlich nicht zu, Primärquellen wie Sitzungsprotokolle, Beschlüsse oder sonstige Archivalien zu sichten oder zu kategorisieren. Die Registraturen der BLZK in der Flößergasse 1 sowie die der KZVB in der Fallstraße 34 in München schieden daher aus datenschutzrechtlichen Gründen bei der Suche nach klassischen Archivalien aus. Auch das *Bayerische Hauptstaatsarchiv* (BayHStA) in der Ludwigstraße 14 in München beinhaltete zum relevanten Betrachtungszeitraum keine gedruckten Quellen oder Primärquellen.

Einen nicht unwesentlichen Anteil an Primärquellen in physischer Form bot allerdings das private Archiv von Prof. Dr. Dr. Joseph Kastenbauer, welches eine enorme Vielfalt an unterschiedlichster Literatur zu Tage brachte. Aus vielen eigenen Reden und Kommentaren von Prof. Kastenbauer wurde versucht, subjektive Stimmungsbilder der Zahnärzteschaft zu filtern und in die Arbeit einfließen zu lassen. Aber auch Sitzungsprotokolle, wenn auch in unvollständiger Chronologie, wurden zur Beantwortung der Forschungsfrage herangezogen.

Die Erstellung eines Fragebogens soll zudem ein heterogenes Meinungsbild über das Themengebiet entstehen lassen. Dieser wurde in Form eines prägnanten, fünf Fragen umfassenden Katalogs an ausgewählte, in der jeweiligen Zeitspanne agierenden Zahnärzte, Universitätsprofessoren und

Standespolitiker verschickt. Die Resonanz war mit sechs beantworteten Bögen sehr gering; folgten jedoch auf fast alle Antworten persönliche Telefoninterviews mit dem Ergebnis, interessante neue Blickwinkel eröffnet zu bekommen. Die Fragebogen-Aktion wird daher insofern als ein wichtiges Rechercheinstrument eingestuft, als sie im Sinne der *oral history*⁶ zu vielerlei diversen Aspekten der Arbeit beitrug.

Die Internetrecherche eröffnete die Möglichkeit, jüngere Artikel und Veröffentlichungen online zu finden und ersparte den ein oder anderen persönlichen Besuch in Bibliotheken. Folglich bediente man sich auch im Rahmen der Online-Recherche bibliothekarischer Netzwerke – hauptsächlich um die Suche mithilfe bestimmter Schlüsselbegriffe vertiefen zu können.

Verschiedenste Chroniken spielten auf der Ebene der Sekundärliteratur eine eher untergeordnete Rolle, leisteten sie aber einen Beitrag zur Generierung eines gewissen Überblicks.

Die Beleuchtung unterschiedlicher Lehrbücher stellte eine weitere Möglichkeit dar, verschiedene Strömungen in der Lehre erörtern zu können.

Letztlich werden in der *Diskussion* die relevanten Ereignisse beurteilt und nach deren Bedeutung eingeordnet - stets um dem Titel der Arbeit Rechnung zu tragen:

„Die Entwicklung der modernen Zahnmedizin in Bayern unter Miteinfluss der Bayerischen Landes Zahnärztekammer von 1990 bis 2020“

1.4 Quellen und bisheriger Forschungsstand

Bei der Suche nach einschlägiger Literatur zum Forschungsthema konnten keine ähnlichen Arbeiten ausfindig gemacht werden. Es ist daher davon auszugehen, dass es noch keine vergleichbare Arbeit zu diesem Thema gibt. Zwar gibt es Untersuchungen, welche sich mit der universitären Struktur an zahnmedizinischen Universitäten beschäftigen⁷, jedoch lange vor dem Betrachtungszeitraum dieser Arbeit verfasst wurden. Darüber hinaus wird der universitäre Betrieb in diesen Arbeiten solitär und völlig losgelöst von „äußeren“ (internationalen und standespolitischen) Aspekten betrachtet.

⁶ Wörtlich übersetzt „mündliche Geschichte“. Ist eine Methode der Geschichtswissenschaft, die auf dem Sprechenlassen von Zeitzeugen basiert (Niethammer, 1980).

⁷ Foerst, Korte 1976 oder Schoengart 1974.

1.4.1 Zeitschriften

Bayerisches Zahnärzteblatt

Amtliches Mitteilungsblatt der BLZK seit 1962. Mit Unterbrechung von 1999 bis Juni 2001, da die Bayerische Landeszahnärztekammer ein eigenes Medium (*Zahnärzte in Bayern; ZBay*) herausgab. Seit Januar 2005 erscheint das BZB in gemeinsamer Herausgeberschaft von Kammer und Kassenzahnärztlicher Vereinigung.

Jahrgänge 14–57. 1975–2020.

Zahnärztliche Mitteilungen

Offizielles Organ der BZÄK, ADZ e.V. und KZBV seit 1939. Die ZM erscheinen zweimal monatlich und erreichen alle berufstätigen Zahnärzte in Deutschland. Auflage: 78.000 Exemplare in 2023.

Jahrgänge 66–110. 1975–2020.

Vor allem das Archiv der *Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayern (KZVB)* in der Fallstraße 34 in München bot eine lückenlose Sammlung aller für die Recherche relevanten Jahrgänge der BZB und ZM.

Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift

Offizielle Zeitschrift der DGZMK seit Mai 1945 mit zweimonatlicher Erscheinung. Wird vom Deutschen Ärzteverlag veröffentlicht. Hauptaugenmerk liegt auf den Kategorien *Zahnheilkunde allgemein; Wissenschaft und Forschung*.

Jahrgänge 26–77. 1971–2020.

1.4.2 Bibliotheken

Diverse Bibliotheken in München förderten vor allem Sekundärquellen und zahnärztliche Standesblätter zu Tage. Dies waren insbesondere die bayerische Staatsbibliothek in der Ludwigstraße, die medizinische Lesehalle der LMU München am Beethovenplatz sowie die Bibliothek der Zahnklinik in der Goethestraße.

2 Vorgeschichte

2.1 Zahnmedizin als „Stiefkind der ökonomischen und fachlichen Entwicklung“?⁸

Zahnmedizin in Deutschland hat in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts einen enormen Aufschwung erlebt. Verantwortlich für diese Entwicklung war sicherlich der Erlass des Zahnheilkundengesetzes im Jahre 1953⁹, das mitunter die Zahnarzt-Dentisten-Frage regelte.¹⁰ Das Gesetzeswerk wird demzufolge als das „moderne Grundgesetz des Zahnarztberufes in Deutschland“¹¹ bezeichnet.

Die Beseitigung weiterer Hürden und die Sicherstellung der freiberuflichen Tätigkeit des Zahnarztes durch das Kassenarztrecht ebnete den steinigen Weg des Wiederaufbaus, insbesondere des deutschen zahnheilkundlichen Berufsstandes ab Ende des Zweiten Weltkrieges.¹² All diese Bestrebungen hatten das Vorankommen des Berufsstandes zum Ziel, wurden aber nicht oder nur zum Teil von Erfolg gekrönt, wie Joseph Kastenbauer 1995 konstatierte:

„Obwohl sich unsere Wirtschaft in den 50er Jahren im Aufwind befand, blieb unser Berufsstand ein Stiefkind der ökonomischen und damit auch der fachlichen Entwicklung.“¹³

Gründe für jenen Wettbewerbsrückstand sollen dem besseren Verständnis dienen und werden nachfolgend behandelt.

2.1.1 Forschung und Lehre auf dem Gebiet der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde in der Bundesrepublik Deutschland unzureichend

Eine 1976 unter anderem¹⁴ von der DGZMK in Auftrag gegebenen Bestandsaufnahme zur „Forschung und Lehre auf dem Gebiet der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde in der Bundesrepublik Deutschland“,

⁸ Kastenbauer 1995.

⁹ Das „Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde“ wurde am 14. Februar 1952 vom deutschen Bundestag verabschiedet und definierte die Berufsreglementierung unter anderem so: „Ausübung der Zahnheilkunde ist die berufsmäßige auf zahnärztlich wissenschaftliche Erkenntnis gegründete Feststellung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten. Als Krankheit ist jede von der Norm abweichende Erscheinung im Bereich der Zähne, des Mundes und der Kiefer anzusehen, einschließlich der Anomalien der Zahnstellung und des Fehlens von Zähnen“.

¹⁰ Der sogenannte Dualismus auf dem Gebiet der Zahnheilkunde zwischen wissenschaftlich ausgebildeten Zahnärzten und eher handwerklich orientierten Dentisten sollte den Berufsstand bis Mitte der 1950er Jahre beschäftigen und endete schließlich damit, dass man Dentisten in den Zahnärztstand überführte. (Tiemann et al. 2003, 14, 25).

¹¹ Frank, Kompetenzsicherung durch Fort- und Weiterbildung in Weißbuch der Zahnmedizin, 2007, 71.

¹² Marezky, Venter 1974, 280.

¹³ Kastenbauer, Festschrift zur Delegiertenversammlung des Landesverbandes Bayern am 5. und 6. Mai 1995 in Nürnberg/Fürth, Freier Verband Deutscher Zahnärzte.

¹⁴ Herausgeber waren: der Bundesverband der Deutschen Zahnärzte, die Vereinigung der Hochschullehrer für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und eben die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde.

sollte aufzeigen, inwieweit Defizite auf ebendiesem Gebiet existierten. Die deutschen Universitätszahnkliniken stellten die Zielgruppe dar.

Man wusste um die Gefahr der unzureichenden Weiterbildungsmöglichkeit und Qualifikation von Hochschulassistenten und erkannte, dass die stete Weiterentwicklung und Überprüfung des Lehrstoffs für alle praktizierenden Zahnmediziner unerlässlich seien. Bereits aus dem alarmierenden Vorwort der Studie kann man auf die unbefriedigende Situation an deutschen ZMK-Kliniken schließen:

„Mit zunehmender Sorge betrachten die drei für Berufsstand, Wissenschaft und Lehre auf dem Gebiet der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde zuständigen Organisationen die Entwicklung ihres Faches in der Bundesrepublik Deutschland. Überschattet von dem Nachwuchsproblem der praktisch tätigen Zahnärzte, [...] wird die Funktionsfähigkeit der zahnmedizinischen Forschungs- und Ausbildungsstätte mehr und mehr beeinträchtigt.“¹⁵

Konkret beleuchtet wurde die rückläufige Situation der auf universitärer Ebene betriebenen Grundlagenforschung im Bereich der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde an ZMK-Kliniken. Dies hatte laut den Autoren Schulte und Bollinger hauptsächlich mit Missverhältnissen zwischen Personalbedarf¹⁶ und tatsächlicher personeller Ausstattung der Universitäten zu tun.¹⁷ Die wichtigsten Ergebnisse¹⁸ sollen hier kurz dargestellt werden:

Die Bundesrepublik Deutschland mit 1:1.945 hatte im Untersuchungszeitraum 1974/75/76, nach Schweden mit 1:1.176, die höchste Zahnarztdichte in allen untersuchten vergleichbaren Ländern (USA, Schweden, den Niederlanden, Großbritannien und der Schweiz)

Demgegenüber manifestierten sich jedoch die folgenden Probleme, welche die durchaus positive Zahnarztdichte überschatteten:

- der mit Abstand niedrigsten Zahl an Hochschulprofessoren (gemessen an der Zahl der Kliniken und der auszubildenden Studierenden der Zahnheilkunde)
- jedoch bei der höchsten Zahl an jährlichen Approbationen pro Hochschullehrer (BRD = 6,0 Approbationen auf 1 Hochschullehrer, im Vergleich USA = 1,4:1)
- einer Verschlechterung der personellen Lehrkapazität, gemessen an der gestiegenen Studierendenzahl (von 4.729 auf 6.755 zwischen 1964 und 1974)

¹⁵ Schulte, Bollinger 1976, Vorwort.

¹⁶ Hauptsächlich fokussierte man sich in der Studie auf höherqualifiziertes Personal in Forschung und Lehre.

¹⁷ Schulte, Bollinger 1976, 2.

¹⁸ Als Grundlage wurden 1974/75/76 Daten mithilfe eines Fragebogens für Mitarbeiter von Universitätskliniken oder zahnärztlich-wissenschaftlichen Organisation in fünf Ländern neben Deutschland (Großbritannien, den Niederlanden, Schweden und den USA) erhoben.

- die niedrigste personelle Forschungskapazität auf dem Gebiet der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (gemessen an der Gesamtzahl der Forscher der verglichenen Länder mit 0,23 %, USA = 0,57 %, Schweden = 1,77 %)
- die mit Abstand niedrigsten Sachmittel für Forschung¹⁹

Eine Interpretation dieser Ergebnisse lässt den Schluss zu, dass eine adäquate Ausübung aller der ZMK-Kliniken innewohnenden Aufgaben rein personell sowie budgetär gar nicht möglich sein konnte. Zu den Aufgaben gehören primär – damals wie heute – die Forschung und Lehre auf dem Gebiet der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Daran untrennbar geknüpft und für die Aufrechterhaltung der „Institution Zahnklinik“, in einem gesundheits- sowie sozialpolitisch agierenden Umfeld, sind die Krankenversorgung, die Weiterbildung von Fachärzten und Zahnärzten nach deren Approbation und die Aus- und Weiterbildung von zahnärztlichem Personal.²⁰

Durch die verhältnismäßig recht hohe Lehrbelastung des wissenschaftlichen Personals litt die Forschung an deutschen ZMK-Kliniken und die Rahmenbedingungen für eine zeitgemäße wissenschaftliche Tätigkeit verschlechterten sich. Dies führte zu einem Mangel an habilitiertem Nachwuchspersonal und somit auch zur Schmälerung der internationalen Wettbewerbsfähigkeit im Bereich der wissenschaftlichen Entwicklungen.²¹

2001 wurde die personelle Ausstattung mit wissenschaftlichem Personal an deutschen ZMK-Kliniken noch immer als unzureichend eingestuft. So standen den 1.847 Wissenschaftlern in der Zahnmedizin in diesem Jahr ganze 2.507 Studienanfänger gegenüber. Vergleiche unter anderem mit Japan (1.631 Wissenschaftler : 1.782 Studienanfänger) oder den USA (5.226 Wissenschaftler : 4.448 Studienanfänger) zeigt die deutliche Schlechterstellung gegenüber anderen Nationen.²² Der *Wissenschaftsrat*²³ gab zu diesem Zeitpunkt folgende Empfehlungen ab: Um das wissenschaftliche Leistungsvermögen steigern zu können, müsse nicht nur der Anteil des wissenschaftlichen Personals und der Forschungsressourcen erhöht, sondern zugleich die Kooperation mit der Medizin verbessert werden²⁴. Zudem traf Weitkamp folgende entscheidende Aussage:

¹⁹ Schulte, Bollinger 1976, Zusammenfassung.

²⁰ Schulte, Bollinger 1976, 23.

²¹ Schulte, Bollinger 1976, 2.

²² Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Zahnmedizin an den Universitäten in Deutschland, Wissenschaftsrat, 2005, zitiert nach Hickel, Reinert 2007, 54.

²³ Ältestes wissenschaftspolitisches Beratungsgremium in Europa.

Der Wissenschaftsrat betrachtet das gesamte deutsche Wissenschaftssystem mit seinen wesentlichen Strukturmerkmalen, bewertet dieses und berät die Bundesregierung bzw. die Regierungen der Länder in allen Fragen der inhaltlichen und strukturellen Entwicklung der Wissenschaft, der Forschung und des Hochschulbetriebs. Wissenschaftsrat – Über uns (wissenschaftsrat.de) [Aufruf am 29.12.2021].

²⁴ Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Zahnmedizin an den Universitäten in Deutschland, Wissenschaftsrat, 2005, zitiert nach Hickel, Reinert 2007, 55. Siehe Anhang.

„Die Ausübung des zahnärztlichen Berufs gründet sich wesentlich auf wissenschaftlichen Erkenntnissen. Es ist perspektivisch auch weiterhin erforderlich, die berufspolitische und die wissenschaftliche Arbeit an ihren Schnittstellen zusammenzuführen.“²⁵

Exkurs:

Interessanterweise zeigten sich bereits ab dem Jahre 1859 Defizite in Sachen Hochschulpolitik und spiegelt damit das Professionalisierungs-Dilemma, verglichen *mit dem längst akademischen Arztberuf*, wider.²⁶ Nach Groß solle die Eintrittshürde *Abitur* für das Zahnmedizinstudium als Grundlage in der naturwissenschaftlichen Bildung dienen – ein Erfordernis, welches gerade für die naturwissenschaftlich geprägten Heilberufe wichtig erscheint:

„Nicht weniger als 50 Jahre – nämlich von 1859 bis 1909 – benötigte die DGZMK bzw. ihre Vorgängerorganisation, um ihre gebetsmühlenartig vorgetragene Forderung nach Einführung des Abiturs als Studienvoraussetzung für das Fach Zahnmedizin durchzusetzen [...]“²⁷

2.1.2 Internationale Zusammenarbeit entpuppt sich als Kraftakt

Die schwierige Internationalisierung der Zahnheilkunde in Deutschland in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts ist unbestritten eine Folge des zweiten Weltkriegs. Nach der Kapitulation im Mai 1945 galt es zunächst, für den Aufbau einer neuen leistungsfähigen Standesorganisation zu sorgen.²⁸ Die Gründung der Besatzungszonen barg zusätzlich beträchtliche einschneidende Veränderung für den zahnärztlichen Berufsstand – beispielhaft sei hier die Entwicklung in Berlin durch die sowjetische Besatzungszone genannt.²⁹ Die Verhältnisse dort unterlagen einer Sonderentwicklung und die Ausübung des zahnärztlichen Berufs in freier Praxis wurde stark reglementiert. Die *Niederlassungsordnung* vom 23. März 1949 machte etwa die Niederlassung in eigener Praxis von der staatlichen Erlaubnis des Landesgesundheitsamtes abhängig.

„Zwar konnte sich bis heute eine nicht unerhebliche private Praxis behaupten; aber die Zeit scheint nicht mehr fern, in der streng nach kommunistischer Doktrin die zahnärztliche Versorgung ausschließlich in staatlichen und Betriebs-Zahnkliniken bzw. in verstaatlichten ehemaligen Privatpraxen erfolgt.“³⁰

²⁵ Weitkamp, Ein freier Beruf und seine professionspolitischen Herausforderungen in Weißbuch der Zahnmedizin, 2007, 13.

²⁶ Groß 2006, 214.

²⁷ Groß 2006, 214-215. Vielerorts kritisch betrachtet wird nun aber, dass es durch eine Änderung der Approbationsordnung im Jahre 1999 möglich ist, auch ohne Abitur Zahnmedizin zu studieren.

²⁸ In Bayern befähigte das provisorisch eingesetzte bayerische Ministerium des Inneren Fritz Linnert aus Nürnberg zur Wahrnehmung der Geschäfte der bayerischen Zahnärztekammer. (Maretzky, Venter 1974, 239).

²⁹ Maretzky, Venter 1974, 238, 245.

³⁰ Maretzky, Venter 1974, 245.

Man bemühte sich innerhalb der Zahnärzteschaft, die der Nachkriegszeit innewohnenden Hürden mit Tatendrang entgegenzuwirken. Eine Rückkehr in die Fédération Dentaire Internationale (FDI)³¹ als vollwertiges Mitglied gelang dadurch im Jahr 1952.³²

Die deutsche Zahnärzteschaft ist heute darüber hinaus Mitglied der folgenden internationalen Standes- und Interessenvertretungen: Council of European Dentists (CED) und International Association for Dental Research (IADR).

2.1.3 Sozialpolitik als Entwicklungsbremse?

Eine Finanzierung der ambulanten Versorgung der Bevölkerung über das Solidaritätsprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) scheint in vielen medizinischen Disziplinen sozial unverzichtbar geworden zu sein. Finanziert wird ein solches System über die Gesamtheit der Erwerbstätigen. So betragen die Sozialabgaben in der Bundesrepublik Anfang der 1990er Jahre bereits weit über 30 Prozent der Bruttoeinkünfte.³³

Die Zahnmedizin nimmt im Spektrum der gesetzlichen Versicherung offensichtlich einen Sonderposten durch ihr sehr breites Therapiespektrum ein. So verlaufe die „Fortentwicklung der Zahnheilkunde diametral zu den Möglichkeiten der finanziellen Weiterentwicklung der GKV“.³⁴

Im Folgenden sollen hier die für die Arbeit relevantesten sozialpolitischen Zäsuren im Vorlaufzeitraum von circa 50 Jahren dargestellt werden. Weiterhin wird versucht, Problematiken im Zusammenhang mit diesen Entwicklungen aufzuzeigen, um besser verstehen zu lernen, warum deutsche Zahnmedizin an Wettbewerbsfähigkeit verlor.

Bewertungsmaßstab für die kassenzahnärztlichen Leistungen (BEMA)

Im Jahr 1962 wurde der Bewertungsmaßstab (BEMA) durch den Bundesmantelvertrag in Kraft gesetzt und löste damit die Kassenzahnärztliche Gebührenordnung (KAZGO) ab.³⁵ Die Zahl der Leistungspositionen stieg damit von 27 auf 48.³⁶ Der BEMA „enthielt erstmals keine Gebührensätze, sondern war nach Punkten aufgebaut, die die Einzelleistungen in Relation zueinander setzten“.³⁷ Aus „reiner

³¹ Zielsetzung: Der weltweite, maßgebende und unabhängige Sprecher für Zahnheilkunde zu sein; optimale Mund- und Allgemeingesundheit für alle Menschen zu fördern; die Mitgliedsverbände bei ihren Initiativen zu unterstützen, die Fähigkeiten ihrer Mitglieder zur zahnmedizinischen Versorgung der Bevölkerung zu verbessern; und die Ethik, Kunst, Wissenschaft und Praxis der Zahnheilkunde zu fördern und zu unterstützen. (Satzung, FDI).

³² Marezky, Venter 1974, 279.

³³ Entwicklung der Beitragssätze in der Sozialversicherung (gbe-bund.de) [Aufruf am 04.08.2021].

³⁴ Kastenbauer in ADZ speziell 9/91, 10.

³⁵ Marezky, Venter 1974, 274.

³⁶ Steinert 2019, 69.

³⁷ Deutscher Zahnärztetag 2010, 174, zitiert nach Steinert 2019, 67.

Gesundheitspolitik wurde durch den Einfluss der SPD³⁸ umfassende Sozialpolitik“.³⁹ Die Mitglieder der Zahnärzteschaft empfanden zunächst Genugtuung aufgrund der Tatsache, dass man als eigenständiges Teilgebiet der Medizin allmählich von den Kostenträgern berücksichtigt wurde.⁴⁰ Marezky und Venter gingen 1974 noch weiter und fanden, dass „Bema ein geradezu historisches [sic] Verdienst seiner Schöpfer, zu denen auch die Vertreter der Krankenkassen zu rechnen sind, ist, indem er die deutsche Zahnheilkunde aus dem unerträglich gewordenen Prokrustes-Bett der antiquierten Preugo befreite und den Versicherten eine den Forderungen der medizinischen Wissenschaft genügende vollwertige Versorgung brachte“.⁴¹ Gut dreißig Jahre später hatten sich Sozialpolitik und damit auch das Versicherungswesen weiterentwickelt und die Regelungen zur BEMA schienen mittlerweile überholt:

„Die bisherige Praxis der Sozialpolitik bewegt sich in einem ordnungspolitischen Rahmen, der der Wirtschaftspolitik der 70er Jahre gleicht. Die zahnärztlichen Praxen werden einem ständigen Test der Belastbarkeit ihrer Wirtschaftlichkeit unterzogen. Dies endet letztendlich in zunehmender Wettbewerbsschwäche und damit qualitativem Verlust.“⁴²

Dies wirkte sich auch rückschrittlich auf den Alltag im zahnärztlichen Berufsleben der Zahnmediziner aus. Technische Neuerungen wie moderne Füllungstechniken und neue Materialien wurden durch unbefriedigende Vergütungen über BEMA in der zahnärztlichen Behandlung nicht oder nur selten eingesetzt. Ähnlich stand es um spezielle chirurgische Maßnahmen im Rahmen der Parodontologie und Chirurgie sowie in der Kieferorthopädie und in besonderem Maße in der Prothetik. Dem Patienten wurde allerdings suggeriert, im Rahmen der Solidargemeinschaft wäre „alles medizinisch Mögliche und Notwendige bezahlbar und machbar“.⁴³ Ein Trugschluss vor allem deshalb, weil dies nur mit der Erhöhung der Solidarbeiträge und einer daraus resultierenden noch größeren Belastung für Versicherte zu realisieren wäre. Ärzte und Zahnärzte hätten diesen Spagat durch Mehrarbeit für de facto geringere Honorare bei erhöhten qualitativen Ansprüchen zu meistern.⁴⁴ Sozial- und Standespolitik hätten Freiberuflichkeit in der Zahnheilkunde erfolgreich verhütet, BEMA sei als das „ganze Machbare“ deklariert worden und durch ein „kollektives Ausschütten von ärztlichen Leistungen mit der Gießkanne“ wurde Berufsethik untergraben.⁴⁵

Die aktuelle Fassung⁴⁶ von 2021 wird folgendermaßen beschrieben: „Der Gesetzgeber hat festgelegt, dass die Solidargemeinschaft nicht alle Behandlungen finanziert, die in einer Zahnarztpraxis möglich

³⁸ Koalition von SPD und FDP von 1969 bis 1982. (Ismair 2014, 19).

³⁹ Ismair 2014, 19.

⁴⁰ Steinert 2019, 69.

⁴¹ Marezky, Venter 1974, 274.

⁴² Kastenbauer in ADZ speziell 9/91, 11.

⁴³ Ebenda, 10.

⁴⁴ Ebenda, 10.

⁴⁵ Ausschnitt aus Antrittsrede des neuen Präsidenten der BLZK Joseph Kastenbauer in BZB 12/1990, 12-15.

⁴⁶ Stand: 1. Juli 2021.

sind. Gesetzlich Versicherte erhalten durch den BEMA vielmehr alle medizinisch notwendigen Behandlungen und somit eine regelhafte GKV-Versorgung.⁴⁷ Diese Auslegung spiegelt die nötigen Anforderungen an eine modernere Sozialgesetzgebung viel besser wider, wurde von Seiten der BLZK aber bereits in den frühen 1990er Jahren gefordert.⁴⁸

Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)

Die privat Zahnärztliche Liquidation richtet sich nach der am 1.1.1988 in Kraft getretenen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Die GOZ ist eine Rechtsverordnung, die die Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrates erlässt.⁴⁹ Seit 1988 wird für Privatpatienten die GOZ angewendet, welche als eine Art *Gebührentaxe* anzusehen ist.⁵⁰ Das zahnärztliche Honorar wird dabei an einen *Punktwert* gekoppelt, der an die jeweiligen wirtschaftlichen Gegebenheiten angeglichen werden sollte. Demnach sollten nicht mehr die Steigerungssätze die Funktion haben, wirtschaftliche Entwicklungen aufzufangen, sondern ebendieser neu eingeführte Punktwert.⁵¹ Ein Gebührensatz errechnet sich, vereinfacht gesagt, aus der Multiplikation von Leistungen aus dem Gebührenverzeichnis mit dem Punktwert.⁵² In § 15 des Zahnheilkundengesetzes heißt es dazu:

„In dieser Gebührenordnung sind Mindest- und Höchstsätze für die zahnärztlichen Leistungen festzusetzen. Dabei ist den berechtigten Interessen der Zahnärzte und der zur Zahlung der Entgelte Verpflichteten Rechnung zu tragen.“

Dieser Passus lässt vermuten, dass die Entgelte sehr wohl in regelmäßigen Abständen an die allgemeine Preisentwicklung am Markt angepasst werden würden, um den Interessen beider Parteien – Zahnarzt und Patient – gerecht zu werden.⁵³ Die GOZ würde die seit 1965 unverändert geltende BUGO-Z ablösen, mit dem Ziel, flexibel auf moderne Entwicklungen in der Zahnmedizin reagieren zu können. Neuere Fachgebiete wie Prophylaxe, Implantologie und Funktionsanalytische Leistungen (FAL) wurden in den Leistungskatalog aufgenommen, jedoch mit der Prämisse, dass es zu keiner Ausweitung des Gebührenvolumens kommen werde.⁵⁴ Der § 6, Abs. 2 der GOZ 1988 vom 22. Oktober 1987 zeigte das Bestreben der Bundesregierung moderne Verfahren in der Zahnheilkunde zu fördern:

⁴⁷ Gebührenverzeichnisse (kzbv.de) [Aufruf am 05.08.2021].

⁴⁸ Stichwort Liberalisierung: standespolitisches Konzept der frühen 1990er Jahre; eröffnet dem Patienten die Möglichkeit der Erhaltung seines Anspruches an die soziale Absicherung und ermöglicht eine den individuellen Gegebenheiten entsprechende zahnärztliche Versorgung unter Einbeziehung von Innovation und Fortschritt, siehe Kapitel 3.5.3.

⁴⁹ Kastenbauer, Bericht des Präsidenten der Bayerischen Landes Zahnärztekammer zur Vollversammlung am 4. Dezember 1998.

⁵⁰ Tiemann et al. 2003, 83.

⁵¹ Klotz et al. in GOZ-Fibel, 2005, 3.

⁵² Tiemann et al. 2003, 84.

⁵³ Klotz et al. in GOZ-Fibel, 2005, 3.

⁵⁴ Klotz et al. in GOZ-Fibel, 2005, 3.

„Selbstständige zahnärztliche Leistungen, die erst nach Inkrafttreten der Gebührenordnung auf Grund wissenschaftlicher Erkenntnisse entwickelt werden, können entsprechend einer nach Art, Kosten und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses für zahnärztliche Leistungen berechnet werden.“

Die Grundidee der GOZ '88 schien vorausschauend zu sein und sollte den Weg für neue zahnärztliche Methoden *kostenneutral* ebnen. Warum ausgerechnet diese Gebührenordnung für enormen Gegenwind in der Zahnärzteschaft sorgte, soll im Kapitel „Liberalisierungskonzept für eine Weiterentwicklung in GKV und PKV“ (3.5.3.) herausgearbeitet werden.

Prothetikverträge 1975: Gieskannenprinzip in der prothetischen Versorgung

Eine gesundheitspolitische Wende für die gesamte Zahnmedizin stellten zunächst die sogenannten Prothetikverträge dar. Mit der Entscheidung der Vertragspartner⁵⁵, den Zahnersatz in den Bundesmantelvertrag für Zahnärzte sowie in den Bewertungsmaßstab einzubeziehen, wurde der entsprechende Grundstein gelegt.⁵⁶ Als Ergebnis von Vertragsverhandlungen der Partner des *Bundesmantelvertrages-Zahnärzte* wurde die systematische Behandlung von Parodontopathien mit Juli 1974 Bestandteil desselben⁵⁷. Ein Urteil des BSG aus dem Jahr 1974 beschloss schließlich die Bezuschussung sämtlicher Zahnersatzleistungen mit 80 bis 100 %. Naturgemäß startete dies zunächst einen unvorstellbaren Wirtschaftsmotor in der Dentalindustrie und löste somit einen Beschäftigungsboom aus. Ein weiterer Vorteil der Verträge war unbestritten die Tatsache, dass mehreren Versicherten besserer und teurerer Zahnersatz zugänglich gemacht wurde⁵⁸, was zu einer Höherbewertung des zahnärztlichen Tuns führte und in eine allgemein gute zahnärztliche Versorgung der sozialversicherten Patienten gipfelte.⁵⁹ Zum anderen kam es dadurch zu einer enormen Kostenexplosion für Versicherungsträger.⁶⁰

„Nach gemeinsamen Feststellungen der Landesverbände der Krankenkassen in Bayern und der KZVB beruht der Kostenanstieg im zahnärztlichen Bereich im Wesentlichen auf dem Sektor Prothetik.“⁶¹

Um dem massiven Kostenanstieg des deutschen Gesundheitswesens Einhalt zu gebieten, wurde am 1. Juli 1977 das erste Kostendämpfungsgesetz eingeführt, was zumindest bei den zahnärztlichen Leistungen nicht von Erfolg gekrönt war. Ganz im Gegenteil: Bis zu diesem Zeitpunkt wurden

⁵⁵ Krankenkassen und Kassenzahnärztlichen Organisationen.

⁵⁶ Tiemann et al. 1980, 60ff.

⁵⁷ Ebenda.

⁵⁸ Zedelmaier in BZB 12/1975, 195.

⁵⁹ KZBV Geschäftsbericht 1974, 1, zitiert nach Ismair 2014, 54.

⁶⁰ Steinert 2019, 79.

⁶¹ Gesamtvertrag Zahnärzte Bayern vom 29.07.1979, zitiert nach Ismair 2014, 36.

außervertragliche Leistungen⁶² und auch die Leistungen zahntechnischer Laboratorien in die Honorar- und Preisvereinbarungen einbezogen.⁶³

Auch seien die Verträge zu einer „nicht zu übersehenden Mehrbelastung der Kollegenschaft, verbunden mit einer Steigerung der Verwaltungsarbeit“ geworden.⁶⁴ So stellte Steinert in seiner Dissertation 2019 ergänzend fest, dass die Einführung zudem mit einer gewissen Unkontrollierbarkeit in der Abrechnung einherging - es ließe sich die Vielseitigkeit der prothetischen Versorgung nur schwer in Gebühren fassen. Ismail gelang es in seiner Dissertation 2014, die kontroversiellen Facetten des Prothetikthemas nüchtern zu betrachten und fasste faktenbasiert zusammen:

„Es kann gezeigt werden, dass das System auf diese Änderungen nicht vorbereitet war. Die Verwaltung war auf diese Zahl der Heil- und Kostenpläne, die Abrechnungen, Anträge und Arbeiten genauso wenig eingestellt wie die zahnärztlichen Praxen und Labore auf den großen Ansturm der Patienten. Alle Einrichtungen waren personell, technisch, räumlich, baulich und [...] auch hinsichtlich fachlicher Aus- und Fortbildung unzureichend gerüstet.“⁶⁵

„Die Recherche [...] zeigt auf, dass in den Praxen und Labors noch oft fachspezifisches und technisches Gerät, sowie Wissen fehlte um unter Praxisbedingungen eine ähnliche Versorgung wie unter klinischen Bedingungen bieten zu können.“⁶⁶

Um darauf antworten zu können, warum sich die Prothetik-Gesetze negativ auf die internationale Konkurrenzfähigkeit ausgewirkt haben könnten, wird der Begriff des „Gießkannenprinzips“ erneut aufgegriffen. Durch die flächendeckende Übernahme (fast) aller Kosten für Zahnersatz wird die Ableitung aufgestellt, dass es durch einen staatlichen „Prothetikfreibrief“ zwangsläufig zu Qualitätsverlusten in manchen Praxen kam. Untermauern kann dieses Argument der Erfahrungsbericht eines anonymen, in eigener Praxis tätigen, Kollegen von 1979 im *Spiegel*⁶⁷:

„Wie stark das gegenwärtige Bewertungssystem den Kassenzahnarzt dazu verführt, einen Zahn zu ersetzen, statt ihn zu erhalten, erweist sich an der Honorierung prothetischer Routineleistungen.“

„Jeder Zahnarzt erhielt die Möglichkeit, gewissermaßen auf Prothetik ‘umzusteigen’. Niemand zwang ihn, sein Arbeitspensum auszuweiten. Wollte er den einsetzenden ‘Prothetikboom’ nutzen, brauchte er lediglich seine konservierende Tätigkeit einzuschränken.“

⁶² Verschienung und Verblockung des Restgebisses, provisorische Brücken, Versorgung mit metallkeramischem Zahnersatz, Verbindung von festsitzendem und herausnehmbarem Zahnersatz wurde durch Spruch des Bundesschiedsamts vom Mai 1977 in den BMV-Z/Bema hinzugefügt. (Tiemann 1980, 60-61).

⁶³ Kimmel 2003, 54, 55.

⁶⁴ KZBV Geschäftsbericht 1975, 1, zitiert nach Ismail 2014, 55.

⁶⁵ Ismail 2014, 107, 108.

⁶⁶ Ebenda, 108.

⁶⁷ Der Spiegel 1979, Untertitel: „Wer auf Prothetik umsteigt, macht das große Geld – Fortbildungskurse über gnathologische Haarspaltreien – Niemand kontrolliert die Qualität zahnärztlicher Arbeiten.“ Aus der Serie: „Gutes Geld für schlechte Zähne“.

„Unsere Standesvertreter leugnen es zwar, aber feststeht: Der augenblickliche Kassenzahnarzt-Vertrag bewertet die zahnersetzende Arbeit um ein Vielfaches höher als die zahnerhaltende.“

Die Lage auf prothetischer Seite heutzutage soll der Vollständigkeit halber ebenfalls kurz erläutert werden: Seit der Kostendämpfungsinitiativen der 1980er Jahre setzt man in der Zahnheilkunde wieder vermehrt auf Prophylaxe. Für gesetzlich Versicherte existiert aktuell ein Festzuschussystem für Zahnersatz. Hier wirkt sich eine gute Compliance⁶⁸ auch positiv auf die Gewährung ebendieser Festzuschüsse aus.⁶⁹

Umstrukturierungen

Eine unkontrollierbare Ausgabenentwicklung der GKV, die demographische Entwicklung, die Morbiditätsstrukturen und der medizinische Fortschritt veranlassten wiederum den Gesetzgeber ab Mitte der 70er Jahre in die Vergütungsstrukturen der GKV zu intervenieren⁷⁰. Mit dem Gesundheitsreformgesetz (GRG) von 1988 machte der Gesetzgeber den Anfang und erklärte pauschale Vergütungen für Material- und Laborkosten sowie die Aufstellung von Heil- und Kostenplänen für Zahnersatz für unzulässig. Am 1.1.1993 folgte das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) und sah vor, Vergütungen für Zahnersatz und Kieferorthopädie weiter abzusenken.

„Sinnfällige Zeichen dieser Gesetzgebungshypertrophie sind das ständig sich ändernde rechtliche Schicksal der prothetischen Versorgung und mehrere sog. 'Umstrukturierungen' des zahnärztlichen Bewertungsmaßstabes mit dem Ziel, angebliche Überbewertungen, insbesondere kieferorthopädischer und prothetischer Leistungen, abzubauen.“⁷¹

2.1.4 Entstehung freier Verbände (als Gegenorganisationen zu den Körperschaften)

Verbände und Kammern des zahnärztlichen Heilberufs widmen sich ganz unterschiedlichen Themen und Aufgaben. Teilt man die heute existierenden Berufsverbände des zahnärztlichen Berufs grob ein, so stößt man auf Länderkammern als Körperschaften des öffentlichen Rechts, die für die *Wahrnehmung der beruflichen Belange* aller Zahnärzte zuständig sind. Hoheitliche Aufgaben im Bereich der Berufszulassung, Weiter- und Fortbildung sowie die Berufsaufsicht sind weitere Aufgaben einer Kammer.⁷² Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sowie die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung fungieren wiederum als Kollektivvertragspartner der Krankenkassen⁷³ und übernehmen den Sicherstellungsauftrag bei der zahnmedizinischen Versorgung der Bevölkerung. Daneben stehen die klassischen

⁶⁸ Im Sinne von „Behandlungswilligkeit“, Mitarbeit während der Behandlung, Zuverlässigkeit bei der Termineinhaltung, Offenheit für Prophylaxemaßnahmen, suffiziente häusliche Mundhygiene etc.

⁶⁹ Ismair 2014, 27.

⁷⁰ Tiemann et al. 2003, 63.

⁷¹ Tiemann et al. 2003, 63.

⁷² Kluth, Handlungsempfehlungen in Weißbuch der Zahnmedizin, 2007, 297.

⁷³ Ebenfalls als Körperschaften des öffentlichen Rechts.

Berufsverbände, die sich als Interessenvertretung und hier hauptsächlich für den *Willensbildungsprozess* ihrer Mitglieder innerhalb des Berufsstandes einsetzen.⁷⁴ Ihnen gegenüber stehen wissenschaftliche Fachgesellschaften, Arbeitskreise und Fachgruppen, deren Ziel „die Weiterentwicklung der Zahnheilkunde als einer der innovativsten Disziplinen der Medizin ist“⁷⁵. Entwicklungsprozesse werden unter anderem durch die Aufstellung diverser Leitlinien begleitet.⁷⁶

Völlig anders muss man hingegen die „freien Verbände“, die aus der allgemeinen wirtschaftlichen Notlage der Nachkriegsjahre entstanden waren, kategorisieren.⁷⁷ Berufsverbände sind, im Gegensatz zu den Fachgesellschaften, politisch fokussiert und sehen ihren Schwerpunkt in einem untrennbaren Kontext mit der Berufsausübung.⁷⁸ Eugen Flohr, der als erster Vorsitzender der 1955 entstandenen „Notgemeinschaft deutscher Zahnärzte“ hervortrat, kennzeichnete mit vorliegendem Zitat die Position des Verbandes als Gegenorganisation zu den Körperschaften:

„Worin wir uns aber grundsätzlich unterscheiden, ist der Weg, der zum Ziele führen soll. Der Graben, der uns in dieser Hinsicht trennt, ist so tief und so breit, daß [sic!] ein Brückenschlag vollkommen ausgeschlossen ist. [...] Wir Zahnärzte haben überhaupt keine Vertretung unserer Interessen, vielmehr sind unsere Berufsorganisationen staatliche Verwaltungsbehörden mit Zwangsmitgliedschaft [...]. Der Freie Verband ist der alleinige Vertreter der Interessen der Zahnärzteschaft in politischer und standespolitischer Hinsicht und alleiniger Sozial- und Tarifpartner.“⁷⁹

Diese anfängliche überschießende Polemik und der „unüberwindlich erscheinende Antagonismus“⁸⁰ konnten in den folgenden Jahrzehnten zwar fast gänzlich überwunden werden, jedoch stellte die Rivalität doch eine Barriere für das Vorankommen der Zahnmedizin in standespolitischer Hinsicht dar. Ein zentrales Thema, welche die Vertreter beider Seiten noch in den 1970er und 80er Jahren beschäftigte, war jenes: Die zahnärztliche freiberufliche Tätigkeit im Sinne einer freien Berufsausübung gestaltete sich aufgrund der Abhängigkeit von den KZVen als schwierig.⁸¹ Später, im Jahr 2003, setzten Verantwortliche der FVDZ deshalb auf neue Prämissen, so sollte der Verband zukünftig noch stärker als uneingeschränkte und unabhängige Interessenvertretung der freiberuflichen Zahnärzte fungieren.⁸² Konkret stand die Abnabelung von den KZVen und der damit zusammenhängenden schrittweisen Ausgliederung der Zahnmedizin aus der GKV auf der neuen Agenda des FVDZ.⁸³ Der Begriff *Kampfverband*

⁷⁴ Berger, Rolle und Selbstverständnis der Berufsverbände in Weißbuch der Zahnmedizin, 2007, 246 ff.

⁷⁵ Ebenda, 247.

⁷⁶ Kluth, Handlungsempfehlungen in Weißbuch der Zahnmedizin, 2007, 297.

⁷⁷ Marezky, Venter 1974, 276.

⁷⁸ Ebenda, 253.

⁷⁹ ZM 1956, 160, zitiert nach Marezky, Venter 1974, 276.

⁸⁰ Marezky, Venter 1974, 277.

⁸¹ Schneck aus Fragebogenaktion, siehe Anhang.

⁸² Berger, Rolle und Selbstverständnis der Berufsverbände in Weißbuch der Zahnmedizin, 2007, 254.

⁸³ Berger, Rolle und Selbstverständnis der Berufsverbände in Weißbuch der Zahnmedizin, 2007, 254.

verschwand und der Verband titulierte sich selbst seither als eine „umfassende Interessenvertretung, die weniger auf Widerstand, sondern vielmehr auf den direkten Dialog setzt.“⁸⁴

Heute garantiert die sogenannte „Drei-Säulen-Theorie“ eine symbiotische Zusammenarbeit zwischen KZBV, BZÄK und FVDZ. Der gemeinsame Beratungsausschuss, bei dem berufspolitische Interessen der drei Organisationen koordiniert werden, stellt ein wichtiges Vehikel zur Überwindung von Diskrepanzen dar.⁸⁵

2.2 Wie entwickelte sich Zahnmedizin stattdessen in anderen Nationen weiter?

2.2.1 Skandinavien: Prävention und Parodontologie

Prävention

Folgende namhafte skandinavische Zahnärzte und Wissenschaftler gelten als jene visionären Wegbereiter, die einen maßgeblichen Anteil an der flächendeckenden europaweiten Einführung professioneller zahnärztlicher Prävention genommen haben:

Löe et al. 1965 fanden mit ihren Forschungen zur Mundhygiene heraus, dass eine durch Plaque entstandene Gingivitis, Karies aber auch parodontale Schäden provozieren kann. Demnach entwickelten freiwillige Probanden, die gänzlich auf ihre gewohnten Mundhygienemaßnahmen verzichteten, innerhalb von drei Wochen gravierende Plaque und Gingivitis.⁸⁶

Van der Ver konnte 1970, unter ähnlichen Bedingungen⁸⁷, sogar Kariesentstehung innerhalb dieses Zeitraums nachweisen. Die Kontrollgruppe, die sich der chemischen Plaquekontrolle⁸⁸ unterzog, entwickelte weder Gingivitis noch Karies.⁸⁹

Lövdal et al. belegten bereits 1961 die Wirksamkeit der häuslichen und professionellen Mundhygiene.⁹⁰ Hierfür wurden über 800 Beschäftigte einer norwegischen Fabrik über einen Zeitraum von fünf Jahren hinweg mehrmals jährlich für Mundhygienemaßnahmen, Dokumentation und Motivation einbestellt.⁹¹

Als ein Pionier der professionellen Zahnreinigung gilt Per Axelsson. Gemeinsam mit Jan Lindhe entwickelte er erstmals ein individuelles Prophylaxeprogramm, für das Anfang der 1970er Jahre über 550

⁸⁴ www.fvdz.de/index.html, zitiert nach Berger, Rolle und Selbstverständnis der Berufsverbände in Weißbuch der Zahnmedizin, 2007, 254.

⁸⁵ Tiemann et al. 2003, 27.

⁸⁶ Löe et al. 1965, zitiert nach Axelsson, Bockelbrink 1985, 13.

⁸⁷ Nichtreinigung plus Zuckerspülungen.

⁸⁸ Spülungen mit Chlorhexidin.

⁸⁹ Van der Ver 1970, zitiert nach Axelsson, Bockelbrink 1985, 13.

⁹⁰ Maßnahmen, wie die sorgfältige Anleitung zum Zähneputzen, Interdentalpflege mit Zahnhölzchen sowie supra- und subgingivales Scaling verbesserten den Parodontalzustand; Zahnverluste sanken.

⁹¹ Lövdal et al. 1961, 537-555.

Probanden rekrutiert wurden. Diese wurden über 30 Jahre in bedarfsorientierten Intervallen von drei bis zwölf Monaten einbestellt und betreut.⁹² Bereits nach wenigen Jahren konnte festgehalten werden, dass die Teilnehmer der Testgruppe signifikant von der professionellen Mundhygiene profitieren.⁹³ Die Erkenntnisse, die Axelsson und Lindhe bereits vor 50 Jahren aus ihrer Arbeit gewinnen konnten, sollten bis heute prägend für die zahnärztliche Prophylaxe sein. Außerdem schufen sie auch ein einfach umzusetzendes Ablaufprotokoll für die Praxis, welches schließlich zum Vorbild für die heutige *Professionelle Zahnreinigung (PZR)* wurde.⁹⁴

„Zu der Zeit, in der sich die Gnathologie in Deutschland als Königsdisziplin der Zahnmedizin verstand, führte er [Axelsson, Anm.] uns vor Augen, dass exzellente Zahnheilkunde vor allem bedeutet, die Entstehung von Karies und Parodontitis beziehungsweise deren Progression zu verhindern.“⁹⁵

Axelssons Forschung sollte einen Paradigmenwechsel von der kurativen zur präventiv orientierten Zahnheilkunde einleiten. Der Index zur Plaquebildungsrate *Plaque-Formation-Rate-Index (PFRI)* nach Axelsson⁹⁶ stellt einen wichtigen Index zur quantitativen Erfassung der Bedingungen zur Plaqueentstehung dar. Er erlaubt mithilfe weiterer Tests eine valide Vorhersage des individuellen Kariesrisikos. So wird bei PFRI 24 Stunden nach professioneller Zahnreinigung ohne weiterführende Mundhygienemaßnahmen die Plaquebildung an sechs Flächen je Zahn beurteilt⁹⁷. Durch den hohen Aufwand bei der Erhebung des Indizes und den erforderlichen zwei Sitzungen wird dieser Index in der täglichen Praxis heute kaum verwendet. Vielmehr handelt es sich um einen Parameter mit historischem Wert, welcher in seinen Grundzügen für die Prophylaxe noch immer Bestand hat. Die Erwähnung in zahlreichen deutschsprachigen zahnmedizinischen Lehrbüchern für den universitären Bereich untermauert dies. Beispielhaft sind das folgende Werke, die den Studierenden als Buchempfehlung an der LMU München genannt werden: *Einführung in die Zahnerhaltung* von Hellwig et al. (6. Auflage), *Curriculum Prothetik* von Strub et al. (Band III, 4. Auflage) und *Memorix Zahnmedizin* von Weber (3. Auflage).

Ein weiteres Produkt Axelssons Arbeit war die Etablierung der heute bekannten Gruppenprophylaxe⁹⁸: Durch die 1978 von ihm initiierte Schulzahnpflege in seiner schwedischen Heimatprovinz Värmland, konnte Interdentalkaries bei jugendlichen Probanden fast gänzlich⁹⁹ vermieden werden. Infolgedessen sank der DMF-T¹⁰⁰ bei 12-Jährigen von 6,5 auf 1,0.¹⁰¹ Hier setzte Axelsson auf die professionell

⁹² Jährlich dokumentiert wurden die Parameter Kariesbefall, Gingivitis (BoP) und Sondierungstiefe (PPD).

⁹³ Axelsson, Lindhe 1981, 281-294.

⁹⁴ Auszug aus dem Nachruf Axelsson in zm-online, 2020.

⁹⁵ Auszug aus dem Nachruf Axelsson von Kocher, DG PARO in zm-online, 2020.

⁹⁶ Axelsson 1990, 181-188.

⁹⁷ Mesiobukkal, bukkal, distobukkal, mesiolingual, lingual, distolingual. Siehe dazu Abbildung 11 im Anhang.

⁹⁸ Auszug aus dem Nachruf Axelsson in zm-online, 2020.

⁹⁹ Bis 98 %.

¹⁰⁰ Beschreibt die individuelle Kariesprävalenz sowie den zahnärztlichen Behandlungsbedarf.

¹⁰¹ Axelsson, Bockelbrink 1985, 12, 22.

durchgeführte mechanische Zahnreinigung zur Plaqueentfernung, in Kombination mit ausführlicher Unterweisung für die häusliche Mundhygiene. Eine weitere Prämisse in der Arbeit Axelssons in der Kariesprophylaxe und -verhütung war die Fokussierung auf *Risikogruppen*, *Risikoindividuen* und sogenannten *Risikozahnoberflächen*. Als Risikoindividuen in der Altersgruppe zwischen 0 und 19 Jahren gelten alle diejenige als sehr kariesgefährdet, die mehr als zwei neue erkrankte Zahnflächen innerhalb einer gewissen Zeitspanne aufweisen oder eine überdurchschnittliche Disposition mit dem kariesverursachendem Bakterium *Streptococcus mutans* im Speichel aufweisen¹⁰².

Nicht zu unterschätzen für jeden Wohlfahrtsstaat sei auch die enorme Arbeits- sowie Kostenentlastung durch individuell durchgeführte Prophylaxetätigkeit bei Kindern und Jugendlichen (siehe nachfolgende Abbildung 1).

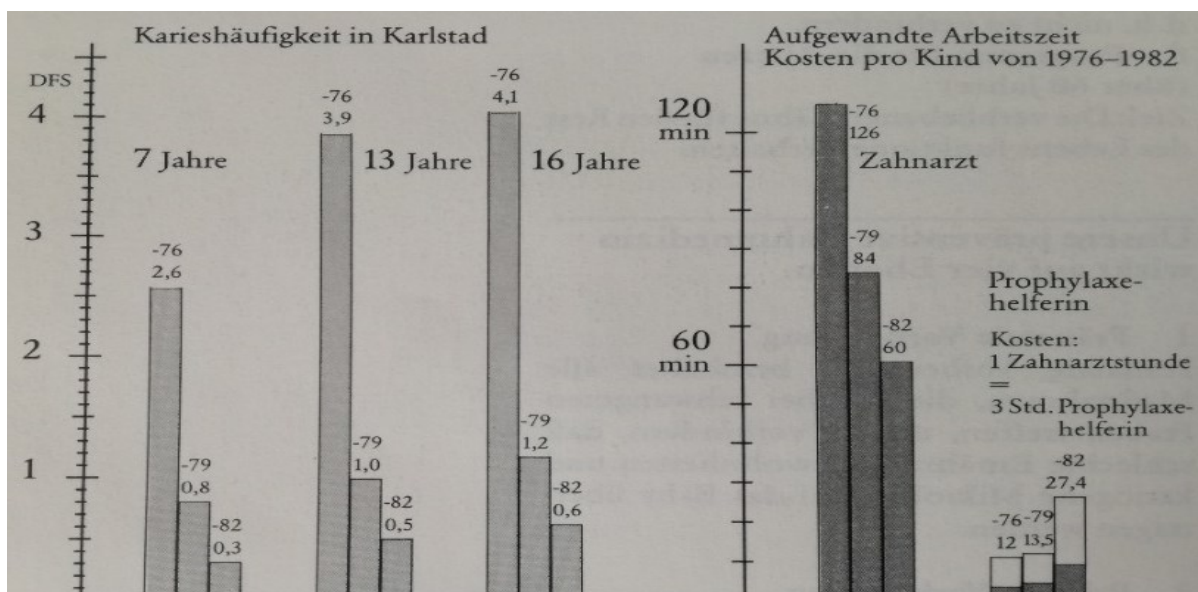


Abbildung 1: "Karieshäufigkeit, aufgewandte Arbeitszeit, Kosten pro Kind von 1976 - 1982" aus Schmideder, 1985, 15.

Auf Basis dieser Studien wurden schließlich auch in Deutschland Anfang der 1990er Jahre Programme zur Individualprophylaxe für Kinder und Jugendliche eingeführt und sollten in den folgenden Jahren zum Standard der zahnärztlichen Vorsorge avancieren.¹⁰³

Exkurs: Sanierungskarte in den Niederlanden

Die Prävention wurde und wird auch in den Niederlanden großgeschrieben: zum Beispiel in der Jugendzahnpflege gab es bereits in den 1990er Jahren die sogenannte „Sanierungskarte“, welche halbjährlich aktualisiert werden musste, um einen aufrechten Versicherungsschutz zu erlangen. Überdies wurde Gruppenprophylaxe durch eigens angestellte Schulzahnärzte betrieben und Lehrer waren verpflichtet, Gesundheitserziehung in der Schule zu betreiben. Diese Aufklärung zur

¹⁰² > 1 mill./ml. Speichel. Axelsson, Bockelbrink 1985, 12, 22.

¹⁰³ Nachzulesen im Kapitel „Prävention“. Auszug aus dem Nachruf Axelsson in zm-online, 2020.

Gesundheitserziehung reichte in den Niederlanden sogar soweit, dass Gesundheitsvorsorge zu einem eigenen Prüfungsfach an den Universitäten wurde.¹⁰⁴

Parodontologie

Der aus Norwegen stammende Parodontologe Sigurd P. Ramfjord versuchte bereits 1959 mit der Einführung des *Periodontal-Disease-Index* ein Handwerkzeug zu schaffen, welches die Verlaufstendenz von Parodontitis darstellbar machen soll. Die numerische Skala bezieht sich dabei auf die sogenannten „Ramfjord-Zähne“¹⁰⁵ und kategorisiert das Vorhandensein von Zahnplaque in drei Stufen.¹⁰⁶ Eine Adaptierung im Jahr 1967 ergänzte den Index um weitere Kriterien, um zum Beispiel Kontrolluntersuchung von Therapieverfahren in der Parodontalchirurgie messbar zu machen. Auch eignet sich der Index für die Skalierung in epidemiologischen Studien.¹⁰⁷

Ranfjord war es auch, der 1985 auf den zu erwartenden rapiden Wandel in der Parodontologie in den nachfolgenden Jahren aufmerksam machte. Bewährtes war teilweise überholt und bekannte Methoden wurden gegen neue, innovative ersetzt. Fußend auf den fundamentalen Grundlagen der Parodontologie wurden „weitreichende, voneinander unabhängige Konzepte entwickelt“.¹⁰⁸

„Da jedes Wissen sich ständig verändert und erweitert, müssen auch unsere parodontologischen Theorien immer wieder neu überdacht werden. Dies ist sowohl eine Herausforderung für den Lernenden wie den Lehrenden. Es ist verständlich, daß [sic!] man an den alten Konzepten festhält, bis diese mit Sicherheit verworfen werden können.“¹⁰⁹

2.2.2 USA: Undergraduate- und Postgraduate-Programme

In den USA mussten und müssen Zahnärzte zur Erneuerung ihrer Arbeitslizenz regelmäßig¹¹⁰ Nachweise zur steten postuniversitären Aus- und Fortbildung erbringen. Am Beispiel des Bundesstaates Florida musste im Jahr 1997 jeder Zahnarzt folgendes Soll erfüllen:

- 30 Stunden professionelle Weiterbildung in anerkannten Instituten, davon
- zwei Stunden in Ethik und Rechtsprechung
- Trainingskurs zur kardiopulmonalen Wiederbelebung
- Kurs zur AIDS-Übertragung, deren Vermeidung und klinischem Umgang

¹⁰⁴ Wegmann in BZB 11/1990, 35.

¹⁰⁵ Die Zähne nach FDI-Schema sind die folgenden: 16, 21, 24, 44, 41, 36.

¹⁰⁶ Polig 2006, 23.

¹⁰⁷ Weber 2010, 123. Siehe dazu Abbildung 12 im Anhang.

¹⁰⁸ Ramfjord 1985, 23.

¹⁰⁹ Ramfjord 1980, zitiert nach Ramfjord 1985, 23.

¹¹⁰ Spätestens nach Ablauf von zwei Jahren; abhängig vom jeweiligen Bundesstaat.

Das amerikanische Weiterbildungsmodell für Zahnärzte bietet zudem entweder die postgraduale Erlangung akademischer Grade im Sinne eines Masterstudiums¹¹¹ oder Fortbildung in Kliniken/zahnärztlichen Schulen, welche jeweils mit einem Zertifikat abgeschlossen werden. Man unterscheidet überdies zwischen den mindesten zwölf Monate andauernden „General dentistry program“ (wird an Universitäten angeboten) und der „General dentistry residency“, welche in der kieferchirurgischen Abteilung eines Krankenhauses abgehalten wird. Diese Art der Weiterbildungen bietet den Zahnärzten die Möglichkeit, Klinikerfahrung zu sammeln und den Umgang mit stationären und ambulanten Patienten zu intensivieren.¹¹²

Wichtig zu erwähnen sind die acht anerkannten zahnärztlichen Fachgebiete, deren Einführung von den USA initiiert wurde und sich später weltweit etablierten. Die folgende Tabelle zeigt die Absolventen dieser unterschiedlichen postgradualen Studiengänge von 1996/1997:

Endodontie	346
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie (mind. 3 Jahre)	856
Oralpathologie	38
Kieferorthopädie	642
Kinderzahnheilkunde	383
Parodontologie	447
Prothetik (mind. 3 Jahre)	439
Zahnärzte im Dienst der öffentlichen Gesundheit	57 ¹¹³

Erkennen lässt sich hier unschwer die sehr frühe Bestrebung der Zahnärzteschaft in den USA, nach Etablierung eines *Spezialistentums*, ganz im Gegensatz zur sogenannten *Zahnmedizin für Generalisten*, welche in Deutschland vorherrschte. Diese beiden scheinbar nicht kompatiblen Fronten zahnärztlicher Grundsätze können aber sehr wohl verbunden und kombiniert eingesetzt werden: Warum sollte ein zertifizierter Spezialist also nicht auch andere Leistungen erbringen können, zu denen er ohnehin laut Approbationsordnung berechtigt ist?¹¹⁴ Damit könne man dem in den USA weit verbreiteten und hierzulande wahrscheinlich eigentümlich wirkenden *Spezialistenhopping* vorbeugen.

¹¹¹ Master of Science (M.S.), Master of Science in Dentistry (M.S.D.) oder Doktor der Philosophie (Ph.D.).

¹¹² Anm.: neben klassischer zahnärztlicher Behandlung wird der Fokus außerdem auf Not- und Unfallmedizin (Erstversorgung von Schädelfrakturen) und Anästhesiologie (Sedation, Intubation) gerichtet.

¹¹³ Petereit in ZM Jhrg. 87, 1997, 82-83. Anm.: Bemerkenswert sind die teilweisen sehr großzügigen Stipendien von bis zu \$ 40.000 – weshalb die Schulungsplätze naturgemäß sehr begehrt sind.

¹¹⁴ ZM Jhrg. 89, 1999, 504.

Fakt ist auch: Bedeutende Manuskripteinreichungen stammen aus ebensolchen Nationen in denen postgraduale Ausbildung vorangetrieben wird. Die Vermittlung von Grundlagen in der Konzipierung und Durchführung valider wissenschaftlicher Arbeit wird bei postgradualen Ausbildungsprogrammen vermehrt fokussiert.¹¹⁵

¹¹⁵ Löst in ZM Jhrg. 89, 1999, 40.

3 Die Entwicklung der modernen Zahnmedizin in Bayern unter Miteinfluss der BLZK von 1990 bis 2020

Um aufzeigen zu können, welche Hürden, Chancen und Meilensteine Zahnmedizin auf ihrem Weg zur wissenschaftlichen universitären Anerkennung durchlebte, soll nun ein Abriss der wichtigsten historischen Zäsuren, chronologisch aufbereitet, gezeichnet werden. Beginnend mit der Entwicklung zahnärztlicher Spezialgebiete in der Bundesrepublik, der Etablierung der wichtigsten Weiterbildungsinstitutionen sowie der Einführung einer neuen Approbationsordnung für Zahnärzte. Darauf folgend wird dem Thema Prävention ein eigenes Kapitel gewidmet und schließlich werden maßgebliche Beiträge der BLZK in ihrer Rolle in der Leistungsvergütung erläutert.

3.1 Etablierung von Spezialgebieten

In dieser Arbeit wird versucht, bei der Aufbereitung der historischen Ausdifferenzierung der Spezialdisziplinen, zunächst in der Medizin und später innerhalb der Zahnheilkunde, primär auf die fachliche Etablierung einzugehen. Weniger soll auf technische Entdeckungen hingewiesen werden. Wobei die beiden Faktoren unweigerlich zusammengehören – jemand der sich der wissenschaftlichen Entwicklung eines Fachgebiets verschrieben hat, hat höchstwahrscheinlich auch Interesse daran, seine Erkenntnisse an eine neue Generation von Forschenden weiterzugeben. Deshalb verdanke die Medizin nach Hornstein ihre „fulminanten, statistisch belegbaren Erfolge der strikten, inzwischen radikalen Einbeziehung naturwissenschaftlicher Methoden in das ärztliche Krankheitsverständnis“¹¹⁶ und die Lehre dieser.

So kam es nicht zuletzt durch Virchow (1821 – 1902) und die durch seine Arbeit entstandene pathologische Anatomie¹¹⁷ zum primären Aufkeimen des naturwissenschaftlichen Grundsatzes in der Medizin. Infolge dessen wurde die Differenzierung und die Spezialisierung innerhalb der medizinischen Fachgebiete zwangsläufig immer größer und die Aufspaltung der Medizin in zahlreiche Teilgebiete nahm ihren Lauf.¹¹⁸ Für die Medizin war die weitere Entwicklungsgeschichte damit vorgezeichnet – anders in der Zahnmedizin.

Dentalhistorische Forschungen ergaben, dass sich die Herausbildung des zahnmedizinischen akademischen Berufsstandes deutlich schwieriger gestaltete.¹¹⁹ So galt Zahnheilkunde in der medizinischen Wissenschaft als Teil der Chirurgie und fristete, historisch bedingt, lange Zeit ein Dasein im Schatten

¹¹⁶ Hornstein 2006, keine Seitenangabe.

¹¹⁷ Inklusive gesicherter Zellehre.

¹¹⁸ Kastenbauer in BZB 6/1992, 8-14. Durch Etablierung aller naturwissenschaftlichen Disziplinen ebnete sich bald der Weg für chirurgische und pharmakologische Neuerungen.

¹¹⁹ Staehle in DZZ 2010, 207.

der Medizin, was einen gewissen *Emanzipierungswillen* anfeuerte.¹²⁰ Die ersten Standesvertreter, als Pionier sei Carl Wilhelm Schmedicke genannt, trugen schließlich 1850 dazu bei, Zahnmedizin in die fachliche Selbstständigkeit zu verhelfen.¹²¹

„Fraglos ergriff er [Schmedicke, Anm.] die richtigen Maßnahmen, um eine Förderung der Zahnheilkunde in Deutschland, insonderheit ihre Anpassung an die im Ausland erzielten Fortschritte und eine Anhebung des Ansehens der Zahnärzte, zu erreichen.“¹²²

Die fachliche Auffächerung der Zahnmedizin in unterschiedliche Disziplinen und Spezialisierungen sollte ebenfalls im 19. Jahrhundert beginnen.¹²³

Als tiefergehende Spezialisierung zu den Hauptbereichen *Zahnerhaltungskunde*, *Zahnersatzkunde*, *Zahnärztliche Chirurgie* und *Kieferorthopädie* entwickelten sich weitere Spezialgebiete. Diese gehören entweder zu einem der oben genannten Teilgebiete, oder aber können sie als Querschnittsfächer in mehrere Teilgebiete hineinreichen. So sind diese zum Beispiel *Parodontologie*, *Kinderzahnheilkunde*, *Präventive Zahnheilkunde* und *Werkstoffkunde*, nur um die seit jeher weitverbreitetsten zu nennen.¹²⁴ Diese beschriebene *Ausweisung zahnärztlicher Spezialgebiete* büßte über die Jahre nichts an Aktualität ein und war – nicht nur die Zahnärzteschaft Bayerns betreffend - um die Jahrtausendwende herum *standespolitisches „Topthema“*. Denn um an den steilen Professionalisierungskurs des Faches anknüpfen zu können, war es unerlässlich, sich zu spezialisieren. Was höchst plausibel klingt, löste zum Teil aber heftige Debatten in den unterschiedlichen Lagern der Zahnärzteschaft aus, wie auch Naujoks bereits 1977 beschrieb:

„In der breiten Volksmeinung aber bedauerlicherweise auch in ärztlichen Kreisen, ist nicht nur gelegentlich die Auffassung anzutreffen, dass sich die zahnärztliche Tätigkeit (zumindest in Praxen) auf wenige Standardverrichtungen beschränkt. Danach erschöpft sich die Arbeit des Zahnarztes weitgehend durch das Legen von Füllungen und die dazu gehörenden vorbereitenden Maßnahmen wie Bohren und Schleifen. [...] Ich beschränke mich abschließend auf die Feststellung, dass Krankheit und damit die Heilkunde unteilbar sind. Die Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde kann daher nur integrierender Bestandteil der Medizin und kein außerhalb stehendes Sonderfach sein.“¹²⁵

Die wichtigsten Argumente contra Spezialisierung, die letzten Endes viele Entwicklungen stagnieren ließen, sollen nachfolgend aufgelistet werden.

¹²⁰ Tiemann et al. 2003, 13.

¹²¹ Marezky, Venter 1974, 19.

¹²² Ebenda.

¹²³ Groß 2016 aus der Serie „Die Entwicklung des Zahnarztberufs“ zm-online 11/2016, 82.

¹²⁴ Schulte, Bollinger 1976, 24.

¹²⁵ Naujoks auf der Jahrestagung der DGZMK 1977 in DZZ, Jhrg. 32, 1977, 638-640, zitiert nach Groß, Schäfer 2009, 159.

3.1.1 Ausweisung Spezialgebiete – ein steiniger Weg bis heute

Anfang der 1990er Jahre herrschten seitens der Landespolitik in ganz Deutschland Bedenken vor einer *überbordenden Spezialisierung*¹²⁶. Demzufolge würde eine immer tiefergehende und hochgradigere Spezialisierung die Verbreitung modernen medizinischen Wissens auf möglichst viele Ärzte erschweren. Auch hätten viele Mediziner Schwierigkeiten, die zwangsläufige *Zersplitterung* ihres Faches in immer kleinere wissenschaftliche Teilgebiete zu überblicken.¹²⁷

Ganz ähnlich gehe es dem Patienten als Individuum, der sich einerseits im Dickicht der jeweils zuständigen Spezialgebiete zurechtfinden müsse und andererseits die Sonderleistungen auch finanzieren können müsse.¹²⁸ Als weiteres landläufiges Argument in der (bundesweiten) Landespolitik galt die Annahme, dass die Bevölkerung zu keinem Zeitpunkt Bedarf oder Nachfrage nach Spezialisierungen angemeldet habe.¹²⁹

Wer hatte aber dann Interesse an der Etablierung von weiteren Spezialgebieten und warum?

3.1.2 Pro Spezialisierung

In dem folgenden Abschnitt wird versucht, die relevantesten Argumente für eine Spezialisierung darzustellen. Zunächst sei auf den damals häufig anzutreffenden „unaufgeklärten Patienten“ hingewiesen – nach dem Motto: „Was der Patient nicht kennt, könne er auch nicht fordern“¹³⁰. Dies impliziere, dass es heutzutage unumstritten Aufgabe der Zahnärzteschaft sei, medizinische Behandlungsmethoden für den Laien verständlich aufzubereiten und im Allgemeinen medizinische Aufklärung zu leisten.¹³¹ Durch soziale Marktwirtschaft wurde es allen Bevölkerungsschichten ermöglicht, direkt von medizinischen Neuerungen profitieren zu können.¹³² Die Patienten erführen dadurch einen Nutzen und könnten unmittelbar von der Entwicklung in der Zahnmedizin profitieren.

Ebenfalls würde Fortentwicklung eines Faches direkt die Persönlichkeitsentwicklung wie auch die fachliche Weiterbildung des (Zahn-) Arztes beeinflussen. Ähnlich der Entwicklung, die die Abspaltung der Zahnmedizin von der Medizin vor vielen Jahren erfuhr.¹³³

¹²⁶ Anlässlich des Oberpfälzer Zahnärztetages 1992 hielt Kammerpräsident Kastenbauer in Regensburg die Eröffnungsrede zur derzeitigen und künftigen Situation der Zahnheilkunde in Bayern.

¹²⁷ Hornstein 2006, keine Seitenangabe.

¹²⁸ Kastenbauer in BZB 6/1992, 8-14.

¹²⁹ Löst in ZM Jhrg. 89, 1999, 40.

¹³⁰ Ebenda.

¹³¹ Heute bestehe eher das Problem, dass der Patient durch den uneingeschränkten Zugriff auf Information, unverhältnismäßig „überinformiert“ sei, was die Ärzteschaft in ihrer täglichen Arbeit sehr fordere.

¹³² Mehr dazu in Kapitel 3.5.3.

¹³³ Löst in ZM Jhrg. 89, 1999, 39.

Auch die Angst vor einer „ausufernden Produktion an Spezialisten“ wurde und wird hochgehalten¹³⁴. Heute weiß man, dass die postuniversitäre Ausbildung zum Fachzahnarzt von zumeist drei Jahren eine gewisse *Exklusivität in der Behandlung* mit sich bringt und damit ferner ein bestimmtes Patientenklintel angesprochen werde. Dem Patienten sei durchaus bewusst, dass hier gegebenenfalls ein höheres Honorar für (zahn-)ärztliche Leistung veranschlagt würde. Dazu kommt der Umstand, dass sich spezialisierte zahnärztliche Tätigkeit hauptsächlich in Ordination in einer Privatpraxis abspiele - was wiederum eine gewisse Einschränkung bei der Festlegung eines Standortes mit sich bringe. Von einem „Überangebot“ an Spezialisten kann folglich nicht gesprochen werden. Micheelis et al. explorierten 2010 einen etwa 10 %igen Anteil an Spezialisten mit formalem Abschluss wie Fachzahnarzt oder postgradualen Master.¹³⁵

Ein weiterer Punkt auf der *Pro-Seite* für Spezialisierung ist der folgende: *Spezialisierung als Zeichen eines gesunden Faches und Voraussetzung für internationalen Wettbewerb*. Weiterbildung per se könne ein Fach naturgemäß nicht aufwerten. Durch den beachtlichen Wissenszuwachs und die sich explosionsartig entwickelnden diagnostischen Verfahren, zeige sich in der Zahnmedizin aber ein enormer Fortbildungsbedarf.¹³⁶

3.1.3 Einfluss der BLZK

Im Jahr 2004 wurde vom Ausschuss der Kammer die Einführung von eigenständigen zahnmedizinischen Bereichen in Form von *Bereichsbezeichnungen* forciert. Gesondert genannt werden sollten hier Hans Theobald Schrems, der als Referent für Fortbildung fungierte sowie die Ausschussmitglieder Dieter Schlegel und der jetzige Präsident der BLZK Christian Berger. Enge Zusammenarbeit wurde hierbei mit den zahnärztlichen Lehrstühlen in Bayern¹³⁷ betrieben. Diese Initiierung solle ebendiese gewünschte Spezialisierung in der Zahnheilkunde, ähnlich wie in der Humanmedizin, fördern. Bereichsbezeichnungen können von Allgemeinmedizinern berufsbegleitend und während selbständiger Tätigkeit erworben werden und sind hierarchisch unter den Gebietsbezeichnungen einzuordnen.¹³⁸ Während letztere im HKaG¹³⁹ verankert sind, konnte die Etablierung von Bereichsbezeichnungen in der Zahnmedizin, trotz der Aussicht auf aufsichtsrechtlicher Zustimmung in der Kammer, nicht durchgesetzt werden. Die Ablehnung des Vorstoßes kam von Seiten der KZV und dem FVDZ, wo befürchtet

¹³⁴ Ebenda.

¹³⁵ Micheelis, Bergmann-Krauss, Reich 2010, 23.

¹³⁶ Löst in ZM Jhrg. 89, 1999, 40, 41.

¹³⁷ Hauptansprechpartner waren: Wolfgang Gernet, Reinhard Hickel, Emil Witt und Dieter Müßig.

¹³⁸ Telefoninterview Schrems, 9.6.2021.

¹³⁹ Art. 45, Abs. 2 HKaG: „Zahnärzte dürfen neben ihrer Berufsbezeichnung weitere Bezeichnungen führen, die auf besondere Kenntnisse und Fähigkeiten in einem bestimmten Gebiet der Zahnheilkunde (Gebietsbezeichnung) [...] hinweisen.“ Die Bezeichnungen wurden von der Zahnärztekammer festgelegt und können für die Fachrichtungen *Konservative Zahnheilkunde, Operative Zahnheilkunde, Präventive Zahnheilkunde* oder *Öffentliches Gesundheitswesen* erworben werden.

wurde, dass das traditionelle Fortbestehen der zahnärztlichen Generalisten überholt sei und damit redundant würde.¹⁴⁰

Das USA-Modell als Vorbild für deutsche Zahnmedizin?

Zudem forcierte man in der BLZK erstmalig im Jahre 1992 die Einführung der Post-graduate-Fortbildung¹⁴¹, um zum einen der fehlenden Weiterbildungsmöglichkeit¹⁴² Rechnung zu tragen, aber vor allem um „zahnärztliche Fachkompetenz präsent zu halten“.¹⁴³ Zu diesem Zwecke wurde kammerintern eine neue Funktionsstelle erschaffen. Eine Art *erweiterte Referentenposition* bekleidete Wolfgang Heubisch, der als niedergelassener Zahnarzt und studierter Diplomkaufmann am geeignetsten zu sein schien.¹⁴⁴

3.1.4 Einfluss der Fachgesellschaften und der Universitäten auf Spezialisierung

Neben dem der BLZK soll hier der Einfluss von Fachgesellschaften und Universitäten auf den Spezialisierungsprozess in der Zahnmedizin aufgezeigt werden. Die bis heute essentiellen zahnmedizinischen Disziplinen wurden nicht zuletzt durch das Zutun einzelner Fachgesellschaften und Universitäten befeuert – sie agierten zum Teil auch symbiotisch in diesem Prozess¹⁴⁵.

So konnten einige der Bestrebungen erfolgreich umgesetzt werden, bei anderen jedoch blieb es nur beim Versuch, Zahnmedizin weiter zu professionalisieren. Hier ein Auszug der wichtigsten Anstöße dazu:

DG PARO für das Weiterbildungsgebiet „Parodontologie“

Die Parodontologie, welche sich mit Erkrankungen des Zahnhalteapparats sowie deren Therapie beschäftigt, nimmt auch heute noch eine gewisse Sonderstellung ein. Sie hat zwar vielerorts als eigenständige Disziplin Bestand, in Deutschland wird Parodontologie allerdings oft nur als *Subgebiet* der Zahnerhaltung deklariert.¹⁴⁶ Bereits im Jahr 1996 bemühte sich die Deutsche Gesellschaft für Parodontologie e.V. (DG PARO, vormals DGP) daher um die Schaffung des Weiterbildungsgebietes „Parodontologie“. Im Gegensatz zu anderen europäischen Ländern existierte dieses Weiterbildungsfach in Deutschland nur als Pilotprojekt im Kammerbereich Westfalen-Lippe.¹⁴⁷ Die Fachgesellschaft, die

¹⁴⁰ Telefoninterview Schrems, 9.6.2021.

¹⁴¹ Die Fortbildungen erstreckten sich über acht Wochenendkursen in den sog. „Kerngebieten“ der Zahnheilkunde sowie zahlreichen weiteren Disziplinen.

¹⁴² Schulte, Bollinger 1976.

¹⁴³ Kastenbauer in BZB 1/1992, 6.

¹⁴⁴ Kastenbauer in BZB 1/1992, 6.

¹⁴⁵ Siehe Positionspapier DGZMK und VHZMK weiter unten im Kapitel.

¹⁴⁶ Ebenda, 8.

¹⁴⁷ Initiiert von Ralf Mutschelknauf als 1. Präsidenten der DGP, erfolgte die Einführung einer fachzahnärztlichen Gebietsbezeichnung „Parodontologie“ durch die ZÄK Westfalen-Lippe bereits im Jahr 1983 (Schlagenhauf

heute fast 5.000 Mitglieder umfasst,¹⁴⁸ unterstützte die Übertragung der Weiterbildungsordnung auf alle Bundesländer und vergibt seit 1992 den Nachweis „Spezialist“ an fachlich profilierte Mitglieder. Dieses Bestreben sollte dem großflächigen parodontalen Betreuungsbedarf zuträglich sein und demzufolge wichtige Aufklärungsarbeit in der Bevölkerung zum Thema *Zahnbetterkrankungen* leisten.¹⁴⁹ Eine spezielle Qualifizierung in der Parodontologie sollte überdies garantieren, dass der Anschluss an die internationale Entwicklung in Forschung und Lehre in gewissem Maße sichergestellt werden könne.¹⁵⁰ Heute ist die Ernennung zum DG PARO-Spezialisten für Parodontologie nach wie vor an „eine dreijährige parodontologische Ausbildung nach abgeschlossenem Studium der Zahnmedizin in von der DG PARO anerkannten Ausbildungsstätten“ geknüpft.¹⁵¹ Als fachzahnärztäquivalente Qualifikation durch die Zahnärztekammern ist die von der DG PARO verliehene Spezialistenausbildung bundesweit anerkannt und blieb bis zum heutigen Tag zentrales Anliegen der Gesellschaft.¹⁵²

DGZMK und VHZMK für die Schaffung von Weiterbildungskonzepten

In einem Positionspapier von 2008 plädierten DGZMK und VHZMK gemeinsam für die Schaffung weiterer fachzahnärztlicher Weiterbildungskonzepte nach dem Vorbild Kieferorthopädie¹⁵³ und Oralchirurgie. Weder die Schwächung von Generalisten noch eine Aufspaltung der beruflichen Einheit wurde vonseiten der DGZMK und VHZMK erwartet, vielmehr begrüßte man, „dass der überwiegende Anteil der zahnmedizinischen Versorgung auch in Zukunft von Allgemeinzahnärzten getragen wird“.¹⁵⁴ Um die befürchtete *Verdrängung der Generalisten* zu entkräften wird weiter erläutert:

„Wie auch in anderen Ländern, in denen schon seit vielen Jahren Fachzahnärzte in unterschiedlichen Bereichen etabliert sind, soll und wird die Existenz von Fachzahnärzten nicht zu einer Einschränkung des möglichen Behandlungsspektrums oder zu einem wirtschaftlichen Nachteil der 'Generalisten' führen. Dies ist schon wegen der geringen Anzahl an Fachzahnärzten kaum möglich. Sie wird vielmehr zu einer fachlich-inhaltlichen Bereicherung vieler Gebiete innerhalb der Zahnmedizin führen.“¹⁵⁵

Diesem Vorhaben waren aber Grenzen gesetzt: die Gestaltung der Weiterbildung läge nämlich in der Verantwortung der Kammern, eine Kooperation mit Universitäten und medizinischen Hochschulen müsse entsprechend von der BLZK angestoßen werden.

2009). Die VV in Bayern lehnte 1992 die Einführung einer Gebietsbezeichnung „Parodontologie“ einheitlich ab (Rouenhoff 1998, 194).

¹⁴⁸ Heraeus Pressemitteilung mit Logo (dgparo.de) [Aufruf am 28.07.2021].

¹⁴⁹ Nach DGP-Presseinformation in BZB 3/1996, 52.

¹⁵⁰ Frank, Kompetenzsicherung durch Fort- und Weiterbildung in Weißbuch der Zahnmedizin, 2007, 73.

¹⁵¹ Version 2021: Richtlinien für die Ernennung zum (dgparo.de) [Aufruf am 28.07.2021].

¹⁵² Schlagenhaut in DZZ 2009, 264.

¹⁵³ Wird als eigenes Kapitel behandelt.

¹⁵⁴ Positionspapier DGZMK und VHZMK in DZZ 2009, 117-119. Siehe Anhang.

¹⁵⁵ Ebenda, 119.

Mit der Verabschiedung eines „Modularen Systems der postgradualen Fort- und Weiterbildung“ der BZÄK-Bundesversammlung von November 2007 konnte immerhin ein erster wichtiger Schritt hin zu mehr Transparenz getan werden (siehe dazu nachfolgende Abbildung).¹⁵⁶

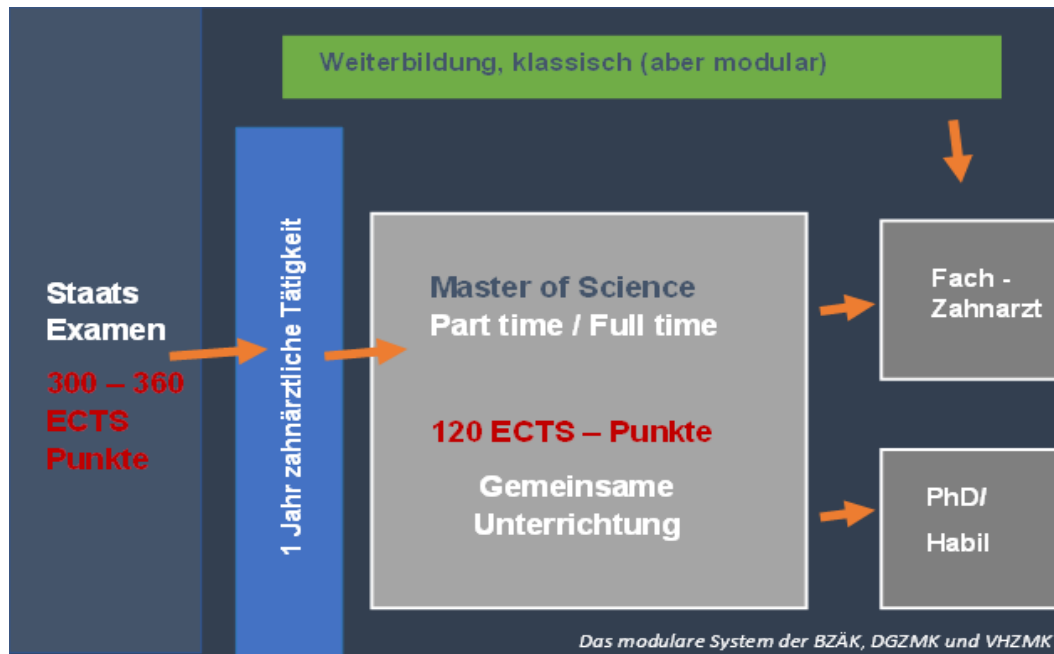


Abbildung 2: "Vorschlag für eine modulare Neuregelung der postgradualen Fort- und Weiterbildung" aus BZB 1/2008, 9.

Neue Gebietsbezeichnungen für Fachzahnärzte

Ein Aufruf der Vereinigung der deutschen Hochschullehrer für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (VHZMK) aus dem Jahr 2008 unterstrich nochmals das Wohlwollen der Vertreter der wissenschaftlichen Zahnärzteschaft für die Einführung neuer Spezialisierungen:

„Neue Gebietsbezeichnungen für Fachzahnärzte: An den deutschen Universitäts-ZMK-Kliniken sind folgende Basis-Disziplinen durch Lehrstühle vertreten: MKG-Chirurgie, Kieferorthopädie, Zahnärztliche Prothetik, Zahnerhaltungskunde. An einigen Standorten gibt es weitere Lehrstühle und eigenständige Abteilungen, z.B. für Parodontologie, Kinderzahnheilkunde, Oralchirurgie. Bislang existieren von einigen regionalen Ausnahmen abgesehen lediglich eine Facharztbezeichnung (Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgie) sowie zwei Fachzahnarztbezeichnungen (Oralchirurgie, Kieferorthopädie).

Da sich die Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde inzwischen sehr stark weiterdifferenziert hat, erscheint es angemessen, weitere Fachzahnarztgebiete einzuführen.

Die VHZMK fordert die Landes Zahnärztekammern daher auf, in dieser Angelegenheit aktiv zu werden, ihre vorhandenen Gestaltungsmöglichkeiten wahrzunehmen und die zukünftige Entwicklung entscheidend mitzubestimmen.“¹⁵⁷

Die BZÄK wies als Reaktion auf die Tatsache hin, dass die Vergabe von Fachzahnarzt Titeln ausschließlich der Hoheit der Landes Zahnärztekammern auf Grundlage der Heilberufsgesetzgebung vorbehalten sei.

¹⁵⁶ Berger in BZB 2008, 8.

¹⁵⁷ Hauptversammlung der VHZMK, Stuttgart, 23.10.2008, zitiert nach Staehle 2010, 209.

Fortbildung sei also ureigenste Kammeraufgabe. Eine Abstimmung mit den betreffenden Hochschulen sei obligat.¹⁵⁸ Damit bewirkte der Gesetzgeber, dass zahnärztliche Weiterbildung, als wichtiger Aspekt in der medizinischen Versorgung der Bevölkerung, vor den *Effekten des Marktes* geschützt werde.¹⁵⁹ Die BLZK hat durch die Etablierung ihres *Bayerischen Weges* für die Kieferorthopädie Pionierarbeit geleistet.¹⁶⁰ Allerdings teilt Staehle die Auffassung mit den Vertretern der VHZMK, man dürfe sich nicht auf den zwei bisher existenten Weiterbildungen¹⁶¹ ausruhen – die Einführung von Fachzahnärzten beispielweise in der Prothetik, Zahnerhaltung und Parodontologie sei gefordert.¹⁶²

Errichtung selbständiger Abteilungen für Parodontologie an den Universitäten

Die Parodontalprophylaxe ist wichtiger Bestandteil der Prävention in der gesamten zahnmedizinischen Disziplin. Ihr gebühre deshalb zumindest eine Vertiefung im Lehrplan, besser noch eine eigenständige universitäre Abteilung.¹⁶³ Im Gegensatz zu anderen europäischen Ländern¹⁶⁴ konnte die BRD 1990 in der zahnärztlichen Ausbildung nämlich keinen Lehrstuhl für präventive Zahnheilkunde, Kinderzahnheilkunde oder soziale Zahnheilkunde vorweisen.¹⁶⁵ Die Idee, die Parodontologie als eigenständiges universitäres Kernfach zu etablieren, entstand im Jahr 1970 beim Treffen der deutschen Hochschullehrer in Bad Homburg. Durch die Initiative der ARPA (Arbeitsgemeinschaft für Parodontoseforschung) und dessen damaligen Präsidenten Eugen Fröhlich wurde der einstimmige Beschluss gefasst, separate Lehrstühle für das Fach Parodontologie zu schaffen, des Weiteren sollte Parodontologie als eigenständiges Prüfungsfach in die Approbationsordnung aufgenommen werden.¹⁶⁶

Das Vorhaben konnte jedoch von den nachfolgenden Generationen an Hochschullehrern nicht zufriedenstellend umgesetzt werden, was zur Folge hatte, dass heute bislang lediglich zwei von 31 universitäre Ausbildungsstätten einen Parodontologie-Lehrstuhl etablierten.¹⁶⁷ Mit der Teiländerung der Approbationsordnung im Jahr 1993, wurde die Parodontologie als selbständiges Lehr- und Prüfungsgebiet¹⁶⁸ anerkannt.¹⁶⁹ Die erste selbstständige parodontologische Abteilung an den bayerischen Universitäten war Würzburg und diese gibt es seit 1996.¹⁷⁰ Die drei weiteren bayerischen Zahnkliniken

¹⁵⁸ Staehle in DZZ 2010, 211.

¹⁵⁹ Ebenda.

¹⁶⁰ Kapitel 3.5.3.

¹⁶¹ Kieferorthopädie und Oralchirurgie.

¹⁶² Staehle in DZZ 2010, 211.

¹⁶³ Kastenbauer in BZB 6/1992, 10. Ohne Autor in BZB 1/1992, 8, 11.

¹⁶⁴ Belgien, Frankreich, Dänemark, Irland, Griechenland, Niederlande, Großbritannien, Luxemburg, Italien.

¹⁶⁵ Wegman in BZB 11/1990, 37.

¹⁶⁶ Schlagenhaut in DZZ 2009, 263.

¹⁶⁷ Ebenda.

¹⁶⁸ Zugeordnet zu den Lehrstühlen des sog. Fächerkanons Zahnerhaltung (Schlagenhaut, 2009).

¹⁶⁹ Nach DGP-Presseinformation in BZB 3/1996, 52.

¹⁷⁰ Deutschlandweit gab es bis dato parodontologische Abteilungen an den Universitäten Berlin, Dresden, Düsseldorf, Frankfurt, Freiburg, Münster und Rostock. Auf Antrag der Medizinischen Fakultät wurde im August 1996 innerhalb der Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie eine selbständige Abteilung für

fürten selbstständige Funktionsbereiche erst später ein, wobei die LMU die Umbenennung der konservierenden Abteilung in *Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie* immerhin bereits im Jahr 1975 vollzog.¹⁷¹

3.1.5 Status quo

Um die Jahrtausendwende schien die Etablierung von zahnärztlichen Spezialgebieten, alle Konstituenten betreffend, eine gewisse Dringlichkeit aufzuweisen. Sei es in der Landespolitik in Bayern oder bundesweit. Erfolgreich im Vorantreiben der Spezialisierungen waren aber nur einige wenige Bestrebungen seitens der Fachgesellschaften. Vor allem die DG-PARO und die DGZMK setzen sich seit vielen Jahren dafür ein. Auch auf universitärer Seite gab und gibt es konkrete Absichten, den Universitätsbetrieb um neue, längst überfällige, Fachbereiche zu erweitern. Neben der Oralchirurgie und der Kieferorthopädie gelang es allerdings bislang nicht, weitere Fachzahnarztqualifikationen, insbesondere für Zahnärztliche Prothetik, Zahnerhaltung und Parodontologie, universitär zu etablieren. Zwar fände Spezialisierung gewissermaßen durch Setzung von Arbeitsschwerpunkten statt, jedoch ohne spürbaren Trend zu mehr Fachzahnärzten.¹⁷² Spezialisierungsprogramme einiger wissenschaftlicher Fachgesellschaften und postgraduale Masterstudiengänge dienen als alternative Weiterbildungsangebote, jedoch mit sehr unterschiedlicher Qualität¹⁷³, wie auch Groß ausführte:

„Derzeit finden sich einerseits weitreichende Tendenzen der Auffächerung – erkennbar an den rezenten Spezialisierungsprogrammen mancher wissenschaftlicher Fachgesellschaften und zunehmender postgradualen Masterausbildungen bis hin zu umstrittenen, vorwiegend kommerziell motivierten Spezial-Zertifikaten fraglicher Qualität – und auf der anderen Seite anhaltende standespolitische Bemühungen, der befürchteten ‘Zersplitterung’ der Zahnärzteschaft entgegenzuwirken. Auch hier wird die nähere Zukunft zeigen, welchen Weg die akademische Zahnheilkunde nimmt.“¹⁷⁴

Die Angleichung der Zahnmedizin an die Medizin mittels Bereichsbezeichnungen wurde nicht umgesetzt. Das Engagement dahingehend, stammend aus der Feder der BLZK der 1990er Jahre, sollte die „untrennbare Zugehörigkeit unseres Faches zum medizinischen Fächerkanon“¹⁷⁵ nochmals unterstreichen, versiegte allerdings dem Vernehmen nach durch das Veto von FVDZ und KZV.

Parodontologie (gemäß Art. 52, Abs. 4 BayHSchG) eingerichtet und als deren Leiter Thomas Flemmig bestellt. (Klaiber 2012, 260).

¹⁷¹ Locher 1998, 95.

¹⁷² Micheelis, Bergmann-Krauss, Reich 2010, 23.

¹⁷³ Staehle in DZZ 2010, 211-212.

¹⁷⁴ Groß in zm-online 2016, 18.

¹⁷⁵ Weitkamp, Ein freier Beruf und seine professionspolitischen Herausforderungen in Weißbuch der Zahnmedizin, 2007, 4.

Die Konsensfindung aller wichtigen Akteure¹⁷⁶ scheint bis dato unüberwindbar.¹⁷⁷ Auch findet durch die unterschiedlichen gewerblichen und fachgesellschaftlichen Anbieter eine gewisse Verschleierung von Fort- und Weiterbildung, Schwerpunkten, Spezialisierung, Mastergrade und Fachzahnarztqualifikationen¹⁷⁸ statt, was für Patienten und Zahnärzte eine unübersichtliche Fülle von Angeboten bedeutet.¹⁷⁹ Die Bestrebungen der BLZK, der Universitäten und der Fachgesellschaften, zahnärztliche *Spezialisierung als Weiterbildung der höchsten Güte* zu etablieren, konnten noch nicht zufriedenstellend umgesetzt werden.

Doch wurden über die Jahrzehnte wichtige Eckpfeiler und Statements gesetzt. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Kluft zwischen *Generalisten* und *Spezialisten* seit Jahrzehnten existiert, polarisiert und nach wie vor nicht gänzlich bezwungen zu sein scheint.

Exkurs: Standardisierte Ausbildung innerhalb der EU

Für die Zahnmedizin wurden im Jahr 1978 in den „Dental Directives“, Richtlinien hinsichtlich der Harmonisierung und Zusammenführung von Lehrinhalten für die Ausbildung von Zahnärzten innerhalb der Europäischen Union eingeführt. Auch umfasste diese Leitlinie die Ausarbeitung eines „Spezialistenprogrammes“. Das Programm barg aber auch Probleme, auf die die ADEE (Association for Dental Education in Europe, Europäische Hochschullehrervereinigung) auf einer Tagung im Jahr 1996 aufmerksam gemacht wurde. So musste man sich über Art, Vorkenntnisse, Dauer und einer möglichen Vereinheitlichung von Ausbildungsgängen für ganz Europa einig werden und legte folgende Richtlinien fest:

- Jeder Spezialist muss zunächst eine volle fünfjährige Ausbildung zum Zahnarzt durchlaufen und ein Abschlussdiplom oder Analoga erhalten haben.
- Der Spezialist muss anschließend eine Vollzeitausbildung von mindestens drei Jahren durchlaufen haben.
- Das Ausbildungsprogramm ist in einer Universität, einem Behandlungs-, Lehr- oder Forschungszentrum oder in anerkannten Gesundheitseinrichtungen zu absolvieren.
- Die Ausbildung muss Theorie und praktische Tätigkeit umfassen.
- Der Spezialist muss einen autorisierten Nachweis über die abgeschlossene Ausbildung erbringen.

Folgende Tabelle soll einen Überblick darüber geben, welche zahnmedizinischen Spezialisierungen bis 1996 im EU-Raum existierten:

¹⁷⁶ Kammern, Hochschullehrer und wissenschaftliche Fachgesellschaften.

¹⁷⁷ Staehle in DZZ 2010, 678.

¹⁷⁸ Genauere Erläuterung wird in eigenem Kapitel „Fort- und Weiterbildung“ behandelt.

¹⁷⁹ Berger in BZB 2008, 8.

Land	Spezialgebiet	Ausbildungsdauer in Jahren	Ausbildungsstätte
Dänemark	Oralchirurgie	5	Strukturiert inkl. Ausbildungszeit an Universitätsabteilung
	Orale histopathologische Diagnose	6	
	KFO	3	
Frankreich	KFO	4	
Deutschland	Oralchirurgie	3	Universitätszahnklinik oder anerkannte Ausbildungsinstitute
	KFO	3	
	Parodontologie	3	Staatlicher Gesundheitsdienst
	Öffentlicher Gesundheitsdienst	3	
Griechenland	Oralchirurgie	4	Universität
	KFO	4	
Irland	Oralchirurgie		Ausbildung erfolgt in England oder in anderem EU-Land
	KFO		
Italien	Oralchirurgie	3	Universität
	KFO	3	
Niederlande	Oralchirurgie	4	Flexibel je nach Anerkennung durch das holländische Registrationsboard
	KFO	4	
England	Maxillofaziale Chirurgie	3-4	National Health
	KFO	3-4	Krankenhäuser, Universitäten und Gesundheitsbehörden, überwacht durch die zahnärztlichen Fakultäten
	Kinderzahnheilkunde	3-4	
	Konservierende ZHK	3-4	
	Öffentliches Gesundheitswesen für Zahnpflege	3-4	
Finnland	Oralchirurgie	3	Universität
	KFO	3	
	Öffentliches Gesundheitswesen für Zahnpflege	3	
	Klinische Zahnheilkunde	3	
Schweden	Endodontie	3 Jahre in einem Spezialfach plus 1 Jahr in einer dazugehörigen Fachrichtung	Anerkanntes Institut
	Zahnärztliches Röntgen		
	Oralchirurgie		
	KFO		
	Kinderzahnheilkunde		
	Parodontologie		
	Prothetik		
	Gnathologie		

Tabelle 1: "Anerkannte Spezialgebiete, Ausbildungsdauer und -stätten einzelner Länder" aus BZB 4/1996, 7.

Die Europäische Union forcierte die Vereinheitlichung dieser Ausbildungsprogramme, da man auf zwangsläufig auftretende und durchaus als positiv zu betrachtende Wanderungsbewegung der Spezialisten innerhalb der EU reagieren müsse. Streitfälle über Anerkennung von Weiterbildungen könnten so vermieden werden.¹⁸⁰ Die BLZK pochte darauf, heimische Zahnärzte nicht durch Zusatztitel zugewanderter Kollegen zu benachteiligen.¹⁸¹ Ein Zertifikat, welches die Spezialistenausbildung dokumentiert, solle ebendiese Bewegungsfreiheit gewährleisten und findet bis heute Anwendung.

3.2 Fort- und Weiterbildung

Fort- und Weiterbildung ist nicht nur der Schlüssel für eine qualitativ hochstehende Zahnheilkunde, sondern auch Bedingung für adäquate Rahmenbedingungen in der zahnärztlichen Praxis, wusste auch Kastenbauer 1991:

„Mehr Fortschritt durch Fachkompetenz – durch Fachkompetenz mehr Freiheit in der Berufsausübung“¹⁸²

Die Weiterbildung der fachlichen Vertiefung der beruflichen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten bekäme im Sinne eines *berufsbegleitenden lebenslangen Lernens* mehr und mehr an Bedeutung.¹⁸³ Eine rasante Entwicklung neuer (zahn-)medizinischer Erkenntnisse verstärke dieses Erfordernis noch zusätzlich und verpflichte jeden Zahnarzt kontinuierlich ein Berufsleben lang, sein Wissen „ständig auf den neuesten Stand der Erkenntnisse“ zu bringen. Nur wer neue „Verfahren und Materialien kennt, kann seine Diagnose- und Therapieentscheidungen und seine Behandlungsmaßnahmen auf hohem Niveau zum Wohl seiner Patienten durchführen“.¹⁸⁴

Eine Erläuterung der wichtigsten Möglichkeiten und Wege der zahnärztlichen Fortbildung sei hier und mithilfe nachfolgender Abbildung aufgezeigt.

¹⁸⁰ Whitehouse in BZB 4/1996, 6-8.

¹⁸¹ Schlegel in BZB 9/1998, 55.

¹⁸² Kastenbauer in BZB 1/1991, 3.

¹⁸³ Tiemann et al. 2003, 55ff.

¹⁸⁴ Bergmann-Krauss, Müller in ZM Jhrg. 81, 1991, 27.

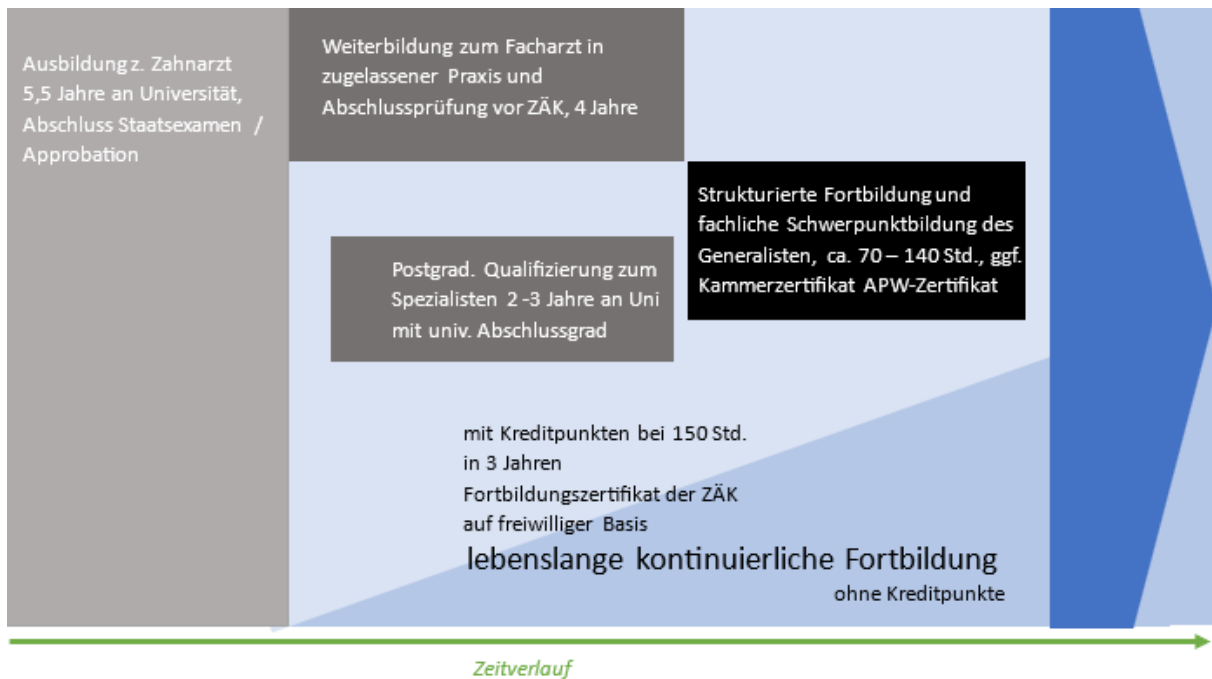


Abbildung 3: "Zusammenhang zwischen Aus-, Fort- und Weiterbildung" aus Bergmann-Krauss/Heidemann, 2003, zitiert nach Tiemann, 2003, 55.

Eine *Weiterbildung* zum Fachzahnarzt beziehungsweise Facharzt ist für folgende drei Teilgebiete möglich: Kieferorthopädie (Dauer 4 Jahre), Oralchirurgie (Dauer 3 Jahre) und für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (erfordert Studium der Humanmedizin neben der 5-jährigen Facharztausbildung).

Der obigen Abbildung zufolge schließt sich *Weiterbildung* und *postgraduale Qualifizierung* somit in der Regel an die Ausbildung als zeitintensive Vollzeitqualifizierung an, während *strukturierte Fortbildung* zu einem späteren Zeitpunkt im Berufsleben und nach einigen Jahren Praxistätigkeit stattfindet.¹⁸⁵ Ihr Charakteristikum liegt in der bereichsbezogenen, schwerpunktmäßigen Kompetenzsicherung.¹⁸⁶

Gemäß § 15 der Musterberufsordnung dürfen neben der allgemeinen Berufsbezeichnung „Zahnarzt“ beziehungsweise „Zahnärztin“ noch weitere Bezeichnungen geführt werden, die auf speziellere Kenntnisse in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde hinweisen sollen und allgemein als *Gebietsbezeichnungen* tituiert werden.¹⁸⁷

Es soll nun darauf aufmerksam gemacht werden, wo es bei der postuniversitären Fort- und Weiterbildung von Zahnärzten Probleme gab beziehungsweise gibt. Warum eine *Fortbildungspflicht* einer modernen zahnärztlichen Qualitätssicherung nicht oder nur wenig zuträglich sein würde, wird versucht herauszuarbeiten.

¹⁸⁵ Tiemann et al. 2003, 55ff.

¹⁸⁶ Frank, Kompetenzsicherung durch Fort- und Weiterbildung in Weißbuch der Zahnmedizin, 2007, 77.

¹⁸⁷ In der „Musterweiterbildungsordnung“ in den Kammern auf Länderebene verankert. Tiemann et al. 2003, 55ff.

3.2.1 Eigenverantwortung statt Pflichtfortbildung

Als *erheblichen Einschnitt* in ein autonomes Agieren im Zahnarztberuf wurde die heiß diskutierte *gesetzliche Pflichtfortbildung* tituliert. Die bayerische Berufsvertretung hatte im Zuge der Bundesversammlung der BZÄK im November 2003 eine nicht überraschende einschlägige Meinung dazu:

„Staat und Gesetzliche Krankenversicherung versuchen, sich mit dem neuen GMG¹⁸⁸ eines Konzeptes freiwilliger Fortbildungsstrukturen mißbräuchlich [sic!] zu bedienen. Fortbildung darf nicht als Zwang instrumentalisiert und meßbarer [sic!] Staatskontrolle unterworfen werden. Für die Bevölkerung darf nicht der Eindruck entstehen, mittels Zertifizierung könne auch weiterhin in einem maroden und konkursreifen GKV-System zwangsweise Qualität standardisiert und gesichert werden. Ein solches Trugbild lehnt die Zahnärzteschaft Deutschlands ab.“¹⁸⁹

Die bayerischen Delegierten warnten auf ebendieser Veranstaltung vor einer Vermischung von *Fortbildungspflicht*, wie es die Berufsordnung verlange und *Pflichtfortbildung*, wie sie vom Gesetzgeber ins GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) ab 1. Januar 2004¹⁹⁰ aufgenommen wurde. Nicht nur seitens der bayerischen Zahnärztekammer gab es erhebliche verfassungsrechtliche Bedenken, ob diese Maßnahmen mit dem Grundsatz der freien Berufsausübung im Einklang stehen. Eine geplante Zwangsfortbildung wurde demzufolge vehement abgelehnt.¹⁹¹ Laut Tiemann¹⁹² müsse in erster Linie darüber entschieden werden, ob das Feld der Fortbildung vom „Gesetzgeber direktiv besetzt und staatlicherseits kontrolliert beziehungsweise sanktioniert oder vom zahnärztlichen Berufsstand in eigener Regie mittels geeigneter Anreize eigenverantwortlich ausgestaltet“ werden solle.

Der Vorstand der BLZK hat dazu 2005 folgenden Antrag mit dem Titel „Stärkung der freiwilligen Fortbildung“ an die Vollversammlung gerichtet:

„Die Vollversammlung der BLZK möge beschließen, die Bundeszahnärztekammer aufzufordern, die mit dem Konzept zum freiwilligen Fortbildungsnachweis eingeführte Vergabe von Fortbildungspunkten mit Ablauf des Pilotprojektes zum 01.01.2006 zu beenden. Nach Heilberufekammergesetz und Berufsordnung ist jeder Zahnarzt verpflichtet, sich beruflich fortzubilden und dadurch seine Kenntnisse dem jeweiligen Stand der zahnärztlichen Wissenschaft anzugleichen. Berufsbegleitende Fortbildung gehört zum traditionellen Selbstverständnis der Zahnärzteschaft. Die den Vertragszahnärzten von der Politik neben den existenten Regelungen in der Heilberufsgesetzen und Berufsordnungen aufgezwungene ‘Zwangsfortbildung’ ähnelt einer schulmeisterlichen Geste, die als überflüssig und unqualifiziert abgelehnt wird.“

„Die freiwillige Fortbildung wird mittels eines Fortbildungsnachweises bzw. eines Fortbildungszertifikates belegt. Die seitens der BZÄK empfohlene Punktebewertung von Fortbildungen ist hierbei

¹⁸⁸ GKV-Modernisierungsgesetz, eingeführt im Jahr 2004.

¹⁸⁹ Antrag der BLZK an die BZÄK vom 11. November 2003 in BZB 3/2004, 4-6.

¹⁹⁰ Der Bundesgesetzgeber hat in dem am 01.01.2004 in Kraft getretenen GKV-Modernisierungsgesetz eine gesetzliche Pflichtfortbildung für Vertragszahnärzte verankert (§ 95 d SGB V). Sanktionen würden ab 01.07.2009 vollzogen und reichten von der Kürzung des Honorars bis zum Entzug der Kassenzulassung.

¹⁹¹ Knüpper in BZB 3/2004, 4-6.

¹⁹² Tiemann et al. 2003, 13.

*allenfalls als vorseilender oder auch nachhinkender Gehorsam hinsichtlich der Vorgaben im SGB V zu sehen.*¹⁹³

Nach wie vor öffentlich diskutiert werde die Forderung nach einer Pflicht zur Fortbildung sowie einer regelmäßigen Überprüfung im Sinne einer Rezertifizierung. In der Berufsordnung für bayerische Zahnärzte (ab 1. März 2014 geltende Fassung)¹⁹⁴ setzt man stattdessen berechtigterweise nun auf eine gewisse Eigenverantwortung. Das Ausmaß der Fortbildung wurde hierbei nicht streng festgelegt und dem Zahnarzt der nötige Handlungsspielraum zugestanden. Unter § 5 lässt sich dazu folgendes nachlesen:

„Der Zahnarzt, der seinen Beruf ausübt, ist verpflichtet, sich in dem Umfange beruflich fortzubilden, wie es zur Erhaltung und Entwicklung der zur Berufsausübung erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten notwendig ist.“

Die gesetzliche Pflichtfortbildung konnte demnach nie wirksam eingeführt werden. Die Debatten diffamierten aber die per se stark ausgeprägte Selbstverantwortung der Zahnärzte bezüglich Fortbildung. Dass es eine solche Pflichtfortbildung in der Zahnmedizin wahrlich nicht braucht, soll nun anhand der über die Jahre rapide angestiegenen Teilnehmerzahlen bei der zahnärztlichen Fortbildung dargelegt werden.

Exkurs: Angebot und Inanspruchnahme zahnärztlicher Fortbildung ab 1989

*„Fortbildung ist ein medizinischer und ethischer Imperativ für jeden Zahnarzt und ein Garant für zeitgemäße, patientendienliche, aber auch persönlich befriedigende Berufsausübung.“*¹⁹⁵

Eine Erhebung der BZÄK und dem Institut der Deutschen Zahnärzte rückwirkend für das Jahr 1989 ergab eine rege Fortbildungswilligkeit der Zahnärzteschaft im Allgemeinen.¹⁹⁶

Im Besonderen lassen sich folgende Erkenntnisse herauslesen:

- sehr engagiertes Fortbildungsverhalten der deutschen Zahnärzte im Jahr 1989 mit 1,8 Millionen Teilnehmerstunden bei 3.000 gemeldeten Veranstaltungen (das waren ungefähr 44 Stunden Fortbildungsteilnahme pro Jahr für jeden berufstätigen Zahnarzt in der Bundesrepublik)

Der größte Teil der zahnärztlichen Fortbildung wurde von Körperschaften (Kammern, KZVen, BZÄK) mit 38,5 % gestellt. Sehr vielfältig waren speziell die Angebote der kammereigenen Fortbildungsinstitute. Auf Platz zwei kamen private Anbieter und Gewerbe mit einem Anteil von ungefähr einem Drittel (30,5 %), wobei sich hier das Spektrum des Fortbildungsangebots sehr breit und heterogen gestaltete. Initiatoren waren hierbei private Institute, kleine private Arbeitskreise bis hin zum *Freien Verband*.

¹⁹³ Antrag des Vorstands der BLZK in BZB 12/2005, 68.

¹⁹⁴ berufsordnung.pdf (blzk.de) [Aufruf am 07.12.2020].

¹⁹⁵ Kastenbauer in ZM Jhrg. 90, 2000, 28.

¹⁹⁶ Bergmann-Krauss, Müller in ZM Jhrg. 81, 1991, 27-29. Die Erhebung umfasste die Analyse des gesamten Angebots an Fortbildungsveranstaltungen (exklusiv für Zahnärzte) für das Jahr 1989.

Überraschend niedrig zeigte sich hingegen das Schulungsangebot eines weiteren in der Studie beleuchteten Trägers: aus Wissenschaft beziehungsweise wissenschaftlichen Gesellschaften kamen lediglich 15,6 % Fortbildungsveranstaltung. Die Dentalindustrie hielt ebenso einen Anteil an Veranstaltungen von 15,6 %.

Folgende drei Hauptthemen schlugen laut Studie mit gut zwei Drittel vom Gesamtfortbildungsangebot zu Buche: konservierende Zahnheilkunde, Prothetik und Betriebswirtschaft/Praxisführung.¹⁹⁷

Nach Einzelthemen eingeteilt, zeigte sich folgendes Bild:

1. Funktionsdiagnostik/- therapie	9,1 %
2. Parodontologie	6,4 %
3. Füllungstherapie	5,2 %
4. Prothetik allgemein	4,8 %
5. KFO	4,7 %

Die im Jahr 1993 als Fortsetzungserhebung vorgestellte neue Fortbildungsenquête¹⁹⁸, zeigte sogar eine Verdoppelung der gemeldeten Veranstaltungen im zahnmedizinischen Bereich. Jedoch veränderten sich auch die Seminarformen und entwickelten sich bis 1993 hin zu kleineren teilnehmerintensiveren Seminaren. Der Trend ging demnach eher Richtung „Hands-On“-Praxiskursen.

Aufseiten der Verteilung auf einzelne Anbieter zeigte sich jedoch ein ähnliches Bild wie bei der ersten Studie: gewerbliche Träger 40,5 %, Körperschaften 30,9 %, Wissenschaft 12,8 %, Vereine 15,8 %. Auch die Priorisierung der Einzelthemen verlagerte sich auf:

1. Abrechnungsfragen	12 %
2. Implantologie	9,1 %
3. EDV	8,3 %
4. Parodontologie	5,6 %
5. Kieferorthopädie	5,3 % ¹⁹⁹

Dass die Körperschaften auf Platz zwei nach den gewerblichen Anbietern rangierten, war keinesfalls Zufall, sondern Beweis dafür, dass *Fortbildung als Kammeraufgabe* im Betrachtungszeitraum erfolgreich betrieben wurde.

3.2.2 Fortbildung als Kammeraufgabe

In einem im Jahr 2000 in den ZM erschienenen Artikel mit dem bezeichnenden Titel „Wissen ist das größte Kapital“ wies Kastenbauer eindringlich auf Sinn und Notwendigkeit seriöser Kammerfortbildung

¹⁹⁷ Bergmann-Krauss, Müller in ZM Jhrg. 81, 1991, 29.

¹⁹⁸ Bergmann-Krauss, Müller in ZM Jhrg. 84, 1994, 34-36.

¹⁹⁹ Ebenda, 34.

hin, gerade auch um in zahnärztlichen Teilbereichen konkurrenzfähig bleiben zu können.²⁰⁰ Als Instanz für international ausgerichtete, industrieunabhängige Fortbildung in der Bayerischen Landeszahnärztekammer fungiert die Europäische Akademie für zahnärztliche Fort- und Weiterbildung.²⁰¹

3.2.2.1 eazf

Die europäische Akademie für zahnärztliche Fort- und Weiterbildung wurde 1974 als Fortbildungseinrichtung der BLZK zunächst als *Bayerische Akademie für zahnärztliche Fortbildung* gegründet und unterhält heute Niederlassungen in München, Nürnberg und Regensburg.²⁰² Durch die Vollversammlung der BLZK 1975 wurde die Schaffung einer kammereigenen Akademie für zahnärztliche Fortbildung beschlossen.²⁰³ Als Vorbild zur Gründung diente unumstritten die APW der DGZMK, die als Vorreiter in der mittelfristigen verpflichtenden zahnärztlichen Fortbildung galt.²⁰⁴ Nicht viel später wurde die Gründung des Vereins zur Förderung der wissenschaftlichen Zahnheilkunde e.V. (VFWZ) im Jahr 1979 von Dieter Schlegel²⁰⁵ initiiert und sollte vor allem die Zahnheilkunde aus wissenschaftlicher Sicht voranbringen. Die Gründung der VFWZ verdeutlicht klar die Intention, unserem Fachgebiet ein Dasein als *profunde medizinische Disziplin* für alle Zeit zuzusprechen und den sich über Jahre durch Laien aufgebauten Ruf des *leicht zu erlernenden Handwerksberufs* zu widerlegen.

In der Satzung unter § 2 „Vereinszweck“ kann man nachlesen:

(2) Der Satzungszweck wird verwirklicht insbesondere durch:

a) die Förderung der Fortbildung von Assistenten (Stipendiaten) und Studenten an den bayerischen Kliniken für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde.

b) die Pflege der wissenschaftlichen und fachlichen Kontakte der Mitglieder zu den bayerischen Landesuniversitäten und den Ausbau internationaler Kontakte zum Wissenschaftsaustausch im Interesse der Vereinsziele.

c) die Förderung von zahnärztlichen Forschungsvorhaben in Bayern.

Für die Auswahl an Referenten vertrat man nun lange Zeit das Prinzip, hoch qualifizierte *Weltspitze-Spezialisten* in der Fortbildung präsentieren zu müssen.²⁰⁶ In vorigen Kapiteln zum Internationalisierungsbestreben der deutschen Zahnmedizin wurde bereits die Wichtigkeit der grenzüberschreitenden wissenschaftlichen Zusammenarbeit angesprochen. Kurse von Dozenten, vorwiegend aus den USA,

²⁰⁰ Kastenbauer in ZM Jhrg. 90, 2000, 28.

²⁰¹ Leitbild der eazf GmbH (eazf.de) [Aufruf am 11.11.2021].

²⁰² Leitbild der eazf GmbH (eazf.de) [Aufruf am 07.12.2020].

²⁰³ Das erste Kurskonzept aus dem darauffolgenden Jahres 1976 behandelte Themenbereiche aus Gnathologie, Prophylaxe, Parodontologie und Kieferorthopädie.

²⁰⁴ Vertreter der APW (Akademie Praxis und Wissenschaft) sträubten sich zu Beginn hingegen absolut gegen das Vorhaben und bemühten sich ferner, Bayern zur Niederlegung des Akademiegedankens zu bewegen.

²⁰⁵ Schlegel gilt nach wie vor als Initiator in der Förderung der wissenschaftlichen Zahnheilkunde in Bayern. Fortgeführt wird sein Engagement dahingehend seit seinem Tod 2013 von seinem Sohn Karl Andreas.

²⁰⁶ Kastenbauer, BLZK 1996, 5.

prägten die postgraduale Ausbildung enorm. Weiters fungierten wiederum deutsche Dozenten oft als Lehrende amerikanischer Methoden und gaben Erkenntnisse an niedergelassene Kollegen weiter.²⁰⁷ In den Fortbildungsinstituten in Bayern fokussierte man sich deshalb auf ebendiesen länderübergreifenden Einfluss bei der Auswahl der Lehrenden. Als ein weiterer Grund hierfür könnte allerdings genannt werden, dass man die Professionalität der deutschen Zahnmedizin im Vergleich mit vermeintlich führenden Nationen als nicht kompetitiv einstufte:

„In einem Land wie der Bundesrepublik Deutschland bestehen nur begrenzt Ressourcen in bestimmten Spezialgebieten an qualitativ guten Referenten, so gilt es gemeinsame, modular geographisch und fachlich aufgebaute Fortbildungsangebote überregional zu nutzen.“²⁰⁸

Die Verantwortlichen reagierten auf diesen Umstand, indem international anerkannte Koryphäen, zum Großteil aus dem europäischen aber auch angelsächsischen Raum, engagiert wurden. Zahnmedizinische Lehre durch Kammerfortbildung fand somit auf einem derart hohen wissenschaftlichen Niveau statt, welches für den *einfachen* Zahnarzt vielleicht zu abstrakt anmutete und das Erlernete eben nicht „morgen in der eigenen Praxis umsetzbar“ war.²⁰⁹ Gleichzeitig stagnierten Ende der 1990er Jahre die Teilnehmerzahlen sichtlich. Die Budgets der Zahnärzte für Fortbildung wurden mitunter durch den Druck der Gesundheitspolitik stark geschmälert und die Umsätze der Akademie sanken bei gleichzeitig höheren Honorarvorstellungen der Referenten und steigender Materialkosten²¹⁰. Man generierte sozusagen „hohe Verluste durch große Namen“. Auch wurde das Budget durch große Investitionen und hohe Abschreibungen²¹¹ strapaziert. Das Angebot müsse zielgruppengerechter ausgeweitet werden, um der Konkurrenz von privaten Fortbildungsinitiativen entgegen wirken zu können und auch um die zwangsläufig steigenden Teilnahmegebühren zu rechtfertigen.²¹²

²⁰⁷ Edelhoff aus Fragebogenaktion, siehe Anhang.

²⁰⁸ Wagner in BLZK 1996, 7.

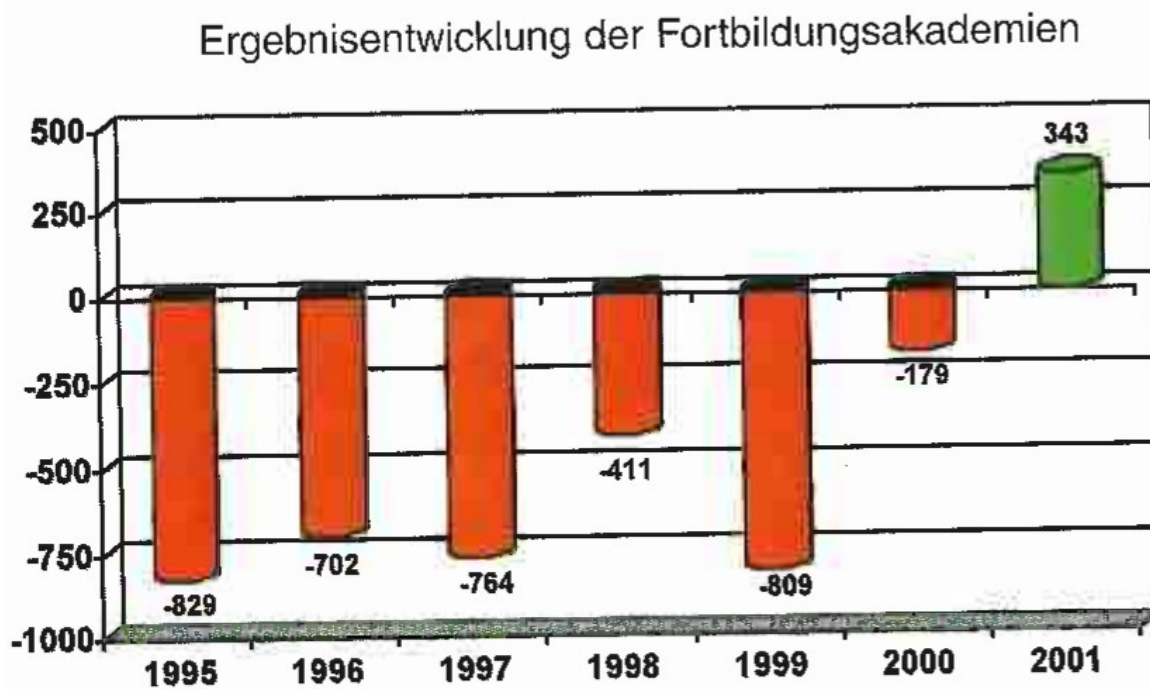
²⁰⁹ Mehrere Interviews mit dem Geschäftsführer der eazf, Stephan Grüner (telefonisch am 21.04.2021 und persönlich am 5.5.2021) sollen die Entwicklung der Gesellschaft in den letzten 20 Jahren näher beleuchten und bessere Einblicke gewähren. Bei den unter „“ gestellten Passagen in diesem Kapitel handelt es sich um mündliche Zitate aus den Gesprächen.

²¹⁰ Grüner, BLZK 1996, 13.

²¹¹ Im Kammerhaushalt von 1997 wurden 5,6 von 14,3 Millionen DM für Fortbildung veranschlagt: „Dort [im Budget, Anm.] steht jede dritte Mark für Fortbildung“ aus Knüpper in BZB 4/1997, 10-11.

²¹² Knüpper in BZB 4/1997, 10-11.

Erstmals keine Verluste schrieb das Institut der Bayerischen Landes Zahnärztekammer im Jahr 2001 (siehe dazu Abbildung 4). Die Akademien in München und Nürnberg erwirtschafteten insgesamt einen Mehrertrag von DM 343.246,17. Ab diesem Zeitpunkt gehörte die bayerische Akademie somit bundesweit zu jenen wenigen Kammereinrichtungen, die ohne Subventionierung durch den Kammerhaushalt einen Gewinn erwirtschaftete. Grund hierfür war eine komplette Überarbeitung des Akademieprogramms und damit einhergehende deutlich verbesserte Auslastung der Einrichtungen. Neue Serien wie „Implantologie“ und „Kinderzahnheilkunde“ waren von Beginn an die am besten gebuchten Veranstaltungen.²¹³



Quelle: Grüner

Abbildung 4: "Ergebnisentwicklung der Fortbildungsakademie" aus BZB 6/2002, 16.

Parallel dazu stiegen auch die Teilnehmerzahlen, womit der von der Politik propagierten Reformbestrebungen bezüglich der Forderung nach Zwangsfortbildung die Stirn geboten wurde.

²¹³ Schneck, Grüner in BZB 6/2002, 16.

Um diesen Trend fortführen und weiter ausbauen zu können, folgte drei Jahre später die wohl wichtigste Änderung in der Geschichte der Bayerischen Akademie. Eine im Jahr 2005 durchgeführte Um-



Abbildung 5: Organigramm eazf aus BZB 12/2004, 12.

strukturierung in eine Gesellschaft mit beschränkter Haftung²¹⁴ sowie die wirtschaftliche Loslösung von der BLZK sollte die wirtschaftliche Wende einleiten und stellte eine Zäsur auch im Zusammenspiel der Akteure dar (siehe dazu Abbildung 5). Ein strenges Kostenmanagement und die kontinuierliche Erschließung neuer Marktfelder sollten die angeschlagene wirtschaftliche Lage grundlegend verbessern.²¹⁵

Auch die Neuausrichtung des Ausbildungsprogramms war mitunter ein Anspruch, den die Privatisierung mit sich brachte. So entwickelte sich das Kursprogramm von „sehr wissenschaftslastig, weniger praxisorientiert“ hin zu „wissenschaftlich fundiert, aber in der eigenen Praxis jederzeit anwendbar“. Zu der bis dato gelebten Internationalität in der Referentenauswahl wurden die Teilnehmer befragt und man kam zu dem Schluss, dass diese keine allzu große Relevanz aufweise; viel wichtiger sei den Kursteilnehmern das Know-how besagter Referenten. Ein weiterer wichtiger Einwand sei die unzureichende Anwendbarkeit von diversen Praktiken in Hinblick auf das deutsche Sozialsystem. So seien Methoden beispielsweise aus den USA zwar immer fortschrittlich und modern, wohl aber kaum in der deutschen zahnärztlichen Versorgung als Versicherungsleistung unterzubringen beziehungsweise

²¹⁴ Von „Bayerische Akademie“ zur „Europäischen Akademie für zahnärztliche Fortbildung“.

²¹⁵ Geleitet wird die GmbH seit ihrer Privatisierung 2005 vom Kaufmann Stephan Grüner.

abrechenbar. Überhaupt ist die zahnmedizinische Versorgung in den USA nach wie vor für den Durchschnittsbürger größtenteils unerschwinglich; nur ein verschwindend kleiner Bevölkerungsanteil kann es sich leisten, brillante zahnmedizinische Leistung zu erhalten. Man fokussiere sich stattdessen jetzt zunehmend auf deutschsprachige (Schweiz, Österreich), nationale oder sogar regionale Vortragende, wünschenswerterweise aus Bayern. Basierend auf kontinuierlich betriebener Marktforschung wurden die Kurse „bedarfsorientierter“. Dies zeigte relativ schnell einen positiven Effekt auf die Teilnehmerzahlen jedoch hauptsächlich für in eigener Praxis tätige Zahnärzte. Sie sind es auch nach wie vor, die die größte Zielgruppe für „marktnahe Kammerfortbildung“ darstellen und sich von einer berufsbezogenen Fortbildung Handwerkszeug für die eigene Praxis erhoffen.

Laut Aussage von Stephan Grüner setze man bei der Suche nach einschlägigen aktuellen Themen und Experten aus diesem Bereich, seit jeher stark auf die Expertise der Fachgesellschaften. So entstanden vor allem die *Kompaktkurse* der eazf in Zusammenarbeit mit den jeweiligen Fachgesellschaften eines Bereichs, auch um die bundesweite Strukturierung dieser Fortbildungsform gewährleisten zu können.²¹⁶ Beispielsweise wurde 2001 im Rahmen der Kompaktkursserie Implantologie eine Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Implantologie (DGI) ins Leben gerufen.

Wichtig war den Verantwortlichen außerdem die Betonung darauf, dass Kammerfortbildung auch ohne die Ausweisung von Fortbildungspunkten zertifiziert sei. Dies war die Folge der zu der Zeit geführten Debatte um Pflichtfortbildung nach § 95d SGB V im Zuge des GKV-Modernisierungsgesetzes.²¹⁷ Durch die nachfolgend beleuchtete Erhebung soll die innerbayerische Fortbildungsbereitschaft der Zahnärzteschaft dargestellt werden. Des Weiteren soll aufgezeigt werden, dass sich eine stetig betriebene Fortbildung auch positiv auf das fachliche Vorankommen eines Faches auswirken kann.

3.2.2.2 *„Statistische Erhebungen zur zahnärztlichen Fortbildung an der bayerischen Akademie für zahnärztliche Fortbildung“*

Die Arbeit von Kasper aus dem Jahre 1983 soll der Fortbildungsbereitschaft der Kollegen aus dieser Zeit auf den Grund gehen.²¹⁸ Kasper führte unter anderem aus, dass Fortbildungspflicht eben nicht für den Anstieg der Fortbildungstätigkeit der Zahnärzteschaft verantwortlich war, sondern vielmehr die „rasante Entwicklung auf einigen Gebieten der Zahnheilkunde“.²¹⁹ Primär waren die Bereiche Prothetik

²¹⁶ Vorbild diene und dient einmal mehr die APW der DGZMK. Allerdings ist der Anspruch von Vereinen und Gesellschaften zurückzuweisen, wenn diese sich ein Ausschließlichkeitsrecht anmaßen, hinsichtlich „zertifizierungswürdiger“ Fortbildung. (Schlegel in BZB 9/1998, 55).

²¹⁷ Siehe dazu Erläuterungen weiter oben in diesem Kapitel.

²¹⁸ Die Dissertation von Kasper wurde zwar außerhalb des Betrachtungszeitraumes veröffentlicht, doch ist sie hilfreich in Bezug auf die Trendentwicklung für Fort- und Weiterbildung im folgenden Kapitel.

²¹⁹ Kasper 1983, 1.

mit den Subbereichen Gnathologie und Funktionsdiagnostik sowie die Chirurgie, hier vor allem mit dem Schwerpunktthema der Implantologie, von großer Bedeutung. Aber auch die Sektoren Parodontologie, Prophylaxe und Ergonomie erzeugten wachsendes Interesse der in freier Praxis tätigen Zahnärzte. Kasper hat sich auf das Fortbildungsangebot der bayerischen Akademie zwischen 1974 und 1982 fokussiert und konnte folgende prozentuale Aufteilung feststellen:

- Prothetik mit einem Zuwachs von 30 % in den Jahren 1978/79 und einem durchschnittlichen Löwenanteil von zumindest 20 % am gesamten Fortbildungsangebot über den restlichen Betrachtungszeitraum. Und hier vor allem mit den Unterthemen Kronen-Brückenprothetik, Totalprothetik, Funktionsdiagnostik, Gnathologie und Registriertechnik. Unbestritten verantwortlich waren hierfür die bereits diskutierten Prothetikverträge von 1975.
- Fortbildung zum Thema Praxisführung hielt mit zeitweisen Ausschlägen (bis zu ca. 25 % im Jahr 1979) einen weiteren erheblichen Anteil am Gesamtangebot.
- Die chirurgische Fortbildung war, nach einem kurzzeitigen Peak im Jahr 1980 mit 20 %, im Jahre 1982 wieder im Steigen begriffen.
- Auch sogenannte zahnmedizinische Grenzgebiete (wie zum Beispiel Fokussuche, Akupunktur oder Ernährungswissenschaft) erfreuten sich steigender Beliebtheit bei Fortbildungsbesuchern.

Zu betonen ist hierzu außerdem die damals präferierte Fortbildungsform – den überwiegenden Anteil bildeten an der bayerischen Akademie nämlich Vorträge (38,5 %) und Intensivkurse mit praktischer Mitarbeit (32,7 %).

Im nächsten Schritt soll nun dargestellt werden, inwieweit die dritte Säule zahnärztlichen Handelns in Bayern, nämlich die Universität, in jene Gestaltung der postuniversitären Weiterbildung involviert war beziehungsweise ist.

3.2.2.3 *Symbiose in der Fortbildung: Curricula der BLZK und bayerischen Universitäten*

Grundsätzlich muss vorweggenommen werden, dass es sich bei *Kammerfortbildung* naturgemäß um die Instanz für Kammermitglieder, sprich vorwiegend selbstständige oder in der Praxis angestellte Zahnärzte, handelt. Eine Symbiose in der Kammerfortbildung zwischen Universität und Instanzen der Standesvertretung ist demzufolge zwar gegeben. Diese gründet aber hauptsächlich auf eine über Jahre hinweg entstandene „gute“ Vernetzung²²⁰ durch gegenseitiges Wohlwollen. Der Schwerpunkt liegt

²²⁰ Angespielt wird hier auf die weiter oben erläuterte Zusammenarbeit bei wissenschaftlichen Themen zwischen Kammer und Universitäten; unter anderem durch die Vereinstätigkeit und des schließlich 2011 eingeführten Prof. Dieter-Schlegel-Wissenschaftspreis der VFwZ.

aber klar woanders. Umso erstaunlicher ist der erfolgreich etablierte *bayerische Weg* in der Fachzahnarzt Ausbildung für Kieferorthopädie.

Weiterbildungsordnung KFO

Bis Mitte der 1990er Jahre war die Kieferorthopädie in Deutschland weitgehend in der Hand von generalistisch tätigen Zahnärzten; eine Fachzahnarzt Ausbildung war nicht obligat. In einem Rechtspruch²²¹ des BGH von 1982 wurde festgelegt:

„Die zahnärztliche Approbation berechtigt jeden Zahnarzt, umfassend innerhalb aller zahnärztlichen Behandlungsbereiche nach dem Zahnheilkundengesetz tätig zu werden. Wer kieferorthopädische Behandlungen übernimmt, muss sich am Standard der kieferorthopädischen Wissenschaft und Praxis messen lassen.“

Und weiter: *„[...] der Behandler hat somit für den Fall des Vorwurfs einer missglückten Behandlung darzulegen und zu beweisen, wie er sich fortgebildet hat (Fortbildungsveranstaltung einschlägiger Art, Literatur).“*

Die 1994 beschlossene Weiterbildungsordnung (WBO) für bayerische Zahnärzte regelte Inhalte und Verfahren der Weiterbildung in den Gebieten der Kieferorthopädie und der Oralchirurgie. Sie gab Vorgaben zu Art, Dauer und zeitlichem Ablauf der Spezialisierung vor. Danach durfte das Ausbildungsmaß vier Jahre nicht unterschreiten und musste „grundsätzlich ganztägig, zeitlich zusammenhängend und in hauptberuflicher Stellung erfolgen“²²²; Ausnahmen waren aber möglich. In der Kieferorthopädie sowie der Oralchirurgie hatte die Weiterbildung mit der allgemeinen zahnärztlichen Tätigkeit zu beginnen und Inhalte aus Theorie und Praxis zu vermitteln.²²³ Ein nicht zu unterschätzendes Problem stellte jedoch das verpflichtende, an einer Universitätsklinik zu absolvierende erste Jahr²²⁴ der Weiterbildung zum Kieferorthopäden dar. Es entpuppte sich nicht selten als „Nadelöhr“ gleich zu Beginn der Weiterbildung, vor allem weil Weiterbildungsplätze in Zahnkliniken rar waren und sind. Aus- und Fortbildung der Assistenz Zahnärzte fände des Weiteren ohnehin „zunächst in der Praxis statt“, nicht zuletzt, weil Interessen und Fähigkeiten erst ausgelotet werden mussten.²²⁵ Eklatante Niveauunterschiede in der kieferorthopädischen Ausbildung und darauf zurückzuführende Missstände in der Patientenbehandlung, nahm man in der Kammer²²⁶ als Anlass, jene *veraltete* Weiterbildungsordnung zu reformieren. Veraltet deshalb, weil man bei der Entscheidung über die Vergabe eines Weiterbildungsplatzes das Grundprinzip einer landläufig gelebten Exklusivität nicht immer strikt verfolgte und

²²¹ NJW 1982, 697 zitiert nach Narr, BZB 11/1989, 18.

²²² § 2, Abs. 5 WBO von 1994.

²²³ Knüpper in BZB 1-2/2003, 13-14.

²²⁴ „klinisches Jahr“.

²²⁵ Telefoninterview Schrems, 9.6.2021.

²²⁶ Als Initiatoren und an der Umsetzung maßgeblich beteiligt waren die damaligen Prüfungsausschussvorsitzenden der BLZK Hans Theobald Schrems und Dieter Müßig.

vielfach nach dem Motto der *ererbten Profession*²²⁷ vorging.²²⁸ Gleichzeitig hatte man aber mit überbordender Bürokratie im Vergabeverfahren zu kämpfen.

Als reformierwürdig wurden ebenfalls die prekären Arbeitsbedingungen für Weiterbildungswillige befunden. Diese stammten teilweise aus einer Zeit, in der ein strikt hierarchisches Arbeitsprinzip zu herrschen hatte; Weiterbildungsassistenten wurden dadurch häufig als *preisgünstige Arbeitskraft* betrachtet.²²⁹

Die genannten Kernpunkte der Weiterbildungsordnung für Zahnärzte sollten bis heute in ihren Grundzügen Bestand haben. Vieles andere, das als *nicht praktikabel* titulierte „Klinikjahr“ zum Beispiel, wurde ersatzlos gekippt und anstelle dessen ein Curriculum eingeführt. Nahezu einstimmig beschloss die Vollversammlung der BLZK am 30. November 2002 hierzu die Weiterbildungsordnung für Kieferorthopädie. Dieter Schlegel, der die Arbeit an der Änderung der Weiterbildungsordnung über Jahre hinweg begleitete, hatte vor der Abstimmung eindringliche Worte an die Delegierten gerichtet:

*„Stimmen Sie mit überwältigender Mehrheit der neuen Weiterbildungsordnung zu. Stellen Sie Änderungen im Detail zugunsten des großen Zieles zurück. Vor allem im Interesse der jungen Kollegen.“*²³⁰

Im Jahr davor hatte die Vollversammlung der BLZK bereits eine weitgehende Liberalisierung der Weiterbildungsordnung beschlossen. Neben der Abschaffung des Klinikjahres waren weitere Kernforderungen: die Möglichkeit der berufsbegleitenden Weiterbildung und eine Entbürokratisierung im Sinne einer Vereinfachung des Verfahrens. Diese Fassung war zunächst von der Aufsichtsführenden Behörde²³¹ abgelehnt worden. Unter anderem war dabei ins Feld geführt worden, dass mit der Änderung eine Qualitätsverschlechterung in der Weiterbildung der bayerischen Zahnärzte verbunden sein könnte. Die Verhandlungen wurden weitergeführt um einen tragfähigen Konsens zu erlangen. Die Einführung jenes Curriculums sollte das bislang obligatorische Klinische Jahr gleichberechtigt ablösen²³² und gestaltete sich wie folgt:

„Gegenüber der Bayerischen Landeszahnärztekammer ist der Nachweis über die Ableistung einer mindestens 1.200 Stunden umfassenden klinischen Weiterbildungsmaßnahme, welche die fachspezifische Weiterbildung begleitet, zu führen. Innerhalb dieser Weiterbildungsmaßnahme sind höchstens

²²⁷ Schrems titulierte die kieferorthopädische Tätigkeit in eigener Praxis hier bezeichnend als „Erbbauernhof“ in Politik und Praxis. Dieser Begriff soll verdeutlichen, dass die *Vergabe von Weiterbildungsplätzen* in der KFO oftmals mit jeweiligen Verwandtschaftsverhältnissen korrelierte und diese unter Umständen positiv beeinflussen konnte.

²²⁸ Weil die Zahl der Weiterbildungsplätze immer schon sehr überschaubar war, galt und gilt der Leitsatz „nur die Besten in der KFO“; diese strikten Auswahlkriterien regeln gleichzeitig das Angebot.

²²⁹ Telefoninterview Schrems, 9.6.2021.

²³⁰ Kohl in BZB 12/2002, 5.

²³¹ Zuständig hier ist das Ministerium für Gesundheit, Ernährung und Verbraucherschutz.

²³² Kohl in BZB 12/2002, 5-6.

800 Stunden in organisierten Veranstaltungen wie Vorlesungen, Seminaren und Fallvorstellungen abzuleisten [...]“²³³

Als Vorlage hierfür wurden curriculare Systeme aus den USA, Skandinavien und Israel näher betrachtet und Bayern galt bundesweit bald als Pionier für eine moderne, zeitgemäße kieferorthopädische Weiterbildung.²³⁴ Ein weiteres Novum am *bayerischen Weg* in der kieferorthopädischen Weiterbildung war die Einführung einer „Ermächtigung zur Weiterbildung“²³⁵ für Weiterbildungsstätten. Eine derartige Ermächtigung wird nur erteilt, wenn der Fachzahnarzt „fachlich und persönlich“ geeignet ist und auf dem Gebiet der Kieferorthopädie „umfassende Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten besitzt“. Die Voraussetzungen gelten sowohl für Hochschulen, zugelassene Krankenhausabteilungen und der Praxis eines ermächtigten niedergelassenen Fachzahnarztes.²³⁶ Der Antrag auf Weiterbildungsstätte für Praxis oder Klinik werde demnach einer genauen Prüfung unterzogen. Es muss vom Antragsteller eine detaillierte und umfassende Beschreibung der persönlichen Tätigkeit vorgelegt werden, um die Eignung als Weiterbilder für Kieferorthopädie, seitens der BLZK und fußend auf § 5, Absatz 4 der Weiterbildungsordnung für Bayerische Zahnärzte, garantieren zu können. Bei der Erstellung des Kriterienkatalogs orientierte man sich einmal mehr an internationalen Standards von anerkannten Fachgesellschaften²³⁷. Vor allem bei der Frage, wer im Falle eines Behandlungsfehlers durch den Weiterbildungsassistenten haftet, wurde in analoger Weise zu den amerikanischen Fachgesellschaften nachfolgend argumentiert: Der Behandler müsse jederzeit durch Beaufsichtigung und Überwachen in der Lage sein, dem Weiterbildungsassistenten helfend zur Seite zu stehen, um eine fachgerechte Behandlung des Patienten sicherzustellen. Das „Wie“ sei dabei aber irrelevant.²³⁸ Das American Journal of Orthodontics kommentiert die rechtliche Beurteilung weiters, indem es auf die Verpflichtungen des hippokratischen Eides hinweist, „der uns Ärzten die Verpflichtung auferlegt, unsere Kunst und Wissenschaft jene[n] zu lehren, die unserem Weg folgen wollen.“²³⁹

Diese Reformen stellten und stellen bis heute die Basis für kieferorthopädische Lehre einer jener zahnmedizinischen Disziplinen dar, welche sich über die Jahre erst zu einem eigenständigen Fachgebiet entwickeln musste.

²³³ § 20, Abs. 3 WBO (ab 1. Januar 2004 geltende Fassung).

²³⁴ Telefoninterview Schrems, 9.6.2021.

²³⁵ § 5 WBO (ab 1. April 2016 geltende Fassung).

²³⁶ Ebenda, Abs. 1 und 2.

²³⁷ Es handelt sich hierbei um folgende: European Orthodontic Society (EOS), European Board of Orthodontists (EBO), American Board of Orthodontists (ABO), Erasmus-Programme, Société Suisse Orthodontic (SSO), Angle-Society. Ohne Autor in BZB 2/1997, 78-80.

²³⁸ Schrems in BZB 6/1997, 27.

²³⁹ Ebenda.

Exkurs: Hochschulen sehen wissenschaftliche Zahnmedizin in Gefahr

Ein offener Brief der bayerischen Hochschullehrer der BZB November-Ausgabe von 2003 fungierte als Antwort auf ein Interview mit dem damaligen BLZK-Präsidenten Michael Schwarz. Er zeigte darin die Vorteile der neuen Weiterbildungsordnung auf und führte zudem aus, dass in „Bezug auf die Anerkennung universitärer Weiterbildungsstätten dieselben Maßstäbe anzusetzen sein sollten wie in der Praxis.“²⁴⁰ Woraufhin die bayerischen Hochschullehrer²⁴¹ Kritik in Form ebendieser Antwort äußerten und ihren Unmut über die Ausführungen Schwarz' zum Ausdruck brachten. Die Ansichten in Zusammenhang mit einer neuen Weiterbildungsordnung bergen die Gefahr, dass der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde in Bayern die Berechtigung als universitäres Fach entzogen würde. Man verabschiede sich mit dem Verzicht auf eine verbindliche wissenschaftliche Basis²⁴² nämlich jedoch freiwillig vom akademischen Niveau und wirke demzufolge einem internationalen Trend entgegen. Jener Verlust an akademischer Klasse sei durch äußere „kaum beeinflussbare Umstände bedingt, wie der Entwicklung der Universität zur Massenausbildungsstätte, die ständig zunehmende Restriktion und eine aus dem Jahr 1955 stammende Approbationsordnung“.²⁴³ Auch dürfe man nicht von der Annahme ausgehen, dass die „Weiterbildung vor dem Hintergrund der interdisziplinären Zusammenarbeit an einer medizinischen Fakultät mit einer an der Fallzahl orientierten Behandlung in der Praxis“ vergleichbar wäre. Vielmehr müsse man berücksichtigen, dass sich Zahnheilkunde international im Wandel befände und die rein mechanisch-technischen Fähigkeiten für das zahnärztliche Berufsbild in Zukunft keinesfalls ausreichen könnten.²⁴⁴

3.2.2.4 IUZ

Die Eröffnungsveranstaltung des „Initiativkreises Umfassender Zahnerhaltung“ (IUZ) fand am 26. Oktober 1994 statt. Die Initiative sollte der „Krise des bundesdeutschen Gesundheitswesens“ durch fundierte Fortbildung die Stirn bieten und der bayerischen Zahnärzteschaft damit den Mut verleihen, „mehr Freiberuflichkeit zu wagen“.²⁴⁵

Als Schirmherrin fungierte einmal mehr die BLZK und im Fokus stand die Vermittlung von modernem zahnmedizinischem Wissen durch Absolvierung einer zweijährigen Intensivfortbildung. Vorbild waren hier die Nordrheinischen Kursserien der „Neuen Gruppe“ mit dem dortigen Initiator Joachim Schulz-Bongert und ein ähnliches Programm aus Niedersachsen.²⁴⁶ Die in Nordrhein geborene Idee des IUZ

²⁴⁰ Knüpper in BZB 11/2003, 4-5.

²⁴¹ einzelne Personen nicht ersichtlich.

²⁴² durch das verpflichtende Klinikjahr in der kieferorthopädischen Weiterbildung.

²⁴³ Stellungnahme der bayerischen Hochschullehrer in BZB 9/2004, 7-9.

²⁴⁴ Ebenda.

²⁴⁵ Kastenbauer in BZB 11/1993, 42.

²⁴⁶ Ebenda.

wurde rasch von anderen Kammern übernommen. So begannen nacheinander Niedersachsen, Berlin-Brandenburg, Hamburg, zuletzt Thüringen und schließlich auch Bayern mit dem IUZ-Modell.²⁴⁷ Der IUZ sei einerseits als Erweiterung des Fortbildungsangebots der staatsnahen Landes Zahnärztekammern zu sehen, andererseits soll er in Konkurrenz zum zunehmenden Angebot zahnärztlicher Weiterbildung privater Anbieter stehen.²⁴⁸ Als Austragungsorte fungierten das Zahnärztehaus in München (Fallstraße 34) und Nürnberg (Laufertorgraben 10)²⁴⁹. Mit der Etablierung dieses zusätzlichen Standorts im Norden Bayerns forcierte man ein überregionales und flächendeckendes Fortbildungsangebot für die bayerische Zahnärzteschaft²⁵⁰, immer mit dem Anspruch einer Vermittlung wichtiger Teilaspekte praxisbezogenen Wissens (Übersicht über Themen des Fortbildungsjahres 1994 siehe dazu Abbildung 6). Freiräume, um Patienten im System der GKV und der GOZ eine angemessene Behandlung bieten zu können, sollten aufgezeigt werden.²⁵¹ Der erste und zweite Ausbildungs-Zyklus von jeweils zwei Jahren wurde von Peter Fuchs²⁵² wissenschaftlich geleitet. Als Nachfolger fungierten später Hartmut Winter²⁵³ und Alexandra Gorris.²⁵⁴



Abbildung 6: "Themen und Themengruppen IUZ" aus BZB 1/1994, 37.

²⁴⁷ Fuchs in BZB 11/1995, 28.

²⁴⁸ Folwaczny in BZB 3/1997, 51, 52.

²⁴⁹ Die dafür errichtete Fortbildungsstätte im Gebäude der KZVB in Nürnberg wurde am 9. November 1994 offiziell eröffnet.

²⁵⁰ Rouenhoff 1998, 198.

²⁵¹ Fuchs in BZB 11/1995, 29.

²⁵² Die Jahre waren folgende: 1994/1996 und 1997/1999.

²⁵³ 2001/2003.

²⁵⁴ bzb-online, März/05, 46.

3.2.3 Entwicklung der zahnärztlichen Weiterbildung durch Fachgesellschaften und Körperschaften

Ärztliche und zahnärztliche Fortbildung wird in einer Vielzahl unterschiedlicher Strukturen angeboten, wobei nicht nur Kammerfortbildungsinstitute daran Anteil haben. Auch Fortbildungsangebote der wissenschaftlichen Gesellschaften stellen ein wesentliches qualitätssicherndes Strukturelement dar.²⁵⁵ Einige Fachgesellschaften haben hierzu Institute errichtet, welche ein breitgefächertes Fortbildungsprogramm anbieten.²⁵⁶ Die wichtigsten seien nachfolgend dargestellt.

3.2.3.1 DGZMK und APW

Die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund und Kieferheilkunde e.V. wurde 1859 als „Centralverein deutscher Zahnärzte“ gegründet und hat ihren Sitz in Düsseldorf. Ihr Ziel ist die Förderung einer wissenschaftlichen Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde als Grundlage der zahnärztlichen Diagnostik, Prävention und Therapie. Dazu zählen Forschung und Verbreitung von Forschungsergebnissen, die Förderung der zahn-, mund- und kieferheilkundlichen Fortbildung sowie die Beratung politischer Gremien und Institutionen. Zu diesem Zweck arbeitet die DGZMK mit nationalen und internationalen wissenschaftlichen Vereinigungen, Arbeitsgemeinschaften und Gesellschaften zusammen und vertritt die wissenschaftliche Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde in den Organen und Strukturen der anderen medizinischen Fachgebiete und ihrer Nebengebiete.²⁵⁷ Die DGZMK bilde somit „das Sprachrohr der zahnmedizinischen Wissenschaft gegenüber Politik, Öffentlichkeit und anderen Interessenvertretungen“ und Ziel sei „die dauerhafte Sicherstellung einer hohen Behandlungsqualität in den deutschen Zahnarztpraxen“.²⁵⁸

Die zahnärztliche Fortbildung fördert sie in ihrer 1974 gegründeten Akademie Praxis und Wissenschaft, die mit Kammern und Universitäten kooperiert und dabei ein kontinuierliches, postuniversitäres Programm in Form eigener Curricula mit Bezug zur Praxis anbietet. Der Wissenstransfer von fachlichen Erkenntnissen in die zahnmedizinische Praxis gehört hierbei zu den satzungsmäßigen Aufgaben der DGZMK.²⁵⁹

Um die „stürmische Aufwärtsentwicklung“²⁶⁰ der APW vor allem um die Jahrtausendwende hinreichend erklären zu können, ist ein Blick auf den Vorlaufzeitraum zwischen 1970 und 1990 beziehungsweise auf das Gründungsjahr 1974 nötig.

²⁵⁵ Wagner in BLZK 1996, 7.

²⁵⁶ Tiemann et al. 2003, 56.

²⁵⁷ § 2, Satzung der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Fassung vom 12.11.2020, folgend DGZMK-Satzung.

²⁵⁸ Organigramm (dgzmk.de) [Aufruf am 20.05.2023].

²⁵⁹ § 3, DGZMK-Satzung.

²⁶⁰ Groß, Schäfer, 2009, 208.

Schon 1971 spielte der damalige Präsident der DGZMK Eugen Fröhlich in seinem Bericht über die „Zukunft und Aktivität der DGZMK“ auf die, so scheint es, nicht zu überwindende Kluft zwischen zahnmedizinischen Praktikern und wissenschaftlich tätigen Zahnmedizinern an:²⁶¹

„Die Zukunft der Deutschen Gesellschaft hängt davon ab, ob es gelingt, den Wissenschaftler und den Praktiker anzusprechen: Beide Dinge stehen in einem scheinbaren Gegensatz zueinander. Es muss das Problem gelöst werden, auf der einen Seite die wissenschaftliche Arbeit zu vertiefen und auf der anderen Seite das wissenschaftliche Gedankengut zu verbreiten. Zu diesen Fragen stehen wir mitten in Diskussion. Zur Realisierung dieses Programms gehört die Gründung von wissenschaftlichen Arbeitskreisen.“²⁶²

Noch im selben Jahr wurde eine Umfrage gestartet, um den jeweiligen Interessen der Zahnärzteschaft im Fortbildungsbereich nachzuspüren.²⁶³ Daraufhin folgte 1972 ein Exposé mit der Forderung ein „festliegendes Weiterbildungsprogramm“ für approbierte Zahnärzte zu schaffen.²⁶⁴ Am 24. April 1974 kündigte die DGZMK offiziell in einer Pressekonferenz die Gründung der Tochtergesellschaft „Akademie Praxis und Wissenschaft“ an. Hauptaufgabe sollte die „gezielte und systematische Fortbildung des Praktischen Zahnarztes auf wissenschaftlicher Basis“ darstellen.²⁶⁵ Ein erstes Zwischenfazit über die Etablierung der Fortbildungsakademie nach zweijährigem Bestehen ergab 304 feste Teilnehmer und 700 Interessenten.²⁶⁶ Dies zeigte, dass sich die APW als neue Fortbildungsinstitution in der zahnärztlichen Kollegenschaft positiv entwickelte. Darüber hinaus wurde neuen, bisher wenig bekannten Spezialgebieten im zahnärztlichen Fach gebührende Beachtung geschenkt.²⁶⁷ Man war sich in der Führungsebene²⁶⁸ der DGZMK, trotz des fortschreitenden Professionalisierungsbestrebens, durchaus der in der Bevölkerung herrschenden Meinung über den Zahnarztberuf bewusst. Das vorgezeichnete Bild des *Zahnarztes als Handwerker* dominierte diesen Irrglauben landläufig.

Die Bemühungen der APW, wissenschaftliche Zahnmedizin in der zahnärztlichen Praxis zu etablieren, resultierten in stetig angestiegene Mitgliederzahlen.²⁶⁹

²⁶¹ DZZ Jhrg. 26, 1971, 430ff, zitiert nach Groß, Schäfer 2009, 151.

²⁶² DZZ Jhrg. 26, 1971, 431, zitiert nach Groß, Schäfer 2009, 151.

²⁶³ Protokolle Archiv DGZMK 1971, zitiert nach Groß, Schäfer 2009, 152.

²⁶⁴ Protokolle Archiv DGZMK 1972, zitiert nach Groß, Schäfer 2009, 153.

²⁶⁵ ZM Jhrg. 64, 1974, 587, zitiert nach Groß, Schäfer 2009, 155.

²⁶⁶ Protokolle Archiv DGZMK 1976, zitiert nach Groß, Schäfer 2009, 158.

²⁶⁷ DZZ Jhrg. 31, 1976, 79, zitiert nach Groß, Schäfer 2009, 157.

²⁶⁸ Anm.: amtierender Präsident und Nachfolger Eugen Fröhlichs (nach dessen Tod 1971) war zwischen 1971 und 1977 der Direktor der Würzburger Universitätszahnklinik Rudolf Naujoks (ZM Jhrg. 62, 1972, 1057 zitiert nach Groß, Schäfer 2009, 154).

²⁶⁹ Über 5000 Mitglieder (Stand 2017) Chronik_der_APW (dgzmk.de) [Aufruf am 20.05.2023].

Exkurs: Kammerfortbildung mit fachgesellschaftlicher Expertise

Erstmalig im Jahr 2004 fand eine Fortbildungskooperation der BLZK mit einer Fachgesellschaft statt. Die Deutsche Gesellschaft für Endodontie (DGEndo) wurde eingeladen, am Bayerischen Zahnärztetag 2004 zum Thema „Endodontie – Bewährtes und Innovatives“ durch Fachvorträge mitzuwirken. Vor allem erhoffte man sich durch international anerkannte Koryphäen des Fachgebiets einen Mehrwert für den traditionsreichen jährlichen Pflichttermin für die Bayerische Zahnärzteschaft. Vertreter, der zu diesem Zeitpunkt relativ neuen Gesellschaft²⁷⁰, empfanden die Mitwirkung an der Kammerfortbildungsreihe als Ehre und verwiesen auf viele Vorteile der Synergie. Attribute wie „jugendlicher Idealismus“, „Nutzung der modernen und zeitgemäßen Technik“, „schneller, dynamischer, unbürokratischer Austausch“, „internationale Anerkennung und Vernetzung“, „erste ausschließlich auf Endodontie ausgerichtete Fachgesellschaft Deutschlands“²⁷¹ sollen jenen Mehrwert noch einmal untermauern. Die Kooperation wurde nach dem Event vielfach gelobt und es wurde nochmalig betont, dass Kammerfortbildung an Niveau gewinnen konnte, würde eine Kooperation mit Fachgesellschaften für die Fortbildungsreihen in Zukunft vermehrt angestrebt. Dies konstatierten in diesem Fall die Universitäten.²⁷² Aber: Das Berufsbild wird eben nicht alleine von der wissenschaftlichen Aus- und fachlichen Fort- und Weiterbildung geprägt, sondern entwickle sich vor allem aus der Erfahrung der Praktikerinnen und Praktiker²⁷³ (was nachfolgender Exkurs verdeutlichen soll).

Exkurs: Evidence- versus Eminence-based Medicine

Diese Begriffe stammen aus der modernen Medizin und tragen in erheblichem Maße zur Bildung des medizinischen Wissensstands als Grundlage des ärztlichen Handelns bei.²⁷⁴ Dies geschieht im Zeitverlauf in unterschiedlicher Gewichtung und Ausprägung auch in der Zahnmedizin. Während die heute verbreitete Evidence-based Dentistry auf wissenschaftlich belegbaren Fakten fußt, beinhaltet die 1990 größtenteils vorherrschende Eminence-based Dentistry Meinungen und Erfahrungswerte von Experten.²⁷⁵ Beide Varianten des Wissenserwerbs beziehungsweise der Wissensweitergabe nehmen und nehmen in der deutschen Zahnmedizin eine wichtige Rolle ein. Jedoch konnte eine gewisse Relativierung des nationalen Berufsbildes erst durch die wachsende internationale Anbindung und der daraus gewonnenen neuen Erkenntnisse erfolgen.

²⁷⁰ Zum Zeitpunkt des 45. Bayerischen Zahnärztetages 2004 bestand die DGEndo erst knapp drei Jahre.

²⁷¹ bzb-online, Juli-August/04, 4-6.

²⁷² bzb-online, November/04, 41.

²⁷³ Knüpper aus Fragebogenaktion, siehe Anhang.

²⁷⁴ Brucker in Arthroskopie 24 (2010), 189-193.

²⁷⁵ Brucker in Arthroskopie 24 (2010), 189-193. Edelhoff aus Fragebogenaktion, siehe Anhang.

Wissenszuwachs generierte man nun zunehmend durch die Beachtung internationaler Forschungsprojekte, durch Digitalisierung sowie durch das Internet und auch bessere Kenntnisse in der englischen Fachsprache trugen ab den 1990er Jahren zur Modernisierung der deutschen Zahnmedizin bei²⁷⁶, wie auch Edelhoff feststellte:

„Die klinischen Behandlungskonzepte wurden zeitgemäßer und moderner, gleichzeitig wurde die Deutsche Zahnmedizin, akzeleriert durch die Anpassung an internationale Standards, auf ein wesentlich höheres Niveau gerückt.“²⁷⁷

3.2.4 Fazit

Zusammenfassend kann gesagt werden: Fortbildung hat für die bayerische Zahnärzteschaft schon lange Priorität und das autark auf Länderebene, größtenteils losgelöst von übergeordneten staatlichen Lenkungsmaßnahmen. Von der Einführung einer Pflichtfortbildung wurde vernünftigerweise abgesehen; in der Zahnmedizin setzt man vornehmlich auf Eigenverantwortung. Die Etablierung bis heute wichtiger Fortbildungsinitiativen wie das Institut eazf oder aber der *bayerische Weg* in der Fachzahnarzt Ausbildung zum Kieferorthopäden zählen zu jenen Vorzeigeprojekten, welche mithilfe der BLZK deutschlandweit Beachtung finden.

3.3 Approbationsordnung für Zahnärzte

Zahnmedizin unterliegt einem steten Wandel - dies ist eine unbestrittene Tatsache. Dass die Möglichkeit, Entwicklungen vollumfänglich mitzutragen, erst durch die Stellschrauben *Hochschule* und *Ausbildung* wachsen kann, erscheint erst auf den zweiten Blick klarer. Infolgedessen braucht es ein valides Grundgerüst in dem sich moderne dentale Ausbildung bewegen sollte.

Der Einfluss und die Prägung der prägradualen Lehre auf Studierende soll hier en detail besprochen werden.

3.3.1 Approbationsordnung für Zahnärzte vom 26. Januar 1955

Welche Kernelemente braucht es, um künftige Zahnärzte ausreichend auf die Herausforderungen im Beruf vorzubereiten?

Die Einführung der *Zahnärztlichen Approbationsordnung* im Jahre 1955 sollte dieser Frage Rechnung tragen und dirigierte jenes Universitätsstudium, welches wir bis zum Jahre 2021 kannten. Durch die Reform sollten zwei wesentliche Ziele verfolgt werden. Einerseits ging es um die „Ausweitung und Vertiefung des Studiums nach der medizinisch-wissenschaftlichen Seite“²⁷⁸. Die zweite Prämisse war es,

²⁷⁶ Edelhoff aus Fragebogenaktion, siehe Anhang.

²⁷⁷ Ebenda.

²⁷⁸ Marezky, Venter 1974, 260, 261.

eine „Erweiterung der Ausbildung auf technischem Gebiet“²⁷⁹ abzubilden. Fußend auf dem Zahnheilkundengesetzes von 1952 gestaltete sich die zahnärztliche Ausbildung nun als vollwertiges 10-semesteriges Studium – und sollte sich in dieser Form mehr als 65 Jahre fast unverändert halten.

Jahrelange Bemühungen um eine Aktualisierung der prägradualen Lehre blieben bisweilen erfolglos.²⁸⁰ Bestrebungen nach Aktualisierung deshalb, weil Zahnmedizin nicht nur aufgrund der Komplexität in manuellen Verfahrensweisen, sondern auch durch ein hohes Erfordernis an theoretischem und medizinischem Wissen, eines der betreuungsintensivsten Fächer überhaupt ist.²⁸¹ Dies beginne bei der zahntechnischen Ausbildung in den vorklinischen Kursen und erstrecke sich über die medizinischen Disziplinen²⁸² bis hin zur Patientenbehandlung in den klinischen Studentenkursen. Zudem rückten Medizin und Zahnmedizin in den vergangenen Jahrzehnten stärker zusammen; man wusste mittlerweile um die Wissenschaftlichkeit *beider* Fächer. Die bisherige Schlechterstellung zum Medizinstudium sei respektive nicht gerechtfertigt, weiß auch Hickel:

„Nur wenn wir gewährleisten, dass die allgemeinmedizinische Grundausbildung auch die Basis des Zahnmedizinstudiums bildet, werden wir den Zahnarzt auf Dauer als akademischen Heilberuf erhalten.“²⁸³

Die Synchronisierung gewisser Ausbildungsschwerpunkte sei deshalb Ziel einer adäquaten Lehre.²⁸⁴ Ein Vorschlag der Bayerischen Landes Zahnärztekammer²⁸⁵ zur Novellierung der zahnärztlichen Approbationsordnung beinhaltete bereits im Jahr 1992 wichtige Ansätze für die spätere Umsetzung, knapp 30 Jahre später.²⁸⁶ Vorgeschlagen wurde folgendes: Studierende starten mit dem vier Semester andauernden vorklinischen Studium gemeinsam mit den Humanmedizinern, welches mit dem sogenannten *Physikum* abzuschließen wäre. Anschließend folge zwei Semester zahnmedizinisches Propädeutikum mit Phantomkurs Prothetik und klassischen Laborarbeiten, um danach in weiteren vier Semestern die klinische Ausbildung in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde vermittelt zu bekommen.²⁸⁷ Ein weiterer Antrag des Vorstandes der BLZK, veröffentlicht in der Rubrik „Amtliche Mitteilungen“ im BZB von April 2009, sollte die Beharrlichkeit der Landesvertretung für die längst überfällige Anpassung ebendieser Approbationsordnung verdeutlichen²⁸⁸ (siehe dazu Abbildung 7). Die Vertreter der

²⁷⁹ Marezky, Venter 1974, 260, 261.

²⁸⁰ Staehle in DZZ 2010, 207.

²⁸¹ Löst in ZM Jhrg. 89, 1999, 41.

²⁸² Biochemie, Physiologie, Anatomie, Histologie.

²⁸³ Hickel in BZB 11/2008, 18.

²⁸⁴ Knüpper aus Fragebogenaktion, siehe Anhang.

²⁸⁵ Eingbracht von Dieter Schlegel in einer Vollversammlung der BLZK 1992.

²⁸⁶ Exkurs: Die Debatte um eine neue Approbationsordnung für Zahnärzte (ZApprO) ist heute aktueller denn je. Die Etablierung fand nun im Jahr 2021 (verschoben um ein Jahr aufgrund der weltweit vorherrschenden Covid-19-Pandemie) statt.

²⁸⁷ Ohne Autor in BZB 1/1992, 10, 11.

²⁸⁸ Und sollte, wie im Text der Abbildung ersichtlich, durch die Hauptversammlung vom 21.+22. November 2008 auch einstimmig angenommen werden.

Hochschullehrer unterstützten dieses Vorhaben; die Landespolitik wiederum boykottierte das Projekt.²⁸⁹ Dringend nötige Einsparungen im Verwaltungsapparat könnte ein mögliches Motiv dafür gewesen sein. Bei einem Gespräch zwischen Hochschullehrern und Vorstandsmitgliedern der BLZK im Jahr 2010 in München berichtete Reinhard Hickel, als Vertreter der Universitätskliniken im Vorstand der BLZK, von zahllosen Gesprächen mit Vertretern des Bundesministeriums für Gesundheit.

Approbationsordnung

Antragsteller: Vorstand der BLZK

Wortlaut:

Die VV der BLZK fordert vordringlich die Verabschiedung und das Inkrafttreten der neuen Approbationsordnung für Zahnärzte. Eine Verbesserung der Studienbedingungen für Zahnmedizin-Studenten ist längst überfällig. Dazu zählt auch eine Anpassung des curricularen Normwertes, der die Relation von Lehrkräften zu Studenten definiert, an das Medizinstudium.

Eine gemeinsame Ausbildung von Studierenden der Medizin und Zahnmedizin in den ersten vier Hochschulsemestern (Vorklinik) ist für die allgemeinmedizinische Basisausbildung eines akademischen Heilberufs in Zahnheilkunde von besonderer Bedeutung. Sie unterstreicht dabei die Rolle des Oralmediziners mit umfassendem Behandlungsspektrum.

Begründung:

Bereits 2005 hatte der Wissenschaftsrat kritisiert, dass die aktuelle Prüfungsordnung aus dem Jahr 1955 (!) weder der fachlichen Weiterentwicklung noch den Anforderungen an eine moderne und interdisziplinär ausgerichtete Lehre Rechnung trägt.

Die bisherige Schlechterstellung der zahnmedizinischen Ausbildung gegenüber dem Medizinstudium ist fachlich nicht gerechtfertigt. Nur mit einer Verbesserung der Studienbedingungen können die Universitäten den berechtigten Anforderungen der Praxis an die berufsfertigen Absolventen des Zahnheilkunde-Studiums entsprechen.

Abstimmungsergebnis: Einstimmig angenommen

Abbildung 7: "Antrag zur Approbationsordnung der VV der BLZK" aus BZB 4/2009, 86.

²⁸⁹ Knüpper in BZB 5/2010, 9.

„Die Länder blockieren derzeit das Vorhaben, wobei es sicher keine Unterstellung ist, die derzeitige Haushaltslage der öffentlichen Hand dafür (mit-)verantwortlich zu machen. Mehr als 50 Jahre nach Inkrafttreten der alten Approbationsordnung ist die Enttäuschung – auch aufseiten der Landespolitik – groß, dass sich die Politik einer Novellierung, bei der es auch um die Verbesserung des Betreuungsschlüssels geht, nachhaltig verweigert.“²⁹⁰

Die BLZK ging zudem noch weiter und forderte neben der Reform der Studienordnung überdies bereits im Jahr 1992 ein Mitspracherecht bei der Besetzung der Lehrstühle an den Universitäten für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde in Bayern²⁹¹. Wichtig deshalb, weil es der Zahnärztekammer keinesfalls egal sein kann, wie und in welcher Zahl ihre zukünftigen Mitglieder ausgebildet werden.²⁹² Die Hochschulen hätten durch Wissenschaft und Forschung nicht nur Anteil an gesundheitspolitischer Weichenstellung; vielmehr beeinflusse sie diese durch die Ausbildung der künftigen Zahnärzte.²⁹³ Dieses Recht auf Mitsprache konnte allerdings bis heute nur mäßig erfolgreich umgesetzt werden.

Wie nun die Einführung einer neuen Approbationsordnung für Zahnärzte abgebildet werden konnte und ob die zähen jahrelangen Verhandlungen letztendlich fruchteten, soll in nachstehendem Kapitel dargelegt werden.

3.3.2 ZApprO 2019

Gemäß seiner Aufgabe als wissenschaftspolitisches Beratungsgremium gab der Wissenschaftsrat im Mai 2005 in einer Pressemitteilung²⁹⁴, mit dem brisanten Titel

„Wissenschaftsrat empfiehlt umfassende Reformen für die Zahnmedizin an den Universitäten“, den Anstoß für die Verhandlungen um die neue Studienordnung Zahnmedizin.²⁹⁵ Die Eckpfeiler der universitären Zahnmedizin Deutschlands Forschung²⁹⁶, Lehre und Ausbildung wurden dabei einer kritischen Beurteilung unterzogen. Von „viel zu wenig Betreuer für Studierende“ und von einem „international nur wenig sichtbare[n] wissenschaftliche[n] Leistungsspektrum“ ist dort die Rede. Die möglicherweise entstehende und durchaus drastische Konsequenz daraus formuliert der einstige Vorsitzende Karl Max Einhüpl wie folgt:

„Der Wissenschaftsrat wird in fünf Jahren prüfen, ob seine Empfehlungen aufgegriffen wurden und forschungs- und lehrförderliche Strukturen entstanden sind. Sollte er im Rahmen dieser Überprüfung feststellen, dass keine substanziellen Fortschritte an den Medizinischen Fakultäten erreicht worden

²⁹⁰ Knüpper in BZB 5/2010, 9.

²⁹¹ Erlangen, München, Regensburg, Würzburg.

²⁹² Kastenbauer in BZB 6/1992, 10.

²⁹³ Ebenda, 12.

²⁹⁴ Siehe Anhang.

²⁹⁵ Pressemitteilung Wissenschaftsrat 05/2005 in Weißbuch der Zahnmedizin 2007, 51-52.

²⁹⁶ Bereits im Kapitel 2.1.1. behandelt.

*sind, wird er gegebenenfalls Empfehlungen zur Schließung einzelner zahnmedizinischer Ausbildungsstätten aussprechen.*²⁹⁷

Zu einer Schließung eines der 31 universitären Standortes kam es nicht – das Projekt stagnierte sogar für mehrere Jahre.

An Fahrt nahm die Diskussion schließlich im Jahre 2010 auf, als vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) „Eckpunkte für eine Novellierung der Approbationsordnung für Zahnärzte“ eingebracht wurden.²⁹⁸ Wichtig war den Verantwortlichen die Neugewichtung diverser Ausbildungsinhalte und die entsprechende bundeseinheitliche Gestaltung von Prüfungsmodalitäten. So solle der Fokus auf die fachliche Weiterentwicklung der Zahnmedizin in der Prävention, der Zahnerhaltung und dem Erhalt oraler Strukturen gelegt werden. Wortwörtlich umfasst die Neubeschreibung die *präventionsorientierte, ursachengerechte und zahnschutzschonende Behandlung* von Patienten.²⁹⁹

Der Entwurf der Bundesregierung für eine „Verordnung zur Neuregelung der zahnärztlichen Ausbildung“ aus 2016 präzierte schließlich die Punkte einer möglichen neuen ZApprO. Eine Angleichung an den Studiengang der Humanmedizin bildete hierbei eine wichtige Neuerung ab. Die zustimmungspflichtige Verordnung fand aber letztendlich keine Mehrheit im Bundesrat, was hauptsächlich auf möglicherweise entstehende Mehrkosten für die Bundesländer zurückzuführen sei.³⁰⁰ Ein Einwand den der vormalige Präsident der VHZMK, Ralph G. Luthardt, nicht gelten ließ:

*„Wenn die Betreuungsrelation verbessert werden soll, kann es keine Kostenneutralität geben.“*³⁰¹

Das Steckenpferd der neuen ZApprO sei aber gerade eine Verbesserung beim Betreuungsschlüssel auf 1:3 (statt den davor geltenden 1:6). Die laufenden Kosten pro Jahr bezifferte Luthardt mit 65 bis 69 Millionen pro Jahr.³⁰²

Peter Engel, als designierter Präsident der BZÄK, appellierte ebenfalls an die Gesundheitsreferenten der Landesvertretungen³⁰³ mit den Worten:

„Es besteht ein dringender Novellierungsbedarf, um die Ausbildungsqualität zu sichern und damit die künftige Versorgung der Patienten weiter zu gewährleisten. Nehmen Sie die Sache ernst.“

2019 wurde letztlich die neue ZApprO vom Bundesrat verabschiedet – trat pandemiebedingt allerdings erst zum Wintersemester 2021/22 in Kraft. Die novellierte zahnärztliche Ausbildung umfasst

²⁹⁷ Pressemitteilung Wissenschaftsrat 05/2005 in Weißbuch der Zahnmedizin 2007, 51-52.

²⁹⁸ Die „Ständige Konferenz der Kultusminister der Länder“ (KMK) nahm diese noch im selben Jahr zur Kenntnis.

²⁹⁹ Hellwig, Lauer, Wagner, Neubeschreibung einer präventionsorientierten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde in Weißbuch der Zahnmedizin, 2007, 43.

³⁰⁰ Knüpper in BZB 3/2019, 9.

³⁰¹ zm-online, 18/2017.

³⁰² Ebenda.

³⁰³ Informationsveranstaltung für Gesundheitsreferenten der Landesvertretungen unter Teilnahme von Vertretern der BZÄK und VHZMK im Jahre 2017.

unverändert fünf Jahre und sechs Monate. Es ist in einen vorklinischen Umfang von *vier Semestern*, ein Phantomjahr im Umfang von *zwei Semestern* und einen klinisch-praktischen Studienabschnitt im Umfang von *vier Semestern* aufgeteilt. Anschließend folgt das Prüfungssemester, in dem das Studium mit der Zahnärztlichen Prüfung³⁰⁴ absolviert wird. Das Studium startet zunächst mit naturwissenschaftlichen Grundlagenfächern sowie ersten propädeutischen Kursen. Im daran anschließenden *Phantomjahr* erlernen Studierende zahnmedizinische Fertigkeiten am Phantomkopf. Nach Abschluss des Zweiten Abschnitts der Zahnärztlichen Prüfung behandeln Studierende in den folgenden vier Semestern bereits Patienten im Rahmen der Regelversorgung. In den sogenannten Querschnittsfächern erwerben Studierende zudem Fertigkeiten beispielsweise in der Notfallmedizin, in der Schmerzmedizin, in der Dermatologie oder in den Gesundheitswissenschaften.³⁰⁵

Als Kernstück der neuen Studienordnung fungiert die Verknüpfung von human- und zahnmedizinischen Studieninhalten. Jene Synchronisierung hätte den entscheidenden Vorteil, dass die Vermittlung von naturwissenschaftlichen Grundlagen und klinischen Inhalten konnektiert – und somit kompetenzorientiert - stattfinden könne.³⁰⁶ Analog zur Stärkung der allgemeinmedizinischen Versorgung in der ÄApprO „sollte die Rolle der Zahnmedizin für die Mundgesundheit beziehungsweise für die Orale Medizin als Primärversorger gewertet werden“.³⁰⁷ Jener wichtige Input für eine praxisnahe Ausbildung am Patienten, welche auch die forcierte vertrags- (zahn)ärztliche Versorgung bedingt, wurde in einem Referentenentwurf von BZÄK, VHZMK und DGZMK gegeben.

Bologna-Prozess für Zahnmedizin nicht realisierbar

Eine Eigenheit, welche dem Zahnmedizinstudium bis heute anhaftet und welche im Zuge der ZApprO bewusst nicht beseitigt wurde, ist die Umstellung auf einen EU-konformen Bologna-Studiengang³⁰⁸.

„Die in der Bologna-Deklaration eingeforderte akademische Strukturierung der Ausbildungsgänge mit dem Berufsziel Bachelor bzw. Master wird abgelehnt und gefordert bei dem einheitlichen Berufsziel Zahnarzt zu bleiben und zusätzliche Qualifikationsbezeichnungen den Prinzipien der klassischen Weiterbildungsordnungen gemäß erworben werden sollten.“³⁰⁹

³⁰⁴ Insgesamt absolvieren Studierende nach jedem der drei Studienabschnitte eine Zahnärztliche Prüfung; nach dem erfolgreichen Abschluss des Dritten Abschnitts der Zahnärztlichen Prüfung ist das Studium beendet und Studierende können die zahnärztliche Approbation beantragen.

³⁰⁵ Zahnmedizin nach neuer Approbationsordnung | Universitätsmedizin Göttingen (umg.eu) [Aufruf am 17.09.2022].

³⁰⁶ Quintessence Publishing Deutschland. Gleiche Standards für Medizin und Zahnmedizin nötig | Quintessenz Verlags-GmbH (quintessence-publishing.com) [Aufruf am 01.04.2023].

³⁰⁷ ZM Jhrg. 111, 2021, 24.

³⁰⁸ Europaweite Vereinheitlichung von Studiengängen und -abschlüssen sowie auf internationale Mobilität der Studierenden zielende transnationale Hochschulreform.

³⁰⁹ Antrag zur Ausgestaltung der Approbationsordnung von ZBV München Stadt und Land in BZB, 4/2009, 86.

Der Vorschlag das (Zahn-)Medizinstudium in das Bachelor/Master-System zu überführen, gründete auf mehreren Argumenten, welche vom Medizinischen Fakultätentag durch eine Stellungnahme von 2008³¹⁰ allesamt nicht akzeptiert wurden:

Das Ansinnen, durch ein sechssemestriges Bachelorstudium zahlenmäßig mehr Studierende an die Universitäten zu bringen, sei für die (Zahn-)Medizin, als streng limitierten und enorm kostenintensiven Studiengang, nicht haltbar. Die Gestaltung eines Teils des Studiums als *Ausstiegsbachelor*³¹¹ sei für die Bekämpfung des allgemein herrschenden Ärztemangels mehr als kontraproduktiv. Zumal die Nachfrage nach einem Studienplatz in Medizin oder Zahnmedizin seit Jahren ungebrochen hoch ist. Demgegenüber wurde der sogenannte *Einstiegsbachelor* diskutiert. Dieser rekrutiere sich aus Kandidaten, die in den zweiten Abschnitt des Medizinstudiums einsteigen, ohne den Medizinbachelor vorweisen zu können. Verschiedene Ausbildungen im Gesundheitssektor könnten dadurch erheblich aufgewertet werden. Der Medizinische Fakultätentag begegnete der Idee mit dem Einwand, dass es schon alleine aufgrund des hohen Einstiegs-NC nicht sinnvoll sei, Zahnärzte und Assistenzberufe gleichzeitig im Master studieren zu lassen. Andererseits könne es in bestimmten Fällen lohnenswert sein, in Abstimmung mit weiteren (gegebenenfalls nicht medizinischen) Fakultäten, neue Bachelorstudiengänge zu kreieren. Das könnten dann Studiengänge sein, „die gezielt und kostengünstig neue Berufe ausbilden und nicht diese neuen Berufe über einen teuren, aber nicht dafür optimierten Medizinbachelor mit anschließend zusätzlich nötiger weiterer Fachausbildung realisieren“.³¹²

Die durch eine Umstellung auf ein Studium im Bachelor/Master-Stil angepriesene Ausweitung der Mobilität zwischen den Studienorten für Studierende konnte im Praxistest ebenso nicht bestehen. Erfahrungen zeigen, dass durch die, im Grunde positiv einzustufende, Schwerpunktbildung und Flexibilisierung an einzelnen Universitäten, Schwierigkeiten bezüglich der Anerkennung absolvierter Studieninhalte entstünden. Dies mache es für wechselwillige Studierende fast unmöglich, den Studienort ohne Tauschpartner zu ändern.

Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Zahnmedizin (NKLZ)

Ein Schwerpunkt in der Neuauflage der Zahnärztlichen Approbationsordnung (ZAppro) von 2019 sollte unter anderem der Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog Zahnmedizin (NKLZ) sein. Der NKLZ wurde 2015 vom Medizinischen Fakultätentag (MFT) unter Einbindung der DGZMK, der BZÄK und der VHZMK herausgegeben und beschreibt das Absolventenprofil von Zahnärzten bis zur Approbation. Er solle als Gerüst im Sinne eines Kerncurriculums Zahnmedizin dienen und orientiert sich dabei an den

³¹⁰ Pressemitteilung der Arbeitsgemeinschaft Hochschulmedizin aus 2009, siehe Anhang.

³¹¹ Beendigung des Medizinstudiums nach dem Bachelorabschluss, um danach entweder einen Master einer ähnlichen Studienrichtung zu absolvieren oder aber ins Berufsleben einzusteigen.

³¹² Hickel in BZB 7-8/2009, 15.

gesetzlichen Vorgaben der gültigen Approbationsordnung. Ein Spielraum für eigene Gestaltungen wird den Fakultäten allerdings gewährt. Ziel der zahnärztlichen Ausbildung ist der wissenschaftlich und praktisch ausgebildete Zahnarzt, der zur eigenverantwortlichen und selbständigen Ausübung der Zahnheilkunde sowie zur Weiterbildung und zum postgraduierten Studium befähigt ist.³¹³

Exkurs: Schemenhafter Aufbau der neuen ZApprO

Erster Abschnitt der Zahnärztlichen Prüfung³¹⁴

Der Erste Abschnitt der Zahnärztlichen Prüfung ist eine mündliche Prüfung und wird frühestens am Ende des vierten Fachsemesters des Studiums der Zahnmedizin abgelegt.

Inhalt:

1. Physik
2. Chemie
3. Biologie
4. Biochemie und Molekularbiologie
5. Mikroskopische und makroskopische Anatomie
6. Physiologie
7. Zahnmedizinische Propädeutik

Zweiter Abschnitt der Zahnärztlichen Prüfung³¹⁵

Der Zweite Abschnitt der Zahnärztlichen Prüfung wird frühestens am Ende des zweiten Fachsemesters des Studiums der Zahnmedizin nach Bestehen des Ersten Abschnitts der Zahnärztlichen Prüfung abgelegt.

Inhalt: mündlich-praktische Prüfung bei der der oder die Studierende werkstoffkundliche und zahn-technische Grundlagen beherrscht, in der Lage ist, klinisch-zahnmedizinische Zusammenhänge zu erfassen und die für die Ausbildung am Patienten erforderlichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten besitzt.

Dritter Abschnitt der Zahnärztlichen Prüfung³¹⁶

Der Dritte Abschnitt der Zahnärztlichen Prüfung wird frühestens am Ende des vierten Fachsemesters des Studiums der Zahnmedizin nach Bestehen des Zweiten Abschnitts der Zahnärztlichen Prüfung abgelegt.

Inhalt: besteht aus einer einem mündlich-praktischen Teil und einem schriftlichen Teil. Es sollen die Besonderheiten bei der Behandlung spezieller Patientengruppen³¹⁷ geprüft werden.

Querschnittsbereiche:

Notfallmedizin, Schmerzmedizin, Ethik und Geschichte der Medizin und Zahnmedizin, Orale Medizin und systemische Aspekte, Wissenschaftliches Arbeiten, Klinische Werkstoffkunde, Gesundheitswissenschaften, Erkrankungen im Kopf-Hals-Bereich, Medizin und Zahnmedizin des Alterns und des alten Menschen.

³¹³ zm-online, August/2021.

³¹⁴ § 28, § 29, § 32 ZApprO 2019.

³¹⁵ § 42, § 43, § 46 ZApprO 2019.

³¹⁶ § 58, § 59, § 62 ZApprO 2019.

³¹⁷ Dazu zählen insbesondere junge Menschen, alte Menschen und versehrte Menschen, Menschen mit Behinderungen sowie Menschen mit für die zahnärztliche Behandlung relevanten seltenen Erkrankungen.

3.3.3 Fazit

Auf die Frage hin, warum es Jahre der Verhandlungen brauchte, um schließlich eine Einführung der neuen ZApprO vollziehen zu können, lohnt sich der nochmalige Blick auf die Studienbedingungen im Fach Humanmedizin. Den Verhandlungen zur ärztlichen Approbationsordnung (ÄApprO) wurde vonseiten des BMG der Vorrang gegeben - was aufgrund des schieren Größenunterschieds der beiden Studiengänge nicht überraschen sollte. Neben kleineren Änderungen aufseiten der ZApprO stagnierte ein Vorankommen des Projekts zwei Jahrzehnte lang daher fast gänzlich.³¹⁸

Wie und durch welche Beteiligten konnte die neue ZApprO nun aber umgesetzt werden?

Die Recherche förderte zutage, dass auch hier verschiedene (standes-)politische Akteure Interesse an einer Modernisierung hatten. Die Forschungsfrage verfolgend, wurde auch der Anteil der Bayerischen Landeszahnärztekammer kritisch bewertet. Zwar legte BLZK-Präsident Christian Berger im Februar 2019 auf Bundesebene eine Resolution vor, welche auf großen Zuspruch stieß³¹⁹, an den trägen Verhandlungen unmittelbar allerdings nichts änderte.

Doch den Grundstein für eine erfolgreiche Etablierung legten andere. Vor allem den Empfehlungen des Wissenschaftsrats von 2005 wurden die nötige Bedeutung beigemessen. Die Angleichung der Studienordnungen Zahnmedizin und Humanmedizin sowie überlappende Lehrinhalte in Form von Querschnittsfächern, widerspiegeln den aktuellen Zeitgeist, welcher die Auslegung der (Zahn-)Ärzteausbildung neu denkt.

3.4 Prävention

„Bei den Vorgaben der Gesundheitspolitik und bei der wissenschaftlich belegten Effektivität prophylaktischer Maßnahmen wird der Prävention in Zukunft ein höherer Stellenwert zuzuordnen sein.“³²⁰

Der Verfasser dieser Hypothese in einem Artikel in der BZB 1997 sollte Recht behalten. Prophylaxe nahm auch innerhalb der Standesvertretung an Stellenwert zu. Man strebte an, präventive Bereiche zu expandieren, während restaurative Bereiche einzudämmen seien, denn: wenn es gelänge, die Gebisse der Patienten solange wie irgend möglich gesund zu erhalten, würde Zahnsanierung im Allgemeinen überflüssig.³²¹ Die Vorstellung, weitreichende zahnärztliche Restaurierungen würden bald nicht mehr vonnöten sein, ist natürlich unrealistisch und verkennt gleichsam die Ziele einer modernen Heilkunde. Jedoch wusste man um die Notwendigkeit einer funktionierenden zahnärztlichen Prophylaxe, die eine jede Altersgruppe gleichermaßen tangieren sollte. Eine langfristig angelegte Verbesserung der

³¹⁸ Hickel aus Fragebogenaktion, siehe Anhang.

³¹⁹ Einstimmig verabschiedet wurde der Antrag von BZÄK und dem Beirat der KZBV. Knüpper in BZB 3/2019, 9.

³²⁰ Dielert in BZB 6/1997, 32.

³²¹ SZ, 6/1994, Sonderdruck SZ-Gesundheitsforum.

Mundgesundheit der Bevölkerung sei weiters durch Umorientierung, hin zu einer deutlichen Gewichtung der präventiven Maßnahmen seitens des Staates, zu erreichen. Erst das Gesundheitsreformgesetz (GRG) von 1988 institutionalisierte erstmalig Leistungen der zahnärztlichen Vorsorge gesetzlich. Leistungen der Gruppen- und Individualprophylaxe wurden endlich in das Repertoire der Kassenleistungen aufgenommen, nachdem der Fokus jahrzehntelang allein auf Zahnerhaltung und Prothetik lag.³²² Deutschland war auf dem besten Wege, seinen Ruf als *Entwicklungsland bei der Prävention*³²³ hinter sich zu lassen.

Die bis zu diesem Zeitpunkt geltende Gebührenordnung ließ es allerdings nicht zu, eine umfassende, fachlich anspruchsvolle und lebenslange Individualprophylaxe anzubieten, wie das folgende Kapitel ausführen soll.

3.4.1 Verpasste Chance Prävention?

Außervertragliche Leistungen im Sinne einer zeitgemäßen Individualprophylaxe waren in den Gebührenkatalogen der GOZ '88 nicht enthalten und die Verrechnung wurde gemäß § 6, Abs. 2 gehandhabt, was einen gewissen rechtlichen Graubereich darstellte:

„Selbstständige zahnärztliche Leistungen, die erst nach Inkrafttreten dieser Gebührenordnung auf Grund wissenschaftlicher Erkenntnisse entwickelt werden, können entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses für zahnärztliche Leistungen berechnet werden.“

Denn diese Mischung aus vertraglichen und außervertraglichen Leistungen stellte zwar die Basis für zeitgemäße Individualprophylaxe dar,³²⁴ doch war die Regelung nicht eindeutig und ließ großen Interpretationsspielraum bei den Betroffenen zu. Das Politikum zu diesem Thema und die damit einhergehende selbstaufgelegte Bürokratie, verzögerte den erfolgreichen Einsatz der Prophylaxe da wo es nötig war, nämlich in der Praxis.

Ein weiterer Grund, warum die Prävention speziell in Bayern große Anlaufschwierigkeiten hatte, war der Widerstand einiger Hochschullehrer bei der Errichtung von Lehrstühlen auf diesem Gebiet.

Johannes Einwag als designierter Vorsitzender der Gesellschaft für Präventive Zahnheilkunde (GPZ) konstatierte folgenden Sachverhalt:

³²² Tiemann et al. 2003, 62.

³²³ Oesterreich in Nachruf Axelsson in zm-online, 2020.

³²⁴ Hellwege in BZB 7-8/1991, 25-26.

„[Die Tatsache], dass die fachlich unumstrittene und auch bei jeder Gelegenheit von den Gesundheitspolitikern immer gerne artikulierte Bedeutung der Prävention für den Erhalt der Zahngesundheit sich nicht in den Strukturen der Hochschule widerspiegelt. Bis heute existieren keine Lehrstühle für präventive Zahnheilkunde! Eine entsprechende Initiative des Landesgesundheitsrates Bayern Ende der 80er Jahre, ausgehend von der BLZK und den gesetzlichen Krankenkassen, in der die Einführung von Lehrstühlen für präventive Zahnheilkunde und Parodontologie gefordert wurde, wurde seinerzeit durch den Einfluss einiger Hochschullehrer³²⁵ zunichte gemacht.“³²⁶

3.4.2 LAGZ in Bayern

Im Jahr 1983 wurde durch einen Zusammenschluss der zahnärztlichen Körperschaften und aller gesetzlichen Krankenkassen Bayerns die Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege (LAGZ) ins Leben gerufen. Ziel war es, ein Gesundheitserziehungskonzept für zahnärztliche Gruppenprophylaxe in bayerischen Kindertagesstätten und Schulen einzuführen. Grund für das Engagement dahingehend war mitunter das schlechte Ranking betreffend der Mundgesundheit in Deutschland. Einer epidemiologischen Studie, veröffentlicht von Johannes Einwag³²⁷ von der Universitätszahnklinik in Würzburg, zufolge, sei die Bundesrepublik im Jahr 1990 nämlich nur im unteren schwachen Bereich bezüglich Mundgesundheitszustands in den entsprechenden Altersgruppen anzusiedeln. Die Studie fußt auf jährlichen Daten der Weltgesundheitsorganisation über die weltweite Entwicklung des Kariesbefalls (siehe dazu Abbildung 8).³²⁸

Entsprechend dieser Klassifizierung sei die BRD, nach den Ergebnissen der bevölkerungsrepräsentativen Studie bei Jugendlichen³²⁹, in der Gruppe der Länder mit „mäßigem Kariesbefall“ einzuordnen.³³⁰ Einwag zieht die Schlussfolgerung, dass nur eine „effiziente, bedarfsgerechte und flächendeckende präventive Betreuung spätestens ab dem Kindergarten- und Schulalter“ eine 50 %ige Kariesfreiheit bei den 5-6jährigen bis zum Jahr 2000 erreicht werden kann.

³²⁵ Nachforschungen hinsichtlich der Benennung der verantwortlichen Hochschullehrer ergaben hier leider kein Ergebnis.

³²⁶ Gleau in BZB 3/2011, 48.

³²⁷ In „Mundgesundheitszustand und -verhalten in der Bundesrepublik Deutschland“ 1991, 391ff.

³²⁸ Quelle von Einwags Studie seien kariesepidemiologischer Erhebungen aus 150 Ländern gewesen; weltweite Trends und weiterführende Aussagen über die Entwicklung des Kariesbefalls ließen sich daraus ableiten, auch wenn sie nicht direkt miteinander vergleichbar wären.

³²⁹ Interpoliert; untersucht wurden DMF-T-Werte von 13- und 14jährigen.

³³⁰ Mit „niedrigem Kariesbefall“ besser einzustufen seien Dänemark, Finnland, Schweden, Niederlande, Schottland und die Schweiz.

Diese sei hauptsächlich durch die von der LAGZ durchgeführte Gruppenprophylaxe in Schulen zu erreichen³³¹ und die Initiative sollte in den nächsten dreißig Jahren sehr erfolgreich sein. Mit Ausnahme eines drohenden Konkursverfahrens Mitte der 90er Jahre aufgrund staatlicher Rückforderungen. Dieses konnte durch die Unterstützung der BLZK aber abgewendet werden.³³² Klaus Lindhorst fungierte weiterhin als Vorsitzender und galt neben Günther Reiter und Helmut Wittmann als Pionier der LAGZ. In seiner Amtszeit folgten weitere fünf epidemiologische Studien über Zahngesundheit bayerischer Kinder.³³³

Noch heute fußt die Arbeit der LAGZ auf den vier Säulen: Aufklärung über Mundgesundheit, Ernährungslenkung, Zahnschmelzhärtung durch Fluoride und Verweisung in die Zahnarztpraxis zur Untersuchung der Mundhöhle.³³⁴ Der ursprünglich als § 21, Abs. 1 im GRG festgelegte Passus über die *Verhütung von Zahnerkrankungen* respektive *Gruppenprophylaxe* (nachzulesen im Anhang) wurde 1989 als Gesetz im Sozialgesetzbuch V, § 21 verankert. Die Form der Umsetzung liege seit diesem Zeitpunkt in alleiniger Verantwortung der Länder – wie der gesetzliche Auftrag in den einzelnen Ländern

Tabelle 2: Kariesbefall bei 12jährigen in Europa (Untersuchungszeitraum 1983–1989; nur repräsentative Studien (r) bzw. nationaler Durchschnitt (n))		
Land	Jahr	DMF-T-Wert
Dänemark (n)	1988	1,6+
Niederlande (n)	1985	1,7+
Finnland (n)	1988	2,0+
Schottland (r)	1988/89	2,2+
Schweiz (r)	1988	2,3+
Norwegen (n)	1988	2,7+
England und Wales (r)	1983	2,9+
Republik Irland (r)	1984	2,9+
Italien (r)	1985	3,0
Nordirland (r)	1989	3,1+
Liechtenstein (r)	1987	3,4+
Bulgarien (r)	1983	3,4
Tschechoslowakei (r)	1987	3,6
DDR (r)	1989	3,8
Bundesrepublik Deutschland (r)	1989	4,1**
Frankreich (r)	1987	4,2+

* interpoliert; untersucht wurden 13/14jährige
 ** als verlässliche nationale Stichprobe eingestuft (Marthaler, 1990)

Abbildung 8: "Kariesbefall bei 12jährigen in Europa" aus Mundgesundheitszustand und -verhalten in der Bundesrepublik Deutschland 1991, 393.

³³¹ Wegmann in BZB 11/1990, 37.

³³² Rouenhoff 1998, 206.

³³³ Nover in BZB 6/2008, 29.

³³⁴ Historie - LAGZ (lagz.de) [Aufruf am 22.09.2021].

durchgeführt wird, hänge von den Beteiligten und gewachsenen Strukturen dort ab. Die Gruppenprophylaxe in Bayern gehe hier einmal mehr ihren ganz eigenen Weg. Auf Verwaltungsseite seien Kammer, KZV und die Verbände der Krankenkassen mit Unterstützung des Staates beteiligt. Rund 3.300 niedergelassene Zahnärzte führen die unterschiedlichen Aktionen durch und bekämen eine geringe Teilkostenentschädigung dafür zugesprochen.³³⁵

3.4.3 Prophylaxe 2000

Im Jahre 1993 wurde von Vertretern der bayerischen Bezirksverbände (ZBVe) die Organisation Prophylaxe 2000 gegründet. Ziel war es, Vorsorgemaßnahmen in der Zahngesundheit auf wissenschaftlicher Basis bereitzustellen und diese sollten die Gesamtprophylaxe (Flächen-, Gruppen- und

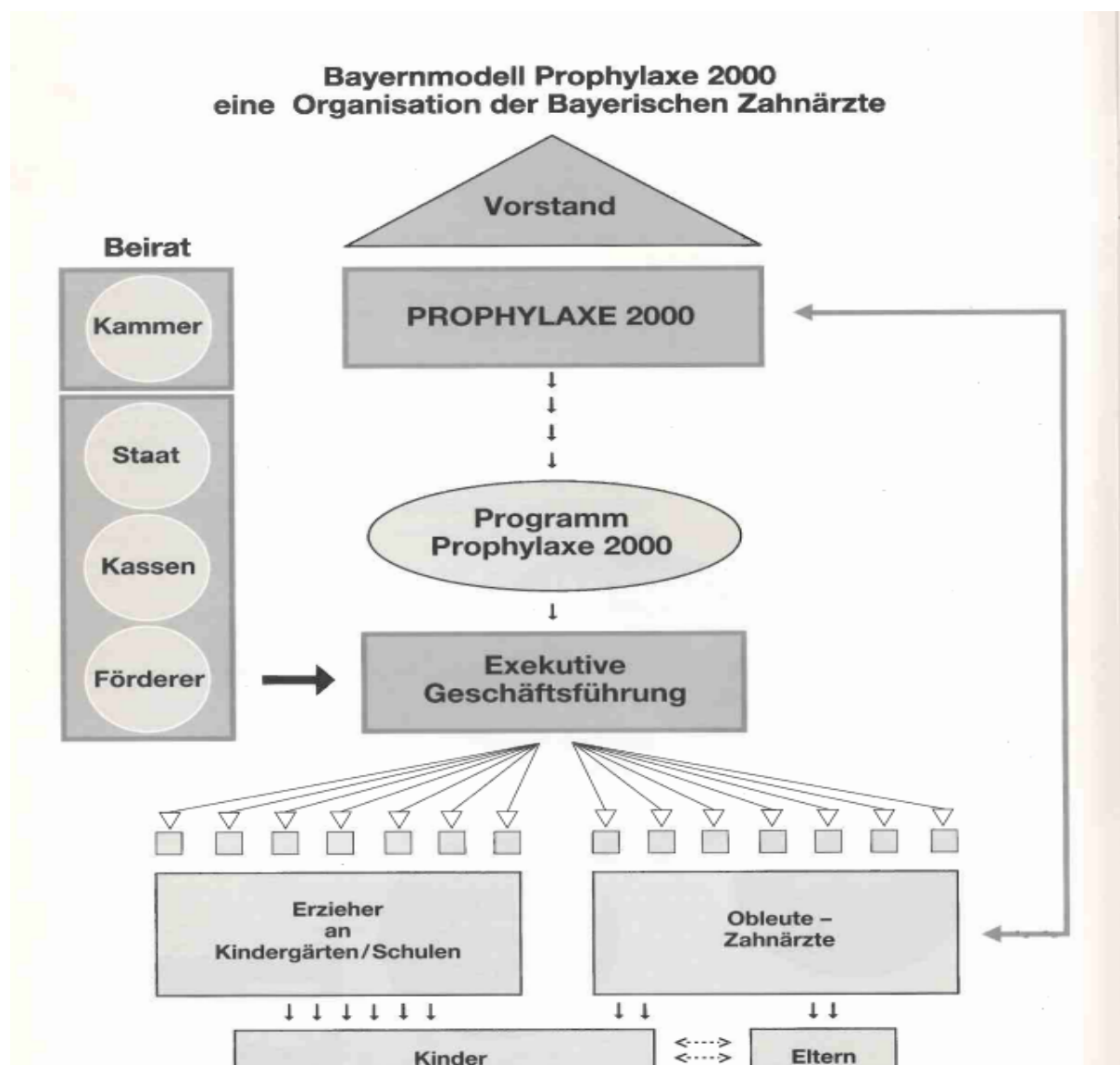


Abbildung 9: "Bayernmodell Prophylaxe 2000" aus BZB 4/1993, 26.

³³⁵ Müller, Prchala in ZM 93, 2003, 32. Mit der im Jahr 2020 erfolgten Gründung der Landesarbeitsgemeinschaft Pflegebedürftiger (LAGP) wurde die Initiative um ein wichtiges Themenfeld erweitert. (zm-online, 18.10.2019).

Individualprophylaxe) umfassen.³³⁶ Besonders daran sei der Organisationsaufbau (siehe dazu Abbildung 9); so sollte es jeder Instanz durch einen veränderten Zuordnungsschlüssel möglich sein, die ihr zustehenden Mittel frei zum Wohle der Allgemeinheit einzusetzen.

Des Weiteren sollte die Organisation von den bayerischen Zahnärzten in Eigenregie aufgebaut werden.³³⁷ So hätte die Planung unter der fachlichen Leitung der Zahnärzte als ordentliche Mitglieder in Zusammenarbeit mit anderen Heilberufen³³⁸ zu erfolgen. Als fördernde Mitglieder sollten Berufsgruppen, Organisationen oder Einzelpersonen, die sich an der gesundheitlichen Betreuung der Bevölkerung beteiligten, einbezogen werden.³³⁹ Die durch die „sozialpolitische Lage entstandene Vertrauenskrise“ wirke sich in der Bevölkerung entwicklungsbehindernd und motivationshemmend aus, weshalb die BLZK das Projekt im *Ausschuss Prophylaxe* forcierte. Kommissarischer Vorsitzender des gemeinnützigen Vereins war Werner Habersack und stellvertretend tätig war Herbert Michel.

3.4.4 PZR in der Individualprophylaxe

Zu Beginn der 1990er Jahre führte die BZÄK schließlich die PZR als wesentlichen Baustein in der Prophylaxe ein. Jürgen Weitkamp leistete in seinem Amt als Präsident der BZÄK Pionierarbeit, indem er die Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention in der zeitgemäßen Zahnheilkunde zu verankern versuchte. Dies geschah stets in enger Zusammenarbeit mit den jeweiligen Fachgesellschaften, wie der DGZMK und deren Verantwortlichen Georg Mayer und Wilfried Wagner. Ebenso das IDZ, unter Wolfgang Micheelis, hätte auf diesen Etablierungsprozess beeinflussend gewirkt.³⁴⁰ Um den zahnärztlichen Praxen entsprechende Voraussetzungen und Strukturen für die Umsetzung zu schaffen, wurde eine tiefgreifende Fortbildung der damaligen Zahnarzhelferin im Bereich der Prophylaxe forciert und ausgebaut. Neben der ZMF (Zahnmedizinische Fachassistenz) wurden die ZMP (Zahnmedizinische Prophylaxeassistenz) und die DH (Dentalhygienikerin) eingeführt.

Die Abrechnungsempfehlung aus dem GOZ-Referat von 2012 beabsichtigte die Vereinheitlichung der davor geltenden unterschiedlichen Berechnungsvarianten. Im Jahr 2014 schließlich sollte die PZR in den GOZ-Katalog aufgenommen werden - dabei besteht allerdings keine Kostenübernahme, die Leistung müsse zumeist gänzlich oder zum Teil selbst von den Patienten getragen werden.³⁴¹ Die Nichtübernahme der Kosten für zahnärztliche Prophylaxe zeigt hier einmal mehr die Kontroversität in der Debatte. Ohnehin wird auch der Nutzen der Vorsorgemaßnahmen heute noch diskutiert, worauf nun im folgenden Exkurs eingegangen werden soll.

³³⁶ Grummt, Mühlbauer in BZB 4/1993, 25.

³³⁷ Rouenhoff 1998, 195.

³³⁸ Als außerordentliche Mitglieder.

³³⁹ Grummt, Mühlbauer in BZB 4/1993, 27.

³⁴⁰ Knüpper aus Fragebogenaktion, siehe Anhang.

³⁴¹ Rubehn in zm-online, 2012.

Exkurs: IGel-Monitor bewertet Nutzen der PZR als „unklar“

Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) setzt sich zum Ziel, sogenannte Individuelle Gesundheitsleistung (IGel) einer kritischen Prüfung zu unterziehen und diese auf einen medizinisch belegbaren Nutzen hin zu untersuchen. Im dazu veröffentlichten IGel-Monitor von 2012 bewertet der MDS den Nutzen der PZR³⁴² anhand wissenschaftlicher Evidenzkriterien als „unklar“. Im Sinne einer *Evidenzbasierten (Zahn)-Medizin* sollen Einflussgrößen genau abgewogen und eingeordnet werden; als Definition gelte folgendes:

„Evidenzbasierte Medizin (EbM = beweisgestützte Medizin) ist [...] der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten.“³⁴³

„Unter Evidenz-basierter Medizin [...] im engeren Sinne versteht man eine Vorgehensweise des medizinischen Handelns, individuelle Patienten auf der Basis der besten zur Verfügung stehenden Daten zu versorgen.“³⁴⁴

Für die tagtäglich in Deutschland praktizierte professionelle Zahnreinigung könnte das bedeuten: Bringt sie für die Mundgesundheit einen entscheidenden Vorteil oder handelt es sich um eine Leistung aus betriebswirtschaftlichem Antrieb?³⁴⁵

„Wir bewerten die professionelle Zahnreinigung inklusive Fluoridierung als Prophylaxe-Maßnahme für Parodontitis und Karies mit ‘unklar’. Auch wenn ein positiver Effekt der Kombination aus zweimonatlicher PZR und Anleitung zur persönlichen Mundhygiene im Vergleich zu keiner Intervention im Hinblick auf die Gingivitisprävention zu beobachten war, bleibt insgesamt unklar, welcher Anteil der Interventionen – PZR oder Mundhygieneanleitung – den Ausschlag gab und in welchem zeitlichen Abstand eine Intervention am effektivsten ist. Aussagen zur alleinigen PZR sind an Hand der Ergebnisse nicht ableitbar. Darüber hinaus bleibt offen, wie sich die beobachteten Effekte langfristig auf Karies und Parodontitis auswirken.“³⁴⁶

Die KZBV und die BZÄK dementieren dies nach wie vor vehement und weisen darauf hin, dass private Zusatzleistungen in der Zahnarztpraxis keinesfalls mit IGel-Leistungen verwechselt werden dürfen.³⁴⁷ Auch ging man in der Erhebung zu wenig auf den real in der Praxis vorkommenden Patiententypus ein, konstatierte der Vorstandsvorsitzende der KZBV, Wolfgang Eßer:

„Der Nutzen der PZR bei einem völlig mundgesunden Patienten ist in der Tat unklar. Solche Patienten gibt es allerdings in der Versorgungsrealität praktisch nicht.“³⁴⁸

³⁴² für Erwachsene ohne Parodontitis.

³⁴³ Evidenzbasierte Medizin | Cochrane Deutschland (cochrane.de) [Aufruf am 12.10.2021].

³⁴⁴ EbM-Netzwerk, Glossar (ebm-netzwerk.de) [Aufruf am 12.10.2021].

³⁴⁵ Vollmuth, Groß in DZZ, 2017, 383.

³⁴⁶ Evidenzsynthese „Professionelle Zahnreinigung“ in IGel-Monitor, 2012.

³⁴⁷ zm-online, 2018.

³⁴⁸ Eßer in zm-online, 2018.

Bei dem viel häufiger vorkommenden Patienten allerdings, der eine gewisse parodontale Vorschädigung aufweise, sei eine PZR durchaus sinnvoll, da mit ihr die Sondierungstiefe der pathologischen Zahnfleischtaschen reduziert werden könne. Wobei man dadurch auf lange Sicht gesehen kostenintensive Parodontaltherapien reduzieren könne.³⁴⁹

Zusammenfassend kann man sagen, dass die PZR nach wie vor Gegenstand kontroverser Diskussionen ist. Aufgrund einer *nicht nachweisbaren Evidenz* wurde die Professionelle Zahnreinigung von den Kostenträgern nicht in den Leistungskatalog aufgenommen. Angeboten und erfolgreich durchgeführt hingegen wird sie aber tagtäglich in den meisten Zahnarztpraxen deutschlandweit und genießt durchaus sehr hohe *Akzeptanz als Wahlleistung* seitens der Patienten.³⁵⁰ Eine Polarisierung zwischen Leistungserbringern und Leistungsträgern sei vorprogrammiert und Argumente seien genau abzuwägen. Am Ende zählt, neben Indikationen, Kontraindikationen und Kosten-Nutzen-Relationen, als dritte Säule des Modells der evidenzbasierten (Zahn-)Medizin von Antes und Türp, den Patienten als Individuum samt seinen „Werten und Wünschen“ in die Entscheidungsfindung einzubeziehen.³⁵¹ Die PZR *routinemäßig* durchgeführt und als standardisierte vorbereitende Maßnahme im Behandlungsablauf sei somit abzulehnen.³⁵²

3.4.5 Fazit

Unbestritten ist die Tatsache, dass zahnärztliche Prävention in all ihren unterschiedlichen Facetten seit Jahren zur überwiegend guten Mundgesundheitsituation der Deutschen beiträgt. Die DMS-Studien I bis V³⁵³ zeigen dies eindeutig. Nach skandinavischem Vorbild konnte Kinder- und Jugendzahnpflege erfolgreich etabliert werden; durch bayerische und bundesweite Initiativen wie der LAGZ. Die PZR in der Individualprophylaxe wird zwar auch erfolgreich praktiziert, nur wird ihr medizinischer Nutzen immer wieder angezweifelt. Worin man in der Prävention allerdings schlecht abschnitt, ist die Präsenz an den Universitäten. Weder gibt es eigene Lehrstühle für Prävention noch wird dem Thema genügend Raum in der Lehre gegeben.

3.5 Die Bayerische Landeszahnärztekammer und ihre Rolle in der Leistungsvergütung

Die fachliche Entwicklung wurde in den vorangegangenen Kapiteln hinreichend erklärt, weshalb nun der wichtige Aspekt des politischen Standings behandelt werden soll. Bei der Recherche fiel immer

³⁴⁹ zm-online, 2018.

³⁵⁰ Vollmuth, Groß in DZZ, 2017, 383, 384, 385.

³⁵¹ Antes, Türp in DZZ, 2013, 72.

³⁵² Vollmuth, Groß in DZZ, 2017, 386.

³⁵³ Deutsche Mundgesundheitsstudie; Untersuchungen zu DMS 6 sind für den Zeitraum 2021 bis 2023 geplant.

wieder auf, dass Zahnärzte seit Anbeginn der standespolitischen Tätigkeit³⁵⁴ nicht nur nach fachlicher, sondern auch nach Akzeptanz auf politischer Ebene strebten.

„Nicht zuletzt aus Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber der politisch arrivierten Berufsgruppe der Ärzte resultierte einerseits der dringende Wunsch der Zahnärzteschaft nach öffentlich-rechtlicher Anerkennung der zahnärztlichen Berufsausübung durch den Staat [...]“³⁵⁵

Als *organisatorisches Vehikel*³⁵⁶ des Professionalisierungsprozesses sind zahnärztliche Verbände und Körperschaften bis heute grundlegend an der Ausgestaltung der zahnärztlichen Versorgung beteiligt. In der vorliegenden Arbeit wird auf historische Abhandlungen zur Entstehung der Kammern verzichtet und auf bereits bestehende Werke verwiesen.³⁵⁷

Für die Einführung in das Thema der zahnärztlichen Berufsvertretung werden zunächst die Aufgaben und Funktionen einer Selbstverwaltung näher beleuchtet. Im Art. 2, Abs. 1 des HKaG Bayerns kann man dazu folgendes nachlesen:

„Die Selbstverwaltungskörperschaften haben als Berufsvertretung die beruflichen Belange ihrer Mitglieder wahrzunehmen, die Erfüllung der ärztlichen Berufspflichten zu überwachen, die ärztliche Fortbildung zu fördern, soziale Einrichtungen für Ärzte und deren Angehörige zu schaffen sowie in der öffentlichen Gesundheitspflege mitzuwirken.“³⁵⁸

Als gesetzliche Berufsvertretung der Zahnärzte nehmen Zahnärztekammern die von der Aufsichtsbehörde übertragene Aufgaben auf Grundlage des Landesrechts wahr. Die insgesamt 17 Zahnärztekammern³⁵⁹ der Länder sind gemäß dem föderativen Prinzip als Körperschaften des öffentlichen Rechts organisiert. Alle Zahnärzte mit Approbation gehören wohnsitzspezifisch einer jeweiligen Kammer als Pflichtmitglied an.³⁶⁰

Das Prinzip der *Selbstverwaltung*³⁶¹ gilt hierbei zum einen für Zahnärzte inklusive Standesvertretung, zum anderen für Patienten, die als Versicherte in einem gegliederten Krankenkassensystem Eigenverantwortung und Selbstorganisation zeigen müssen.³⁶²

³⁵⁴ Durch Initiierung von Carl Wilhelm Schmedicke um 1850.

³⁵⁵ Tiemann et al. 2003, 17ff.

³⁵⁶ Ebenda, 15.

³⁵⁷ Genannt werden könnten hier Marezky, Venter 1974, Kimmel 2003, Tiemann et al. 1980, Tiemann et al. 2003.

³⁵⁸ Art. 2, Abs. 1 Gesetz über die Berufsausübung, die Berufsvertretungen und die Berufsgerichtsbarkeit der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker sowie der psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, Heilberufe-Kammergesetz - HKaG Bayern.

³⁵⁹ In Nordrheinwestfalen gibt es zwei für das Bundesland zuständige Kammern.

³⁶⁰ Tiemann et al. 2003, 31.

³⁶¹ Mit dieser rechtlichen Regelung wird dem „Subsidiaritätsprinzips“ entsprochen, nach dem zunächst die Fachkundigen und Betroffenen ihre Angelegenheiten selbst in eigener Verantwortung regeln sollten, bevor der Staat eingreift.

³⁶² Tiemann, Herber 1980, Vorwort.

3.5.1 Die BLZK als staatsnahe Institution und Versicherungen als Auslaufmodell

Die Kritik, dass es sich bei zahnärztlichen Standesorganisationen um *ausufernde Staatsmodelle* handle, ist so alt wie die Körperschaften selbst.³⁶³

„Viele nehmen die Selbstverwaltung – die Betonung liegt auf Verwaltung – ausschließlich als verlängerten Arm des Staates wahr.“

„Die Frage ist gestellt: Wie viel Selbstverwaltung ist möglich? Und wie viel mittelbare Staatsverwaltung, wahrgenommen durch den Berufsstand selbst, ist nötig?“³⁶⁴

Zusätzlich zu dem Wunsch der Vertreter der BLZK nach Loslösung vom Terminus der *mittelbaren Staatsverwaltung* hin zur „Interessensvertretung eines freiheitlich denkenden und handelnden *Freien Berufes* im Staat gegenüber dem Staat“³⁶⁵. Als reformierbedürftig kam die Versicherungsgesetzgebung hinzu. Das Leistungsspektrum wurde Ende der 1990er Jahre unaufhaltsam größer und der technische Stand wuchs auf ein solch hohes Niveau, dass die Krankenkassen naturgemäß Reformbedarf anmeldeten. Die bisher geltende Vergütungspolitik in dieser Form war in Hinblick auf fachliche Entwicklungssprünge in der Zahnheilkunde schlichtweg nicht mehr finanzierbar. In einem Kommentar von 1991 in der *ADZ speziell*³⁶⁶ rät Joseph Kastenbauer dazu, dies durch die *Öffnung des Sozialsystems* zu erreichen. Zahnmedizin brauche aufgrund ihrer Besonderheit³⁶⁷ eine „Sozialgesetzgebung, die dafür eintritt, dass Innovation gefördert wird, Investitionen erleichtert werden und auch Erträge gesichert sind“.³⁶⁸ Die Umwandlung von Zuschüssen beim Zahnersatz in Festzuschüsse war längst überfällig. Auch unter dem Zwang der neuen Gesundheitsreform³⁶⁹ lieferten sich Standesvertreter und Gesundheitspolitiker zähe Verhandlungen. Dass eine Zäsur in Form des GSG eine „Flut an Dirigismen und Anordnungen“³⁷⁰ mit sich brächte und jeglichen zahnmedizinischen Fortschritt verhüten würde, waren sich Vertreter der BLZK und KZVB gleichermaßen einig.³⁷¹

Die schwierige Professionalisierung der Zahnärzteschaft aufgrund der bekannten Hürden sollte mitunter dazu beitragen, dass vor allem die Kammern³⁷² auch in der Weiterentwicklung der *Freiberuflichkeit*

³⁶³ Schwarz in 75 Jahre Bayerische Landeszahnärztekammer, 2002, 10.

³⁶⁴ Ebenda.

³⁶⁵ Weitkamp in 75 Jahre Bayerische Landeszahnärztekammer, 2002, 8.

³⁶⁶ Als Informationsmedium der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Zahnärztekammern.

³⁶⁷ Besonderheit im Sinne von hohem technischem Aufwand, weitreichende handwerkliche Fähigkeiten und vielfältigem Materialeinsatz.

³⁶⁸ Kastenbauer in *ADZ speziell* 9/1991, 11.

³⁶⁹ Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG), auch bekannt als „Lahnstein-Kompromiss“, beabsichtigte der CSU-Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer 1993 u.a. die Wahlmöglichkeit der Krankenkasse für alle Versicherten, die Einführung der Budgetierung, erhöhte Zuzahlung für Medikamente und Zuzahlung bei Zahnersatz.

³⁷⁰ Editorial Kastenbauer in *BZB* 4/1993, 3.

³⁷¹ Die KZVB erarbeitete 1990/1990 das standespolitische Konzept zu den „Vertrags- und Wahlleistungen“, welches allerdings durch das GSG 1992 zunächst nicht zur Umsetzung kam. (bzb_2020_09.indb (bzb-online.de) [Aufruf am 21.09.2022].

³⁷² Aber auch Berufsverbände.

starken Anteil nahmen.³⁷³ Um ebendiese Freiberuflichkeit und die wirtschaftlichen Handlungsspielräume in den Praxen zu gewährleisten, engagierten sich Zahnärzte vermehrt politisch.³⁷⁴ Diesen Umstand beobachteten auch Marezky und Venter 1974:

„All dies ist dem zahnärztlichen Stand nicht als Geschenk vom Himmel beschert worden, sondern mußte [sic!] in vielen Jahrzehnten unter Anspannung aller Kräfte und Überwindung geradezu unverstärkter Schwierigkeiten Schritt für Schritt mühsam erkämpft werden. Dies wäre ohne den persönlichen Einsatz fähiger Standesvertreter, ohne schlagkräftige Organisationen und geschulte Mitarbeiter, aber auch ohne die Opferbereitschaft und Einigkeit des ganzen Standes nicht erreicht worden.“³⁷⁵

Aus den Bemühungen der bayerischen Zahnärzteschaft entstand Anfang der 1990er Jahre eine neue Organisationsstruktur, die in folgendem Kapitel näher beschrieben wird.

3.5.2 Neue organisatorisch-strukturelle Konzeption der Kammer ab 1990

Der bei der Wahl 1990 bestellte neue Vorstand der BLZK, bestehend aus Joseph Kastenbauer (Präsident), Carl-Ernst Grummt (Vizepräsident) und den weiteren Mitgliedern Dieter Schlegel, Wolfgang Heubisch und Norbert Deinzer, sollte ein wichtiges Kapitel für die Zahnärzteschaft Bayerns einläuten.³⁷⁶ Es galt, innovative Konzepte für eine liberalisierte Versorgungs- und Versicherungssystematik in der Zahnheilkunde darzulegen. Demzufolge sei es laut Kastenbauer

„[...] eine der wichtigsten Aufgaben der zahnärztlichen Körperschaften, deutlichst darauf hinzuweisen, dass durch die planwirtschaftlichen Einschränkungen des Berufsstandes letztendlich das Wohl der Patienten, der Bürger dieses Staates, zur Disposition steht. Die Glaubwürdigkeit der Körperschaften wird sich aber auch daran messen lassen müssen, wie weit sie imstande sind, über das Berufsrecht die Qualität der zahnärztlichen Behandlung zu gewährleisten.“³⁷⁷

Auch das Thema der zahnärztlichen Vergütung sollte mehr Beachtung finden:

„Dann muss es in einem demokratischen Rechtsstaat unbestritten sein, für gute Arbeit ein angemessenes Honorar zu erwirken. Dieses kommt nicht dem Zahnarzt alleine zugute. Vielmehr wird der Zahnarzt in einem geöffneten Wettbewerb gezwungen sein, die Innovation und damit die medizinische Leistung auf einem qualifizierten Niveau zu halten. Dies wiederum kommt den Patienten zugute.“³⁷⁸

Die Bildung zweier neuer Ausschüsse sollte den neuen Kurs in der Standesvertretung untermauern und den „Umbau“ einer reinen Selbstverwaltung hin zu einem modernen Dienstleistungsunternehmen

³⁷³ Knüpper aus Fragebogenaktion, siehe Anhang.

³⁷⁴ Ebenda.

³⁷⁵ Marezky, Venter 1974, 280.

³⁷⁶ Rouenhoff 1998, 187.

³⁷⁷ Kastenbauer in ADZ speziell 9/91, 11.

³⁷⁸ Ebenda.

vorantreiben.³⁷⁹ Diese waren zum einen der *Ausschuss für Betriebswirtschaft, Praxisführung und Ökologie* und zum anderen der *Ausschuss Praxis und Wissenschaft/GOZ* (siehe dazu Tabelle 2).

Im Wesentlichen wurden folgende politische Ziele stringent verfolgt:

- Die qualifizierte zahnärztliche Versorgung der Patienten in Therapiefreiheit.
- Die Sicherung der Freiberuflichkeit der zahnärztlichen Praxis und damit der Fortschritt der Zahnmedizin.
- Die berufspolitische Bildung (Gründung der Akademie für freiberufliche Selbstverwaltung und Praxismanagement).³⁸⁰

Aufteilung der Referate der BLZK	
1. Zahnarzhelferinnen	Dr. Rudolf Feistl (Referent für Zahnarzhelferinnen – Ausbildung) Dr. Ralf Cahn Referent für Zahnarzhelferinnen – Fortbildung)
1.1. ZMV-Schule	Frau Sylvia Rupp-Schall (Stv. Leiterin)
1.2. ZMV-Ausschuss	Dr. Barbara Endres-Heubisch (Leiterin) Dr. Uta Lindhorst Dr. Rudolf Feistl Dr. Klaus Scheiner
2. Fortbildung	Prof. Dr. Dr. Dr. h. c. Dieter Schlegel
3. Kieferorthopädie	Dr. Dr. Hans Th. Schrems
4. Betriebswirtschaft, Praxisführung und Ökologie	Dr. Wolfgang Heubisch (Referent) Dr. Gordian Hermann Dr. B. D. Wollmarker Dr. Harald Denning
5. Berufsbegleitende Beratung	Dr. Norbert Deinzer
6. Ärzteversorgung	Dr. Karl Heider
7. Öffentlichkeitsarbeit	Dr. Karl Mühlbauer
8. Praxis und Wissenschaft / GOZ	Dr. Wolf-Dieter Seeher Prof. Dr. Schubert Dr. Marbaise Dr. Lex Dr. Dr. Hans Th. Schrems
9. Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (FAL / FTL), Psychosomatik / -Prothetik	Dr. Alois Schneck (Referent) Dr. Werner Neuhauser
10. Europafragen	Dr. Ralf Cahn
11. ADZ-Beauftragte:	Dr. Klaus Lindhorst (Referent) Dr. Helmut Zedelmaier (Stellvertreter) Dr. Dr. Joseph Kastenbauer Dr. Ralf Cahn
12. Neue Bundesländer (frühere DDR)	noch nicht festgelegt!

Tabelle 2: Aufteilung der Referate der BLZK nach Rouenhoff 1998, 188.

³⁷⁹ Rouenhoff 1998, 187. Knüpper aus Fragebogenaktion, siehe Anhang.

³⁸⁰ Rouenhoff 1998, 187.

3.5.3 Liberalisierungskonzept für eine Weiterentwicklung in GKV und PKV

Zu Beginn des Jahres 1991 zeichnete sich eine wachsende Mehrheit in der westdeutschen Zahnärzteschaft ab, die für ein liberalisiertes Konzept in der zahnärztlichen Versorgung von Patienten eintrat. Angefeuert wurde dieses Vorhaben nicht zuletzt durch die Neubesetzung von Führungspositionen in der BLZK und KZVB.³⁸¹ Das von den standespolitischen Vertretern der bayerischen Zahnärzte vorgelegte Konzept zur *Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung*³⁸² sollte die Forderungen der sozialen Marktwirtschaft erfüllen. Kern dieses Konzepts war die klare Unterscheidung von *Vertragsleistungen* und *Wahlleistungen* in der zahnärztlichen Behandlung. Um dem Patienten technologische und wissenschaftliche Fortschritte zugänglich machen zu können, bedürfen diese sogenannten *weiterführenden Leistungen* einer gesonderten Vereinbarung, ohne die Solidar- und Versicherungsgemeinschaft zu belasten. Eine angemessene Eigenbeteiligung des Patienten stelle keine Überforderung dar, sie sei „vielmehr aus moralischen und volkswirtschaftlichen Gründen wünschenswert“.³⁸³ Angestoßen wurde das sogenannte *Liberalisierungskonzept* von ADZ³⁸⁴-Vertretern und KZVen aus Bayern, Niedersachsen und Nordrhein. Ein Kooperationsvertrag zwischen ADZ und BLZK wurde schließlich am 15. Dezember 1990 unterschrieben. Klaus Lindhorst fungierte dabei als sogenannter Vorstandssprecher für Bayern. Zusätzlich waren für Bayern noch Ralf Cahn und Helmut Zedelmaier beratend tätig. Die Kernpunkte der politischen Arbeit der ADZ waren das Vorantreiben des Liberalisierungskonzeptes und die Ausarbeitungen zur Novellierung der GOZ, insbesondere zur Punktwerthöhung. Für die KZVB federführend waren Erich H. Müller und Martin Reißig, die gemeinsam mit Klaus Lindhorst und Ralph Gutmann das Reformkonzept erarbeiteten.³⁸⁵ Ein Konzept des FVDZ zur *Freien Vertragsgestaltung*³⁸⁶ diente dafür als Grundlage. Jürgen Fedderwitz (KZBV-Vorsitzender) hat das Konzept umgesetzt. In Bayern arbeiteten Joseph Kastenbauer, Rolf-Jürgen Löffler und Alois Schneck an der Einführung.³⁸⁷ Eine Übersicht über die wichtigsten Inhalte der sogenannten *Neuordnungsgesetze*³⁸⁸ im Dickicht verschiedenster Versicherungen soll hier beispielhaft erläutert werden.

³⁸¹ Editorial Kastenbauer in BZB 1/1991, 3.

³⁸² Im Zuge der BLZK-Präsidentschaftswahlen im Jahr 1990.

³⁸³ Kastenbauer, Aufgaben und Schwerpunkt einer modernen Zahnheilkunde (Pressekonferenz zum 33. Bayerischen Zahnärztetag 1991).

³⁸⁴ Arbeitsgemeinschaft Deutscher Zahnärztekammern: Die ADZ wurde im Dezember 1990 gegründet. Den Vorstand darin bildeten die Kammerpräsidenten Bunke (Niedersachsen), Schulz-Bongert (Nordrhein) und Dreihaupt (Sachsen-Anhalt). Die laufenden Geschäfte vollzogen Lindhorst sowie Goetzke. (Kastenbauer, Bericht des Präsidenten zur Vollversammlung der BLZK über den Zeitraum vom 17.11.1990 bis 2.11.1991, Rouenhoff 1998, 189).

³⁸⁵ Steinert 2019, 97.

³⁸⁶ Autor: Dr. Alois Schneck.

³⁸⁷ Bundesweit waren beteiligt: Fedderwitz, Gutmann, Schirbort.

³⁸⁸ Erstes und zweites GKV-Neuordnungsgesetz (1./2. NOG) vom 23.06.1997 (BGBl. I 1997 Nr. 42 S. 1518-1536).

Kernstück war die Idee, Patienten Wahlleistungen leichter zugänglich zu machen. Das über viele Jahrzehnte gültige prozentuale Bezuschussungssystem sollte durch *Festzuschüsse*³⁸⁹ ersetzt werden.

Über die Regelversorgung hinausgehende Kosten müsse der Patient im Sinne einer Eigenbeteiligung selbst tragen, was ein Novum darstellte³⁹⁰. Die Regelung über Festzuschüsse erlaubten es dem Zahnarzt erstmals, dem gesetzlich Versicherten das gesamte Spektrum der modernen Zahnmedizin anzubieten. Der Patient hatte die Wahl zwischen Regelversorgung mittels GKV oder Leistungen via GOZ mit entsprechender Bezuschussung durch die Krankenkassen.³⁹¹ Zum Beispiel wurden implantologische Leistungen inklusive die darauf aufbauenden Zahnersatzversorgungen³⁹² durch eine entsprechende Ergänzung des Gesetzes als Ausnahmeindikation in die vertragszahnärztliche Versorgung aufgenommen.³⁹³ Auch wurden viele individualprophylaktische Leistungen ausgeweitet.³⁹⁴

Eine parallele Anwendung von BEMA und GOZ in der zahnärztlichen Abrechnung sollte somit der weiter anwachsenden Anforderungen an ein leistbares Versicherungssystem gerecht werden und stellt bis heute einen festen Bestandteil der kassenzahnärztlichen Versorgung dar.

3.5.3.1 Novellierung GOZ

Wie in der Vorgeschichte bereits behandelt, stieß die Bundesregierung mit der Einführung der GOZ im Jahre 1988 fast zeitgleich auf größtenteils herbe Ablehnung seitens der Zahnärzteschaft. „Die GOZ und damit eine qualifizierte Zahnheilkunde seien verkümmert.“ Die uneingeschränkte Bereitstellung „von ärztlichen Leistungen über die Allgemeinheit verderbe nicht nur die Ethik des einzelnen Arztes, sondern auch die Wertschätzung dieser Leistung durch den Patienten.“³⁹⁵

Was als probater Ansatz im Kampf gegen Rückschrittlichkeit in der zahnärztlichen Entwicklung begann, wurde zum präsenten Streitthema in der Standespolitik deutschlandweit. Angeprangert wird bis heute, dass die versprochene Anpassung von Vergütungen an wirtschaftliche Entwicklungen nie stattgefunden hätte. Um die Kostenneutralität, also die Einbeziehung neuer Methoden ohne Erhöhung des Gebührenvolumens, garantieren zu können, hätte die Steuerung durch den Punktwert erfolgen sollen.³⁹⁶ Die monetäre Anpassung an Preissteigerungen fand im Zeitverlauf von 24 Jahren allerdings

³⁸⁹ Beschlossen bereits im Oktober 1990 auf der Hauptversammlung der FVDZ in Bonn, wurde das Konzept schließlich auf der Ebene der KZBV und der Krankenkassen umgesetzt.

³⁹⁰ Erstes und zweites GKV-Neuordnungsgesetz (1./2. NOG) vom 23.06.1997 (BGBl. I 1997 Nr. 42 S. 1518-1536).

³⁹¹ Schneck aus Fragebogenaktion, siehe Anhang.

³⁹² Sogenannte „Suprakonstruktion“.

³⁹³ Tiemann et al. 2003, 63.

³⁹⁴ Ebenda.

³⁹⁵ Ohne Autor in BZB 12/1990, 13.

³⁹⁶ Klotz et al. in GOZ-Fibel, 2005, 21.

unzureichend statt, konstatierten betroffene Zahnärzte.³⁹⁷ So auch Janusz Rat³⁹⁸ in der *GOZ-Fibel* (Hrsg. BLZK) von 2002:

„Die Zahnärzteschaft fühlt sich durch den Ordnungsgeber getäuscht, da diese Zusage [über Preis-anpassung, Anm.] seit mehr als 14 Jahren nicht eingehalten wurde und allein daraus eine Abwertung der zahnärztlichen Leistung um über 40 % resultiert. Das zahnärztliche Privathonorar ist damit seit dem Jahre 1965, also seit über 36 Jahren, eingefroren. Die Zahnärzteschaft wurde von der allgemeinen wirtschaftlichen Entwicklung abgekoppelt. Die Weiterentwicklung der zahnmedizinischen Versorgung der Bevölkerung auf hohem Standard wird dadurch erheblich behindert.“³⁹⁹

Die BLZK hat sich über Jahre hinweg bemüht, eine Aktualisierung der *Leistungsbeschreibungen* sowie eine Anpassung der *Leistungsbewertung* der GOZ zu erzielen. Im Kammerjahr 1998 wurde das Gespräch mit privaten Versicherern, dem PKV-Bundesverband ebenso wie mit der bayerischen Staatsregierung gesucht. In einem Symposium mit der Zahnärztekammer Baden-Württemberg wurden die Ergebnisse aus diesen zahlreichen Gesprächen aufbereitet und eine Diskussion über neue Honorierungsergebnisse vertieft. Im bayerischen GOZ-Referat arbeitete man zusätzlich an der Entwicklung zahnärztlicher Gebührenformen.

„Ziel ist ein neues System mit klarer Trennung von Liquidation und Erstattung. Ziel wird auch sein, bei gesetzlichen Neuregelungen im Bereich der GKV die privat Zahnärztliche Gebührenordnung aus dem Regelungsbereich des Sozialgesetzbuches herauszuhalten.“⁴⁰⁰

Es sollte allerdings noch gut 14 Jahre länger dauern bis schließlich eine Neuversion der GOZ verabschiedet werden konnte. Das Bundesgesundheitsministerium hätte zwar schon Jahre darauf verwendet eine neue GOZ vorzubereiten, ein Inkrafttreten wurde allerdings erst im Jahr 2012 realisiert. Fest stand für die Landespolitiker, dass aus einer Neugestaltung der GOZ ein vollkommen neues Gebühren- und Abrechnungswerk entstehen müsse, welches eine rechtssichere Basis für Patienten, PKVen und Zahnärzte darstelle.⁴⁰¹ Der Vorstand der BLZK⁴⁰² hat dazu fortlaufende Anträge in den Vollversammlungen eingebracht (siehe dazu Abbildung 10).

³⁹⁷ Siehe dazu Abbildung 19 im Anhang.

³⁹⁸ 1994–2002 Mitglied des Vorstands der BLZK. 2001–2002 GOZ-Referent der BLZK (Autor der GOZ-Fibel 2002).

³⁹⁹ Rat in GOZ-Fibel, 2002, 11.

⁴⁰⁰ Kastenbauer, Bericht des Präsidenten zur Vollversammlung der BLZK zur Vollversammlung am 4. Dezember 1998.

⁴⁰¹ Rat in BZB 7-8/2008, 3.

⁴⁰² Es fand unterdessen ein Wechsel der Führungsspitze statt: Michael Schwarz als Vorstand von 2001-2010.

GOZ-Novellierung

Antragsteller: Vorstand der BLZK

Wortlaut:

Die Vollversammlung der BLZK hält folgende Forderungen bei der Novellierung einer Gebührenordnung für Zahnärzte für unabdingbar:

1. In der Vertragsbeziehung zwischen Arzt und Patient gilt zunächst der Gestaltungswille der vertragsschließenden Parteien. Diese Vertragsfreiheit darf nicht ohne schwerwiegenden Grund eingeschränkt werden. Eine Gebührenordnung ist grundsätzlich entbehrlich, da im Normalfall die freie Vereinbarung zwischen Patient und Arzt gilt.
2. Die Basis für Kostenplanungen ist ein dokumentierter Befund und eine schriftliche Therapieplanung.
3. Der Erlass einer Gebührenordnung ist Aufgabe der Bundesregierung. Die fachliche Erstellung einer zahnärztlichen Gebührenordnung (GOZ) ist Aufgabe der Zahnärzte.
4. Eine Vereinheitlichung des Leistungskataloges im Sinne einer „Bematisierung“ der GOZ wird als fachlich und betriebswirtschaftlich ungeeignet abgelehnt.
5. Liquidation und Erstattung sind voneinander zu trennen. Sparzwänge auf Seiten der Kostenträger können zu Einschränkungen bei Erstattungen führen.
6. Zur Differenzierung von Behandlungen ist ein Gebührenrahmen unverzichtbar.
7. Die zahnärztlichen Honorare in der GOZ sind in Euro und Cent festzulegen.
8. Die GOZ muss zeitnah an die Kostenentwicklung und an die fachliche Weiterentwicklung angepasst werden.

Abstimmungsergebnis:

Ohne Gegenstimmen bei drei Enthaltungen angenommen

Abbildung 10: "GOZ-Novellierung; Antrag des Vorstandes auf Vollversammlung BLZK" aus BZB 1-2/2007.

Dazu kam neben der Aufforderung nach Faktorensteigerung auch der Ruf nach Ermöglichung eines zeitbezogenen Honorars in der Patientenbehandlung, vergleichlich Rechtsanwaltshonorare. Die Materialkosten waren ein weiterer Kritikpunkt der Standesvertreter, so würden sie in der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und in der GOZ unterschiedlich behandelt, obwohl der Sachverhalt ein identischer sei. Dadurch würden ausgewählte Therapien zum Teil nicht praktikabel, weil die Kosten des Materials das Honorar übersteigen. Als längst überfällige Maßnahme forderte die Vollversammlung der BLZK das Gesundheitsministerium einmal mehr auf, den Punktwert der GOZ schnellstmöglich um den vollen Wertausgleich seit 1. Januar 1988 anzuheben. Die bis dato ausgebliebene Anhebung jenes Punktwertes stellte zudem einen Verstoß gegen den weiter oben ausgeführten § 15 des Zahnheilkundegesetzes dar, wonach „den berechtigten Interessen der Zahnärzte und der zur Zahlung der Entgelte Verpflichteten“ Rechnung zu tragen ist.⁴⁰³

3.5.4 Fazit

Das Liberalisierungskonzept der BLZK von 1990 umfasste neben der Loslösung von reinen Verwaltungsaufgaben auch ein Umdenken im Bereich der Versicherungspolitik. Stärkung der Freiberuflichkeit und berufspolitische Bildung wurden vorangetrieben und als entscheidende Inhalte in der Standespolitik eingestuft. Die Überarbeitung der zahnärztlichen Vergütung wird seit Jahren gefordert; von einer adäquaten Bemessung ist man aber weit weg. Tatsächlich wurde eine monetäre Anpassung des Punktwertes in der GOZ von 2012 nicht abgebildet. So sei es bei der Novellierung eher um die Entlastung der angespannten staatlichen Haushalte gegangen. Der Grundgedanke hinter einer Gebührenordnung für Zahnärzte aber ebnete jedenfalls die Etablierung damaliger Randbereiche der Zahnheilkunde. Allen voran die Implantologie konnte, durch die Möglichkeit einer Vergütung durch Privattarife, stetig weiterentwickelt werden und stellt heute ein gängiges Verfahren in deutschen Zahnarztpraxen dar. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Punktwerte der GOZ grundsätzlich massiv überarbeitungswürdig sind, die Gebührenordnung als Intervention für mehr Fortschrittlichkeit in der Zahnmedizin aber als Maßstab galt.

⁴⁰³ Öttl in BZB 1-2/2010, 10.

4 Diskussion

Greift man abschließend die initiale Frage auf, ob die Zahnmedizin in Bayern durch den Einfluss der Bayerischen Landes Zahnärztekammer einen merklichen Aufwind erlebt hat, kann man diese unter bestimmten Umständen mit „Ja“ beantworten.

Dafür spricht der *Modernisierungskurs* der Kammer speziell ab 1990.⁴⁰⁴ Der Entwicklungsprozess vom staatsnahen Verwaltungsorgan zur liberal handelnden Selbstverwaltung mit Servicebestreben ist auf den politischen Führungswechsel in ebendiesem Zeitraum zurückzuführen und brachte die Einführung wichtiger neuer Ressorts mit sich.⁴⁰⁵ Daraus resultierende Handlungen, wie die Fachzahnarztausbildung Kieferorthopädie⁴⁰⁶ und Oralchirurgie nach dem Münchner Modell, seien hier primär genannt. Sie sind allerdings nur als Ausnahmeerscheinung im starren Netz standespolitischer Regulatorien zu betrachten.

Dass die *Forschung* auf dem Gebiet der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde Mitte der 1970er Jahre durch ein Missverhältnis zwischen Lehrbelastung und Personalressourcen nicht zukunftsweisend genug erfolgte, steht auf einem anderen Blatt. Daraus resultierte ein Mangel an habilitiertem Nachwuchs sowie eine Wettbewerbsschmälerung im internationalen Vergleich.⁴⁰⁷ Auch Anfang der 2000er Jahre entspannte sich die prekäre Lage immer noch nicht gänzlich, was zur Folge hatte, dass sich die deutsche Zahnmedizin eben nicht mit den *Vorreitern im internationalen Vergleich* messen konnte.⁴⁰⁸ Bestrebungen in der bayerischen Universitätspolitik wurden zwar initiiert, fanden jedoch – meist aus budgetären Gründen – keine ausreichende Berücksichtigung.⁴⁰⁹

Dennoch konnte belegt werden, dass Deutschland an der globalen Modernisierung in der Zahnmedizin zumindest partizipierte. Speziell ab den 1990er Jahren hielten das *Internet* und die *Digitalisierung* auch Einzug im Bereich der zahnärztlichen Wissensgenerierung. Dies festigte innerhalb der bayerischen Weiterbildungsinstitute die Handlungsweise, Referenten mit nicht-deutschem Hintergrund zu engagieren.⁴¹⁰ Was den Vortragsreihen zunächst ein kosmopolitisches und modernes Flair bescherte, wurde Ende der 1990er Jahre mehr und mehr zur Bremse bei den Teilnehmerzahlen.⁴¹¹ Ein

⁴⁰⁴ Vgl. S. 121.

⁴⁰⁵ Vgl. S. 86.

⁴⁰⁶ Vgl. S. 59-61.

⁴⁰⁷ Vgl. S. 22.

⁴⁰⁸ Vgl. S. 22.

⁴⁰⁹ Vgl. S. 22.

⁴¹⁰ Vgl. S. 54.

⁴¹¹ Vgl. S. 54.

Hauptargument dafür war die fehlende Möglichkeit, die erlernten Praktiken und Behandlungen in den deutschen Praxisalltag zu integrieren, geschweige denn von der Krankenkasse vergütet zu bekommen.⁴¹² Was profan klingt, zeigte dennoch große Wirkung: je praktischer und realer die Inhalte einer Kursreihe konstruiert sind, desto besser sind die erlernten Fähigkeiten in der eigenen Praxis umsetzbar.⁴¹³ Was als eine Art *Rückbesinnung* auf regionale und nationale Kompetenzen einzuordnen ist, trifft freilich nur auf den Anteil derer Zahnärzte zu, die freiberuflich in eigener Praxis tätig sind. Für den universitären Betrieb in Forschung und Lehre ist internationaler Austausch selbstverständlich essentiell. Nichtsdestotrotz konnte die bayerische Zahnmedizin durch diese Erkenntnis offensichtlich ein Gros an Klasse und Selbstvertrauen zurückgewinnen. Dies widerlegt die These, dass Qualität zahnmedizinischer Fort- und Weiterbildung proportional zur Internationalität der Vortragenden ansteigt.

Betrachtet man das Thema der zahnärztlichen *postgradualen Fortbildung* ganz allgemein und ohne nur auf die bayerische Situation einzugehen, hat sich für mich im Laufe der Recherche folgende Frage gestellt:

Inwieweit haben Fachweiterbildungen im Bereich der verschiedenen zahnmedizinischen Disziplinen auf universitärer Ebene, aber auch im Bereich der Weiterbildungen über Zahnärztekammern, Fachgesellschaften und privaten Initiativen zur Modernisierung unseres Faches beigetragen?

Das Ergebnis der vorliegenden Forschung zeigt, dass das Interesse an zahnärztlicher Fortbildung im Betrachtungszeitraum kontinuierlich anstieg.⁴¹⁴

Zahnärzte als *potenzielle Teilnehmer* von postgradualer Fortbildung zeichnen sich als umtriebige medizinische Berufsgruppe aus: trotz aller *Einengung hinsichtlich GKV*⁴¹⁵ bildeten und bilden sich Zahnärzte stetig postgradual fort. Oder passiert dies im Gegenteil *wegen* des eingeschränkten finanziellen Handlungsspielraums? Die Interpretation der Literatur lässt den Schluss zu, dass niedergelassene Zahnärzte deutschlandweit eben nicht in einer phlegmatischen Schockstarre verharrten, sondern den Weg der politisch-liberalen Offensive wählten – getreu dem Motto: „*Wissen ist Macht*“.⁴¹⁶

Die Beibehaltung der Konkurrenzfähigkeit auch gegenüber den Mitbewerbern macht es für den Zahnarzt notwendig, Kenntnisse über Praktiken, Werkstoffe oder diverse Verfahren zu erwerben und zeigt einmal mehr, dass sich in der Zahnmedizin sowohl *Praxis* als auch *Wissenschaft* gegenseitig bedingen.⁴¹⁷

⁴¹² Vgl. S. 63.

⁴¹³ Vgl. S. 57.

⁴¹⁴ Vgl. S. 48, 52.

⁴¹⁵ Und hier vor allem das mit 1. Januar 2004 eingeführte GKV-Modernisierungsgesetz (GMG).

⁴¹⁶ Vgl. S. 52-53.

⁴¹⁷ Vgl. S. 122.

Doch wie manifestierte sich der durchaus dynamische Mechanismus von *Angebot* und *Nachfrage* in der zahnärztlichen Fortbildung? Es sollte nicht überraschen, dass die rege Fortbildungstätigkeit insbesondere jene der niedergelassenen Zahnärzte, natürlich ebenso die Partizipanten auf der *Angebots-Seite* auf den Plan rief: Ein Potpourri aus Anbietern mit den unterschiedlichsten Motiven⁴¹⁸ beherrscht heute den hart umkämpften Markt der zahnärztlichen Fortbildung.⁴¹⁹ Als Positivum sind Weiterbildungsprogramme der Kammern und Fachgesellschaften zu nennen. Unterscheiden sie sich grundlegend hinsichtlich der Zielgruppen, wird allerdings beiden sehr gute Qualität im Angebot der einzelnen Kursprogramme zugesprochen.⁴²⁰ Anbieter kommerzieller Fort- und Weiterbildung kämpfen hingegen oft mit dem Ruf, fragliche Qualität zu liefern.⁴²¹ Alleine schon die Fülle der Angebote jener gewerblichen Institutionen muss Grund zur kritischen Selektion geben. Unbestritten ist andererseits auch die Tatsache, dass eine Vielzahl von privaten Anbietern eben auch zur Heterogenität für die am freien Markt herrschenden Gepflogenheiten beitragen.

Bis zuletzt bewegte sich prägraduale Lehre in der Zahnmedizin im Rahmen einer *Approbationsordnung* aus dem Jahre 1955. Lange herbeigesehnt, erhielt die Zahnheilkunde durch eine eigene Approbationsordnung, neben anderen Faktoren, das gewünschte *akademische Standing*, welches für die Humanmedizin schon lange galt. Eine Errungenschaft, die der deutschen Zahnärzteschaft endlich auch Kompetenzen in der wissenschaftlich-universitären Liga zuschrieb.⁴²² Und dies vor dem Hintergrund der schwierigen Jahre der Nachkriegszeit. Dass eine Studienordnung nach fast 70-jährigem Bestehen allerdings nicht mehr den wissenschaftlichen wie auch pädagogischen Anforderung entspricht, sollte nicht überraschen. Die Vorschläge der BLZK zur Novellierung der Approbationsordnung aus dem Jahre 1992⁴²³ sollten in ähnlicher Form auch so umgesetzt werden, allerdings erst knapp 30 Jahre später. Wobei sich die BLZK hierbei bestimmt nicht als Urheber verantwortlich zeigten.⁴²⁴ Den Anstoß zur Diskussion lieferte vielmehr der Wissenschaftsrat im Jahre 2005.⁴²⁵ Basierend auf einer von ihm durchgeführten Datenerhebung stellte er der deutschen Universitätszahnmedizin eine ernüchternde Prognose aus. Eine Reform rückte, ungeachtet der nachdrücklichen Androhungen des Wissenschaftsrats, jedoch in weite Ferne und sollte sich um viele weitere Jahre verzögern.

⁴¹⁸ politische wie auch wirtschaftliche, Anm.

⁴¹⁹ Vgl. S. 45.

⁴²⁰ Vgl. S. 51.

⁴²¹ Vgl. S. 45.

⁴²² Vgl. S. 67-68.

⁴²³ Vgl. S. 68.

⁴²⁴ Vgl. S. 75.

⁴²⁵ Vgl. S. 70.

Ein maßgeblicher Grund dafür, dass die Umsetzung erst im Jahre 2021 erfolgte, war, dem Vernehmen nach, mitunter ein budgetärer.⁴²⁶

Bei der Recherche konnte allerdings auch ein weiterer Grund für eine mögliche Reformverzögerung aufgespürt werden. Dabei handelt es sich um die offenkundig bestehende Priorisierung des Studiengangs der Humanmedizin – in diesem Falle werden dafür simplifiziert die Unterschiede in der Größenordnung verantwortlich gemacht.⁴²⁷ Insofern wurde die Einführung der *ärztlichen Approbationsordnung* der ZApprO vorgezogen, was – sieht man von den müßigen Verhandlungen einmal ab – auch Vorteile für die Zahnmedizin erzeugte. Unbestritten bildet die nunmehrige Angleichung an humanmedizinische Themen und die Vernetzung mit Querschnittsfächern einen entscheidenden Schritt in Richtung zeitgemäßer Lehre, wobei die ÄApprO von 2002 abermals wichtige Vorlagen für unser Fachgebiet lieferte. Die Änderung birgt Potential für eine enorme fachliche Aufwertung, welche von Landespolitik (BZÄK), Universität (VHZMK) und Wissenschaft (DGZMK) gleichermaßen begrüßt wurde.⁴²⁸

Ändert man nun aber den Betrachtungswinkel, könnte man entgegenhalten, dass sich die Prüfungsordnung für Zahnärzte nicht nur aufgrund des starren Reformationsapparats sehr lange hielt, sondern sich aufgrund zweifelsfrei sinnstiftender Aspekte lange Jahre bewährte. Die frühe Anknüpfung an prothetische Themen und eine intensive zahntechnische Ausbildung bildeten ein wichtiges Fundament im Studium der Zahnheilkunde. Generationen von Zahnärzten in Deutschland studierten nach diesem Lehrplan und profitierten nicht selten von Fertigkeiten, welche im zahntechnischen Labor an der Universität generiert wurden. Es bleibt zu hoffen, dass sich die fachliche Legitimation der Zahnmedizin durch eine moderne Approbationsordnung zusehends weiterentwickelt, bewährtes aber gleichzeitig nicht in Vergessenheit gerät.

Auf nationaler Ebene führte mitunter auch die *Sozialgesetzgebung* zu einer Stagnation der Modernisierung in der Zahnheilkunde.⁴²⁹ Der aus dem Jahre 1962 stammende BEMA in der gesetzlichen Krankenversicherung hatte zur Folge, dass technische Neuerungen aufgrund fehlender Vergütung schlicht nicht zur Anwendung kamen.⁴³⁰ Die BLZK forderte dazu bereits in den frühen 1990er Jahren eine Umstrukturierung hin zu einem liberalisierten Konzept in der zahnärztlichen Versorgung.⁴³¹ Die strikte Trennung von Vertrags- und Wahlleistungen sollte eine zusätzliche Belastung der Solidargemeinschaft verhindern, im Umkehrschluss elektive Leistungen aber ermöglichen.⁴³² Ein so geschaffener Zugang

⁴²⁶ Vgl. S. 70.

⁴²⁷ Vgl. S. 119.

⁴²⁸ Vgl. S. 72.

⁴²⁹ Vgl. S. 25, 88.

⁴³⁰ Vgl. S. 25-26.

⁴³¹ Vgl. S. 85, 87, 122.

⁴³² Gebührenverzeichnis KZBV 2021.

zur modernen Zahnheilkunde war ein grundlegender Baustein in der Umsetzung fortschrittlicher Konzepte in der GKV. Die Einführung der Neuordnungsgesetze im Jahr 1997 wird somit als positive Intervention des Bundes angesehen – einen nicht unwesentlichen Anstoß dazu lieferte erwähnenswerterweise die BLZK.⁴³³

Einer weiteren kritischen Betrachtung in der GKV wurden die *Prothetikverträge* unterzogen, welche es den Zahnärzten und zahntechnischen Laboren ab dem Jahre 1974 ermöglichte, nie dagewesene Umsätze für Zahnersatz zu generieren.⁴³⁴ Durch die Übernahme sämtlicher Kosten über Versicherungsträger kam es zu einer opportunistischen Eigendynamik aller Marktteilnehmer in der Prothetik, worunter zusehends die Güte der Arbeiten zu leiden hatte.⁴³⁵ Die chronische Überreizung sämtlicher Personal- und Verwaltungskapazitäten durch vielfach höhere Arbeitsbelastung tat sein Übriges und verminderte das Qualitätsniveau in der prothetischen Versorgung der Patienten zusätzlich.⁴³⁶

Die GOZ als Vehikel in der PKV wird bis heute kontrovers diskutiert. Zum einen fand eine Erhöhung des Punktwertes bis heute nicht statt, was zur Folge hat, dass die Behandlung von Privatpatienten einen Kalkulationsspielraum schlicht nach wie vor nicht zulässt.⁴³⁷ Diese *Nullrechnung* ist entstanden durch längst veraltete Gebührensätze – eine Anpassung an die herkömmliche Preisentwicklung von Lebenshaltungskosten wurde versäumt. Auch die Einführung des Euro im Jahr 2002 wurde nicht als Anlass dafür genommen, die Punktwerte auf ein zeitgemäßes Preisniveau anzuheben.⁴³⁸

Andererseits enthält die GOZ einen umfangreichen Leistungskatalog, welcher für die Abrechnung mit Privatpatienten ebenso genutzt wird wie für gesetzlich Versicherte, die außervertragliche Leistungen in Anspruch nehmen wollen. Dadurch wurden die Weichen für aufwändigere Diagnose- und Therapiemethoden gestellt und man konnte von Innovationen aus dem Ausland profitieren.⁴³⁹ Allen voran entwickelte sich die Implantologie zum erfolgreichsten Vertreter neuester Verfahren in der Zahnmedizin. Durch Privatvereinbarungen zwischen Patienten und Zahnarzt im Rahmen der GOZ konnten Implantatversorgungen erstmals standardmäßig abgerechnet werden.⁴⁴⁰ Im Jahr 1995 lag die BRD mit 450.000 gesetzten Implantaten plötzlich auf Platz zwei hinter den USA, was eine sensationelle Reputation für deutsche Implantologen entstehen ließ.⁴⁴¹

⁴³³ Vgl. S. 87-88.

⁴³⁴ Vgl. S. 27-29.

⁴³⁵ Vgl. S. 28.

⁴³⁶ Vgl. S. 28.

⁴³⁷ Vgl. S. 88-89.

⁴³⁸ Statistisches Bundesamt (Fachserie 17) Verbraucherpreisindizes für Deutschland – Jahresbericht: BZÄK 2019 (siehe Abbildung 19).

⁴³⁹ Vgl. S. 63, 76.

⁴⁴⁰ Vgl. S. 26.

⁴⁴¹ BZB 11/1995, 24.

Die bis heute bestehende Skepsis derer Zahnärzte, die sich in der Vergütung ihrer Leistungen überangen und unzureichend wertgeschätzt fühlen, könnte anhand folgender Ableitung teilweise relativiert werden: Da es sich bei privaten Liquidationen von Selbstzahlern immer um eine vorangegangene bilaterale Vereinbarung zwischen Patienten und Zahnarzt handelt und dies das Einverständnis beider voraussetzt, macht dies die GOZ ohnehin entbehrlich.⁴⁴² Ob sich dieser Ansatz durchsetzen wird und – vor allem – wie die zukünftige Ausgestaltung der Punktwerte aussehen kann, bleibt abzuwarten.

Wenn man sich nun auf die Suche nach klassischen *Pioniernationen* in der Zahnmedizin begeben müsste, fallen jene zwei immer wieder ins Auge: Skandinavien und die USA. Doch womit zeichnen sich die genannten Nationen im Hinblick auf zahnmedizinische Innovationen aus? Welche Forschungsschwerpunkte wurden gesetzt? Was davon konnte auch in Deutschland etabliert werden?

In Skandinavien, so konnte herausgefunden werden, herrschen klar die Themenschwerpunkte *Prävention* und *zahnärztlicher Prophylaxe* vor. Untersuchungen von Axelsson⁴⁴³, Ramfjord⁴⁴⁴ und etlichen weiteren fanden über die Landesgrenzen hinaus Beachtung und leiteten auch in Deutschland ein neues Zeitalter bezüglich Mundgesundheit ein. Exzellent ausgeführte Gnathologie, welche für deutsche Zahnärzte in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts vielfach das Maß aller Dinge darstellte, wurde allmählich von der präventiv orientierten Zahnheilkunde eingeholt.⁴⁴⁵ Ein Anstoß, der in Bayern die LAGZ in Sachen Gruppenprophylaxe hervorbrachte und landesweit die Individualprophylaxe in den zahnärztlichen Alltag integrierte.⁴⁴⁶ Kritisch betrachtet werden muss die PZR allerdings, wenn sie breitflächig und nach Gießkannenprinzip eingesetzt wird – der wirtschaftliche Faktor und die Relevanz als Einnahmequelle für den niedergelassenen Zahnarzt nimmt hier eine denkbar mächtige Position ein.⁴⁴⁷ Unbestritten ist die Tatsache, dass zahnärztliche Prävention in all ihren unterschiedlichen Facetten seit Jahren zur überwiegend guten Mundgesundheitssituation der Deutschen beiträgt.⁴⁴⁸ Womit man in der Prävention allerdings weit zurückfiel, ist die defizitäre Präsenz an den Universitäten. Weder gibt es Lehrstühle dahingehend, noch wird dem Thema genügend Raum in der Lehre gegeben.⁴⁴⁹

Ganz generell ist der Entscheidungsapparat bezüglich Etablierung neuer *Forschungsschwerpunkte* in der Zahnmedizin als sehr rigide einzustufen. Die Zurückhaltung in der Einführung von weiteren Spezialisierungen hat, so scheint es, ihren Ursprung in der schwierigen Abkapselung der Zahnmedizin von

⁴⁴² Vgl. S. 89.

⁴⁴³ Vgl. S. 31-34.

⁴⁴⁴ Vgl. S. 34.

⁴⁴⁵ Vgl. S. 32.

⁴⁴⁶ Vgl. S. 78-80.

⁴⁴⁷ Vgl. S. 81.

⁴⁴⁸ Vgl. S. 77-80.

⁴⁴⁹ Vgl. S. 77.

der Humanmedizin im 19. Jahrhundert.⁴⁵⁰ Man fürchtet bis heute die Zersplitterung der Zahnmedizin in *redundante Randdisziplinen*. Die größte Angst liegt aber womöglich in der Annahme, dass durch neue Fachzahnarztgebiete eine *Degradierung der traditionsbewussten zahnärztlichen Generalisten* stattfinden könnte.⁴⁵¹ Aber ist durch Spezialisierung die *Einheitlichkeit der Zahnheilkunde* im Sinne eines *unteilbaren Tätigkeitsbereichs*⁴⁵² tatsächlich gefährdet? Oder machen Spezialisierungen eine medizinische Disziplin erst heterogen? Ein Blick in die USA lässt diese Frage eindeutig mit „Ja“ beantworten.⁴⁵³ Eine *Überschwemmung* durch Spezialisten ist absolut nicht zu befürchten; vielmehr soll es zu einer gesunden Angebotserweiterung in der zahnärztlichen Versorgung kommen.⁴⁵⁴ Wohlgleich das deutsche Gesundheitssystem ohnehin Vorkehrungen dafür getroffen hat, das *zahnärztliche Tagesgeschäft* auch in Zukunft in den Händen der generalistisch tätigen Zahnärzte zu belassen. Ein konsequentes Forcieren von zahnärztlicher Spezialisierung in Deutschland wäre wünschenswert – zum einen für die Angebotserweiterung des aufgeklärten Patienten und zum anderen für ein buntes und vielgestaltiges medizinisches Fachgebiet.⁴⁵⁵ Ferner darf man sich niemals zu der Annahme hinreißen lassen, medizinische Heilkunde sei eine beliebig reproduzierbare, vervielfältigbare Arbeitsleistung. Wäre sie eine solche, würden Ärzte und Zahnärzte in ihrem täglichen Tun nach *allumfassender normierter Qualität* streben – was Spezialisierungen im Grunde tatsächlich überflüssig mache. Der Status quo zu diesem Thema könnte kurz und knapp folgendermaßen beschrieben werden: Fachgesellschaften, Universitäten und BLZK sind bestrebt, Auffächerung in der Zahnmedizin zu betreiben, während die KZVen und freie Verbände eher eine kritisch abwartende Position einnehmen.⁴⁵⁶

Abschließend kann gesagt werden, die BLZK hat einen nicht unwesentlichen Teil dazu beigetragen, dass Zahnmedizin hierzulande auf einem hohen Niveau ausgeübt, gelehrt und erforscht wird.

Allerdings gelingt es rückblickend nicht, den Beitrag der BLZK auf den Professionalisierungsprozess der Zahnheilkunde solitär zu betrachten. Vielmehr kann auf eine Symbiose unterschiedlichster Einflussfaktoren während des Betrachtungszeitraums hingewiesen werden. Hier greifen Interessenvertretungen, unterschiedliche Beteiligte auf Bundesebene, politische Vorgaben, die bestehende Rechtslage, Universitäten sowie Kammern wie Zahnräder ineinander. Mit Sicherheit brachte die Recherche aber folgendes zutage: die Bayerische Landes Zahnärztekammer tritt auf Länderebene proaktiv für die Legitimation des zahnärztlichen Berufs ein.

⁴⁵⁰ Vgl. S. 37-38.

⁴⁵¹ Vgl. S. 42-43.

⁴⁵² Vgl. S. 45.

⁴⁵³ Vgl. S. 35-36.

⁴⁵⁴ Vgl. S. 40.

⁴⁵⁵ Vgl. S. 40.

⁴⁵⁶ Vgl. S. 40-41.

Quellenverzeichnis

Archivalien

Persönliche Redemanuskripte aus dem Nachlass Joseph Kastenbauers:

Bericht des Präsidenten zur Vollversammlung der BLZK über den Zeitraum vom 17.11.1990 bis 2.11.1991.

Bericht des Präsidenten der Bayerischen Landes Zahnärztekammer zur Vollversammlung am 4. Dezember 1998.

Aufgaben und Schwerpunkt einer modernen Zahnheilkunde. Kurzreferat für die Pressekonferenz zum 33. Bayerischen Zahnärztetag am 29. Mai 1992.

Gedruckte Quellen

Festschrift zur Delegiertenversammlung des Landesverbandes Bayern am 5. und 6. Mai 1995 in Nürnberg/Fürth. Hrsg. Freier Verband Deutscher Zahnärzte. München 1995.

Fortbildungsprogramm BLZK. Hrsg. BLZK. München 2001.

Gedanken zum 20-jährigen Jubiläum der Akademie. Hrsg. BLZK. München 1996.

Hornstein, Otto: Ärztliches Berufsethos - Grundlagen und aktuelle Entwicklungen. Vortrag auf der Interdisziplinären Tagung an der Katholischen Universität Eichstätt anlässlich des 60. Jahrestages der Nürnberger Ärzteprozesse 2006.

Resolution der Arbeitsgemeinschaft Hochschulmedizin Hrsg. Arbeitsgemeinschaft Hochschulmedizin. 2009.

Gesetzestexte und Verordnungen

BEMA Einheitlicher Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen gemäß § 87 Abs. 2 und 2h SGB V. Stand: 1. Januar 2021.

Verordnung zur Neuregelung der zahnärztlichen Ausbildung vom 08.07.2019. BGBl. I 2019 S. 933.

Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Stand 5. Dezember 2011.

Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz – GRG) Gesundheits-Reformgesetz vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477) das zuletzt durch Artikel 105 des Gesetzes vom 27. April 1993 (BGBl. I S. 512) geändert worden ist.

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477).

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 38 des Gesetzes vom 20. August 2021 (BGBl. I S. 3932) geändert worden ist.

Prüfungsordnung für Zahnärzte vom 26.01.1955. BGBl. I 1955 S. 37.

Literaturverzeichnis

Analoge Standards für Medizin und Zahnmedizin gefordert. *Zahnärztliche Mitteilungen* 111 (3/2021) S. 24-25.

Antes, Gerd; Türp, Jens Christoph: Evidenzbasierte Zahnmedizin - aktueller Stand. *Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift* 68 (2/2013) S. 72-75.

Axelsson, Per; Lindhe, Jan: The significance of maintenance care in the treatment of periodontal disease. *Journal of Clinical Periodontology* 8 (1981) S. 281-294.

Bayerische Landes Zahnärztekammer wählt neue, junge Führungsspitze. *Bayerisches Zahnärzteblatt* 29 (12/1990) S. 12-15.

Berger, Christian: Rolle und Selbstverständnis der Berufsverbände. In: *Weißbuch der ZahnMedizin* (Bd. 1). Berlin 2007. S. 246-261.

Berger, Christian: Zukunftsfähige postgraduale Fort- und Weiterbildung. *Bayerisches Zahnärzteblatt* 45 (1/2008) S. 8-9.

Bergmann-Krauss, Barbara; Müller, Paul: Angebot und Inanspruchnahme zahnärztlicher Fortbildung. *Zahnärztliche Mitteilungen* 81 (1/1991) S. 27-29.

Bergmann-Krauss, Barbara; Müller, Paul: Viel mehr Fortbildung als vor vier Jahren. *Zahnärztliche Mitteilungen* 84 (18/1994) S. 34-36.

Brucker, Peter: Evidence-based vs. Eminence-based Medicine in der Orthopädie. *Arthroskopie* 24 (2010) S. 189-193.

DGP für das Weiterbildungsgebiet "Parodontologie". *Bayerisches Zahnärzteblatt* 35 (3/1996) S. 52.

Dielert, Eckhard: Prophylaxe, Parodontologie und Prothetik. *Bayerisches Zahnärzteblatt* 36 (6/1997) S. 32-34.

Einwag, Johannes: Einordnung der Ergebnisse in den internationalen Forschungsstand - Zahnmedizinischer Teil: Zur Kariesprävalenz. In: *Mundgesundheitszustand und -verhalten in der Bundesrepublik Deutschland* (Bd. 11.1). Hrsg. IDZ. Köln 1991. S. 391-397.

Folwaczny, Matthias: Wie kann der Zahnarzt konkurrenzfähig bleiben? *Bayerisches Zahnärzteblatt* 36 (3/1997). S. 51-52.

Frank, Michael: Kompetenzsicherung durch Fort- und Weiterbildung. In: *Weißbuch der ZahnMedizin* (Bd. 2). Berlin 2007. S. 71-84.

- Fuchs, Peter: IUZ Initiativkreis umfassende Zahnerhaltung: Bilanz und Perspektive. *Bayerisches Zahnärzteblatt* 34 (11/1995) S. 28-31.
- Gleau, Michael: Interview mit Professor Dr. Johannes Einwag. *Bayerisches Zahnärzteblatt* 48 (3/2011) S. 48-49.
- Groß, Dominik: Die Herausbildung der Spezialdisziplinen. *Zahnärztliche Mitteilungen* 106 (11/2016). S. 82-94.
- Groß, Dominik; Schäfer, Gereon: *Geschichte der DGZMK, 1859-2009*. Berlin 2009.
- Groß, Dominik: Beiträge zur Geschichte und Ethik der Zahnheilkunde. Würzburg 2006.
- Grummt, Carl Ernst; Mühlbauer, Karl: Prophylaxe 2000 - eine Initiative der Bayerischen Zahnärzte. *Bayerisches Zahnärzteblatt* 32 (4/1993) S. 25-27.
- Gutes Geld für schlechte Zähne. *Der Spiegel* 32. (22/1979) keine Seitenangabe.
- Hellwege, Klaus-Dieter (ohne Titel): *Bayerisches Zahnärzteblatt* 30 (7-8/1991) S. 25-26.
- Hellwig, Elmar; Lauer, Hans-Christoph; Wagner, Wilfried: Neubeschreibung einer präventionsorientierten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. In: *Weißbuch der ZahnMedizin* (Bd. 2). Berlin 2007. S. 43-50.
- Hickel, Reinhard: Bachelor/Master in Medizin und Zahnmedizin? *Bayerisches Zahnärzteblatt* 46 (7-8/2009) S. 14-15.
- Hickel, Reinhard; Reinert, Siegmund: (2007). Strukturen: Institutionelle Zuordnung - Binnenstrukturen - Fächerspektren. In: *Weißbuch der ZahnMedizin* (Bd. 2). Berlin 2007. S. 53-56.
- Ismair, Stefan: *Die historische Entwicklung in der zahnmedizinischen Versorgung unter dem Einfluss der Sozialpolitik*. München. Med. Dent. Diss. 2014.
- Kasper, Bernd: *Statistische Erhebungen zur zahnärztlichen Fortbildung an der bayerischen Akademie für zahnärztliche Fortbildung*. München. Med. Dent. Diss. 1983.
- Kastenbauer, Joseph: In stürmischer Zeit zu mehr Freiheit! *Bayerisches Zahnärzteblatt* 30 (1/1991) S. 3.
- Kastenbauer, Joseph: Sozialpolitische Situation und Fortentwicklung der Zahnheilkunde. *ADZ speziell* (1991) S. 10.
- Kastenbauer, Joseph: Zahnmedizin jetzt und zukünftig. *Bayerisches Zahnärzteblatt* 31 (6/1992) S. 8-14.
- Kastenbauer, Joseph: Der 34. Bayerische Zahnärztetag - ein besonderes Ereignis. *Bayerisches Zahnärzteblatt* 32 (4/1993) S. 3.
- Kastenbauer, Joseph: Initiativkreis umfassende Zahnheilkunde (IUZ) - eine Initiative der Bayerischen Landes Zahnärztekammer. *Bayerisches Zahnärzteblatt* 32 (11/1993) S. 42.
- Kastenbauer, Joseph: Wissen ist das größte Kapital. *Zahnärztliche Mitteilungen* 90 (22/2000) S. 28.

Kimmel, Karlheinz: *Erinnerungen, Perspektiven, Impulse - Die zahnmedizinisch-zahntechnische Fachwelt 1945-2002*. Koblenz 2003.

Klaiber, Bernd: *100 Jahre Zahnklinik Würzburg 1912 - 2012*. Würzburg 2012.

Klotz, Peter; Heindl, Hubert; Marbaise, Jürgen: *GOZ-Fibel der Bayerischen Landes Zahnärztekammer (BLZK) zur Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)*. Hrsg. BLZK. München 2005.

Kluth, Winfried: Handlungsempfehlungen. In: *Weißbuch der ZahnMedizin* (Bd. 1). Berlin 2007. S. 291-298.

Knüpper, Peter: Jede dritte Mark für Fortbildung - Haushaltsvolumen der BLZK bei 14,3 Millionen. *Bayerisches Zahnärzteblatt* 36 (4/1997) S. 10-11.

Knüpper, Peter: Neue Weiterbildungsordnung tritt zum 1. Januar 2004 in Kraft. *Bayerisches Zahnärzteblatt* 40 (11/2003) S. 4-5.

Knüpper, Peter: Vollversammlung novelliert Weiterbildungsordnung. *Bayerisches Zahnärzteblatt* 40 (1-2/2003) S. 13-14.

Knüpper, Peter: Eine Gratwanderung; Fortbildung - Zertifizierte Fortbildung - Zwangsf Fortbildung. *Bayerisches Zahnärzteblatt* 41 (3/2004) S. 4-6.

Knüpper, Peter: (K)eine akademische Diskussion. *Bayerisches Zahnärzteblatt* 47 (5/2010) S. 9.

Knüpper, Peter: Approbationsordnung: Bayern macht Druck. *Bayerisches Zahnärzteblatt* 56 (3/2019) S. 9.

Kohl, Isolde (ohne Titel): *Bayerisches Zahnärzteblatt* 39 (12/2002) S. 5-6.

Locher, Wolfgang: *100 Jahre zahnmedizinische Lehrstühle an der Universität München*. München 1998.

Löst, Claus: Die Spezialisierungen kommen - so oder so! *Zahnärztliche Mitteilungen* 89 (5/1999) S. 38-43.

Lövdal, Arne; Arno, Arnulf; Schei, Olav; Waerhaug, Jens: Combined effect of subgingival scaling and controlled oral hygiene on the incidence of gingivitis. *Acta Odontologica Scandinavica*, 19 (3-4/1961).

Maretzky, Kurt; Venter, Robert: *Geschichte des deutschen Zahnärzte-Standes*. Hrsg. Bundesverband der Deutschen Zahnärzte e.V. Köln 1974.

Micheelis, Wolfgang; Bergmann-Krauss, Barbara; Reich, Elmar: Rollenverständnis von Zahnärztinnen und Zahnärzten in Deutschland zur eigenen Berufsausübung – Ergebnisse einer bundesweiten Befragungsstudie. Hrsg. Institut der Deutschen Zahnärzte. Köln 2010.

Müller, Otmar; Prchala, Gabriele: Prophylaxe lebt von Pluralität. *Zahnärztliche Mitteilungen* 93 (9/2003) S. 32-35.

Narr, Helmut: Die kieferorthopädische Behandlung im Lichte der Rechtsprechung. *Bayerisches Zahnärzteblatt* 28 (11/1989) S. 14-19.

Nover, Ulrike: Die LAGZ - eine Erfolgsgeschichte. *Bayerisches Zahnärzteblatt* 45 (6/2008) S. 28-29.
Öffnung der Kassenpraxis für die Fortschritte der Zahnmedizin. *Bayerisches Zahnärzteblatt* 30 (3/1991) S. 35-36.

Öttl, Christian: Zeitgemäße Gebührenordnung; Forderung der BLZK-Vollversammlung an eine neue GOZ. *Bayerisches Zahnärzteblatt* 47 (1-2/2010) S. 10.

Petereit, Sibylle: Fort- und Weiterbildung amerikanischer Zahnärzte. *Zahnärztliche Mitteilungen* 87 (24/1997) S. 82-83.

Polig, Astrid: *Vergleich der Plaque-Entfernung zweier elektrischer Zahnbürsten gegenüber einer Handzahnbürste*. München. Med. Dent. Diss. 2006.

Positionspapier von DGZMK und VHZMK. Fortbildung, Weiterbildung und postgraduale Studiengänge. *Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift* 64 (2/2009) S. 117-119.

Quadflieg-Kraft, Linda: Die eazf hat viel Potenzial; Geschäftsführer Stephan Grüner zum Jubiläum der Fortbildungsakademie. *Bayerisches Zahnärzteblatt* 51 (11/2014) S. 14-16.

Quo vadis Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde? Zahnmedizin oder Zahntechnik? Stellungnahme der bayerischen Hochschullehrer. *Bayerisches Zahnärzteblatt* 41 (9/2004) S. 7-9.

Rat, Janusz: *GOZ-Fibel: Kommentar zur Berechnung ausgewählter Leistungen*. Hrsg. BLZK. München 2002.

Rat, Janusz: Corpus alienum. *Bayerisches Zahnärzteblatt* 45 (7-8/ 2008) S. 3.

Reichart, Peter: Zahnmedizinstudium quo vadis? *Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift* 54 (12/1999) S. 737-738.

Richtlinien der BLZK zur Prüfung der Voraussetzung für die Ermächtigung der Weiterbildung in der Kieferorthopädie. *Bayerisches Zahnärzteblatt* 36 (2/1997) S. 78-80.

Rouenhoff, Otto: *Chronik der Bayerischen Landeszahnärztekammer*. Hrsg. BLZK. München 1998.

Schlagenhauf, Ulrich: Zur Geschichte der Parodontologie in Deutschland. *Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift* 64 (4/2009) S. 262-264.

Schlegel, Dieter: Praxis-"Schwerpunkte" durch Zusatzqualifikation? *Bayerisches Zahnärzteblatt* 37 (9/1998) S. 54-55.

Schneck, Alois; Grüner, Stephan: Fortbildungsakademien der BLZK schreiben schwarze Zahlen. *Bayerisches Zahnärzteblatt* 39 (6/2002) S. 16.

Schrems, Hans Theobald: Aufgaben der Weiterbildungsstätten. *Bayerisches Zahnärzteblatt* 36 (6/1997). S. 27.

Schulte, Willi; Bollinger, Kraft: Forschung und Lehre auf dem Gebiet der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde in der Bundesrepublik Deutschland. Eine Bestandsaufnahme. Hrsg. Bundesverband der Deutschen Zahnärzte. Köln-Löwenich 1976.

- Schwarz, Michael: Auf gleicher Augenhöhe. In: *75 Jahre Bayerische Landes Zahnärztekammer*. Hrsg. BLZK. München 2002. S. 10.
- Staehele, Hans Jörg: Die Geschichte der Fach Zahnärzte in Deutschland. *Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift* 65 (4/2010) S. 206-213.
- Staehele, Hans Jörg: Die Geschichte der Fach Zahnärzte in Deutschland - Nachtrag. *Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift* 65 (11/2010) S. 675-679.
- Stärkung der freiwilligen Fortbildung. *Bayerisches Zahnärzteblatt* 42 (12/2005) S. 68.
- Steinert, Marius: *Historische Entwicklung und Wandel der Aufgaben einer zahnärztlichen Körperschaft dargestellt am Beispiel der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns*. München. Med. Dent. Diss. 2019.
- Tiemann, Burkhard; Herber, Reinhold: *System der zahnärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland*. Hrsg. Forschungsinstitut für die zahnärztliche Versorgung. Köln 1980.
- Tiemann, Burkhard; Klingenberg, David; Weber, Michael: *System der zahnärztlichen Versorgung in Deutschland*. Hrsg. Institut der deutschen Zahnärzte. Köln 2003.
- Vollmuth, Ralf; Groß, Dominik: Zwischen Gütesiegel und Scheinargument: Der Diskurs um die Evidenzbasierte Zahnmedizin am Beispiel der Professionellen Zahnreinigung. *Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift* 72 (5/2017) S. 382-388.
- Vollversammlung der Kammer mit neuem Vorstand sehr zufrieden. *Bayerisches Zahnärzteblatt* 31 (1/1992) S. 6-14.
- Weber, Thomas: *Memorix Zahnmedizin*. Stuttgart 2010.
- Wegmann, Heinrich: Auf dem Weg nach Europa: Orale Prophylaxe der Europäischen Gemeinschaft. *Bayerisches Zahnärzteblatt* 29 (11/1990) S. 34-37.
- Weitkamp, Jürgen: Grußwort. In: *75 Jahre Bayerische Landes Zahnärztekammer*. Hrsg. BLZK. München 2002. S. 7-8.
- Weitkamp, Jürgen: Prolog: Ein freier Beruf und seine professionspolitischen Herausforderungen. In: *Weißbuch der Zahn Medizin* (Bd. 2). Berlin 2007. S. 3-14.
- Whitehouse, Norman: Standardisierte Ausbildung für Spezialisten in der Zahnheilkunde innerhalb der EU? *Bayerisches Zahnärzteblatt* 35 (4/1996) S. 6-8.
- Zahnmedizinische Ausbildung verbessern. *Bayerisches Zahnärzteblatt* 45 (11/2008) S. 18-19.
- Zedelmaier, Helmut: Die aktuelle Seite. *Bayerisches Zahnärzteblatt* 14 (12/1975) S. 195.

Internetrecherche

Onlinekataloge für Bücher und Zeitschriften

Universitätsbibliothek der LMU:

<https://www.ub.uni-muenchen.de/index.html>

(zuletzt aufgerufen am 28.10.2022).

Bayerische Staatsbibliothek:

<https://opacplus.bsb-muenchen.de/metaopac/userAccount.do?methodToCall=start>

(zuletzt aufgerufen am 14.04.2023).

Karlsruher Virtueller Katalog:

<https://kvk.bibliothek.kit.edu/?digitalOnly=0&embedFulltitle=0&newTab=0>

(zuletzt aufgerufen am 01.04.2020).

Artikel aus Online-Zeitschriften

bzb-online:

70 Jahre im Dienste der Zahnärzte und der Patienten.

https://bzb-online.de/wp-content/uploads/2022/02/BZB_9_2020.pdf. September 2020

(zuletzt aufgerufen am 21.09.2022).

Auftakt zu einem neuen Zeitalter der Kammer-Fortbildung.

<https://www.bzb-online.de/mae05/46.pdf>. März 2005

(zuletzt aufgerufen am 21.03.2021).

Kooperation bringt Mehrwert.

https://www.bzb-online.de/julaug04/04_06.pdf. Juli/August 2004

(zuletzt aufgerufen am 22.03.2021).

zm-online:

Bayerns Zahnärzte setzen auf gute Zusammenarbeit mit neuer Pflegevereinigung.

<https://www.zm-online.de/news/detail/bayerns-zahnaerzte-setzen-auf-gute-zusammenarbeit-mit-neuer-pflegevereinigung>

(zuletzt aufgerufen am 10.08.2022).

Die Entwicklung des Zahnarztberufs (11): Die Herausbildung der Spezialdisziplinen

<https://www.zm-online.de/artikel/2016/2016-pzr-neu-gedacht-2016-pzr-neu-gedacht/die-herausbildung-der-spezialdisziplinen>

(zuletzt aufgerufen am 20.03.2023).

GOZ-Novelle 2012 – die wichtigsten Änderungen. Prophylaktische Leistungen.

<https://www.zm-online.de/artikel/2012/kein-konsumgut/prophylaktische-leistungen>

(zuletzt aufgerufen am 08.05.2023).

IGel-Monitor 2018 - Krankenkassen kritisieren "schädliche medizinische Leistungen".
<https://www.zm-online.de/news/politik/krankenkassen-kritisieren-schaedliche-medizinische-leistungen>

(zuletzt aufgerufen am 02.10.2022).

Wegbereiter der präventionsorientierten Zahnmedizin - Per Axelsson ist tot.

<https://www.zm-online.de/news/gesellschaft/per-axelsson-ist-tot/>

(zuletzt aufgerufen am 18.10.2022).

Zahnärztliche Approbationsordnung: Auf der Zielgeraden?

<https://www.zm-online.de/artikel/2017/2017-bezahlen-sie-fuer-ihren-guten-ruf-2017-bezahlen-sie-fuer-ihren-guten-ruf-auf-der-zielgeraden>

(zuletzt aufgerufen am 13.03.2023).

Studien

IGel-Monitor 2012: *Evidenzsynthese "Professionelle Zahnreinigung"*.

<https://www.igel-monitor.de/presse/pressemitteilungen/professionelle-zahnreinigung-mit-unklar-bewertet.html>

(zuletzt aufgerufen am 02.10.2022).

Sonstige

UMG Univeristätsmedizin Göttingen.

<https://www.umg.eu/studium-lehre/studieren-an-der-umg/studiengaenge/zahnmedizin-nach-neuer-approbationsordnung/>

(zuletzt aufgerufen am 17.09.2022).

Wissenschaftsrat. Pressemitteilung 31.01.2005: *Konzentrationsprozess in der Zahnmedizin an den Universitäten erforderlich*

[pm_0505.pdf \(wissenschaftsrat.de\)](http://www.wissenschaftsrat.de/pm_0505.pdf)

(zuletzt aufgerufen am 06.12.2022).

Weitere Quellen

Literatur, welche nicht direkt oder indirekt zitiert wurde, allerdings einen gewissen Überblick über das Themengebiet schuf:

Arbeitswissenschaft in der Zahnheilkunde – Methoden und Ergebnisse. Jahresbericht 1984 der Arbeitsgemeinschaft „Arbeitswissenschaft und Zahnheilkunde“ der DGZMK. Hrsg. Heners, Michael; Krieger, Hanns Georg; Behne, Ernst-August. Berlin 1984.

Dünninger, Peter: *Studienhandbuch des Projektes Qualitätssicherung in der Zahnmedizin: Definitionsphase*. Würzburg 1988.

Dünninger, Peter: *Qualitätssicherung in der Zahnmedizin*. München/Wien 1990.

Fischer, Dörthe: *Friedrich Schröder (1912 - 1996); Leben und Werk*. Würzburg. Med. Dent. Diss. 2003.

Foerst, Renate; Korte, Elke: *Organisation der Lehre und Ausbildungskapazität in der Zahnmedizin*. München 1976.

Franke, Gerhard: Die Empfehlungen des Wissenschaftsrates 1968. *Zahnärztliche Mitteilungen* 58 (9/1968).

Hellwig, Elmar; Klimek, Joachim; Attin, Thomas: *Einführung in die Zahnerhaltung*. Köln 2013.

Herbsttagung der Akademie Praxis und Wissenschaft: Zahnerhaltung durch chirurgische Eingriffe. *Zahnärztliche Mitteilungen* 80 (1/1990). S. 58.

Hoffmann-Axthelm, Walter: *Die Geschichte der Zahnheilkunde*. Berlin 1973.

Konrad, Marlies: *Die Hochschulschriften zur Geschichte der Zahnmedizin 1919 – 1969*. Tecklenburg. Med. Dent. Diss. 1982.

Niethammer, Lutz: *Lebenserfahrung und kollektives Gedächtnis. Die Praxis der „Oral History“*. Frankfurt/Main 1980.

Proskauer, Curt; Witt, Fritz Heinz: *Geschichte und Zeitgeschichte: 60 Jahre Sammlung Proskauer/Witt; zum 100. Geburtstag von Curt Proskauer u. Fritz H. Witt*. Köln 1987.

Schlegel, Dieter: *Bayerischer Zahnärztetag 1989: Aktuelles und Bewährtes aus der Wissenschaft für die Praxis*. München 1989.

Schoengart, Klaus: *Vorstellungen und Berufsziele der Studenten der Zahnmedizin*. München. Med. Dent. Diss. 1974.

Ramfjord, Sigurd; Ash, Major; Spranger, Heinz: *Parodontologie: Fundamente zur Diagnose und Therapie*. München 1984.

Strübig, Wolfgang: *Geschichte der Zahnheilkunde: eine Einführung für Studenten und Zahnärzte*. Köln 1989.

Ullmann, Christian: *Zahnmedizin heute - von der Prophylaxe bis zur Prothetik*. *Süddeutsche Zeitung*. 1994.

Venter, Robert; Franke, Gerhard: *Bundesmantelvertrag (Zahnärzte)*. Köln/Berlin 1962.

Will, Rolf: *Zähne, Menschen und Kulturen: Evolution, phylogenetische und kulturhistorische Aspekte; eine Dokumentation aus Jahrtausenden*. Weißbach 2001.

Wissenschaftsrat: *Empfehlungen zur Verbesserung der Lage von Forschung und Lehre in der Zahnmedizin: verabschiedet am 23. Jan. 1981*. Köln 1981.

Gespräche, Korrespondenz, Telefonate

Telefonate/E-Mail-Korrespondenz/Gespräche mit:

Dauer, Jessica: Archiv BLZK

Fuchs, Peter: Vertiefung Fragebogen

Grüner, Stephan: Geschäftsführer eazf

Hack, Johanna: Bibliothek Zahnklinik München

Halama, Simon: Schreibzentrum LMU

Heubisch, Wolfgang: Vertiefung Fragebogen

Hofmeier, Leo: Pressestelle KZVB

Ismair, Stefan: wissenschaftliches Arbeiten

Krieger, Ingrid: Geschäftsbereich Kommunikation BLZK

Kohl, Isolde: Leiterin Geschäftsbereich Kommunikation BLZK

Millet, Susanne: Bayerisches Hauptstaatsarchiv

Müller-Mayr, Heidrun: Archiv BLZK

Ottmann-Kolbe, Susanne: Leiterin Geschäftsbereich Weiterbildung, GOZ, Gutachterwesen

Oertzen von, Brigitte: Zahnärztliche Mitteilungen

Pangratz, Michael: Justitiar BLZK

Schneck, Alois: Vertiefung Fragebogen

Schrems, Hans Theobald: Weiterbildungsordnung KFO

Schütz, Matthias: Institut für Ethik und Geschichte der Medizin

Steinert, Marius: wissenschaftliches Arbeiten

Tschoepe, Sven: Hauptgeschäftsführer BLZK

Anhang

Gesetzestexte

§ 21, Abs. 1 GRG

Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe)

(1) Die Krankenkassen haben im Zusammenwirken mit den Zahnärzten und den für die Zahngesundheitspflege in den Ländern zuständigen Stellen unbeschadet der Aufgabe anderer gemeinsam und einheitlich Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen ihrer Versicherten, die das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, zu fördern und sich an den Kosten der Durchführung zu beteiligen. Diese Maßnahmen sollen vorrangig in Gruppen, insbesondere in Kindergärten und Schulen, durchgeführt werden; sie sollen sich insbesondere auf Ernährungsberatung, Zahnschmelzhärtung und Mundhygiene erstrecken.

Prüfungs- und Studienordnung der Ludwig-Maximilians-Universität München für den Studiengang Zahnmedizin (2021) vom 20. Januar 2022

§ 6

ECTS-Punkte; Wahlfächer und Wahlpflichtfächer im Sinn der ZApprO

(1) ¹Punkte nach dem European Credit Transfer System (ECTS-Punkte) sind ein quantitatives Maß für die Gesamtarbeitsbelastung der oder des Studierenden. ²Sie umfassen sowohl den unmittelbaren Unterricht in allen in § 8 Abs. 1 Satz 2 angegebenen Unterrichtsveranstaltungen und Unterrichtsformen als auch die Zeit für die Vor- und Nachbereitung des Lehrstoffs (Präsenz- und Selbststudium), den Aufwand für die Prüfungsvorbereitungen und die erbrachten Prüfungsleistungen. ³Ein ECTS-Punkt entspricht einer Arbeitsbelastung von 30 Stunden.

(2) ¹In jedem Semester soll die oder der Studierende die sich aus der jeweiligen Anlage/Spalte 9 ergebenden ECTS-Punkte erwerben. ²ECTS-Punkte werden nur für bestandene Module vergeben.

(3) ¹Die Studierenden können bis zum Ersten Abschnitt der Zahnärztlichen Prüfung ein Wahlfach oder mehrere Wahlfächer im Sinn der ZApprO absolvieren. ²Die Studierenden haben bis zum Dritten Abschnitt der Zahnärztlichen Prüfung ein Wahlpflichtfach abzuleisten. ³Die in Wahlfächern und Wahlpflichtfächern erbrachten Leistungen werden benotet. ⁴Beim akademischen Prüfungsamt wird eine aktuelle Liste mit den von der Medizinischen Fakultät festgelegten Wahlfach- und Wahlpflichtfachangeboten geführt, aus denen die Studierenden frei wählen können.

Studienordnung für den Studiengang Zahnmedizin an der Julius-Maximilians-Universität Würzburg vom 31. März 2021

§ 5

Ausbildung in erster Hilfe, Pflegedienst und Famulatur

(1) ¹Die in § 2 ZApprO vorgeschriebene Ausbildung in erster Hilfe und der Pflegedienst müssen gemäß §§ 13 und 14 ZApprO vor der Meldung zum Ersten Abschnitt der Zahnärztlichen Prüfung

abgeleistet werden. ²Die jeweilige Teilnahme ist bei der Meldung zum Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung nachzuweisen. ³Die Ausbildung in erster Hilfe und der Pflegedienst können bereits vor Beginn des Studiums abgeleistet werden. ⁴Der Pflegedienst muss in einem Abschnitt zu einem Monat abgeleistet werden.

(2) ¹Die vierwöchige Tätigkeit während der Famulatur ist gemäß § 15 ZApprO während der unterrichtsfreien Zeiten zwischen dem bestandenen Ersten Abschnitt der Zahnärztlichen Prüfung und dem Dritten Abschnitt der Zahnärztlichen Prüfung abzuleisten. ²Sie ist bei der Meldung zum Dritten Abschnitt der Zahnärztlichen Prüfung durch die entsprechenden Bescheinigungen gemäß § 15 Abs. 2 ZApprO in Verbindung mit der Anlage 11 der ZApprO nachzuweisen. ³Die Famulatur ist ganztätig, sowie mindestens zwei Wochen bei demselben Zahnarzt oder derselben Zahnärztin abzuleisten. ⁴Die Famulatur kann im Inland nur an durch die Hochschule anerkannten und hierfür ermächtigten Zahnarztpraxen erfolgen. ⁵Die Famulatur ist in Zahnarztpraxen mit möglichst allgemein zahnärztlichem, umfassendem Spektrum abzuleisten. ⁶Eine Famulatur an einer von der Hochschule nicht anerkannten Praxis im Inland oder eine im Ausland abgeleistete Famulatur kann nur durch den Studiendekan bzw. die Studiendekanin Zahnmedizin angerechnet werden, wenn diese den Anforderungen nach § 15 Abs. 1 bis 4 ZApprO sowie nach obigem Satz 5 entspricht. ⁷Der oder die Studierende hat die für die Prüfung, ob die Famulatur den Anforderungen nach § 15 Abs. 1 bis 4 ZApprO sowie nach obigem Satz 5 gleichwertig ist, erforderlichen Unterlagen zusammen mit seinem Anrechnungsantrag einzureichen.

Studien- und Prüfungsordnung für das Studium der Zahnmedizin an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (FAU) – StuPOZahnMed- vom 24. September 2021

Anlage 1: Ausbildungskatalog Erster Studienabschnitt – Teil 1

Praktika (P + E-P) sowie Übungen (Ü), die im Ersten Studienabschnitt regelmäßig und mit Erfolg zu besuchen sind:

Kenn-codes der Ausbil-dungsein-heiten	Bezeichnung der Veranstaltungen	Semes-terwo-chen-stunden (SWS)	Akademische Stunden pro Veranstal-tung und Semester	Art der Ver-anstaltung	Zugeordnet dem Schein nach ZApprO
1-P1	Praktikum der Physik für Studierende der Zahnmedizin	3	42	P	Praktikum der Physik für Studierende der Zahnmedizin
1-P2	Praktikum der Chemie für Studierende der Zahnmedizin	2	28	P	Praktikum der Chemie für Studierende der Zahnmedizin
1-P3	Praktikum der vegetativen Physiologie für Studierende der Zahnmedizin	4	56	P	Praktikum der Physiologie
1-P4	Praktikum der Neurophysiologie für Studierende der Zahnmedizin	4	56	P	Praktikum der Physiologie
1-P5	Praktikum der makroskopischen Anatomie für Studierende der Zahnmedizin	7	98	P	Praktikum der makroskopischen Anatomie
1-P6	Funktionelle Anatomie des Bewegungsapparates des Menschen, Demokurs für Studierende der Zahnmedizin	2	28	P	Praktikum der makroskopischen Anatomie
1-P7	Praktikum der Neuroanatomie für Studierende der Zahnmedizin	1	14	P	Praktikum der makroskopischen Anatomie
1-P8	Praktikum der mikroskopischen Anatomie I für Studierende der Zahnmedizin	2	28	P	Praktikum der mikroskopischen Anatomie
1-P9	Praktikum der mikroskopischen Anatomie II für Studierende der Zahnmedizin	3	42	P	Praktikum der mikroskopischen Anatomie

Kenn-codes der Ausbil-dungsein-heiten	Bezeichnung der Veranstaltungen	Semes-terwo-chen-stunden (SWS)	Akademische Stunden pro Veranstal-tung und Semester	Art der Ver-anstaltung	Zugeordnet dem Schein nach ZApprO
1-P10	Praktikum der Biochemie und Molekularbiologie I ¹ u. II für Studierende der Zahnmedi-zin	7	98	P	Praktikum der Biochemie und Molekularbiologie
1-P11	Praktikum der Berufsfelderkundung ²	3	42	P	Praktikum der Berufsfelderkundung
1-P12	Medizinischer Terminologie	2	28	Ü	Übung in Medizinischer Terminologie
1-P13	Chirurgische Anatomie (eAnatomy)	2	28	E-P	Praktikum der Zahnmedizinischen Propädeutik mit Schwerpunkt Dentale Technologie
	Gesamtstundenzahl nach ZApprO (mind. 504 Stunden):	42	588		
1-P14	Praktikum der Zahnmedizinischen Propädeutik mit Schwerpunkt Präventive Zahnheilkunde	3	42	P	Praktikum der Zahnmedizinischen Propädeutik mit Schwerpunkt Präventive Zahnheilkunde
1-P15	Praktikum der Zahnmedizinischen Propädeutik mit Schwerpunkt Dentale Technologie	3	42	P	Praktikum der Zahnmedizinischen Propädeutik mit Schwerpunkt Dentale Technologie
	Gesamtstundenzahl nach ZApprO (mind. 84 Stunden):	6	84		

Fragebogenaktion

Um der Arbeit eine lebendige und authentische Note zu geben, wurde sich darauf verständigt, persönliche Statements von Zeitzeugen einzufangen und diese an passender Stelle einfließen zu lassen. Entstanden ist letztendlich ein kurzer Fragebogen, fünf Fragen umfassend, der an eine kleine Auswahl an Adressaten geschickt wurde. Diese repräsentieren in ihrer vergangenen oder noch aufrechten Tätigkeit die wichtigsten *Peer-Groups* zu vorliegendem Dissertationsthema. Der Rücklauf betrug sechs von zehn verschickten Adressaten, wobei sich die Verteilung folgendermaßen zusammensetzte: zwei Antworten kamen von ehemaligen Vertretern aus der Landespolitik, zwei von ehemaligen Führungskräften aus der zahnärztlichen Fort- und Weiterbildung und zwei von Klinikdirektoren einer bayerischen Universitätszahnklinik. Die Adressaten antworteten entweder schriftlich oder es fand anhand des Fragebogens als Gesprächsunterlage ein Telefoninterview statt.

Im Folgenden wird zunächst der Fragebogen als leere Endfassung abgebildet, um dann auf die Adressaten und deren Antworten genauer einzugehen.

Aus dem Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin der Ludwig-Maximilians-Universität München

Fragenkatalog zum Thema:

Die Entwicklung der modernen Zahnmedizin in Bayern unter Einfluss der bayerischen Landes Zahnärztekammer und weiteren Faktoren.

Sehr geehrter Herr Professor/Dr. ***

Vielen Dank, dass Sie sich kurz Zeit für diesen Fragebogen nehmen!

Bitte beantworten Sie die Fragen wenn nötig auf extra Papier (dies ist direkt in diesem Word-Dokument möglich). Danach bitte ich Sie, die Seiten mithilfe des beigelegten Retourkuverts oder eingescannt an die E-Mail-Adresse ~~xxxxxxxxxxxxxx~~ zurückzusenden.

1.	Ihre persönliche einschlägige Tätigkeit (Kurz-CV)
	<p>Beschreiben Sie bitte Ihren Werdegang mit den wichtigsten beruflichen Stationen.</p>
2.	Einstieg
	<p>Zahnmedizin ist seit jeher ein sich stark entwickelndes medizinisches Fachgebiet und damit einem steten Wandel unterzogen. Vor allem in den letzten 30 Jahren gab es zahlreiche bedeutende Neuerungen, welche ein Voranbringen unseres Faches unterstützten. Den Grundstein für diese Fortentwicklung legten und legen engagierte Menschen aus den unterschiedlichsten Lagern der Zahnheilkunde (Wissenschaft, Praxis, Medizin, Standespolitik, Hochschule, Industrie u.a.).</p> <p>Wie würden Sie „Zahnmedizin“ als (eigenständige) medizinische Disziplin im Verständnis des Berufsstandes beurteilen? Wie veränderte/entwickelte sich das <i>Selbstverständnis</i> für unseren Beruf vor allem in den vergangenen 30 Jahren?</p> <p>Schlagworte +++: innovativ sich stetig weiterentwickelnd professionell international agierend in individuellen Freiräumen</p> <p>Schlagworte ---: starr veraltet/altmodisch/verstaubt in vorgezeichneten Mustern denkend national fixiert</p>

3.	<p>Einflüsse</p> <p>Wer oder was hatte in den 1990er Jahren Einfluss auf die Formung dieses oben beschriebenen <i>neuen Selbstverständnisses</i> und in welcher Ausprägung? Wer waren „Meinungsmacher“?</p> <p>Welche Rolle spielte dabei die BLZK Ihrer Einschätzung nach? Als Anlaufstelle isoliert für standespolitische Themen und Verwaltungssagenden? Oder aber breit gestreutes Aufgabengebiet bis hin zur Modernisierung des Fachgebietes und Freiräume schaffend?</p>
4.	<p>Aus- und Weiterbildung</p> <p>Wie haben Sie die universitäre zahnmedizinische Ausbildung Ende des 20. Jahrhunderts in Erinnerung? War diese überwiegend „state of the art“? Was hat sich geändert? Was würden Sie ändern?</p> <p>Wie bildete man sich damals postuniversitär fort? Universitär? Tagungen/Kongresse? Private Ausbildungsinitiativen? National oder international? Forschungsaufenthalte (wenn ja, wo und bei wem?) Fachdisziplinübergreifend oder speziell?</p>

5.	<p>Innovationen</p> <hr/> <p>Was waren Ihrer Meinung nach die bahnbrechendsten Neuerungen in der Zahnheilkunde in der Zeit von 1990 bis jetzt? Bitte nennen Sie Beispiele. Welche starteten vielversprechend, verebten aber mit der Zeit (vielleicht aufgrund Kooperationsschwierigkeiten/Disputen zwischen den Akteuren)?</p> <p>Wer handelte, in Bezug auf das Vorankommen des Faches, Ihrer Meinung nach offensiver? Universitäten? Niedergelassene Zahnärzte? Fachgesellschaften?</p>

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Zur Veröffentlichung Ihrer gemachten Angaben in meiner Inauguraldissertation bitte ich Sie nun noch um Ihr Einverständnis.

Erklärung:

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine im Rahmen des obigen Fragebogens aufgenommenen Aussagen unter Angabe meines Namens in einer Dissertationsschrift veröffentlicht werden.

Ort und Datum

Unterschrift

Name, Titel:

Im Folgenden soll die Zusammenfassung der einzelnen Antworten der Vervollständigung dieses Abschnitts dienen. Die Auflistung erfolgt in alphabetischer Reihenfolge und wird mit der aktuellen oder ehemaligen Funktionsbezeichnung der Befragten ergänzt.

Prof. Dr. Daniel Edelhoff⁴⁵⁷

Direktor der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik der LMU München (seit 2014).
Studiendekan Zahnmedizin der LMU München (seit 2019).

Für Prof. Edelhoff ist die Fortentwicklung der Zahnmedizin in den vergangenen 30 Jahren ein Ergebnis aus der Internationalisierung, welche durch den Zugang zu englischsprachiger Fachliteratur sowie durch Digitalisierung erst ermöglicht wurde:

„Neue Erkenntnisse aus internationalen Forschungsprojekten fanden in den nachfolgenden Jahren durch die Digitalisierung, das Internet und bessere Kenntnisse in der englischen Fachsprache einen intensiveren Austausch und nahmen damit verstärkt Einfluss auf die studentische und postgraduale Ausbildung. Dieser markante Wissenszuwachs wirkte sich erheblich auf das Selbstverständnis unseres Berufsbildes aus. Die klinischen Behandlungskonzepte wurden zeitgemäßer und moderner, gleichzeitig wurde die Deutsche Zahnmedizin akzeleriert durch die Anpassung an internationale Standards auf ein wesentlich höheres Niveau gerückt.“

Vor allem auch der postgraduale Ausbildungsbereich der Fortbildungsinstitute⁴⁵⁸ bot gute Fortbildung mit zunehmender Internationalisierung; hier seien vornehmlich die USA genannt.

Eine gewisse Vorreiterrolle nehme die deutsche Zahnmedizin wiederum seit jeher im Bereich Digitaler Technologien ein; die Zusammenarbeit mit anerkannten ingenieurwissenschaftlichen Kerndisziplinen könne so vorteilhaft in vielen Bereichen der Zahnmedizin genutzt werden.

Die universitäre zahnmedizinische Ausbildung stuft Prof. Edelhoff Ende des 20. Jahrhunderts aufgrund eines „unzureichenden internationalen Austauschs in Forschung und Lehre“ als unterdurchschnittlich ein. Einen positiven Einfluss auf diese Situation hätten internationale universitäre Forschungsprojekte, der Austausch von Forschern untereinander, Multizenterstudien⁴⁵⁹ und die aktive Beteiligung an internationalen zahnmedizinischen Gesellschaften, wie zum Beispiel der IADR.

Als bahnbrechende technische Neuerung ortet Prof. Edelhoff in seinem Fachgebiet die Einführung der Adhäsivtechnik, zahnfarbene Restaurationsmaterialien und digitale Technologien. Auf die Frage, wer in Bezug auf das Vorankommen des zahnmedizinischen Faches offensiv handelte, betont er die stets vorhandene Proaktivität der Fachgesellschaften, weist aber auch auf die „teilweise zu politische“ Handlungsweise dieser hin.

⁴⁵⁷ Auswertung Fragebogen Prof. Dr. Edelhoff.

⁴⁵⁸ Prof. Edelhoff besuchte nach seinem Studium vornehmlich Kurse am *Karl-Häupl-Institut* in Düsseldorf.

⁴⁵⁹ Klinische Studie, die in mehreren klinischen Zentren (z.B. in verschiedenen Krankenhäusern) von unterschiedlichen Untersuchern durchgeführt wird.

Prof. Dr. Dr. Peter Fuchs⁴⁶⁰

Facharzt für Kieferchirurgie. 1974 apl. Professor in München. Ehem. wissenschaftlicher Leiter IUZ. Mitglied der Neuen Gruppe (seit 1968).

Prof. Fuchs beurteilt die zahnmedizinische Ausbildung an den Universitäten im Betrachtungszeitraum als unzureichend:

„Hochschulen fielen zurück in der Qualität ihrer Lehre; einigen Ordinarien fehlte es an Enthusiasmus für Neues.“

Um dieser Situation entgegenzuwirken, sei die IUZ als private Fortbildungsinitiative gegründet worden. Die „Neue Gruppe“ – unter der Schirmherrschaft von Joachim Schulz-Bongert - fungierte zum einen als inhaltliches Vorbild für die Etablierung der IUZ. Zum anderen, findet Prof. Fuchs, sei die „Neue Gruppe“ auch entscheidend an der Entwicklung unabhängiger postuniversitärer Fortbildung beteiligt gewesen. Was er beklagt, ist die Tatsache, dass dem Gebaren der Institution „Neue Gruppe“ seit Jahren ein elitärer und exklusiver Beigeschmack anhaftet. Ende des 20. Jahrhunderts seien das Zugangsniveau für Kurse niederschwelliger gewesen. Vor allem aber sei umfassende Fortbildung für Generalisten angeboten worden; die Referenten stammten vorwiegend aus dem deutschen Raum.

Beispielhaft zählen für Prof. Fuchs zu den wichtigsten Neuerungen in der jüngeren Zahnmedizin:

- Titanimplantate der 1970/1980er Jahre nach Brannemark/Möhrmann
- Totalprothetik nach Lauritzen
- Zahntechnische Neuerungen (Heißpresstechnik, Full Wax-up, etc.) nach Schärer
- Funktionsanalyse nach Krogh-Poulsen
- CAD-CAM
- Orthodontie (Aufbissschiene) nach Mörmann
- 3D-Druck (additive Verfahren)
- Lasertherapie bei Periimplantitis
- Aufwachstechnik und Artikulatoren (zum Beispiel SAM)

⁴⁶⁰ Auswertung Fragebogen Prof. Dr. Dr. Fuchs. Zusätzlich fand ein Telefonat statt (direkte Zitate stammen teilweise aus dem gesprochenen Wort).

Dr. Wolfgang Heubisch⁴⁶¹

Zahnarzt und Diplomkaufmann. 1990–2002 Mitglied des Vorstandes der BLZK.
1994–2002 Vizepräsident der BLZK.

„Viele Jahre wurde der Zahnarzt abschätzig als Dentist bezeichnet. Dentisten waren eigentlich Zahntechniker die durch Weiterbildung die Zahnmedizin ohne Chirurgie ausüben durften. Erst in der Folge hat sich das Selbstverständnis und auch Selbstbewusstsein entwickelt, vor allem in den letzten 30-40 Jahren.“

Entscheidend für die wissenschaftliche Professionalisierung war, laut Dr. Heubisch, auch die „internationale Öffnung“. Fortbildungsveranstaltungen besuchte man zunehmend auch außerhalb der deutschen Landesgrenzen (vornehmlich in den USA und in der benachbarten Schweiz). Private Fortbildungszirkel bildeten sich und diese stiegen über die Jahre auch merklich im Niveau. Neben den oben genannten anderen Befragten, konnte auch Dr. Heubisch beobachten, dass vor allem niedergelassene Zahnärzte diese Fortbildungen in Anspruch nahmen und Erkenntnisse sogleich in den Praxisalltag einbauten.

Meinungsmacher in Bezug auf das neue Selbstverständnis in der Zahnmedizin waren nach Dr. Heubisch vor allem Universitäten (hier zum Beispiel Göttingen) und Professoren an Universitäten. Die BLZK hätte sich zudem „frühzeitig der Fortbildung der Zahnärzte angenommen und hierfür auch Zertifikate verliehen, die das Standing des Zahnarztes erheblich vermehrte.“ Außerdem seien durch die BLZK bewusst Fachbereiche unterstützend forciert worden, die nicht durch die gesetzliche Krankenkasse (Bema) getragen wurden. Die universitäre zahnmedizinische Ausbildung, so Dr. Heubisch, sei qualitativ langsam aber konsequent gestiegen. Was dafür hauptverantwortlich sei, ist der Fokus auf die praktischen Kurse. Für Dr. Heubisch waren folgende Neuerungen wegweisend:

- Prophylaxe als positive Auswirkung auf die jugendliche Zahngesundheit (LAGZ)
- Füllungstherapie (weg von Amalgam, hin zu Kunststofffüllung mittels Säure-Ätztechnik)
- Versorgung mit Keramik Inlays, Onlays und Vollkeramikkronen
- Implantologie (trägt dem Umstand Rechnung, dass sich nahezu alle Patienten festsitzenden Zahnersatz wünschen)
- Gnathologie steigerte unser Wissen über den Kauvorgang enorm

⁴⁶¹ Auswertung Fragebogen Dr. Heubisch.

Prof. Dr. Reinhard Hickel⁴⁶²

Direktor der Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie LMU München (seit 1992).
 Dekan der Medizinischen Fakultät der LMU München (2015–2021).

Schwerpunkt des Interviews war die neue ZAprO

Auf die Frage, warum es Jahre der Verhandlungen brauchte, um schließlich die Etablierung einer neuen ZAprO auf den Weg zu bringen, führte Prof. Hickel zunächst den Bezug zur Humanmedizin an. So behandelte das *Bundesministerium für Gesundheit* (BMG) die neue *ärztliche Approbationsordnung* (ÄAprO) dringlicher, erst im Anschluss sollte die ZAprO bearbeitet werden, weil in der ZAprO auch zahlreiche Verweise auf die Ärztliche AprO vorhanden sind. Neben kleineren Änderungen in der ZAprO stagnierte die Einführung über zwei Jahrzehnte lang daher fast gänzlich.

Die Bayerische Landes Zahnärztekammer hatte zunächst nicht unmittelbar Anteil an den Verhandlungen zur neuen ZAprO auf Bundesebene gehabt, jedoch konnten Anliegen und Vorschläge über den Weg der BZÄK immer gut kanalisiert werden. Besonders hervorheben möchte Prof. Hickel, als Vertreter der MFT und der VHZMK, die stets gute Zusammenarbeit mit der BZÄK und hier vor allem mit dem Präsidenten Dr. Peter Engel.

Nach Erarbeitung des Entwurfs in einer Bund-Länder-Kommission und Vorlage durch das BMG wurde die ZAprO im Bundesrat verabschiedet, allerdings ohne vorher den Curricularnormwert (CNW)⁴⁶³ festzulegen. Die Finanzierung musste aber auf Länderebene erfolgen. Dies sei auch ein Grund, so Prof. Hickel, warum es nicht zur Umsetzung aller geplanten Neuerungen kam und es bezüglich der *Zeitvorgaben* oft Unstimmigkeiten gab. So kam es zum Beispiel zu Streichungen im Bereich der ursprünglich geplanten *Tutorials* – jene Lehrform, die den Lernerfolg durch ein besseres *Studierende-/Betreuerverhältnis* intensiver und nachhaltiger gestaltet und auf etwaige Wissenslücken effektiv eingegangen werden kann. Was allerdings erfolgreich umgesetzt wurde, ist die Einführung von *Seminaren* sowie *Kleingruppenunterricht* im klinisch-praktischen Teil, ebenso wie fächerübergreifende interdisziplinäre Lehrformen. Ganz generell strebte man bei der Ausgestaltung der neuen ZAprO nach *Verkürzung von Wartezeiten* im klinischen Kurs, der besseren Nutzung von zur Verfügung stehenden Lehreinheiten. Prof. Hickel wies darauf hin, dass man „die alte mit der neuen zahnärztlichen Approbationsordnung nicht 1:1 vergleichen kann, weil sich die Betreuungsrelationen geändert haben.“ Die wöchentliche Stundenbelastung für Studierende solle durch *effizientere Planung* sogar insgesamt reduziert werden und somit mehr Freiraum für das Selbststudium schaffen.

⁴⁶² Auswertung Fragebogen Prof. Dr. Hickel. Interview fand als Telefonat statt (direkte Zitate stammen teilweise aus dem gesprochenen Wort).

⁴⁶³ Bezieht den insgesamt erforderlichen Lehraufwand für die ordnungsgemäße Ausbildung eines Studierenden im jeweiligen Studiengang, gemessen in Lehrveranstaltungsstunden. Curricularnormwert (CNW) // Universität Oldenburg (uol.de) [Aufruf am 27.02.2023].

Neben den genannten Änderungen wurde außerdem den Forderungen von Wissenschaftsrat, Hochschulrektorenkonferenz (HRK), EU etc. nachgekommen und das Studium wissenschaftlicher gestaltet. Studierende sind nun verpflichtet, eine wissenschaftliche Arbeit während des Studiums zu verfassen. Prof. Hickel betont, dass es sich eben nicht um eine Bachelorarbeit im klassischen Sinne handle, da ein Bachelorabschluss, fußend auf dem *Bologna-Prozess* von 1999, grundlegend anders strukturiert sei:

„Mit dem Bachelorabschluss nach Bologna wird eine berufsfertige Ausbildung garantiert, welche schlichtweg in dieser Art in der Zahnmedizin nicht abgebildet werden kann.

Ob man nun nach dem Bachelor noch einen Masterabschluss absolviert, hängt vom individuellen Wunsch nach einer Vertiefung ab – ein Muss ist dieser allerdings nie. Ganz anders in unserem Fachgebiet: die Berechtigung zur Berufsausübung hängt untrennbar an der positiven Absolvierung des Staatsexamens.“

Was bereits vor einigen Jahren in München etabliert werden konnte, ist die *neue Promotionsordnung* für Mediziner und Zahnmediziner, wonach alle Promotionsvorhaben zur Doktorin beziehungsweise zum Doktor der Medizin sowie Zahnmedizin *ab dem 01.10.2018* strukturiert durchgeführt werden müssen. Die Einsetzung einer dreiköpfigen Betreuungskommission, welche von Professoren, Privatdozenten oder zumindest Habilitanden bekleidet werden muss, ist eine der Hauptaspekte der strukturierten Promotion.⁴⁶⁴

Eine inhaltliche Anknüpfung an die während des Studiums zu verfassende wissenschaftliche Arbeit sei sinnvoll und auch wünschenswert, merkt Prof. Hickel an. So könne die Forschung oder Recherche später im Rahmen einer Dissertation themenspezifisch weitergeführt werden.

Ein Resümee wagt Prof. Hickel nun nach dem 3. Semester seit Einführung der neuen ZAppRO noch nicht zu ziehen; für ein valides Ergebnis sei zumindest ein vollständiger Studienzyklus nötig. Doch sei die Resonanz aufseiten der Studierenden sowie der Lehrenden in München durchwegs positiv.

****Exkurs zu weiteren Fragen im Katalog****

Neben vielen technischen Neuerungen fand eine enorme Weiterentwicklung in der Zahnmedizin, laut Prof. Hickel, vor allem auch hinsichtlich des medizinischen Aspekts auf Erhalt der Mundgesundheit statt. Wurde der Zahnmedizin noch bis vor 30 Jahren überwiegend die Eigenschaft *reparativ* zugesprochen, verfolgt man heute andere Ziele. Der Alltag des *Zahnarztes als Gesundheitsmanager* ist auch geprägt von Aufgaben wie *monitoring* und *Prävention*. Obwohl Deutschland in Sachen Prävention europaweit mittlerweile mit ganz vorne liegt, werden nach wie vor rund 60 Prozent des zahnärztlichen Umsatzes durch konservierende-chirurgische Zahnheilkunde (Anm.: Füllungen, Endodontie etc.) generiert.

⁴⁶⁴ Doktorin bzw. Doktor der Zahnmedizin (Dr. med. dent.) - Medizinische Fakultät - LMU München (uni-muenchen.de) [Aufruf am 21.02.2023].

Das *reimbursement* („Honorierung“ oder „Erstattungsfähigkeit“) ist für Prof. Hickel unter anderem dafür verantwortlich, dass zahnärztliche Leistungen kaum oder eben vermehrt angeboten werden. Insgesamt sollten zukünftig diagnostische Maßnahmen und Monitoring noch umfangreicher honoriert werden.

RA Peter Knüpper⁴⁶⁵

Jurist und Politiker. 1995–2018 Hauptgeschäftsführer der BLZK.
2017–2019 Geschäftsführer der KZVB.

Als Nicht-Zahnarzt und Betriebswirt ortet Herr Knüpper neben den zahlreich vorhandenen fachlichen Berufskompetenzen unter anderem auch wachsendes Interesse auf dem Gebiet der Praxisführung. Allgemein scheint die Betriebswirtschaft zu einem Thema geworden zu sein, welches Zahnärzte in niedergelassener Praxis berechtigterweise mehr und mehr beschäftigt. Auf die Frage hin, wer denn aus der BLZK Hauptanteil an der Formung eines neuen Selbstverständnisses gehabt hätte, antwortet RA Knüpper:

„Auf bayerischer Ebene sind in erster Linie Prof. Dr. Dr. Joseph Kastenbauer und Dr. Wolfgang Heubisch zu nennen. Vor allem Joseph Kastenbauer trug als Präsident entscheidend dazu bei, dass die BLZK politischer agierte, als man es bis dato gewohnt war. Er übernahm auch auf Bundesebene Verantwortung und konnte dort den bayerischen Einfluss geltend machen.

Im Fokus standen in dieser Zeit sowohl gesundheits-politische Themen (hier insbesondere in Zusammenhang mit immer neuen Kostengesetzen des Bundes im Bereich des SGB V) als auch fachliche Fragen, wie z. B. der Entwicklung einer neuen Weiterbildungs-Ordnung in Abstimmung mit den Zahnkliner der bayerischen Universitäten.“

Als weiterer bedeutender Schritt der BLZK zähle die Weiterentwicklung von der klassischen Selbstverwaltung hin zu einem modernen Dienstleistungsunternehmen. Die Einführung der Gründerberatung, die Unterstützung bei Abrechnungsthemen und schließlich der Aufbau von eigenen Fortbildungsstrukturen betont RA Knüpper besonders. Die BLZK unterstütze seit dieser Umstrukturierung nicht nur Zahnärzte in ihren Fortbildungsfragen, sondern auch deren Mitarbeiter – hier speziell in Sachen duale Berufsausbildung (ZMF-Schule, ZMV-Schule).

RA Knüpper beantwortet die Frage nach der Entwicklung der universitären zahnmedizinischen Ausbildung wie folgt:

„Allerdings schien und scheint mir (noch immer) der seit ‘Neubeschreibung der Zahnheilkunde’ eingeschlagene Weg, Studium und Ausbildung stärker an den (Berufs)Bedürfnissen der Zahnärztinnen und Zahnärzte auszurichten, unterstützenswert. Beispielhaft ist hier der Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog Zahnmedizin (NKLZ) zu nennen, wohingegen die Diskussion mit dem Verordnungsgeber über eine fortschrittliche Approbationsordnung, hier vor allem einer Verbesserung der Betreuungs-Relation, einem ‘Trauerspiel’ gleich kommt.“

⁴⁶⁵ Auswertung Fragebogen RA Knüpper.

Die postuniversitäre Fortbildung will RA Knüpper heute jedenfalls um den Akteur „Industrie“ erweitert wissen und betont, dass Forschungsaufenthalte zur Jahrtausendwende eine untergeordnete Rolle spielten und für die Praxis nur in Einzelfällen von Bedeutung gewesen wären.

Herr Knüpper unterstreicht folglich den Umstand, dass es sich bei der Zahnmedizin vornehmlich um eine „praktische Wissenschaft“ handle und sich deshalb Praxis und Wissenschaft gegenseitig bedingen.

„Dabei ist beeindruckend, welches Maß an Innovation aus der zahnärztlichen Praxis kommt.“

Dr. Alois Schneck⁴⁶⁶

Zahnarzt und Standesvertreter BLZK. Referent der BLZK für Gutachter, Fortbildung. Mitglied im Kammervorstand in den Jahren zwischen 1990–2010.

Vorsitzender FVDZ Bayern.

1987–1991, 2005–2011 Mitglied im FVDZ-Bundesvorstand.

Als einen wichtigen Beitrag auf dem Weg zur Stärkung der zahnärztlichen Freiberuflichkeit sieht Dr. Schneck das Konzept der freien Vertragsgestaltung sowie die Einführung von Festzuschüssen in der zahnärztlichen Abrechnung⁴⁶⁷.

„Diese Festzuschüsse erlauben es dem Zahnarzt, den gesetzlich Versicherten das gesamte Spektrum der ZHK zukommen zu lassen, leider mit einer entsprechenden Eigenbeteiligung.“

Meinungsmacher waren laut Dr. Schneck die daran beteiligten Institutionen FVDZ, BLZK, ZÄK-Nordrhein und Niedersachsen, KZVB, KZBV.

Auf die fachliche Weiterentwicklung will Dr. Schneck mit folgenden Neuerungen an bayerischen Universitäten, im Zeitraum der 1970er und 1980er Jahre, hinweisen: *„Auf Anregung von Prof. Peter Fuchs hat ZA Heinz Mack den SAM-Artikulator (Schul-Artikulator-München) entwickelt und das gesamte System bis heute ausgebaut. In der Vorklinik in München wurden nicht mehr Seifenzähne geschnitzt, sondern im Artikulator die gnathologische Aufwachsübung nach Lundeen von den Studierenden gefertigt.“*

Als *bedeutende Namen* schätzt Dr. Schneck die folgenden ein: *Schultz-Bongert* (Neue Gruppe), *Gutowski* (Arbeitskurse für Zahnersatzkunde), *Slavicek* und *Mack* (interdisziplinäre funktionelle Zahnmedizin) sowie *Motsch* (Funktionslehre).

Als Meilenstein in der innerbayerischen Fortbildungslandschaft nennt Dr. Schneck die IUZ, mit dessen erstmaligem Leiter Prof. Fuchs; die Fortbildungsakademie in Nürnberg, unter der Leitung von Dr. Winter und schließlich die Fortbildungsakademie in München, welche Dr. Schneck selbst jahrelang leitete. Im Betrachtungszeitraum sieht Dr. Schneck den bayerischen Zahnärztetag (unter der Schirmherrschaft von Prof. Schlegel) als Institution und jährlichen Fixpunkt für niedergelassene Zahnärzte. Er bezeichnet

⁴⁶⁶ Auswertung Fragebogen Dr. Schneck.

⁴⁶⁷ Im Verlauf der Arbeit bereits detailliert beschrieben.

die damalige Situation als „Umbruch in der Zahnheilkunde“, die mit der heutigen Digitalisierung vergleichbar sei. Internationale Forschungsaufenthalte, so erinnert sich Dr. Schneck, fanden im Betrachtungszeitraum ausschließlich universitär statt. Als bahnbrechende Neuerungen fallen Dr. Schneck folgende Stichworte ein: Komposit, Implantate, Zirkon, FAL/FTL.

Abbildungen aus Lehrbüchern

Plauebildungsrate (nach Axelsson 1991)

24 h nach professioneller Zahnreinigung ohne folgende Mundhygienemaßnahmen wird die Plauebildung an 6 Flächen je Zahn beurteilt (mesiobukkal, bukkal, distobukkal, mesiolingual, lingual, distolingual); 2 Sitzungen, hoher Aufwand.

$$\text{Indexberechnung: } \sum \frac{\text{Zahnflächen mit Plaue} \times 100}{\text{Anzahl der Zähne} \times 6}$$

PFRI (plaque formation rate index)	Zahnflächen mit Plaue in %	Charakterisierung
I	1–10	sehr gering
II	11–20	gering
III	21–30	mittel
IV	31–40	hoch
V	> 40	sehr hoch

Bewertung: bei Index \geq III = hohes Kariesrisiko (v. a. bei hoher Strept.-mutans-Zahl)

Abbildung 11: "Plauebildungsrate" aus Memorix Zahnmedizin, Weber, 2010, 67.

Periodontal-Disease-Index

Ramfjord 1967	Kürzel PDI	Grade: 0–6
<ul style="list-style-type: none"> erfasst Veränderungen der Gingiva und das klinische Attachmentniveau an 6 definierten Zähnen (sog. „Ramfjord-Zähne“). Attachmentverlust („loss of attachment“) lässt sich vereinfachend ermitteln aus einer Addition von Taschensondierungstiefe und Gingivarezession (Bezugspunkt Schmelz-Zement-Grenze, SZG) oder der Subtraktion einer Gingivahyperplasie koronal der SZG von der Taschensondierungstiefe. 		
„Ramfjord-Zähne“	17	16
Ersatzzähne	45	44
	42	41
	11	21
	24	25
	36	37
<ul style="list-style-type: none"> bestimmt wird der größte Attachmentverlust an einer der 4 Zahnflächen Sondierung mit stumpfer Parodontalsonde, 20–30 s warten 		
Grad 0: keine pathologische Gingivaveränderung		
Grad 1: leichte Gingivitis, lokalisiert (z. B. Papillen)		
Grad 2: leichte bis mäßige Gingivitis, generalisiert		
Grad 3: schwere Gingivitis, Rötung, starke Blutung, Ödeme, Ulzerationen		
Grad 4: Attachmentverlust bis zu 3 mm, Gingivitisgrade nicht bewertet		
Grad 5: Attachmentverlust von 3–6 mm, Gingivitisgrade nicht bewertet		
Grad 6: Attachmentverlust von mehr als 6 mm, Gingivitisgrade nicht bewertet		
Indexberechnung PDI = $\frac{\sum \text{Indexwerte der Ramfjord } \pm \text{ Zähne}}{\sum \text{Zahl der Zähne (6)}}$		
Eignung: individuelle Befunderhebung, Kontrolluntersuchung von Therapieverfahren in der Parodontalchirurgie, epidemiologische Untersuchungen.		

Abbildung 12: "Periodontal-Disease-Index" aus Memorix Zahnmedizin, 2010, 123.

Artikel aus Zeitschriften

DGZMK und VHZMK: Erklärung zur postgradualen Fortbildung

In jüngster Zeit sind zahlreiche, häufig emotionale geführte Diskussionen bezüglich neuer postgradualer Masterstudiengänge an den Universitäten in die zahnmedizinische Öffentlichkeit getragen worden. Dabei wurden vielfach falsche und irreführende Aussagen gemacht. So wurde unter anderem behauptet, dass die Hochschulen das Zahnmedizinstudium qualitativ reduzieren wollen, um postgraduale Studiengänge voranzubringen. Dies ist falsch und unzutreffend. Vielfach wird auch das zweistufige Bologna-System mit Bachelor-Masterabschlüssen im Grund-/Hauptstudium mit dem postgradualen Studiengang, der hier angesprochen sein soll, verwechselt. Beides hat, obwohl anders behauptet wurde, nichts miteinander zu tun, auch wenn in beiden Fällen das Wort Master – jedoch in unterschiedlicher Bedeutung – jeweils Verwendung findet.

Bereits heute werden zahlreiche postgraduale Masterstudiengänge in Europa und in Deutschland sehr unterschiedlich in Form und Qualität angeboten. Da aus den Buchungszahlen eine Nachfrage für postgraduale Masterstudiengänge deutlich wird, ist zu befürchten, dass zukünftig die Anzahl wenig

abgestimmter Programme mit sehr unterschiedlicher Qualität zunimmt. Um einen zu befürchtenden „Wildwuchs“ einzugrenzen und ein gutes, vergleichbares Qualitätsniveau für postgraduale Masterstudiengänge zu schaffen, haben sich die Deutsche Gesellschaft für Zahn- und Kieferheilkunde (DGZMK), die Vereinigung der Hochschullehrer für Zahn- und Kieferheilkunde (VHZMK) und die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) seit längerem bemüht, eine einheitliche Empfehlung für Deutschland zu erarbeiten.

Die Behauptung, dass die Masterstudiengänge auf die finanzielle Bereicherung der Professoren abzielen, muss grundsätzlich zurückgewiesen werden. Mit den Studienbeiträgen der Masterstudiengänge würden vielmehr separate neue Stellen geschaffen, die für die gute postgraduale Ausbildung nötig sind, da die vorhandenen Stellen für die Lehre (Studium Zahnmedizin) vollkommen ausgelastet sind. Diese Spezialisierungen fördern aber auch die Qualität der Ausbildung der Studenten im Grundstudium. Auch das Hochschulrahmengesetz fordert die Beteiligung der Hochschullehrer in Fort- und Weiterbildung. Honorare erhalten die Do-

zenten (Universitätsprofessoren und niedergelassene Zahnärzte gleichermaßen) dann, wenn es sich um berufsbegleitende Studiengänge handelt, deren Präsenzzeiten sich auf Wochenenden und Feiertage konzentrieren. Die Behauptung, die Ausbildung würde gezielt zugunsten der postgradualen Weiterbildung vernachlässigt, ist letztlich falsch und eine ungerechtfertigte Unterstellung, die vermutlich auf geringe Detailkenntnis zurückzuführen ist.

Bei vielen niedergelassenen Kollegen besteht derzeit sicherlich ein erheblicher Informationsbedarf bezüglich dieser Thematik. Deshalb haben VHZMK und DGZMK nebenstehende Stellungnahme herausgegeben, um die durch Fehlinformationen verursachte Verunsicherung zu reduzieren. Beide Gesellschaften wollen hiermit einen Beitrag für einen sachlichen Dialog leisten, um durch Falschinformationen entstandene Emotionen abzubauen und eine einvernehmliche Regelung zur Qualitätssicherung dieser Studiengänge herbeizuführen.

gezeichnet: Prof. Dr. Rainer Hickel, Präsident der VHZMK und Prof. Dr. Thomas Hoffmann, Präsident der DGZMK

Abbildung 13: DGZMK und VHZMK: "Erklärung zur postgradualen Fortbildung" aus DZZ 2009, 118.

Positionspapier von DGZMK und VHZMK. Fortbildung, Weiterbildung und postgraduale Studiengänge



Das Ziel eines Wissens und Verständnis in den Mitteln in der Welt ist es auch innerhalb des Gebiets der Zahnmedizin, ständig zu lernen und zu wachsen. Dieses Ziel ist ein gemeinsames Ziel aller Zahnmediziner. Die Fortbildung ist ein zentraler Bestandteil der Zahnmedizin. Die Fortbildung ist ein zentraler Bestandteil der Zahnmedizin. Die Fortbildung ist ein zentraler Bestandteil der Zahnmedizin.

Die Fortbildung ist ein zentraler Bestandteil der Zahnmedizin. Die Fortbildung ist ein zentraler Bestandteil der Zahnmedizin. Die Fortbildung ist ein zentraler Bestandteil der Zahnmedizin. Die Fortbildung ist ein zentraler Bestandteil der Zahnmedizin.

Die Fortbildung ist ein zentraler Bestandteil der Zahnmedizin. Die Fortbildung ist ein zentraler Bestandteil der Zahnmedizin. Die Fortbildung ist ein zentraler Bestandteil der Zahnmedizin. Die Fortbildung ist ein zentraler Bestandteil der Zahnmedizin.

Die Fortbildung ist ein zentraler Bestandteil der Zahnmedizin. Die Fortbildung ist ein zentraler Bestandteil der Zahnmedizin. Die Fortbildung ist ein zentraler Bestandteil der Zahnmedizin. Die Fortbildung ist ein zentraler Bestandteil der Zahnmedizin.

Die Fortbildung ist ein zentraler Bestandteil der Zahnmedizin. Die Fortbildung ist ein zentraler Bestandteil der Zahnmedizin. Die Fortbildung ist ein zentraler Bestandteil der Zahnmedizin. Die Fortbildung ist ein zentraler Bestandteil der Zahnmedizin.

Die Fortbildung ist ein zentraler Bestandteil der Zahnmedizin. Die Fortbildung ist ein zentraler Bestandteil der Zahnmedizin. Die Fortbildung ist ein zentraler Bestandteil der Zahnmedizin. Die Fortbildung ist ein zentraler Bestandteil der Zahnmedizin.

Abbildung 14: "Positionspapier von DGZMK und VHZMK. Fortbildung, Weiterbildung und postgraduale Studiengänge" aus DZZ 2009, 117-119.

„Neue Gebietsbezeichnungen für Fachzahnärzte

An den deutschen Universitäts-ZMK-Kliniken sind folgende Basis-Disziplinen durch Lehrstühle vertreten: MKG-Chirurgie, Kieferorthopädie, Zahnärztliche Prothetik, Zahnerhaltungskunde. An einigen Standorten gibt es weitere Lehrstühle und eigenständige Abteilungen, z. B. für Parodontologie, Kinderzahnheilkunde, Oralchirurgie. Bislang existieren von einigen regionalen Ausnahmen abgesehen lediglich eine Facharztbezeichnung (Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgie) sowie zwei Fachzahnarztbezeichnungen (Oralchirurgie, Kieferorthopädie).

Da sich die Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde inzwischen sehr stark weiterdifferenziert hat, erscheint es angemessen, weitere Fachzahnarztgebiete einzuführen.

Die VHZMK fordert die Landes Zahnärztekammern daher auf, in dieser Angelegenheit aktiv zu werden, ihre vorhandenen Gestaltungsmöglichkeiten wahrzunehmen und die zukünftige Entwicklung entscheidend mitzubestimmen“ [37].

Abbildung 15: Aufruf VHZMK „Neue Gebietsbezeichnungen für Fachzahnärzte“ Hauptversammlung, Stuttgart, 23.10.2008 aus "Die Geschichte der Fachzahnärzte in Deutschland" in DZZ 2010.

Pressemitteilungen

Pressemitteilung 05/2005
vom 31. Januar 2005

Wissenschaftsrat empfiehlt umfassende Reformen für die Zahnmedizin an den Universitäten

An den 31 universitären Standorten der Zahnmedizin in Deutschland wird in den meisten Fällen nicht ausreichend geforscht. Das international nur wenig sichtbare wissenschaftliche Leistungsspektrum muss jedoch auch in Relation zu den für Forschung und Lehre zur Verfügung stehenden Ressourcen gesehen werden. Viele Standorte haben keine Forschungsfächen und viel zu wenig Betreuer für die Studierenden. Der Wissenschaftsrat hat auf der Basis einer von ihm durchgeführten Datenerhebung diverse Empfehlungen zu einer Stärkung von Forschung und Lehre in der universitären Zahnmedizin erarbeitet. Professor Karl Max Einhäupl, Vorsitzender des Wissenschaftsrats, erklärt hierzu: „Der Wissenschaftsrat wird in fünf Jahren prüfen, ob seine Empfehlungen aufgegriffen wurden und forschungs- und lehrförderliche Strukturen entstanden sind. Sollte er im Rahmen dieser Überprüfung feststellen, dass keine substanziellen Fortschritte an den Medizinischen Fakultäten erreicht worden sind, wird er gegebenenfalls Empfehlungen zur Schließung einzelner zahnmedizinischer Ausbildungsstätten aussprechen.“

Forschung

Um das wissenschaftliche Leistungsvermögen zu steigern, muss nach Auffassung des Wissenschaftsrats nicht nur der Anteil des wissenschaftlichen Personals und der Forschungsressourcen erhöht werden, sondern zugleich die mangelhafte Interaktion zwischen Zahn- und Humanmedizinern innerhalb der Medizinischen Fakultäten überwunden werden. Über den Aufbau einer Programmförderung sollten zudem Leistungszentren der zahnmedizinischen Forschung etabliert und entsprechende Netzwerke initiiert werden.

Lehre und Ausbildung

Die aktuelle Prüfungsordnung (Approbationsordnung von 1955) für Zahnärzte trägt weder der fachlichen Weiterentwicklung noch den Anforderungen an eine moderne und interdisziplinär ausgerichtete Lehre Rechnung. Der Wissenschaftsrat empfiehlt daher eine grundlegende Neugewichtung der Ausbildungsinhalte. Der Umfang der gesetzlichen Regelungen muss deutlich reduziert werden, um den Fakultäten die Entwicklung neuer Lehrpläne mit modernen Unterrichtskonzepten zu ermöglichen. Alle Studierenden sollten eine wissenschaftliche Abschlussarbeit vorlegen. Auch in der Zahnmedizin sollten bundeseinheitliche Prüfungen durchgeführt werden, wie sie in der Humanmedizin seit Langem etabliert sind. Derzeit haben die Dozenten in der Zahnmedizin deutlich höhere Lehrleistungen zu erbringen als ihre Kollegen in der Humanmedizin. Eine Angleichung der Betreuungsverhältnisse sollte daher angestrebt werden.

Krankenversorgung

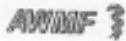
Obwohl die Kliniken der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde einen erheblichen Krankenversorgungsauftrag wahrnehmen, wird ihnen von den Kostenträgern eine kostendeckende Vergütung verweigert. Der Wissenschaftsrat appelliert an die Krankenkassen, die Versorgungsleistungen der universitären Zahnmedizin ohne ungerechtfertigte Abstriche anzuerkennen.

Darüber hinaus kritisiert der Wissenschaftsrat, dass in Deutschland zu wenige Fachzahnärzte ausgebildet werden. Zusätzlich zu den bisher bundesweit etablierten Weiterbildungen in Oralchirurgie und Kieferorthopädie sollten deshalb weitere Spezialisierungen (zum Beispiel in Parodontologie, Kinderzahnmedizin, Prothetik) nach einheitlichen Standards eingeführt werden. Die Bundeszahnärztekammer sollte durch die Entwicklung neuer Musterweiterbildungsordnungen die notwendige Voraussetzung dafür schaffen. Die Zahnärztekammern sollten gemeinsam mit den Universitäten entsprechende Weiterbildungsangebote ausarbeiten. Parallel dazu sollten die Universitäten kostenpflichtige Masterstudiengänge ausrichten, in denen auch niedergelassene Zahnärzte eine fachliche Spezialisierung erwerben können.

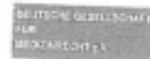
Hinweis: Die Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Zahnmedizin können bei der Geschäftsstelle des Wissenschaftsrats per E-Mail angefordert werden: post@wissenschaftsrat.de.

Abbildung 16: Pressemitteilung Wissenschaftsrat 05/2005 in Weißbuch der ZahnMedizin (Bd. 2) Berlin 2007, 51-52.

ARBEITSGEMEINSCHAFT HOCHSCHULMEDIZIN



DEUTSCHER
HOCHSCHUL-
VERBAND
Nationale Hochschulverbände



Rheinallee 18
53173 Bonn
Telefon: 0228 / 902 66-26
Telefax: 0228 / 902 66-85
E-Mail: boehmman@hochschulverband.de
Internet: <http://www.hochschulverband.de>

Resolution der Arbeitsgemeinschaft Hochschulmedizin

Qualität des Medizinstudiums erhalten - aber nicht durch BA/MA

Die Arbeitsgemeinschaft Hochschulmedizin spricht sich für einen Erhalt des guten Ausbildungsniveaus im medizinischen Studium aus. Die von Teilen der Politik aktuell geforderte Einführung eines Bachelor-/Master-Studiums auch in der Medizin im Zuge des sogenannten Bologna-Prozesses ist nicht geeignet, dieses Ziel zu fördern.

1. Die wesentlichen Elemente des 1999 beschlossenen sogenannten Bologna-Prozesses sind europaweit vergleichbare Studienabschlüsse, die Einführung eines zweigestufigen Ausbildungssystems (Bachelor-/Master) sowie eine erhöhte Mobilität der Studierenden. Besonders hervorgehoben wurde das Ziel, die Zahl der Studienabbrecher zu reduzieren.
2. Die zum Teil hohen Abbruchquoten (im Bereich Sprach- und Kulturwissenschaften lagen diese regelmäßig über 40 Prozent) betragen laut einer aktuellen HIS-Studie aus dem Jahre 2008 im Medizinstudium lediglich fünf Prozent und können somit kaum noch weiter abgesenkt werden. Dieser Wert belegt nach Auffassung der Arbeitsgemeinschaft Hochschulmedizin eindeutig die Attraktivität und Qualität der derzeitigen Organisation des Medizinstudiums. Eines der zentralen Ziele der Bologna-Reform ist damit bereits erfüllt.

3. Vergleichbares gilt für die angestrebte Erhöhung der Mobilität der Studierenden. In mehreren Untersuchungen zu studienbezogenen Aufenthalten deutscher Studierender in anderen Ländern hat sich gezeigt, dass Studierende in Bachelor-Studiengängen erheblich weniger mobil sind als Studierende anderer Studiengänge. Die Mobilität von Studierenden in Staatsexamens- und Magister-Studiengängen ist um den Faktor zwei bis drei höher. Fächerspezifisch zeigt sich, dass Medizinstudenten – gleich hinter den Studenten der Sprach- und Kulturwissenschaften – die Studentengruppe mit der größten Mobilitätsquote sind.
4. Die angemahte verbesserte Vergleichbarkeit der europäischen Studienabschlüsse ist für die Medizin bereits seit 1993 durch die Europäische Richtlinie 93/16/EWG (ab 2007: Richtlinie 2005/36/EG) abschließend geregelt. Medizinische Studienabschlüsse sind ohne Einschränkungen vergleichbar. Eine weitere Verbesserung durch eine Einführung von Bachelor- und Master-Studiengängen ist insoweit kaum möglich.
5. Weiterhin weist die Arbeitsgemeinschaft Hochschulmedizin darauf hin, dass das ärztliche Studium nach den Vorgaben der Europäischen Union und der ärztlichen Approbationsordnung aus dem Jahre 2002 mindestens sechs Jahre (das heißt 5.500 Stunden theoretischer und praktischer Unterricht) an einer Universität umfassen muss. Im Rahmen eines auf sechs Semester begrenzten Bachelor-Studiums wäre folglich nicht einmal ansatzweise eine Arztausbildung zu leisten.

Ein „Bachelor of Medicine“ wäre zudem ein akademischer Abschluss ohne Berufsbild. Als Arzt kann der Bachelor nicht praktizieren, da ihm nicht nur die Fähigkeiten, sondern auch die Rechtsgrundlage mangels sechsjähriger ärztlicher Grundausbildung fehlt. In der Forschung kann er mangels wissenschaftlicher fundierter Ausbildung ebenfalls nicht arbeiten. Dies betrifft auch die pharmazeutische Industrie. Für eine „Akademisierung der Gesundheits-Hilfsberufe“ bieten sich andere Formen, beispielsweise Aufbaustudiengänge an Fachhochschulen, an.

Aus all den genannten Gründen lehnt die Arbeitsgemeinschaft Hochschulmedizin die Einführung eines Bachelor-/Master-Ausbildungssystems für das Fach Medizin in Deutschland ab.

6. In Zeiten zunehmenden Ärztemangels spricht sich die Arbeitsgemeinschaft Hochschulmedizin stattdessen für eine Steigerung der Attraktivität des Medizinstudiums aus. Hierbei ist auf eine Verbesserung der Studienbedingungen abzustellen. So ist der Zuschuss der Bundesländer für den jeweiligen Studienplatz in der Medizin seit Jahren rückläufig. Hier müssten die Reformbemühungen der Bundesländer ansetzen. Exzellenter wissenschaftlicher Nachwuchs ist eine Grundvoraussetzung für den medizinischen Fortschritt von morgen. Problematisch erscheint auch, dass eine erhebliche Anzahl der Studienabsolventen in den nicht kurativen Bereich oder ins Ausland abwandert. Um dies zu verändern, sind die Arbeitsbedingungen, gerade auch in der Forschung, nachhaltig zu verbessern.

Die Arbeitsgemeinschaft Hochschulmedizin wird von folgenden Institutionen getragen:

Deutscher Hochschulverband;

Präsident: Universitätsprofessor Dr. Bernhard Kempen

Bundesärztekammer

Präsident: Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe

Marburger Bund

Vorsitzender: Rudolf Henke

Medizinischer Fakultätentag

Präsident: Universitätsprofessor Dr. Dieter Bitter-Suermann

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften

Präsident: Universitätsprofessor Dr. Karl Heinz Rahn

Bundesvereinigung der Landeskonferenzen ärztlicher und zahnärztlicher Leiter von Kliniken, Instituten und Abteilungen der Universitäten und Hochschulen Deutschlands

Vorsitzender: Universitätsprofessor Dr. Christian Ohrloff

Deutsche Gesellschaft für Medizinrecht

Präsident: Dr. Albrecht Wienke

Abbildung 17: "Resolution der Arbeitsgemeinschaft Hochschulmedizin" aus Archiv Medizinischer Fakultätentag, 2009.

Fortbildungsprogramm

Curriculum Kieferorthopädie

Im Fach Kieferorthopädie haben die **Bayerischen Universitäten zusammen mit der Bayerischen Landeszahnärztekammer** ein dreijähriges Curriculum erstellt. Dieses Curriculum wird der Weiterbildung zugrunde gelegt, sein fachlicher Inhalt ist Gegenstand des Prüfungsgesprächs gemäß § 13 Abs. 3 S. 1 WBO. Das von den Bayerischen Universitäten im Einvernehmen mit der BLZK aufgelegte Weiterbildungsprogramm wird von der BLZK empfohlen.

Das Curriculum setzt sich aus einer Wissensvermittlung an den vier Bayerischen Universitäten, an der eazf und der parallel erfolgenden dreijährigen klinisch-praktischen Tätigkeit an einer anerkannten Weiterbildungsstätte (§ 2 Abs. 1 der Richtlinien der BLZK) zusammen. Die erfolgreiche Teilnahme ist durch entsprechende Zeugnisse nachzuweisen.

Innerhalb der mindestens **1.200 Stunden umfassenden Weiterbildungsmaßnahmen** sind 800 Stunden in organisierten Veranstaltungen wie Vorlesungen, Seminaren und Fallvorstellungen abzuleisten, in denen medizinische Grundlagen, Kenntnisse und Fertigkeiten in Diagnostik und Therapie unter besonderer Berücksichtigung interdisziplinärer Aspekte sowie Kenntnisse in der Ätiologie, Morpho- und Pathogenese und im Praxismanagement vermittelt werden. **400 Stunden werden als Eigenstudium** ausgewiesen mit Präsentation von Patientenunterlagen und KFO-Journal vor, während und nach kieferorthopädischen Behandlungen, wobei der Leistungskatalog zwölf charakteristische Befundbeispiele umfasst.

Inhaltlich und konzeptionell wird das Curriculum von den Bayerischen Universitäten betreut. Als Dozenten stehen Ihnen erfahrene Kollegen aus Wissenschaft und Praxis zur Verfügung. Die **organisatorische Abwicklung** erfolgt über die eazf.

Die bayerischen Curricula sowohl in der Kieferorthopädie als auch in der Oralchirurgie sind in jedem Zyklus voll ausgebucht. Die Wartelisten sind lang – auch weil sich außer-bayerische Zahnärzte nach diesem Modell weiterbilden wollen. Das System hat sich bewährt und **erfüllt die hohen internationalen Qualitätsstandards**. Gerade die Interaktion der bayerischen Universitäten mit den Weiterbildungspraxen in Bayern wird von den Weiterbildungsassistenten, den weiterbildenden Zahnärzten und den Universitätslehrern positiv bewertet.

Abbildung 18: "Curriculum Kieferorthopädie" aus Fortbildungsprogramm eazf 2022, 24.

Grafiken und Organigramme Internet

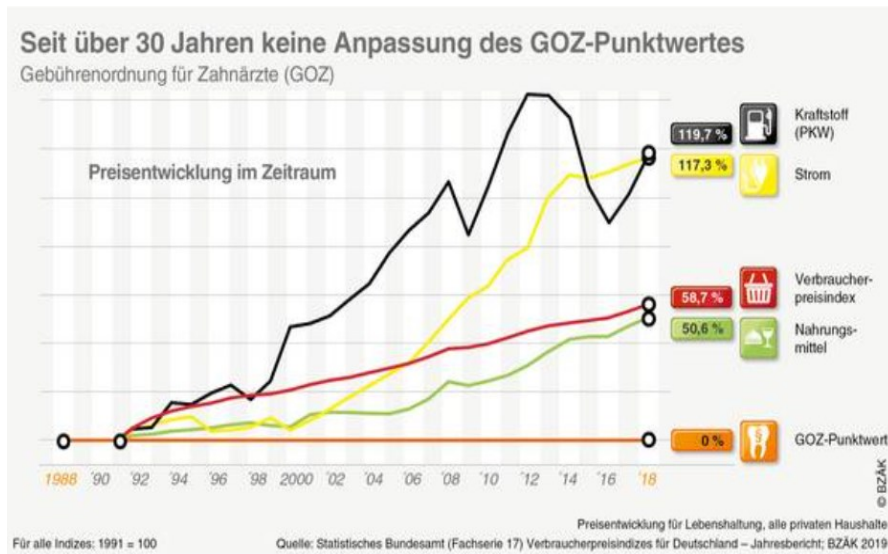


Abbildung 19: "Die Preisentwicklung der Lebenshaltung privater Haushalte, basierend auf Verbraucherpreisindizes des Statistischen Bundesamtes." <https://www.zm-online.de/news/nachrichten/seit-ueber-30-jahren-keine-anpassung/>

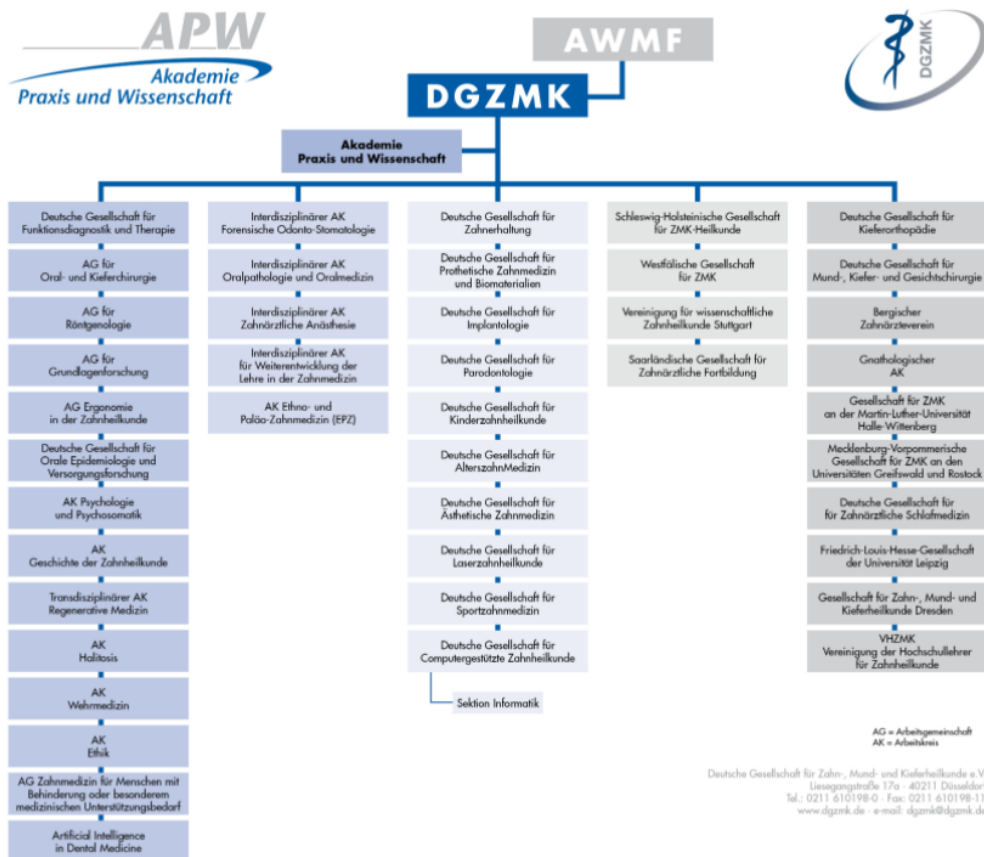


Abbildung 20: Organigramm DGZMK.

Deckblatt BZB 1990



Abbildung 21: Bayerisches ZahnärzteBlatt, 1990.

Danksagung

Ein überaus großer Dank gebührt meinem Doktorvater Herrn Prof. Dr. Dr. Joseph Kastenbauer, der mir stets mit aufopfernder Geduld, unerschöpflichem Zuspruch und einer guten Prise Humor zeigte, wie man die Schreckgespenster einer Dissertation erfolgreich vertreibt und mir mit Rat und Tat zur Seite stand.

Sein beklagenswerter Tod am 3. April 2022 erschütterte die Zahnärzteschaft Bayerns zutiefst.

Zugleich war das Vorankommen des Dissertationsprojekts ohne der Rolle Joseph Kastenbauers als wichtigen Zeitzeugen ungewiss. Ich verdanke Prof. Kastenbauer nicht nur die Überlassung des Themas meiner Dissertation, sondern fand in ihm einen überaus herzlichen Doktorvater.

Auch möchte ich meinem Betreuer Herrn Prof. Dr. Wolfgang Locher aus dem Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin für die Hilfestellungen bei der Überarbeitung der Arbeit danken.

Meinen weiteren Betreuern Herrn Prof. Dr. Daniel Edelhoff und Frau Prof. Dr. Christine Keul, M.Sc. aus der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik bin ich ebenso zu großem Dank verpflichtet.

Herzlich bedanken möchte ich mich bei den Funktionären und Mitarbeitern der Bayerischen Landes-zahnärztekammer, allen voran beim Hauptgeschäftsführer Herrn Ass. jur. Sven Tschoepe, LL.M., beim Geschäftsführer der eazf GmbH Herrn Stephan Grüner und bei Frau Heidrun-Monika Müller-Mayr für die Auffindung von Archivalien.

Vielen Dank an Frau Johanna Hack von der Bibliothek der Zahnklinik am LMU-Klinikum Campus Innenstadt für die wertvolle Unterstützung bei der Recherche in zahnärztlichen Fachzeitschriften.

Zuletzt gilt mein besonderer Dank meiner Familie. Insbesondere meinem Partner Günther, der eine intensive Zeit des Studiums und der Promotion mit mir durchstand und sich nie beschwerte.

Bedanken möchte ich mich außerdem bei meinen großartigen Eltern für die Vermittlung von Werten und den Beistand in allen Lebenslagen.

Meine Schwester verdient last but not least auch eine Erwähnung – danke für die Überarbeitung des Layouts.

Affidavit



Eidesstattliche Versicherung

Hauser, Carina

Name, Vorname

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Thema

Die Entwicklung der modernen Zahnmedizin in Bayern unter Miteinfluss der Bayerischen Landeszahnärztekammer von 1990 bis 2020.

selbständig verfasst, mich außer der angegebenen keiner weiteren Hilfsmittel bedient und alle Erkenntnisse, die aus dem Schrifttum ganz oder annähernd übernommen sind, als solche kenntlich gemacht und nach ihrer Herkunft unter Bezeichnung der Fundstelle einzeln nachgewiesen habe.

Ich erkläre des Weiteren, dass die hier vorgelegte Dissertation nicht in gleicher oder in ähnlicher Form bei einer anderen Stelle zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht wurde.

München, am 09. Februar 2024

Ort, Datum

Carina Hauser

Unterschrift Carina Hauser