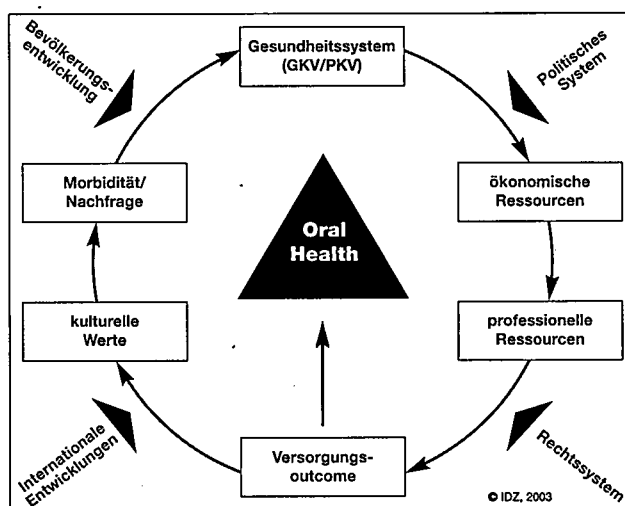


Burkhard Tiemann, David Klingenberg,
Michael Weber

System der zahnärztlichen Versorgung in Deutschland

The System of Dental Care in Germany



INSTITUT
DER DEUTSCHEN
ZAHNÄRZTE



1

**System der zahnärztlichen
Versorgung in Deutschland**

***The System of Dental Care
in Germany***

Materialienreihe
Band 28

Burkhard Tiemann, David Klingenberg, Michael Weber

System der zahnärztlichen Versorgung in Deutschland

The System of Dental Care in Germany

Herausgeber:

INSTITUT DER DEUTSCHEN ZAHNÄRZTE (IDZ)

in Trägerschaft von

Bundeszahnärztekammer

– Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e.V. –

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung – Körperschaft des öffentl. Rechts –

50931 Köln, Universitätsstraße 73

Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV
Köln 2003

Autoren:

Prof. Dr. jur. Burkhard Tiemann
Professor für Verwaltungs- und Sozialrecht sowie Sozialmanagement
Geschäftsführender Direktor
Institut der Deutschen Zahnärzte/Köln

Dr. rer. pol. David Klingenberger
Wissenschaftlicher Referent, Projektleitung Gesundheitsökonomie
Institut der Deutschen Zahnärzte/Köln

Dr. rer. publ. Michael Weber
Geschäftsführer
Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung/Köln

Übersetzung:

Philip Slotkin, M.A. Cantab. M.I.T.I.
London

Redaktion:

Dorothee Fink
Institut der Deutschen Zahnärzte/Köln

<p>Bibliografische Informationen Der Deutschen Bibliothek Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.ddb.de abrufbar.</p>

ISBN 3-934280-63-3

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf deshalb der vorherigen schriftlichen Genehmigung des Verlages.

Copyright © by Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV GmbH
Köln 2003

Inhaltsverzeichnis

Geleitwort	9
1 Historische Entwicklungslinien	11
1.1 Der schwierige Professionalisierungsprozess der Zahnärzte	11
1.1.1 Die Loslösung vom ärztlichen „Einheitsstand“	13
1.1.2 Die Loslösung vom Gewerbe	14
1.1.3 Verbandsgründungen als organisatorisches Vehikel des Professionalisierungsprozesses	15
1.1.4 Die Gründung von Zahnärztekammern	16
1.2 Die Gesetzliche Krankenversicherung und ihre Folgen für die Zahnärzteschaft	18
1.2.1 Bismarcks Einfluss auf die Sozialgesetzgebung	18
1.2.2 Die Arbeit des Wirtschaftlichen Verbandes Deutscher Zahnärzte ..	19
1.2.3 Die Gründung kassenzahnärztlicher Körperschaften	20
1.3 Zahnärzteschaft und Nationalsozialismus	22
1.4 Die Wiederaufbauphase nach 1945	25
1.4.1 Die Gründung von BDZ und KZBV	25
1.4.2 Das Kassenarztrecht von 1955	26
1.4.3 Die freien Verbände und ihr Verhältnis zu den Körperschaften ..	27
1.4.4 Neue Gebührenordnungen für den vertrags- und privatzahnärztlichen Bereich	27
1.5 Die Gesetzgebung seit Mitte der siebziger Jahre	28
1.6 Die Wiedervereinigung	29
1.7 Zusammenfassung	29
1.8 Literaturverzeichnis	30
2 Institutionelle Darstellung	31
2.1 Zahnärztliche Berufsvertretungen und wissenschaftliche Einrichtungen	31
2.1.1 Zahnärztekammern	31
2.1.2 Bundeszahnärztekammer (BZÄK)	33
2.1.3 Kassenzahnärztliche Vereinigungen (KZVen)	34
2.1.4 Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)	36
2.1.5 Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ)	37
2.1.6 Freiwillig organisierte Berufsverbände (FVDZ u.a.)	38
2.1.7 Wissenschaftliche Gesellschaften (DGZMK u.a.)	39
2.2 Träger der Krankenversicherung	40

2.2.1	Gesetzliche Krankenversicherung	40
2.2.1.1	Versicherte	41
2.2.1.2	Aufgaben der Krankenkassen	42
2.2.1.3	Finanzierung	43
2.2.1.4	Organe	44
2.2.2	Private Krankenversicherung	45
2.2.3	Sondersysteme (Freie Heilfürsorge und Beihilfe)	47
2.3	Organe und Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung	47
2.3.1	Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen	48
2.3.2	Bundesschiedsamt	48
2.3.3	Bewertungsausschuss	48
2.3.4	Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen	49
2.4	Zusammenfassung	50
2.5	Literaturverzeichnis	50
3	Zahnärztliche Ausbildung und Berufsausübung	51
3.1	Studium und Approbation	51
3.2	Assistententätigkeit	53
3.3	Weiter- und Fortbildung	54
3.4	Niederlassung und Investitionsverhalten	56
3.5	Zusammenfassung	59
3.6	Literaturverzeichnis	59
4	Entwicklung und Struktur des (vertrags-)zahnärztlichen Leistungsumfangs	61
4.1	Der zahnmedizinische Leistungskatalog der GKV	64
4.2	Vertrags- und Vergütungssystem der vertragszahnärztlichen Versorgung	66
4.3	Kassenzahnärztliche Vertrags- und Honorargestaltung	71
4.3.1	Sachleistung versus Kostenerstattung	71
4.3.2	Sonderformen der Leistungsabwicklung	73
4.3.3	Mehrkostenvereinbarungen	74
4.4	Die Einordnung zahntechnischer Leistungen	75
4.5	Sicherung von Wirtschaftlichkeit und Qualität vertragszahnärztlicher Leistungen	76
4.6	Privatzahnärztliche Behandlung und Vergütung	80
4.7	Besondere zahnärztliche Pflichten im Behandlungsverhältnis ...	81
4.8	Der Honoraranspruch des Zahnarztes	83
4.9	Zusammenfassung	85
4.10	Literaturverzeichnis	85
5	Makrostrukturelle Daten im internationalen Vergleich	87
5.1	Gesundheitsausgaben im internationalen Vergleich	87
5.2	Ausgaben für die zahnmedizinische Versorgung im internationalen Vergleich	90
5.3	Die Zahnarztdichte im internationalen Vergleich	90
5.4	Zusammenfassung	90
5.5	Literaturverzeichnis	91

6	Strukturprobleme	93
6.1	Korporatismusstrukturen	93
6.1.1	Strukturelemente und Kritikpunkte der Korporatisierungsstrategie .	93
6.1.2	Politischer und ökonomischer Nutzen der Korporatisierungsstrategie	94
6.1.3	Die drei offenen Flanken des Korporatismus: Ökonomie, Machtpolitik und Berufsethik	97
6.2	Strukturprobleme des zahnärztlichen Leistungs- und Vertragsregimes	101
6.2.1	Dominanz des Sachleistungsprinzips	101
6.2.2	Inadäquanz der Leistungsrechtsformen	103
6.2.3	Haftungs- und europarechtliche Defizite	106
6.3	Strukturprobleme der zahnärztlichen Honorierung	107
6.3.1	Funktionen der zahnärztlichen Honorierung	107
6.3.2	Kostendämpfungspolitik: Einseitige Auflösung des Zielkonfliktes durch den Gesetzgeber	109
6.3.3	Qualitätsdefizite aufgrund inadäquater Leistungshonorierung ...	110
6.3.4	Vor- und Nachteile verschiedener Honorierungssysteme	110
6.3.5	Reformperspektiven	114
6.4	Zusammenfassung	115
6.5	Literaturverzeichnis	115
7	Ausblick	117
7.1	Der Zahnarzt als Freier Beruf im Spannungsfeld sozialstaatlicher Bindungen	117
7.1.1	Berufs- und Vertragsarztrecht als Determinanten der Freiberuflichkeit	117
7.1.2	Einschränkung beruflicher und wirtschaftlicher Unabhängigkeit ..	119
7.1.3	Status- und Funktionsmetamorphose durch Systemzwänge ...	121
7.1.4	Zahnärztliche Freiberuflichkeit und Europäisierung des Gesundheitswesens	122
7.2	Wandel des Morbiditätsspektrums in der Medizin	125
7.2.1	Prävalenz von Zahnkaries und „caries decline“	125
7.2.2	Verschiebungen im Behandlungsbedarf infolge von Prävention ..	128
7.2.3	Interaktionen von Zahnerkrankungen und Allgemeinerkrankungen	130
7.2.4	Gesundheitsökonomische Auswirkungen von Prävention	130
7.2.5	Zukünftige Herausforderungen	131
7.3	Szenario zur zukünftigen Leistungsgestaltung	132
7.3.1	Befundorientierte Festzuschüsse mit Kostenerstattung	132
7.3.2	Kriterien für die Ermittlung von Festzuschüssen	133
7.3.3	Kostenerstattungsprinzip und Abrechnungsgrundlagen	134
7.3.4	Eignung des Festzuschusssystem für die Gesetzliche Krankenversicherung und für private Versicherungsträger	135
7.3.5	Schrittweise Umsetzung des Konzepts	137
7.4	Zusammenfassung	138
7.5	Literaturverzeichnis	139

8	Abbildungsverzeichnis	140
9	Tabellenverzeichnis	141

The system of dental care in Germany

1	Historical lines of development	151
2	Institutions	171
3	Training of dentists and exercise of the dental profession ..	193
4	Development and structure of dental treatments in general and under the statutory health insurance scheme	203
5	International comparison of macrostructural data	229
6	Structural problems	233
7	Outlook	257
8	List of figures	279
9	List of tables	280

Geleitwort

Mit der Einbringung des aktuellen Gesundheitsreformvorhabens hat sich die öffentliche Debatte über die Ausgestaltung der zahnmedizinischen Versorgung in Deutschland erheblich intensiviert. Ob Verbleib oder Ausgrenzung des Zahnersatzes aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen, Budgetierung des zahnärztlichen Leistungsgeschehens oder befundorientierte Festzuschüsse, Oral Wellness oder präventionsorientierte Zahnmedizin: Die Weichen für ein zukunftsorientiertes System der zahnmedizinischen Versorgung sollen wieder einmal gestellt werden – und ohne die Errungenschaften unseres gegenwärtigen zahnmedizinischen Versorgungssystems schmälern zu wollen, erscheint aus heutiger Sicht vieles reformbedürftig.

Um die Reformdiskussion mit dem erforderlichen Sachverstand führen zu können, bedarf es immer tieferer Kenntnisse. Als im Jahre 1980 der Vorgängerband zum „System der zahnärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland“ als „Broschüre 1“ des damaligen Forschungsinstituts für die zahnärztliche Versorgung (seit 1986 im IDZ aufgegangen) mit einem Seitenumfang von 68 Seiten veröffentlicht wurde, war noch nicht absehbar, in welchem Ausmaß die Komplexität im Gesundheitswesen zunehmen würde.

Das Anliegen der damaligen Veröffentlichung, die außerordentlich komplizierten Regelungen und Institutionen transparenter zu machen, gilt insofern erst recht für das vorliegende Kompendium des zahnärztlichen Versorgungssystems, das Gesundheits- und Standespolitikern, Medienvertretern, der Gesundheits- und Systemforschung sowie allen im zahnmedizinischen Bereich Tätigen und Lernenden zur Orientierung dienen mag.

Die deutsch-englische Herausgabe wird sicherlich dazu beitragen, die Kenntnisse und das Verständnis für die deutschen Systembesonderheiten auch im internationalen Bereich zu erhöhen.

Wir wünschen dem vorliegenden Band, der die vielschichtigen interdisziplinären Komponenten der zahnmedizinischen Versorgung in ihren juristischen, ökonomischen und sozialmedizinischen Bezügen transparent macht, einen großen Leserkreis und eine breite Beachtung in der Gesundheitspolitik. Gleichzeitig danken wir dem Autorenteam sowie dem Übersetzer für die kompakte Arbeit an dieser IDZ-Publikation: Die Einhaltung einer Balance zwischen

Informationsdichte einerseits und gleichzeitiger Lesbarkeit andererseits scheint uns ausgezeichnet gelungen zu sein.

Dr. Jürgen Fedderwitz
(Amtierender Vorsitzender der KZBV
und Amtierender Vorsitzender
des Gemeinsamen
IDZ-Vorstandsausschusses)

Dr. Dr. Jürgen Weitkamp
(Präsident der BZÄK und
Alternierender Vorsitzender
des Gemeinsamen
IDZ-Vorstandsausschusses)

Köln, im August 2003

1 Historische Entwicklungslinien*

Das Verständnis der aktuellen Struktur der zahnärztlichen Versorgung in Deutschland dürfte ohne Kenntnis der historischen Prozesse schwer fallen. Dies gilt insbesondere dann, wenn es um die problematischen Systembestandteile geht, deren Beurteilung und deren Reform in der gegenwärtigen gesundheitspolitischen Diskussion zur Debatte stehen. Die nachfolgende Darstellung zeichnet die historischen Entwicklungslinien des zahnärztlichen Versorgungssystems und seiner zentralen Organisationen vom 19. Jahrhundert bis zur Gegenwart nach (vgl. Abbildung 1) und liefert damit die Grundlage für die Beschreibung und Analyse des gegenwärtigen Systems.

Die Standesgeschichte der deutschen Zahnärzteschaft ragt weit in das 19. Jahrhundert der herausziehenden Organisationsgesellschaft und der Entwicklung des Wohlfahrtsstaates in Deutschland hinein. Es sind zwei zentrale historische Entwicklungslinien, die die Logik des Geschehens entscheidend bestimmen: Der schwierige Professionalisierungsprozess der deutschen Zahnärzte, wie er insbesondere im Vergleich mit der Ärzteschaft zu Tage tritt, und die Inkorporierung zahnärztlicher Organisationen in das System der sozialstaatlichen Versorgung. Der Professionalisierungsprozess fand mit der Klärung der sog. „Dentistenfrage“ in den fünfziger Jahren des letzten Jahrhunderts seinen Abschluss. Der Inkorporierungsprozess setzt sich bis heute fort und erlebt gegenwärtig mit der Infragestellung von Existenzberechtigung und Kompetenz zahnärztlicher Körperschaften eine thematische Zuspitzung.

Im Folgenden werden diese beiden historischen Entwicklungslinien vom 19. Jahrhundert bis in die Gegenwart nachgezeichnet.

1.1 Der schwierige Professionalisierungsprozess der Zahnärzte

Der Zahnarztberuf gewann erst nach 1800 allmählich an Bedeutung. Das älteste für den Bereich der Zahnheilkunde maßgebliche Regelwerk geht auf das Jahr 1811 zurück. Diese Ordnung, die im damaligen Großherzogtum Frankfurt unter französischem Einfluss erlassen wurde, erkannte die Zahnärzte als selbstständige Berufsgruppe erstmals auf lokaler Ebene an. Die Anerkennung

* Wir danken Frau Dipl.-Volksw. Nadine-Michèle Redjabo (KZBV) für die Unterstützung bei der Abfassung dieses Kapitels.

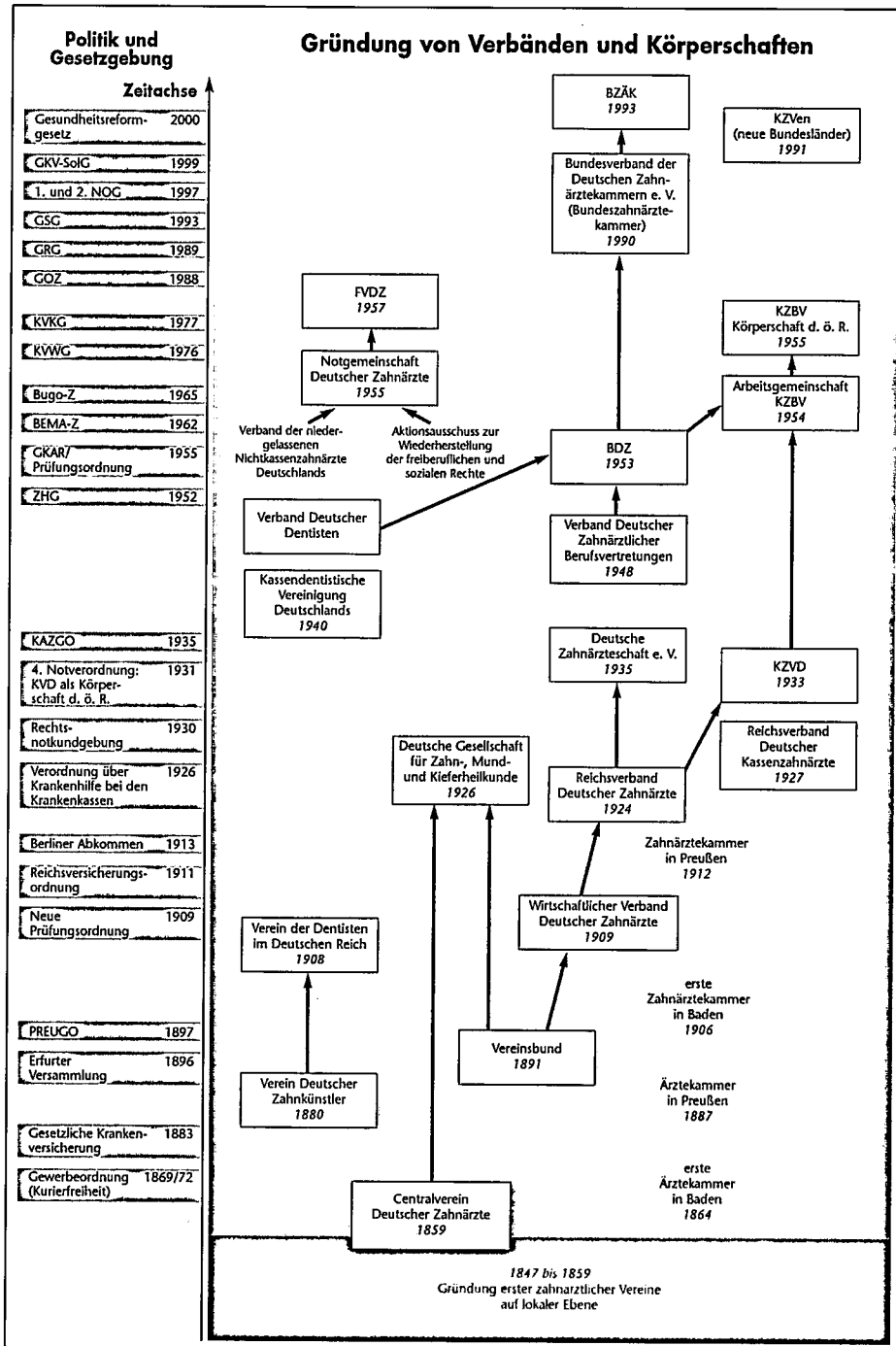


Abbildung 1: Gründungen von Vereinen und Körperschaften im historischen Rückblick

hielt nicht lange: Nach Abzug der französischen Besatzung im Jahre 1817 wurde das Reglement wieder aufgehoben.

In Preußen wurden Zahnärzte im Medizinalreglement von 1825 erstmals als „Medizinalpersonen“ benannt und rudimentäre Prüfungs- und Ausbildungsvorschriften erlassen. Die meisten der damaligen deutschen Staaten kannten jedoch bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts keinerlei Bestimmungen zur Reglementierung zahnheilkundlicher Tätigkeit. Die Anbieter zahnmedizinischer Leistungen sahen sich daher einem doppelten Konkurrenzdruck ausgesetzt. Universitär gebildete Ärzte und sog. „Wundärzte erster und zweiter Klasse“ konnten beim Nachweis entsprechender Kenntnisse zahnärztlich tätig werden. Daneben gab es eine Vielzahl sog. „Zahnkünstler“, die auf der Grundlage durchaus fragwürdiger Qualifikationen – vom Barbier bis zum Marktschreier – ihre zahnheilkundlichen Fähigkeiten anboten. Zumeist handelte es sich dabei um das „Zahnreißen“, also um schmerzbesitzigende Maßnahmen. Kurative Behandlungsmethoden gewannen erst seit Mitte des 19. Jahrhunderts an Bedeutung.

1.1.1 Die Loslösung vom ärztlichen „Einheitsstand“

Der zahnärztliche Berufsstand hatte sich im 19. Jahrhundert demnach gleich zweifach zu emanzipieren: Es ging um die Loslösung vom ärztlichen „Einheitsstand“ und vom Gewerbe.

Die Zahnheilkunde galt in der medizinischen Wissenschaft als Teil der Chirurgie. Als „Zahnarzt“ konnten sich nicht nur die bereits erwähnten universitär gebildeten Ärzte und die Wundärzte erster und zweiter Klasse (letztere nach einer besonderen Prüfung) niederlassen. Es war auch durchaus möglich, dass sich ehemalige Mitarbeiter von Zahnärzten selbstständig machen konnten, wenn es solchen Personen gelang, den Namen eines Chirurgen für ihre Praxis zu kaufen. Der Entwicklungsprozess der Zahnärzteschaft hin zu einer Konsolidierung im Sinne eines ärztlichen Spezialberufes wurde von der Ärzteschaft selbst über Jahrzehnte erschwert. Zahnärzte und Dentisten waren – wie es Ekkhard Häussermann einmal ausdrückte – „sheel über die Schulter angesehene Trittbrettfahrer der Medizin“. Erst im Laufe des 20. Jahrhunderts entkrampften sich die Beziehungen zwischen Ärzten und Zahnärzten. Letztlich war es der beständig fortschreitende medizinische Differenzierungs- und Spezialisierungsprozess, der immer mehr Ärzte von einer zahnbehandelnden Tätigkeit abhielt. Die ärztliche Konkurrenz verlor so bis zum Ende des Ersten Weltkrieges aus der Sicht der Spezialärzte für Zahn- und Mundkrankheiten an Bedeutung.

Im Jahre 1909 wurden Zahnmedizinstudenten von der philosophischen in die medizinische Fakultät übernommen, womit u. a. das Abitur als Studiengangsvoraussetzung in die Prüfungsordnungen aufgenommen wurde. Zur endgültigen Akademisierung und Eingliederung der Zahnheilkunde in den Bereich

der medizinischen Fakultät als medizinisches Spezialfach kam es dann einige Jahre später. Dies und die Erringung des Promotionsrechts im Jahre 1919 (Dr. med. dent.) markierten einen wichtigen Punkt im Aufstieg der Zahnärzte zur medizinisch-naturwissenschaftlichen Intelligenz in der Weimarer Republik und sorgten für einen nachhaltigen Anstieg der akademisch ausgebildeten Zahnärzte in den zwanziger Jahren des letzten Jahrhunderts. 1925 hatte sich die Zahl der Zahnärzte mit 9.173 gegenüber dem Jahr 1920 bereits verdoppelt.

1.1.2 Die Loslösung vom Gewerbe

Noch schwieriger gestaltete sich der zweite Emanzipationsprozess, der besonders langsame und mit erheblichen sozialen Konflikten verbundene Prozess der Ablösung vom Gewerbe, also der Entwicklung der Zahnbehandlung hin zu einem akademischen Beruf. Neben den medizinisch geschulten Fachkräften gab es im 19. Jahrhundert die sog. „Zahnkünstler“ mit höchst unterschiedlichen Qualifikationen. In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts war die Zahl der approbierten Zahnärzte zu gering, um ein entsprechendes Versorgungsnetz flächendeckend wahrnehmen zu können. Die zahnmedizinische Akutversorgung, im Wesentlichen die Zahnextraktionen, übernahmen daher die „Zahnkünstler“.

1880 kam es erstmalig zur Gründung einer Standesorganisation der Nichtapprobierten mit Namen „Verein deutscher Zahnkünstler“. Der VdZK verstand sich – dies ist immerhin zuzugestehen – in erster Linie als organisiertes Abwehrbollwerk gegen die vielfältigen, durch die Kurierfreiheit von 1869/1872 ermöglichten Formen der Kurpfuscherei. Die 1869 noch vom Norddeutschen Bund erlassene und 1872 vom neu gegründeten Deutschen Reich übernommene Gewerbeordnung stand ganz im Zeichen des wirtschaftsliberalen Gedankenguts der damaligen Zeit. Sie formulierte zwar eine Prüfungsordnung, die die fachlichen Voraussetzungen für die Führung einer medizinischen Berufsbezeichnung festlegte, so u.a. auch für die Berufsbezeichnung „Zahnarzt“. Dennoch war jedermann rechtlich befugt, im Sinne der sog. „Kurierfreiheit“ heilberuflich und damit auch „zahnärztlich“ tätig zu sein.

Der Dualismus zwischen wissenschaftlich ausgebildeten Zahnärzten und eher handwerklich orientierten Dentisten (Zahntechniker) nahm in dieser Zeit seinen Anfang und sollte den Berufsstand noch bis zur Mitte der fünfziger Jahre des folgenden Jahrhunderts spalten. In jedem Falle führte aber die staatlich verordnete Kurierfreiheit zu einem höheren Organisationsbewusstsein der Zahnärzteschaft und zu einer deutlicheren Interessenartikulation in der politischen Öffentlichkeit.

1.1.3 Verbandsgründungen als organisatorisches Vehikel des Professionalisierungsprozesses

Vereins- bzw. Verbandsgründungen der Zahnärzte gab es schon vor der Einführung der Gewerbeordnung 1869/1872. Der „Centralverein Deutscher Zahnärzte“, 1859 in Berlin gegründet, fasste die zum damaligen Zeitpunkt in einigen Großstädten bereits bestehenden lokalen Vereinsinitiativen zusammen und entwickelte sie als sog. „zahnärztliche Provinzialvereine“ weiter. Vordergründig ging es um den fachlich-wissenschaftlichen Austausch von Zahnärzten, wie er u.a. durch alljährliche Tagungen des Centralvereins organisiert wurde. Die Herausgabe einer Fachzeitschrift, die „Mittheilungen des Centralvereins deutscher Zahnärzte“, ab 1861 die „Deutsche Vierteljahresschrift für Zahnheilkunde“, unterstrich zusätzlich die wissenschaftlichen Ambitionen des Berufsstandes.

Der Centralverein beschäftigte sich jedoch vornehmlich mit der sog. „Ausbildungsfrage“ und trat gegenüber den Ländern erstmalig als zahnärztliche Standesvertretung auf. Die Länder sollten gegen die Tätigkeit von Nichtapprobierten vorgehen und irreführende Berufsbezeichnungen verbieten. Letztlich war der Centralverein mit seiner Ausgrenzungsstrategie gegenüber nichtapprobierten, zahnheilkundlich tätigen Personen wenig erfolgreich. Diverse Bittschriften gegenüber dem Reichstag, in denen auf das Nichtapprobiertenproblem aufmerksam gemacht und um Abhilfe gebeten wurde, erwiesen sich als fruchtlos. Die Gründe für die Politik der damaligen Zeit waren nahe liegend. Es gab schlicht zu wenige approbierte Zahnärzte, um eine flächendeckende Versorgung der Bevölkerung sicherstellen zu können. Hinzu kam, dass die nach 1883 entstandenen Krankenkassen die kostengünstigeren Dienstleistungen der erheblich kompromissbereiteren Berufsgruppe der Dentisten bevorzugten. Auch der Versuch, die beiden Stände – Zahnärzte und Dentisten – zu vereinigen, scheiterte auf der sog. „Erfurter Versammlung“ im Jahre 1896. Das geschicktere Organisationsverhalten der Dentisten, ihre über Jahrzehnte währende Dominanz in ländlich geprägten Regionen und nicht zuletzt ihre niedrigeren Preisforderungen sorgten dafür, dass die Professionalisierungsdiskussion in der Zahnheilkunde noch bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts dauern sollte und erst mit dem „Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde“ vom 31.3.1952 und der daraus resultierenden Zusammenführung zahnärztlicher und dentistischer Berufsorganisationen sein Ende fand. Bis dahin standen sich die Fraktionen der Zahnärzte und Dentisten unversöhnlich gegenüber und bekämpften sich in teilweise polemisch geführten öffentlichen Auseinandersetzungen.

Insgesamt waren die zahnärztlichen Berufsverbände im 19. und beginnenden 20. Jahrhundert – besonders im Vergleich zu ihren ärztlichen Schwesterorganisationen – wenig erfolgreich, sowohl was den organisatorischen Durchdringungsgrad ihrer potentiellen Mitglieder als auch ihre politischen Einflusschancen angeht. Die Rolle einer standespolitischen Vertretung der Zahnärzteschaft übernahm ab 1891 der „Vereinsbund Deutscher Zahnärzte“, während

sich der „Centralverein Deutscher Zahnärzte“ stärker auf seine wissenschaftlichen Zielsetzungen konzentrierte. Seine Nachfolgeorganisation ist heute die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Im Mai 1909 entwickelte sich aus dem Vereinsbund ein „Wirtschaftlicher Verband Deutscher Zahnärzte“, der im Zuge der Etablierung der Gesetzlichen Krankenversicherung die wirtschaftlichen Interessen der Zahnärzte wahrnehmen sollte. Zunächst als Unterverband gedacht und mit dem Vereinsbund teilweise in Personalunion geführt, entwickelte der Wirtschaftliche Verband bald ein solches Eigenleben, dass er den Vereinsbund schnell überspielte. Auf seine Aktivitäten werden wir noch zurückkommen.

1.1.4 Die Gründung von Zahnärztekammern

Das 19. Jahrhundert in Europa war das Jahrhundert der heraufziehenden Organisationsgesellschaft. Neben den organisierten Anstaltsstaat und die kapitalistische Unternehmung tritt die organisierte Willensbildung und Interessenvertretung gesellschaftlicher Gruppierungen. Soziologen kennzeichnen diese Entwicklung als Auflösung der alten Ständegesellschaft. An ihre Stelle tritt ein funktional differenziertes System gesellschaftlicher Teilbereiche – Staat, Kirche, Wissenschaft, Wirtschaft –, die ihre Interessens- und Machtsphären mittels moderner Organisationen absichern und auszuweiten trachten. Innerhalb dieser Organisationen bewegen sich nicht mehr die Eliten von einst – Adelige, Klerus, Großbürger –, sondern professionelle Funktionselemente, die den Einsatz ihres Management- und Fachwissens auf die Basis eines entscheidungsabhängigen Mitgliedschaftsvertrages stellen. In einem solchen gesellschaftlichen Umfeld der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts entstehen und entwickeln sich die berufsständischen Interessenverbände der Ärzte und Zahnärzte.

In Deutschland kommt aber nun eine Besonderheit in der Entwicklung hinzu, die im europäischen Kontext – mit wenigen Ausnahmen – bis heute einen Sonderweg darstellt. Gemeint ist die gegenseitige Durchdringung von staatlicher Verwaltung und gesellschaftlichen Einrichtungen. So ganz wollten die konservativen politischen Kräfte im damaligen Deutschen Reich die modernen Korporationen nicht aus der Verantwortung für die organische Zusammenführung einer sich immer weiter differenzierenden Gesellschaft entlassen. Der Philosoph Georg Wilhelm Friedrich Hegel lieferte bereits 1821 in seinen „Grundlinien der Philosophie des Rechts“ den Begriff der Organisation, der zu diesem konservativ-autoritären Staatsverständnis passte. Um die Zerrissenheit der Gesellschaft zu vermeiden, bedarf es nach Hegel eines Systems von Korporationen, die zwischen Staat und Gesellschaft vermitteln. Sie sind einerseits in der neuen bürgerlichen Gesellschaft verankert. Gleichzeitig werden ihnen staatliche und berufsständische Merkmale übertragen, die die Zersetzungs- und Auflösungspotentiale der bürgerlichen Gesellschaft „aufheben“ sollen.

Vor diesem politischen Hintergrund kam es in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts zur Umfunktionierung, teilweise auch zur Neugründung berufsständischer Organisationen, die mit staatlichen Verwaltungsaufgaben betraut wurden. Es war die Geburtsstunde der Kammern als öffentliche Verbände mit hoheitlichen Befugnissen, Zwangsmitgliedschaft und staatlich verliehener Autonomie. Die Ärzte spielten auch hier – wie so oft – den Vorreiter. Ärztekammern wurden 1864 zuerst in Baden, später 1887 in Preußen gegründet. Für die Zahnärzteschaft erfüllte sich ihr lang gehegter Wunsch nach staatlich legitimer berufsständischer Vertretung erst am 10.10.1906 in Baden, später dann im Jahr 1912 auch in Preußen auf der Grundlage einer kaiserlichen „Verordnung betreffend der Einrichtung einer Standesvertretung der Zahnärzte“. Für die ärztlichen und zahnärztlichen Berufsgruppen etablierte sich damit eine Organisationsform, die die Freiheit der Berufsausübung gegen den Zugriff berufs-fremder Gesetzgebung, Verwaltung und Gerichtsbarkeit schützte und die Einschränkung unkontrollierter gegenseitiger Konkurrenz gewährleistete. Diesem genossenschaftlichen Konstruktionsprinzip stand das herrschaftlich-anstaltliche gegenüber, das sich u.a. in der Organisationsform einer Körperschaft öffentlichen Rechts und näherhin in der Disziplinargewalt gegenüber den zwangsweise rekrutierten „Mitgliedern“ manifestierte. Für die Ärzte- und Zahnärzteschaft entstand – und dies wurde als berufspolitischer Erfolg gewertet – eine institutionelle Plattform, die durch das Recht, bei den staatlichen Ministerien Anträge zu stellen, eine Mitwirkung an Entscheidungen über die Ausgestaltung des öffentlichen Gesundheitswesens garantierte. Angesichts der konservativen, durchgängig noch demokratiefeindlichen Grundstimmung unter den politischen Eliten im damaligen Deutschen Reich ist dieses Mitspracherecht hoch zu bewerten. Die Errichtung von Kammern lag aber auch im staatlichen Interesse, weil dadurch eine Reihe durchaus konfliktträchtiger professionsspezifischer Regulierungsfunktionen auf Institutionen der „mittelbaren Staatsverwaltung“ übertragen werden konnte.

Die berufsständischen Kammern übernahmen damit genau jene Vermittlungsfunktion zwischen Staat und gesellschaftlichen Gruppierungen, die in Hegels dialektischem Denken die Gesellschaft stabilisieren und „versittlichen“ sollte. Offenbar ist der Organisationskompromiss zwischen mittelbarer Staatsverwaltung und genossenschaftlicher Selbstverwaltung politisch so wirkungsvoll, dass auch mehr als hundert Jahre später an der Verkammerung freier Berufe im deutschen Gesundheitswesen festgehalten wird.

Als Fazit des schwierigen Professionalisierungsprozesses der Zahnärzteschaft ist Folgendes festzuhalten: 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 und der hierzu passenden zahnärztlichen Organisationsstrukturen als Körperschaften des öffentlichen Rechts. Andererseits hat sich in das kollektive Gedächtnis der Zahnärzteschaft eine Skepsis gegenüber der Steuerungskapazität staatlicher Institutionen festgesetzt. Diese Skepsis resultierte aus der Erfahrung einer

über Jahrzehnte währenden Indifferenz politischer Organe gegenüber den als „Rechtsnot“ empfundenen Regelungsdefiziten in den Bereichen der Kurierfreiheit und des Dualismus Zahnärzte-Dentisten. Beide Aspekte, ein staatszentriertes Bedürfnis nach Anerkennung und Zusammenführung des eigenen Berufsstandes wie auch eine tief sitzende Enttäuschung wegen jahrzehntelanger Vernachlässigung eben dieses Bedürfnisses, sind gleichzeitig in den Blick zu nehmen, wenn man die ambivalente Beurteilung des zahnärztlichen Versorgungssystems durch die Zahnärzteschaft verstehen möchte, wie sie sich insbesondere nach 1950 ergab und bis in die Gegenwart fortsetzt.

1.2 Die Gesetzliche Krankenversicherung und ihre Folgen für die Zahnärzteschaft

1.2.1 Bismarcks Einfluss auf die Sozialgesetzgebung

In die achtziger Jahre des 19. Jahrhunderts fiel die Gründung der Sozialversicherungssysteme im damaligen Deutschen Reich, deren Strukturprinzipien bis heute das deutsche Gesundheitswesen nachhaltig bestimmen. Gestützt auf die Kaiserliche Botschaft vom 17.11.1881 fand Bismarck eine Mehrheit im Reichstag für einen Ausbau des Versicherungsschutzes gegen die elementaren Lebensrisiken Krankheit, Invalidität, Alter und Arbeitsunfall. Die Einführung der Gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. Abschn. 2.2.1) am 15.6.1883 diente primär sozialpolitischen Zwecken. Bismarcks Hauptaugenmerk galt der politischen Einordnung der wachsenden Industriearbeiterschaft in die damalige Gesellschaft bei gleichzeitigem Zurückdrängen des wachsenden Einflusses der Sozialdemokratie in Deutschland. Die „Heilung sozialer Schäden“ – so hieß es 1881 in der Kaiserlichen Botschaft – soll „nicht ausschließlich im Wege der Repression sozialdemokratischer Ausschreitungen, sondern gleichmäßig auf dem der positiven Förderung des Wohles der Arbeiter zu suchen sein“.

Die Sozialversicherungsgesetzgebung der damaligen Zeit läuft nahezu zeitgleich zu den Sozialistengesetzen mit ihren staatlichen Repressivmaßnahmen ab. Das diesen Gesetzgebungsmaßnahmen zugrunde liegende autoritäre Staatsverständnis findet Eingang in die Strukturprinzipien der Gesetzlichen Krankenversicherung. Es war von daher kein Zufall, dass die kaiserliche Gesetzgebung von 1883 nicht an die liberale Tradition der freien Hilfskassen der Arbeiterschaft anknüpfte, deren Geschichte ihrerseits bis zu den spätmittelalterlichen Gesellenverbänden reichte. Es war vielmehr die preußische Gesetzgebung der Jahre 1845–1850 zur Einrichtung von Zwangskassen, die Bismarcks Richtschnur für die Krankenkassengesetzgebung der achtziger Jahre wurde und damit entscheidenden Einfluss auf die Struktur der Leistungserbringung hatte, wie sie die Gesetzliche Krankenversicherung bis in die Gegenwart kennzeichnet. Durch das Gesetz von 1883 wurden die Kassen dazu verpflichtet, ihren Mitgliedern freie ärztliche Hilfe und freie Arznei „in natura“ zu gewähren. Die Krankenkassen waren also nicht, wie Privatversicherungen, zur Erstattung von Arzthonoraren und sonstigen Krankheitskosten ver-

pflichtet. Sie mussten vielmehr ärztliche Sachleistungen bereitstellen, nicht zuletzt deshalb, weil dem Patienten der damaligen Zeit ein verantwortungsvoller Umgang mit Geld nicht zugetraut wurde. An die Stelle des direkten Arzt-Patienten-Verhältnisses trat damit ein dreiseitiger Austauschvertrag zwischen Arzt, Patient/Mitglied und Krankenkasse. Während das Verhältnis zwischen Kasse und Mitglied hoheitlich gestaltet wurde, was den Trägern der Krankenversicherung den Status einer juristischen Person öffentlichen Rechts einbrachte, wurde das Dreiecksverhältnis im Gesetz nicht näher geregelt. Gefordert wurde lediglich ein schriftlicher Vertrag zwischen Krankenkassen und Ärzten. Durch die damit einhergehende Abhängigkeit der Ärzte von den Kassen waren Konflikte im System vertragsärztlicher Versorgung vorprogrammiert, die erst Jahrzehnte später durch die Gründung Kassenärztlicher Vereinigungen als Körperschaften öffentlichen Rechts beigelegt werden konnten.

1.2.2 Die Arbeit des Wirtschaftlichen Verbandes Deutscher Zahnärzte

Die Zahnärzteschaft war 1883 durch die „Kaiserliche Botschaft“ zunächst nicht betroffen, weil Zahnbehandlung nicht zu den kassenpflichtigen Leistungen zählte. Die Abhängigkeit der Zahnärzte bestand damals – noch – nicht gegenüber den Krankenkassen, sondern vielmehr gegenüber den Kassenärzten, die alleine zu entscheiden hatten, ob die Zähne ihrer Patienten behandlungsbedürftig waren und die bei Bedarf diese Behandlung auch selbst durchführen konnten.

Es waren im 19. Jahrhundert vereinzelte Gerichtsurteile, die Zahnfüllungen als Kassenleistungen ansahen und damit den Zahnärzten die Tür zur Behandlung der Kassenpatienten vorsichtig öffneten. Die Krankenkassen verhielten sich jedoch von Anfang an sehr restriktiv gegenüber der aus ihrer Sicht kostenintensiven zahnmedizinischen Behandlung ihrer Mitglieder und bevorzugten daher – zum Ärger approbierter Zahnärzte – die zu erheblich geringeren Preisen behandelnden Dentisten. Das Nichtapprobiertenproblem überlagerte daher das Kassenproblem und wurde – wie Dominik Groß anmerkt – „zur eigentlichen Triebfeder der zahnärztlichen Politik in der Kassenfrage“.

Der im Mai 1909 gegründete Wirtschaftliche Verband Deutscher Zahnärzte setzte sich zum Ziel, die zahnärztlichen Interessen in der „Kassenfrage“ wirksam zu vertreten und damit den Zahnärzten die Behandlung von Kassenpatienten zu ermöglichen. Ziel war dabei der Abschluss von Kollektivverträgen zwischen den Krankenkassen und dem Wirtschaftlichen Verband, der sozusagen als Vorstufe der späteren kassenzahnärztlichen Vereinigungen operierte. Die Arbeit des Wirtschaftsverbandes bestand im ersten Jahr seiner Existenz neben dem organisatorischen Aufbau im Einsatz einer als gerecht empfundenen Lösung für die Zahnärzteschaft in der zur Beratung anstehenden Reichsversicherungsordnung (RVO), die eine Vereinheitlichung aller Versicherungsregelungen bringen sollte. Die Lobbytätigkeit des Wirtschaftlichen Verbandes war allerdings wenig erfolgreich. Es waren vielmehr die Dentisten, die gestärkt

aus den Beratungen zu diesem Gesetzesvorhaben hervorgingen. So hieß es denn in § 123 RVO: „Bei Zahnkrankheiten mit Ausschluss von Mund- und Kieferkrankheiten kann die Behandlung außer durch Zahnärzte mit Zustimmung der Versicherten auch durch Zahntechniker gewährt werden“.

Immerhin gelang es, dass mit der Mitgliedschaft zum Wirtschaftlichen Verband die Zulassung zur Behandlung der Versicherten der „Ersatz-Kassen“ verbunden werden konnte.

Auch im Vergleich zu der im Leipziger Verband (dem späteren Hartmannbund) organisierten Ärzteschaft hatte der Wirtschaftliche Verband nur wenige Erfolge vorzuweisen. Der Ärzteschaft gelang es, im Berliner Abkommen von 1913 faktisch ein Kollektivvertragssystem durchzusetzen. Die Zahnärzteschaft musste bis 1922 warten, bis die Spitzenverbände der Kassen mit dem Wirtschaftlichen Verband erste übergreifende Vereinbarungen erzielten, so z. B. zu einer Gebührenordnung und zu Bestimmungen zur Vergütungsform, zum Schiedswesen und zur Auswahl der Kassenzahnärzte. Die Vereinbarung wurde durch ein Abkommen von 1924 ersetzt, das Gültigkeit bis zur „Vertragsordnung für Kassenzahnärzte und Kassendentisten“ von 1935 behielt.

Mit dem Berliner Abkommen fiel für die Gesetzliche Krankenversicherung eine bis heute fortwirkende Strukturentscheidung. Zum einen wurde mit dem Abkommen die Grundlage für eine gemeinsame Selbstverwaltung zwischen organisierter Ärzteschaft und Kassenverbänden institutionalisiert. Zum anderen schrieb das Abkommen die prominente Beteiligung des Staates fest, sowohl in der Funktion der neutralen Schiedsinstanz als auch als Garant der eigentlich rein privatrechtlichen Übereinkunft der Konfliktparteien, was dem Abkommen einen halb privat-rechtlichen, halb öffentlich-rechtlichen Status verlieh.

1.2.3 Die Gründung kassenzahnärztlicher Körperschaften

Im Jahre 1923 wurde mit der „Verordnung über Ärzte und Krankenkassen“ auf Veranlassung des Reichsarbeitsministeriums die Regelung der Zulassung, der Arztverträge und der Honorierung einem „Reichsausschuss für Ärzte und Krankenkassen“ als einem Organ gemeinsamer Selbstverwaltung übertragen. Nachdem seitens der Krankenkassen wiederholt versucht wurde, die Zulassungsordnung für sich günstiger zu gestalten, wurde 1926 die „Verordnung über Krankenhilfe bei den Krankenkassen“, die durch Arztwahlbeschränkung die Vormachtstellung der Kassen begünstigt hatte, aufgehoben und den Ärzten und Zahnärzten – aber auch den Dentisten – ein gleichrangiger Platz mit den Kassen eingeräumt.

Durch die Eigeneinrichtungen (Kassenkliniken) versuchten die Kassen jedoch immer wieder, die freie Arztwahl zu torpedieren. Die damit oft einhergehende „Ausbeutung der Zahnärzte durch die Kassen“ wurde weiter verschärft durch die Weltwirtschaftskrise 1929/30 mit den entsprechenden Notverordnungen

der Regierung. Nach Überwindung dieser wirtschaftlichen Talsohle gelang es dann den berufsständischen Organisationen, hier insbesondere dem Reichsverband der Zahnärzte Deutschlands als Nachfolger des Wirtschaftsverbandes, immer besser, ihre Interessen durchzusetzen.

Vorreiter für eine institutionelle Lösung waren aber auch in dieser Zeit die Ärzte, allen voran der Leipziger Verband. Mit der 4. Notverordnung vom 8.12.1931 schrieb die Regierung Brüning die Vertretung ärztlicher Interessen durch kassenärztliche Vereinigungen mit der Rechtsform einer Körperschaft des öffentlichen Rechts fest. Damit griff auch im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung das Prinzip einer „staatlichen Verbandsdomestizierung“, wie es bei Gründung berufsständischer Kammern einige Jahrzehnte zuvor – und damit ganz in der Tradition eines Staatsverständnisses von Hegel und Bismarck – bereits erfolgreich praktiziert wurde. Die Ärzte- und wenige Jahre später auch die Zahnärzteschaft ließen sich mit der Brüning-Regierung auf einen Tauschhandel ein. Als Gegenleistung für die Schaffung öffentlich-rechtlicher Körperschaften, auf die die freien Ärzteverbände lange Zeit gedrängt hatten, boten sie der Reichsregierung ihre Mithilfe bei der Stabilisierung der Krankenversicherungsbeiträge an, indem sie sich bereit erklärten, die Ausgaben für die ärztlichen Honorare an die Entwicklung der Einnahmen der Krankenkassen zu koppeln. Da sie gleichzeitig in eine Senkung der Verhältniszahl, die die Zahl der Versicherten pro zugelassenem Arzt festsetzt, einwilligten, lief diese Lösung auf eine Absenkung des durchschnittlichen Arzthonorars hinaus. Mit der Schaffung der KVen als öffentlich-rechtliche Körperschaften mit Pflichtmitgliedschaft standen den Krankenkassen nicht mehr einzelne Kassenärzte, sondern kollektive Organisationen der Kassenärzte gegenüber, die zwischen die Krankenkassen und die einzelnen Ärzte geschaltet wurden. Den KVen wurden die Aufgaben der Verteilung der Gesamtvergütung für die ambulante Versorgung und der Überwachung der kassenärztlichen Tätigkeit übertragen.

Die Zahnärzteschaft tat sich auf ihrem Weg in die Körperschaften im Vergleich zur Ärzteschaft einmal mehr schwer. Dies ist nicht zuletzt auf die Existenz zweier rivalisierender Zahnärzteverbände zurückzuführen, die in den zwanziger Jahren eine unterschiedliche Vertragspolitik gegenüber den Krankenkassen betrieben. Während der 1924 gegründete und aus dem Wirtschaftlichen Verband Deutscher Zahnärzte hervorgegangene „Reichsverband der Zahnärzte Deutschlands e.V.“ nur Exklusivverträge für seine Mitglieder aushandelte, schloss der 1927 in Leipzig gegründete „Reichsverband Deutscher Kassenzahnärzte“ stets Kollektivverträge ab, denen sich auch verbandsfremde Zahnärzte anschließen konnten. Zu dieser innerverbandlichen Konkurrenz gesellte sich zusätzlich noch die bereits mehrfach beschriebene Konkurrenz der Dentisten. Die leidvollen Erfahrungen der Zahnärzte mit freien Vertragsverhältnissen fanden u.a. am 9.3.1930 in der sog. „Rechtsnot-Kundgebung“ des Reichsverbandes der Zahnärzte Deutschlands – gegen Kurierfreiheit, Dentistenkonkurrenz, Zahnkliniken und für eine gesetzliche Ordnung der Rechtsverhältnisse per RVO-Novelle – ihren Ausdruck. Es war schlussendlich die Reichsregierung, die mit ihrer Verordnung über kassenzahnärztliche Versor-

gung vom 13.1.1932 die gesetzliche Bildung kassenzahnärztlicher, aber auch kassendentistischer Vereinigungen in Form öffentlich-rechtlicher Körperschaften beschloss. Ihnen sollten die Abschlüsse von Verträgen, die kassenzahnärztliche Abrechnung und Überwachung obliegen. Damit hatte die Zahnärzteschaft in Deutschland ihr organisationspolitisches Ziel erreicht. Der kündbare privatrechtliche Einzelvertrag des einzelnen Zahnarztes mit der einzelnen Krankenkasse war zugunsten der genossenschaftlichen Regelung kraft eines der Kassenzahnärzteschaft erteilten gesetzlichen Auftrages umgewandelt. Den vorläufigen Abschluss einer Inkorporierung der Zahnärzteschaft in ein staatlich garantiertes System zahnärztlicher Versorgung stellt die „Verordnung über die Kassenzahnärztliche Vereinigung Deutschlands“ vom 2.8.1933 dar.

Festzuhalten bleibt, dass die spezifische Form öffentlich-rechtlicher Institutionalisierung von Verband-Staat-Beziehungen in Deutschland in einer Kontinuitätslinie steht, die sich vom Kaiserreich über die Zeit des Ersten Weltkrieges bis hinaus in die Weimarer Republik erstreckt. Ihre Auswirkungen lassen sich auch für die Bundesrepublik im 21. Jahrhundert nachzeichnen. Der Staat in Deutschland war schon im 19. Jahrhundert bereit, sich zu entlasten und eigene Regelungskompetenzen an ein selbstregulatives Verbändesystem abzutreten. Der Autonomiegewinn der Verbände – Ärzte, Zahnärzte, aber auch Krankenkassen – war freilich zu keinem Zeitpunkt ohne Einschränkungen zu haben. Der Schatten staatlicher Hierarchie zieht sich bis heute über das System der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen. Seine Länge und Intensität wird je nach politischer Opportunität durch den wohl dosierten Einsatz staatlicher Aufsichts- und Interventionsrechte stets neu einjustiert. Die Beteiligung organisierter Interessen an staatlichen Hoheitsaufgaben – und damit auch an der Verwaltung des Sozialversicherungssystems in Deutschland – dient nicht zuletzt der politischen Disziplinierung partikularer Verbands- und Mitgliedsinteressen und erfüllt den diffusen Wunsch nach einer konfliktfreien, „versittlichten“ Gesellschaft. Die Hegelschen Moralkategorien wirken bis heute in der deutschen Gesundheitspolitik nach.

1.3 Zahnärzteschaft und Nationalsozialismus

„Ein wesentlicher, vielleicht der wesentliche Teil der Reformvorstellungen der Zahnärzte nach der ‚Machtergreifung‘ war bereits zur Zeit der Rechtsnot in der Weimarer Republik vorgebildet, wurde in der Gesetzgebung während der dreißiger Jahre nachträglich übernommen und war nicht ‚Frucht nationalsozialistischen Rechtsdenkens‘“. Diese Einschätzung Ekkhard Häussermanns, eines ehemaligen Schriftleiters der „Zahnärztlichen Mitteilungen“, beruht auf seiner materialreichen Analyse der Geschichte der Deutschen Zahnärzte 1933 bis 1945 und dürfte wohl den derzeitigen Stand der historischen Forschung zur Entstehungsgeschichte der ärztlichen und zahnärztlichen Körperschaften korrekt wiedergeben. Die Weichenstellungen für die 1933 gegründete Kassenzahnärztliche Vereinigung Deutschlands (KZVD) wurden in der Tat noch in der Weimarer Republik vom regierenden Präsidialkabinett unter Heinrich Brüning

vorgenommen. Freilich passte die körperschaftliche Organisationsstruktur der Ärzte- und Zahnärzteschaft durchaus zu den nationalsozialistischen Vorstellungen einer zentralistisch-einheitlichen Formierung gesellschaftlicher Gruppierungen. Die KZVD wurde nach der Machtergreifung ebenso „gleich geschaltet“ und auf das „Führerprinzip“ ausgerichtet wie die übrige staatliche Verwaltung in Deutschland. Sie vertrat als einheitliche, das gesamte Reichsgebiet umfassende Körperschaft alle im Zahnarztregister eingetragenen Zahnärzte. Die Landes- und Provinzstellen fungierten lediglich als unselbstständige Verwaltungsstellen. Heute erinnert nur noch die bei der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung angesiedelte Prüfstelle an die Zeit einer zentralistischen Struktur der zahnärztlichen Körperschaften. Die Dentisten erhielten erst im Dezember 1940 eine Kassendentistische Vereinigung Deutschlands, was zeigt, dass auch die auf Zentralisierung und Vereinheitlichung bedachten Nationalsozialisten das Zahnarzt-Dentisten-Problem nicht lösen konnten.

Fast zeitgleich mit der Gründung der KZVD im Jahre 1933 erfolgte per Ermächtigung des Arbeitsministeriums eine Zulassungsordnung für Zahnärzte und Dentisten. Jeder zugelassene Zahnarzt konnte danach erstmals alle RVO-Patienten einschließlich der Familienangehörigen behandeln. Die Zulassungszahl betrug 10:15.000 (6 Zahnärzte + 4 Dentisten). Am 1.10.1935 trat die vom Reichsarbeitsministerium erlassene „Vertragsordnung für Kassenzahnärzte und Dentisten“ in Kraft. Sie beinhaltete ein abgestuftes Vertragssystem mit einem Reichsvertrag als Rahmenvertrag, Bezirksverträgen auf Landesebene und Einzeldienstverträgen. Gegen den Widerstand der Zahnärzte wurde eine Kopfpauschalvergütung eingeführt. Als Verteilungsmaßstab fungierte die „Kassenzahnärztliche Gebührenordnung (KAZGO)“, die auf dem Teil IV der „Preußischen Gebührenordnung (PREUGO)“ aufbaute. Die KAZGO ist mit ihren damals festgelegten Leistungspositionen über einen Zeitraum von fast dreißig Jahren unverändert geblieben und wurde erst durch die Einführung des „Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für zahnärztliche Leistungen (BEMA-Z)“ von 1962 abgelöst. Die Vertragsordnung verankerte darüber hinaus das bereits gegen Ende des Jahres 1932 eingeführte Schiedswesen. Im Konfliktfall hatten die beim Reichversicherungsamt angesiedelten staatlichen Schiedsinstanzen die Möglichkeit, Verträge festzusetzen. Damit wurde die Möglichkeit eines vertragslosen Zustandes praktisch ausgeschlossen.

Die ursprüngliche Absicht der Nationalsozialisten, eine Einheitsversicherung mit einer Einheitsverwaltung zu schaffen, wurde nicht verwirklicht. Die historisch gewachsene Gliederung der Sozialversicherung erwies sich als relativ widerstandsfähig. Faktisch wurde jedoch die Selbstverwaltung der Krankenversicherung durch das Gesetz über den Aufbau der Sozialversicherung vom 5.7.1934 und nachfolgende Rechtsverordnungen beseitigt. An die Stelle der bisherigen Organe trat die alleinige Verantwortung eines staatlichen Leiters, der die Versichertengemeinschaft rechtlich vertrat. Die fünf Spitzenverbände der Krankenkassen wurden der Aufsicht des Reichsarbeitsministers unterstellt