



Internationale Akademie für Philosophie im Fürstentum Liechtenstein

**Freiheit und Regulierung,
dargestellt am Beispiel zahnärztlicher Standespolitik im Wandel.
Eine sozialphilosophische und systemtheoretische Untersuchung.**

Dissertation zur Erlangung des Grades des Doktors der Philosophie an der
Internationalen Akademie für Philosophie im Fürstentum Liechtenstein,
im Herbstsemester 2017 vorgelegt von Henning Richter, Köln.

Inhalt

0.	Einleitung.....	4
0.1.	Ansatz und Struktur der Arbeit.....	4
0.2.	Systemtheoretische Prolegomena.....	6
0.2.1.	Was ist „soziale Kommunikation“?.....	9
0.2.2.	Systembildung: Leitdifferenz und Codierung.....	14
0.2.3.	Sind Systeme solitär?.....	15
0.2.4.	Der Objektivitätsanspruch der Systemtheorie.....	19
0.3.	Zielsetzung und Fragestellung der Arbeit, 2 Thesen.....	20
0.4.	Methodisches Vorgehen.....	23
1.	Die zahnmedizinische Versorgung als Subsystem des „sekundären Primärsystems“ Gesundheitswesen. Systemtheoretische Beschreibung und sozialphilosophische Analyse.....	24
1.1.	Das Gesundheitssystem und seine Besonderheit.....	24
1.2.	Die Eigenständigkeit des Subsystems Dentalmedizin.....	27
1.3.	Eigenständigkeit und Umweltblindheit eines Subsystems: Sozialphilosophische Folgerungen.....	30
1.4.	Inklusion und Exklusion als Problem der modernen Gesellschaft.....	38
1.5.	Der Druck auf das Gesundheitssystem: Gründe und Ursachen.....	46
1.6.	Bedeutung und Grenzen von Organisationsbildung.....	50
1.7.	Wie Systeme entstehen: Die Unabdingbarkeit der Geschichte und ein Drei Phasen-Modell als Arbeitshypothese.....	52
2.	Historische Rekonstruktion: Die Phase der Konstitution und Ausdifferenzierung eines Systems am Beispiel des zahnmedizinischen Versorgungssystems.....	58
2.1.	Funktionale Differenzierung durch Professionalisierung. Ein Blick auf die Ärzte oder: Das Medizinalwesen als Muttersystem.....	58
2.2.	Die Professionalisierung des zahnärztlichen Berufsstandes.....	71
2.3.	Die „Verwissenschaftlichung“ und Monopolisierung der Zahnmedizin bzw. der zahnbehandelnden Tätigkeit.....	73

2.3.1.	Die Loslösung vom Gewerbe (I) – Die Akademisierung des Zahnarztberufes und Emanzipierung von der Ärzteschaft.....	74
2.3.2.	Die Loslösung vom Gewerbe (II) – die „Dentistenfrage“ bzw. das Nichtapprobiertenproblem.....	85
2.3.3.	Die Anfänge der zahnärztlichen Selbstbestimmung und -verwaltung und ihre Institutionalisierung.....	93
2.4.	Die Inkorporierung der Zahnärzteschaft in das System der sozialstaatlichen Versorgung	97
2.4.1.	Die Perzeption des aufkommenden Krankenkassensystems durch die Zahnärzteschaft und die Abhängigkeit von den Kassenärzten.....	98
2.4.2.	Die Kassenzahnarztfrage – Erschließung ausgedehnter Märkte.....	102
2.5.	Vorläufiges Zwischenfazit.....	109
3.	Aufgabensummutation und Hypostase der eigenen Funktion in der zahnmedizinischen Versorgung.....	110
3.1.	Das Wachstum des Medizinsystems in den siebziger und achtziger Jahren.....	110
3.2.	Expansion, Hypostase und das Problem der Steuerung.....	115
3.3.	Kulturelle Gründe der ‚Hypostase‘ des Gesundheitswesens.....	122
4.	Strukturelle Kopplungen und gesteigerte Kompossibilitätserwartungen Das Gesundheitswesen und die zahnmedizinische Versorgung im gesundheitspolitischen Zugriff.....	126
4.1.	Strukturelle Kopplungen.....	127
4.2.	Operative Kopplung.....	132
4.3.	Die Grenzen der Globalsteuerung: Die „konzertierte Aktion“ im Gesundheitswesen.....	135
4.4.	Das Scheitern der Globalsteuerung: Die Kostendämpfungsgesetze.....	139
4.5.	Regulierung und Kompossibilitätsforderung: Die Gesundheitsreform- und Gesundheitsstrukturgesetze.....	142
5.	Ein neues Paradigma von Kompossibilität: Die „Risikowahrnehmungsgesellschaft“	149

6.	Kompossibilität mit der Gesellschaft: Ethik in der Zahnheilkunde.....	162
6.1.	Entzentrierung der Moral in funktional differenzierten Gesellschaften.....	162
6.2.	Öffentliche Moral als „Hypermoral“ und Unmoral.....	166
6.3.	Kompossibilität als Moralforderung.....	167
6.4.	Moralphilosophischer Ausblick.....	170
7.	Welche Ökonomie erforderlich ist: Systemtheorie und Österreichische Schule der Nationalökonomie.....	172
7.1.	Globalsteuerung und Gesundheitssystem.....	172
7.2.	Paradigmen materialer Realisierung: Die Denkansätze von Hayek, Mises und Rothbard.....	174
7.2.1.	Plädoyer für eine Verfassung der Freiheit – gegen staatliche Regulierung.....	174
7.2.2.	Ethische und erkenntnistheoretische Begründungen der Entstaatlichung.....	176
7.2.3.	Rothbard und die strikte Deregulierung.....	178
7.3.	Komplementaritäten: Systemtheorie und Österreichische Schule.....	179
7.4.	Ergebnis.....	181
8.	Thesenhafte Zusammenfassung.....	183
	Literatur- und Quellenverzeichnis.....	198
	I: Allgemeine Forschungsliteratur.....	198
	II: Dentalmedizinische Forschungsliteratur.....	209
	III: Quellen.....	211
	Abkürzungsverzeichnis.....	212

0. Einleitung

0.1. Ansatz und Struktur der Arbeit

Die vorliegende Arbeit verfolgt ein sozialphilosophisches Interesse. Sie untersucht, wie ein wesentlicher, die gesamte Gesellschaft und das menschliche Zusammenleben bestimmender Teilbereich, das Gesundheitswesen, verfasst ist; wie diese Verfasstheit im Verhältnis zu anderen Großbereichen der Gesellschaft, vor allem Wirtschaft und Politik, verfasst ist und wie es zu ihr kam. Damit kann an einem präzise gewählten Ausschnitt im Sinn einer möglichst objektiven Beschreibung und Analyse das Verhältnis des Sachgebietes Gesundheit zu gesellschaftlichen Mechanismen insgesamt durchleuchtet werden. Der gewählte Problemausschnitt ist das Dentalwesen, dessen Spezifika freilich nur geklärt werden können, wenn das Gesundheitswesen insgesamt untersucht wird.

Im ersten Kapitel wird gezeigt, dass das Gesundheitswesen – systemtheoretisch – als „sekundäres Primärsystem“ der Gesellschaft zu verstehen ist, und das Dentalwesen wieder als dessen eigenständiges Subsystem. In Verbindung damit wird die These begründet, dass Gesundheitswesen im Allgemeinen und Dentalwesen im Besonderen Spezifika aufweisen: Sie betreffen andere gesellschaftliche Systeme mit und bei ihnen ist ein Primat der Negativität zu beobachten: Sie gehen von der Krankheit aus, die nur negativ auffällig ist.

Im zweiten Kapitel wechselt die Methode von systemtheoretischer Beschreibung und sozialphilosophischer Analyse in eine ideen- und sozialhistorische Rekonstruktion und es wird dargestellt, wie es zum Zustand des Gesundheits- und Dentalwesens im 20. Jahrhundert und in der Gegenwart kam. Dieser historische Rückgriff ist unerlässlich, wenn man die gegenwärtigen Probleme verstehen will.

Das dritte bis fünfte Kapitel beschreiben dann wieder systemtheoretisch und sozialwissenschaftlich die drei Phasen des Gesundheits- und insbesondere Dentalwesens in der Moderne und die Folgelasten, die sie aufwerfen. Die erste Phase der konstituierten Systeme zeigt sich als „Hypostase“ und „Aufgabensummierung“ des Teilsystems: Es wird gezeigt, aus welchen Gründen es expandierte. Das vierte Kapitel argumentiert für die These,

dass eine solche Expansion aus inneren und äußeren Gründen nicht unbegrenzt andauern kann. Es ergeben sich strukturelle Koppelungen des expandierenden Systems mit anderen Bereichen der Gesellschaft. Deshalb werden an das System Erwartungen der Komposibilität mit anderen Systemen gestellt, die es nur begrenzt erfüllen kann. Daher führen die Koppelungen keineswegs zu einer automatischen Harmonisierung. Wäre dann nicht eine politische Globalsteuerung angezeigt? Hier wird die These aufgestellt und argumentativ begründet, dass sie aus Gründen der Systemlogik scheitern muss. Eine die Folgen und die Eigengesetzlichkeit des Berufsstandes reflektierende Standespolitik wie die der Zahnmediziner hat dies, insgesamt genommen, früh erkannt.

Noch einmal ändern sich die Parameter, wenn ab Mitte der achtziger Jahre neue Forderungen an Gesundheits- und insbesondere Dentalmedizin herangetragen werden. Hier äußert sich eine zunehmende „Risikosemantik“, die die Forderung der „Nachhaltigkeit“ an das Gesundheitssystem heranträgt. Es wird zwischen der Skylla der Politik und der Charybdis ökonomischen Kostendrucks in die Enge getrieben und muss seine eigene systemische, sachliche Ökonomie finden. Erneut erweisen sich die Versuche einer Globalsteuerung als irrtümlich. Weshalb dem so ist, wird gezeigt.

Das sechste Kapitel weitet noch einmal den Blick: Die neuen Nachhaltigkeitsforderungen führen zu ethischen Ansprüchen an Gesundheits- und Dentalwesen. Dies nötigt zu der Frage, wie „Moral“ in der modernen Mediengesellschaft verstanden wird: Die These ist, dass sie abgelöst von ihrer Objektivität als Erregungspotential vorkommt. Demgegenüber gewinnt die Ausprägung einer Standesethik Bedeutung, die in ihrem Bereich von Objektivität und Sachgemäßheit bestimmt ist. Für sie wird deshalb argumentiert.

Im siebten Kapitel wird schließlich dafür argumentiert, dass die Österreichische Schule der Nationalökonomie in ihrer Analyse des Verhältnisses von Politik und Wirtschaft und ihrem Plädoyer für eine Eindämmung staatlicher Regulierungsmacht die angemessene ökonomische Antwort auf die Analyse gegeben hat. Zugleich zeigen sich zahlreiche methodische und Material-inhaltliche Entsprechungen zwischen Systemtheorie und Österreichischer Schule. Auch dies wird am Ende der Untersuchung verdeutlicht.

In der Arbeit wird auch dafür plädiert, dass eine Sozialphilosophie der Gesellschaft nicht, wie in den Globaltheorien der Vergangenheit, im Allgemeinen durchgeführt werden kann. Es bedarf vielmehr der Kenntnis der realen Interaktionen von gesellschaftlichen Gruppierungen wie Standesorganisationen und ihrer besten möglichen Interessenswahrung in Verbindung mit dem Bonum commune. Als Baustein zu einer solchen Fragestellung wird die vorliegende Arbeit verstanden.

Die vorliegenden Untersuchungen haben vermutlich auch medizinethische Konsequenzen, vor allem im Blick auf die Entwicklung einer realistischen Ethik der Medizin. Sie verfolgen jedoch selbst kein unmittelbar normatives Interesse.

Da systemtheoretische Beschreibungen die vorliegende Arbeit durchziehen, scheint es unerlässlich, zunächst die zentralen Begriffe und Kategorien der Systemtheorie zu explizieren und zugleich zu zeigen, weshalb sie für die vorliegende Fragestellung besonders geeignet ist.

0.2. Systemtheoretische Prolegomena

Der Leser hat es hier mit der sozialphilosophischen Analyse eines wesentlichen Bereichs der medizinischen Versorgung, nämlich dem zahnmedizinischen Versorgungssystem, zu tun. Zur zugrundeliegenden Analyse dieses gesellschaftlichen Objektbereiches wurde die Systemtheorie ausgewählt, so wie sie im wesentlichen Niklas Luhmann erarbeitet hat. Natürlich hätte man auch andere sozialwissenschaftliche Zugänge wählen können, Spielarten der Handlungstheorie, die Theorie des symbolischen Interaktionismus oder gar die strukturfunktionalistische Theorie von Talcott Parsons beispielsweise. Wahrscheinlich wären die anderen theoretischen Zugänge zu diesem Thema ebenfalls auf ihre Art und Weise fruchtbar. Aber man muss sich auch im Wissenschaftsbereich entscheiden ohne eine Letztbegründung für die Wahl der Analyseinstrumente geben zu können. Man muss allerdings bedenken, dass die maßgeblichen Beiträge zu Beschreibung und Analyse des Gesundheitssystems von Systemtheoretikern entwickelt worden sind – und dies wohl nicht ohne Grund.

Auf eine tiefere Ebene führt der Umstand, dass sich die Sozialtheorie mit allen genannten Konzeptionen auf einer Ebene bewegen würde, auf der die Handlungsweisen, Institutionen und Agenten beobachtbar sind. Die Systemtheorie gewinnt demgegenüber eine Metaebene. Sie erlaubt es, auch diese Beobachtungen noch einmal zu beobachten. Dies führt aber, wie zu zeigen ist, nicht zu einem infiniten Regress. Die Systemtheorie erreicht nämlich höchste mögliche Objektivität, indem sie zu der elementarsten Ebene aller gesellschaftlichen Aktionen vordringt: Die Ebene der Kommunikation von Systemen miteinander.

Eine erste Plausibilisierung der Gründe ist immerhin möglich: Für die Luhmann'sche Variante spricht die Abstraktheit und der Universalitätsanspruch seiner Theorie, die es gerade erlaubt, soziale Phänomene in ihrem Eigenrecht zu beschreiben. Luhmann selbst merkte einmal an: „Die Soziologie ist derzeit noch zu wenig theoretisch und zu wenig abstrakt für erfolgreiche historische Forschung“¹. Was für die historische Forschung gilt, gilt auch für die empirische Forschung, die die sozialphilosophische Fragestellung berücksichtigen muss. Die konventionelle Soziologie (vor Luhmann) war zu interessenbehaftet und zu sehr am Zeitgeist orientiert, als dass sie mit nüchternen und distanzierten Blicken auf die soziale Welt hätte blicken können. Der wichtigste Grund für die Systemtheorie scheint zu sein: Luhmann lieferte eine relativ soziologische Theoriearchitektur, die ein systematisches und distanziertes Beobachten der sozialen Wirklichkeit ermöglichte, ohne selbst in sie verwickelt zu sein. Dies verbindet ihn mit dem Sachgemäßheitspostulat der realistischen Phänomenologie, mit Husserls Votum: „Zu den Sachen selbst!“ Auch sie geht von einem möglichst objektiven Zugang aus.² Natürlich aber lässt sich die Gesellschaft nicht vollständig werturteilsfrei und unbeteiligt von außen beobachten (was von einer wissenschaftlichen Analyse zumindest im naturwissenschaftlichen Verständnis eigentlich gefordert ist). Dies bleibt ein Ideal, ein archimedisches Punkt. Luhmanns Systemtheorie kommt diesem archimedischen Punkt der Außenbeobachtung von Welt aber in Anspruch und Begrifflichkeit recht nahe, sine ira et studio seziert er die soziale Wirklichkeit mit einer Begrifflichkeit, die weit genug vom Alltagsgebrauch der sozial Interagierenden

¹ Luhmann, N., *Liebe als Passion*, Frankfurt 1982, 10.

² Es ist nicht überraschend, dass Husserl wiederholt Bezug auf Luhmann genommen hat. Vgl. dazu S. E. Knudsen, *Luhmann und Husserl: Systemtheorie im Verhältnis zur Phänomenologie*, Würzburg 2006.

entfernt ist und die so präzise ist, dass sie diesen Alltagsgebrauch erfasst. Damit produziert er immer wieder überraschende Einsichten, die den Objektbereich in einem anderen Licht erscheinen lassen und damit das Rationalitätspotential im Umgang mit der sozialen Welt erhöhen. Ich werde im Folgenden für die These argumentieren, dass es sinnvoll ist, den zahnmedizinischen Versorgungsbereich, wenn man ihn soziologisch erfassen will, als ein soziales System aufzufassen. Die Systemtheorie geht davon aus, dass „Alle erkennen-den Systeme [...] als reale Systeme in der realen Welt“ operieren.³ Im Hauptwerk Luhmanns „Soziale Systeme“ heißt es apodiktisch: „Es gibt selbstreferentielle Systeme“.⁴ Diese Vorstellung ist zunächst überraschend. Wendet sie sich doch gegen die vorherrschende Vorstellung, Systeme seien gedankliche Konstruktionen. In der Wirklichkeit gibt es einzelne Gegenstände, die vom menschlichen Verstande aus zu Zusammenhängen und Systemen verknüpft werden.⁵ Jenseits dieser Verstandestätigkeit gibt es im Sinn der Common Sense-Auffassung keine Systeme. Für Luhmann dagegen steht fest, dass es Systeme real gibt, „Systeme mit der Fähigkeit, Beziehungen zu sich selbst herzustellen und diese Beziehungen zu differenzieren gegen Beziehungen zu ihrer Umwelt“⁶. Damit schaltet er die Subjektivität aus der systemtheoretischen Betrachtung aus. Dies kann als Gewinnung eines höheren Objektivitätsgrades verstanden werden. Der Begriff „Differenz“ ist entscheidend. Systeme bilden eine Innen/Außen-Differenz. An ihr unterscheidet sich, was dem System zugehört und was Umwelt ist. Ein System ist „eine Differenz in Betrieb“.⁷ Soziale Systeme beispielsweise entstehen immer dann, wenn kommuniziert wird. Kommunikation bezieht sich auf eine Kommunikation und löst andere Kommunikationen aus. Dies nennt Luhmann die „Rekursivität“. Kommunikationen sind miteinander verkettet und markieren Differenzen und Grenzen zu anderen Kommunikationszusammenhängen und zur nicht-sozialen Welt insgesamt. Diese Kommunikationszusammenhänge sind real, sie entspringen nicht der Einbildungskraft des Beobachters. Diese Kommunikationszu-

³ Luhmann, N., Neuere Entwicklungen in der Systemtheorie, in: Merkur 42, 1988, 294.

⁴ Luhmann, N., Soziale Systeme, Grundriss einer allgemeinen Theorie, 1. Aufl., Frankfurt 1987, 31.

⁵ Vgl. Reese-Schäfer, W., Luhmann zur Einführung, Hamburg 1992, 27.

⁶ Luhmann, N., Soziale Systeme, a.a.O., 31.

⁷ Fuchs, P., Wörz, M., Die Reise nach Wladiwostok. Eine systemtheoretische Exkursion, Weil der Stadt, 2004, 128.

sammenhänge sind keine „Dinge“, können also nicht wie Gegenstände gesehen und angefasst werden, es sind, wie Fuchs und Würz betonen „Unjekte“⁸ (Verneinung von Objekten), anders gesagt: Sie sind selbst unsichtbar, sind aber für die sichtbaren sozialen Sachverhalte maßgeblich. Ich verdeutliche dies an einem Beispiel: Wenn man vor einem Krankenhaus steht, so sieht man den physischen Unterbau einer Organisation im Gesundheitssystem, das System selbst sieht man nicht. Und wenn man einen Arzt berührt, dann tritt man in körperlichen Kontakt zu einem leibhaftigen Menschen und nicht in Kontakt mit dem Gesundheitssystem. Gleichwohl sind diese „Unjekte“ wie das Gesundheitssystem real und wirksam, man darf nur nicht in das noetische Vorurteil verfallen zu glauben, dass das, was man nicht sieht, weil man es nicht sieht, unreal sei. Luhmann ist so gesehen ein „halbierter“ Konstruktivist und zugleich ein sozialphilosophischer Realist. Die soziale Welt ist natürlich von Menschen gemacht und insofern eine Konstruktion (auch wenn diese Konstruktionen mit der Psyche und dem Körper eng verbunden sind und symbiotische Mechanismen Verbindungen zur Körperlichkeit herstellen⁹), aber diese Konstruktionen sind real, sie regeln realiter das Verhalten und Handeln von Menschen.¹⁰

0.2.1. Was ist „soziale Kommunikation“?

Nach Luhmann besteht die soziale Welt aus Kommunikationen. Aus nichts sonst. Die Gesellschaft besteht aus Kommunikationen, sie sind, wenn man so will die Elementarteilchen, aus denen das Soziale besteht. „Der elementare, Soziale als besondere Realität konstituierende Prozess ist ein Kommunikationsprozess“.¹¹ Die Gesellschaft besteht somit nicht aus Menschen, wie das die Soziologie in der alteuropäischen Tradition gesehen hat,

⁸ A.a.O., 103.

⁹ Vgl. Luhmann, N., Soziologische Aufklärung 3, 3. Aufl. Opladen 1993, 228-244.

¹⁰ Als Anmerkung sei erlaubt: Luhmann denkt hier hegelianisch oder zumindest geistphilosophisch, auch wenn er eigentlich mit dem „alteuropäischen“ Denken brechen möchte. Das Soziale ist eine menschliche Konstruktion, entspringt dem Geiste, als entäußerter Geist bekommt diese aber eine eigene Wirklichkeit.

¹¹ Luhmann, N., Soziale Systeme, a.a.O., 193.

sie besteht aus Kommunikationen¹². Die Gesellschaft ist „in operativer Hinsicht die abschließende Gesamtheit der füreinander erreichbaren oder aufeinander bezugnehmenden Kommunikationen“.¹³ Die Kommunikation ist das Letztelement des Sozialen, wie die Atome in der Physik, weil unterhalb der Kommunikation das Zwischenmenschliche aufhört, Kommunikation ist immer an einer Ego-Alter-Beziehung orientiert. Und „unterhalb dieser Ego-Alter-Beziehung in Kommunikationen gibt es keine sozialen, also zwischenmenschliche Elemente mehr“.¹⁴ Das Elementarteilchen des Sozialen ist so auch nicht in der Max Weber'schen Tradition die soziale Handlung, weil Handlung immer eine Zurechnung zu einem Handelnden erforderlich macht, Handlung ist immer an eine Person oder Institution gebunden, Handlung ist eine an Voraussetzungen gebundene Kommunikation, kann somit das Letztelement des Sozialen nicht sein. Kommunikationen bilden eine eigene Ordnung, die aus ihnen hervorgeht. Dies ist der Sinn des Luhmann'schen „Emergenzbegriffs“. Sie operieren autopoietisch, also: sich selbst hervorbringend, und geschlossen, denn Kommunikationen lassen sich nur durch Kommunikationen beeinflussen. „Es mag alle möglichen psychologischen Motive für die Teilnahme eines Menschen an einem Kommunikationsprozess geben, relevant werden diese nur, wenn sie kommunikativ eingeführt worden sind. Wenn sich ein Individuum an einem Kommunikationsprozess beteiligen will, so muss es sich dem Regelwerk der Anschlussfähigkeit von Kommunikationen unterwerfen. Kommunikationen und Kommunikationsstrukturen bilden gleichsam ein emergentes Ordnungsgefüge, das auf psychologische oder gar physiologisch/biologische Prozesse nicht zurückführbar und ableitbar ist“.¹⁵ Wenn Kommunikationen autopoietisch und selbstbezüglich operieren, so heißt dies, dass sie eine scharfe Grenze gegenüber Bewusstseinsprozessen ausbilden. Man sagt ja im Regelfall nicht alles, was man denkt. Als Kommunikationsteilnehmer überlegt man sich im Regelfall genau, was man aus dem uferlosen Gedankenfluss in die Kommunikation einschleust und was nicht. Das Bewusstsein

¹² Damit hat Luhmann in der Soziologie eine Revolution ausgelöst, siehe dazu N. Luhmann, Die Gesellschaft der Gesellschaft, 1. Aufl., Frankfurt 1997, 24 ff.

¹³ Krause, D., Luhmann-Lexikon, Stuttgart 1996, 102.

¹⁴ Bauch, J., Medizinsoziologie, München, Wien, 200, 5.

¹⁵ Bauch, J., a.a.O., 6.

und die Leiblichkeit des Menschen sind natürlich am Aufbau von Kommunikationsprozessen beteiligt, Kommunikation ohne Bewusstsein ist schlechterdings nicht möglich, gleichwohl lassen sich Kommunikationsprozesse auf Bewusstseinsprozesse nicht reduzieren, sie bilden ein eigenes emergentes Ordnungsniveau, und auf diesem Ordnungsniveau baut sich die gesellschaftliche Realität auf. Kommunikationen orientieren sich an Anschlussfähigkeit, sie werden strukturiert durch Erwartungen an den Empfänger der Kommunikation. Bei unausgesprochenen Gedanken spielt dies alles zunächst keine Rolle. Gedanken können Kommunikationen auslösen, aber nur als Kommunikationen können sie auf Kommunikationen Einfluss nehmen, Kommunikation reagiert nur auf Kommunikation und schafft damit eine selbstbezügliche Ordnung.¹⁶ Psyche und Soziales sind in Luhmanns Terminologie damit „strukturell gekoppelt“. Die Psyche stellt Eigenkomplexität bereit und ermöglicht damit Kommunikation, die aber ihren eigenen Regeln folgt, weil Kommunikation nur auf Kommunikation reagieren kann. Kommunikationen sind nicht „notwendig“, sie sind immer situativ und kontingent bestimmt. „Wenn es Kommunikationen sind, die kommunizieren, so besagt dies lediglich, dass nur kontingente Kommunikationen an kontingente Kommunikationen anschließbar sind. Auf keinen Fall wird das Bewusstsein psychischer Systeme irgendwie kommunikativ kurzgeschlossen. Das, was auf der Ebene jeweiliger Bewusstseine geschieht, ist und bleibt ein an ihre Autopoiesis verwiesener und nicht inter-psychisch übertragbarer Sachverhalt“.¹⁷ Im Kommunikationsprozess finden 3 Selektionen statt. Auf Seiten des Senders einer Kommunikation muss eine Information als Mitteilung gehandhabt werden und der Empfänger der Kommunikation muss Annahme, bzw. Verstehen signalisieren. Damit tritt immer Selektion in der Kommunikation ein. Kommunikation ist demnach aufzufassen „als eine emergente kontingent-selektive Einheit der Selektivität von Information, Mitteilung und Verstehen unter Inanspruchnahme der Bewusstseine mindestens zweier psychischer Systeme“.¹⁸ Soziale Welt und Bewusstsein sind in einer besonderen Art strukturell gekoppelt, weil beide Systeme zum Eigenaufbau Sinn verwenden. Die Hervorbringung und Nutzung von Sinn für

¹⁶ Damit begründet sich die Soziologie als selbstständige Wissenschaft und kann sich damit von anderen Humanwissenschaften wie Anthropologie oder Psychologie abgrenzen.

¹⁷ Krause, D., a.a.O., 118.

¹⁸ Krause, D., a.a.O., 117.

den Aufbau der jeweiligen Autopoiesis unterscheidet Bewusstsein und Soziales fundamental von biologischen Systembildungen. Die Erzeugung von Sinn verbindet gleichsam Psyche und Kommunikation. Sinn ermöglicht das Einschleusen von Bewusstsein in die Kommunikation und das „Zurückrechnen“ der Kommunikation auf die Bewusstseine der beteiligten Personen. Beide Systeme, Soziales und Bewusstsein, operieren über Sinngrenzen. Sowohl die System-Innenwelt als auch die Umwelt ist für diese Systeme nur in der Form von Sinn gegeben. „Für psychische und soziale Systeme wird somit Sinn zur Weltformel und übergreift damit die Differenz von System und Umwelt“.¹⁹ Sinn ist damit die Form, über die Kommunikation verläuft. Die Form „Sinn“ hat die für psychische und soziale Systeme notwendige Eigenschaft, dass sie Reduktion und Erhaltung von Komplexität gleichzeitig ermöglicht. Nur unter dieser Bedingung ist die fortlaufende Reproduktion und Erhaltung der Anschlussfähigkeit als Voraussetzung aller Kommunikation überhaupt möglich. Gedanke folgt auf Gedanke, Kommunikation folgt auf Kommunikation. Heißt Systembildung unter Komplexitätsbedingungen „Selektionszwang“, „dann bedeutet sinnhafte Bearbeitung von Komplexität, dass diese Selektion in einer Form geschieht, die verhindert, dass die nicht-gewählten Möglichkeiten vernichtet werden“.²⁰ Sinn erhält die Differenz von Aktualität und Potentialität aufrecht und macht sie bearbeitbar. So kann in der Kommunikation auch nach wie vor das eine Rolle spielen, das nicht realisiert wurde. „Bei allem, was man aktuell intendiert, sich vorstellt oder, unter Bezug Kommunikation, worüber man aktuell spricht, hat man einen Kontext von möglichen weiteren Verwendungen als einen möglichen Ausgangspunkt für andere Dinge“.²¹ Das Bewusstsein und auch die Kommunikation sind „endogen unruhig“, man kann nicht bei einem Gedanken oder einer Kommunikationsofferte bleiben. Andere Möglichkeiten zu denken, zu erleben und zu kommunizieren müssen erhalten bleiben, auch, wenn man sich im Moment festgelegt hat. Solche Möglichkeiten können entweder ähnlich oder grundverschieden von der gewählten Möglichkeit sein. Luhmann folgt hier deutlich Husserl, der betont hat, dass alles Sinn-geschehen eingelassen ist in einen „Verweisungshorizont“ anderer Möglichkeiten.²²

¹⁹ Gripp-Hagelstange, H., Niklas Luhmann, eine Einführung, München 1995, 48.

²⁰ Gripp-Hagelstange, H., a.a.O., 48.

²¹ Luhmann, N., Einführung in die Theorie der Gesellschaft, 1. Aufl., Heidelberg 2005, 44.

²² W. Reese-Schäfer, Luhmann zur Einführung, Hamburg 1992, 33 ff.

Kommunikationen machen damit eine Sinnofferte, die an einen anderen Kommunikationsteilnehmer gerichtet ist und kommunikative Anschlussfähigkeit ermöglicht. Dabei steht jede Kommunikation vor dem Problem der doppelten Kontingenz.

Dies bedeutet, dass jeweils mindestens zwei erlebens- und handlungskontingente, psychische Systeme aufeinandertreffen, Ego kann so oder auch ganz anders kommunizieren, Alter kann ebenso kontingent reagieren. Wir haben es also immer mit einer „auf Dauer gestellten wechselseitigen Unbestimmtheit und Unbestimmbarkeit der Beziehungen zwischen Sinnsystemen“ zu tun.²³ Luhmann spricht deshalb auch immer wieder von der „Unwahrscheinlichkeit der Kommunikation“. Trotz dieser doppelten Kontingenz kommt es immer wieder zur unwahrscheinlichen wechselseitigen „Konstitution sozialer Systeme“²⁴ durch Kommunikation. Die Anschlussfähigkeit der Kommunikationen wird durch Erwartungen reguliert, die an sich selbst oder an den Anderen adressiert sind. Ich habe eine bestimmte Erwartung in Bezug auf einen Kommunikationsteilnehmer und richte danach meine Kommunikationsofferte aus, auch Alter Ego hegt Erwartungen in Bezug auf meine Person, die seine Reaktion auf die Kommunikationsofferte bestimmen. Ich habe nicht nur Erwartungen in Bezug auf die Reaktionen des Kommunikationsteilnehmers, ich habe auch Erwartungen bezüglich der Erwartungen Alter Egos an mich, es kommt zu Erwartungs-Erwartungen und Erwartungskaskaden. In unmittelbaren Interaktionen stellen sich diese Erwartungen im Kommunikationsprozess Großteils erst her. Kommunikation und Erwartungsstabilisierung verlaufen parallel. Die beteiligten psychischen Systeme lernen im Prozess, im kommunikativen Prozess selbst entsteht eine Art Feinjustierung des Abstimmungsverhaltens der Personen. In formalisierten und institutionellen Sozialbeziehungen (in Organisationen) können diese Erwartungen in Form von Rollen, Programmen und Werten selbst institutionalisiert werden. Das schränkt den Kontingenzspielraum in der Kommunikation zwar ein und stabilisiert damit die Kommunikation. Es hebt aber das grundsätzliche Problem der doppelten Kontingenz von Sinnsystemen (und damit auch der Kommunikation) nicht auf.

²³ Krause, D., a.a.O., 90.

²⁴ Krause, D., a.a.O., 90.

0.2.2. Systembildung: Leitdifferenz und Codierung

Soziale Systembildung kann auf verschiedenen Aggregatsstufen des Sozialen erfolgen. Es gibt im Sozialen unterschiedliche Systemtypen. „Soziale Systeme können sich auf verschiedene Weise bilden je nach dem, unter welchen Voraussetzungen der Prozess der Selbstselektion und der Grenzziehung abläuft“.²⁵ Luhmann unterscheidet die Systembildungsebenen von Interaktion, Organisation und Gesellschaft, wobei es Interaktion und Gesellschaft immer gab (solange von Menschen gebildete Gesellschaften bestehen), Organisation dagegen hat sich als Sozialform erst in den Hochkulturen ausgebildet. Diese drei Ebenen des Sozialen haben sich im Verlaufe der Geschichte ausdifferenziert und gegenseitig abgegrenzt. In primitiven Gesellschaften waren Interaktion und Gesellschaft identisch, Gesellschaftsgrenzen waren Interaktionsgrenzen. Sodann differenzierte sich Interaktion und Gesellschaft, denn es wurde erforderlich, über die Grenzen der Interaktion hinaus ein Repertoire möglicher und sinnvoller Kommunikation auch für Kommunikationen jenseits der Interaktionsgrenzen zu schaffen (z.B. Schrift, religiöse Symbole). Nach Luhmann ist die Gesellschaft nicht einfach die Summe aller Interaktionen. Sie ist „ein System höherer Ordnung“. Die Gesellschaft muss nämlich auch in der Lage sein, mögliche Kommunikationen von Abwesenden mit zu thematisieren. „Ihr Regulativ übergreift die Grenzen der Interaktionssysteme und macht sie damit unabhängig von deren Grenzbildungs- und Selbstselektionsprinzip. Ihre eigenen Grenzen sind die Grenzen möglicher und sinnvoller Kommunikation, vor allem Grenzen der Erreichbarkeit und der Verständlichkeit. Sie sind viel abstrakter und, wie die Kulturgeschichte zeigt, sehr viel unschärfer definiert als die Grenzen von Interaktionssystemen“.²⁶ Betrachten wir zunächst die Interaktionssysteme. „Interaktionen sind soziale Systeme, die eine physische Anwesenheit der Kommunikationspartner verlangen. Sie sind die einfachsten sozialen Systeme, aber zugleich die Voraussetzung von Gesellschaft“.²⁷ Anwesenheit ist das Selektions- und Grenzbildungsprinzip. „Wer nicht anwesend ist, gehört nicht zum System – wie eng immer im Übrigen seine Beziehungen zu den Teilnehmern sein mögen“.²⁸ Interaktionssysteme sind,

²⁵ Luhmann, N., Interaktion, Organisation, Gesellschaft, in: Ders., Soziologische Aufklärung 2, 4. Aufl., Opladen 1991, 10.

²⁶ Luhmann, N., a.a.O., 11.

²⁷ Luhmann online.de

²⁸ Luhmann, N., Interaktion, Organisation, Gesellschaft, a.a.O., 10

was ihre Komplexitätsverarbeitung anbetrifft, sehr beschränkt. Denn im Prinzip kann immer nur einer reden, das zwingt zur thematischen Konzentration und zur Sequenzialisierung der Beiträge. Damit sind komplexe Umweltbeziehungen in Interaktionssystemen nicht aufbaubar. Wenn man diese erreichen will, so muss man den Systemtyp wechseln. Interaktionssysteme müssen dann durch Organisationssysteme ersetzt werden. Organisation trennt sich zwar nicht grundsätzlich von Interaktion, weil auch in Organisationen kommuniziert und interagiert werden muss. Organisation überwindet aber die Beschränkungen von Interaktionssystemen, weil sie in viel größerem Ausmaß voraussetzungsvolle Kommunikation und Interaktion ermöglicht. Organisation ist ein autopoietisches soziales System, das auf der Basis von Entscheidungen operiert. Entscheidung ist nach Luhmann ein Spezialfall von Kommunikation. Entscheidungen mit Bindungskraft für die Organisationsmitglieder werden möglich, wenn formalisierte Mitgliedschaftsregeln vorliegen.

0.2.3. Sind Systeme solitär?

„Als organisiert können wir Sozialsysteme bezeichnen, die die Mitgliedschaft an bestimmte Bedingungen knüpfen, also Eintritt und Austritt von Bedingungen abhängig machen“.²⁹ Mittels variabler Mitgliedschaftsentscheidung wird es möglich, „hochgradig künstliche Verhaltensweisen relativ dauerhaft zu reproduzieren“. „Man muss nur ein allgemeines Gleichgewicht von Attraktivität des Systems und Verhaltensanforderungen sicherstellen und wird unabhängig davon, ob für jede Einzelhandlung natürlich gewachsene Motive oder moralischer Konsens beschafft werden können. Die Motivlage wird über Mitgliedschaft generalisiert: Die Soldaten marschieren, die Schreiber protokollieren, die Minister regieren – ob es ihnen in der Situation nun gefällt oder nicht“.³⁰ Mithin kommt es zu einer Trennung von Motiv und Zweck,³¹ die Zweckprogrammierung des Organisationsystems muss auf die Motivlage der Mitglieder nur bedingt Rücksicht nehmen, Verhaltensanforderungen werden denkbar, für die es ohne formalisierte Mitgliedschaft gar

²⁹ Luhmann, N., a.a.O., 12

³⁰ Luhmann, N., a.a.O., 12

³¹ Bauch, J., Motiv und Zweck, Köln, Wien 1981

keine motivationale Basis geben würde. Moderne Gesellschaften sind mit ihren spezifizierten Verhaltenserwartungen ohne Organisationsbildung gar nicht denkbar, denn: „Entscheidend ist jedoch, dass nur über den Organisationsmechanismus ein so hohes Maß an Motivgeneralisierung und Verhaltensspezifikation erreicht werden kann, wie es die moderne Gesellschaft in vielen ihrer wichtigsten Funktionsbereiche benötigt“.³² Erst auf der Basis der Motiventlastung werden formalisierte Erwartungen sinnvoll möglich. Auch selektive Entscheidungen über Hierarchien, Kommunikationswege, Sequenzialisierung werden auf diese Weise erst möglich. Organisationsbildung hat so auch einen wesentlichen Beitrag auf gesellschaftlicher Ebene zur Umstellung der primären Differenzierungsform von hierarchischer auf funktionale Differenzierung geleistet. Nur dadurch, dass Organisationen sich auf spezifische Zweck- und Funktionsprogramme konzentriert haben, konnte es zur funktionalen Differenzierung in relativ autonome Teilsysteme der Gesellschaft kommen. Die primäre Differenzierungsform der modernen Gesellschaft ist damit nicht mehr die hierarchische Differenzierung in Oben und Unten sondern die Differenzierung nach autonomen Funktionsbereichen. Die Gesellschaft insgesamt wird damit letztlich zu einer nicht beschreibbaren Größe. Denn nirgendwo kann man unter den Bedingungen der funktionalen Differenzierung ihre Identität fassen – außer in der Tatsache, dass sie als Gesamtheit aller stattfindenden und erreichbaren Kommunikationen aufgefasst werden kann. Dies aber ist eine formale und nicht eine inhaltliche Definition. Die Gesellschaft insgesamt wird absent. Sie ist nirgendwo inhaltlich fassbar. Nach Luhmann führt dies zu einer Paradoxie: Die Identität der Gesellschaft ist ihre Differenz.³³ Uwe Schimank fasst die Luhmann'sche Position wie folgt zusammen: „Es gibt keine die Differenz der Teilsysteme überhöhende, sinnhaft integrierende Metaebene, keine irgendwie konsensstiftende Identität der Differenz. Die Identität der modernen Gesellschaft lässt sich lediglich in ihrem Differenzierungsprinzip, das sie von allen anderen Gesellschaftsformen unterscheidet, finden und das läuft auf die Paradoxie hinaus, dass die Identität der modernen Gesellschaft in ihrer Nicht-Identitätsfähigkeit besteht“.³⁴ Man kann auch sagen:

³² Luhmann, N., a.a.O., 13

³³ Luhmann, N., Ökologische Kommunikation. Kann die moderne Gesellschaft sich auf ökologische Gefährdungen einstellen? Opladen 1986, 215

³⁴ Schimank, U., Theorien gesellschaftlicher Differenzierung, Opladen 1996, 189

Die größten erfassbaren Einheiten der Gesellschaft sind die sich gegeneinander ausdifferenzierenden Funktionssysteme, jenseits davon kann die Gesellschaft nur als die Erreichbarkeit aller möglichen Kommunikationen gedacht werden. Als Funktionssysteme gelten: Wirtschaft, Politik, Recht, Militär, Wissenschaft, Kunst, Massenkommunikation, Erziehung, Gesundheit, Sport, Familie und Intimbeziehungen.³⁵ Die Gesellschaft lässt sich unter den Bedingungen der funktionalen Differenzierung nicht mehr in einem einheitlichen Begriffssystem erfassen. Funktionssysteme differenzieren sich voneinander durch ihre Funktion und durch ihre je spezifische Codierung. Funktionssysteme operieren nach Maßgabe binärer Codes. Binäre Codes werden von Luhmann als „Leitdifferenzen“ aufgefasst, durch die Spezialkommunikation möglich wird. Diese kann nur jeweils einem Funktionssystem zugerechnet werden.³⁶ Binäre Codes ermöglichen für jedes Funktionssystem eine eigene Art und Typik der Informationsverarbeitung, die sich von anderen Informationsverarbeitungen trennscharf abgrenzen lässt. Mittels binärer Codierung erkennen Systeme, für welche Kommunikationen sie zuständig sind. Die Kommunikationen haben aber Anschlussfähigkeiten. Und dadurch wird Systembildung erst möglich. „Codes sind dabei binär strukturiert, sie verfügen über einen Anschlusswert oder auch positiven Wert (auch Designationswert genannt) und einen Reflexionswert. Der zweite Wert der binären Codierung, der Reflexionswert, reflektiert den Einsatz und Umgang des ersten, positiven Wertes. Der binäre Code erfüllt so zwei Funktionen: Er sichert Anschlussfähigkeit für die Operationsweise des Systems, und er ermöglicht Kontingenzreflektion, wobei beide Funktionen über einen positiven und negativen Wert ausgedrückt werden“.³⁷ So orientiert sich das Wirtschaftssystem an der Codierung „Haben oder nicht Haben“ (also Zahlungsfähigkeit), das Wissenschaftssystem an der Codierung „wahr/unwahr“, das politische System an der Codierung „Macht haben/keine Macht haben“ („Regierung/Opposition“), das Rechtssystem an „Recht/Unrecht“, das Sportsystem an „Sieg/Niederlage“, das

³⁵ Schiemank, U., a.a.O., 154

³⁶ Zur zusammenfassenden Darstellung siehe Luhmann, N., *Distinctions directrices. Über Codierung von Semantiken und Systemen*, in: N. Luhmann, *Soziologische Aufklärung 4*, 2. Aufl., Opladen 1994, 13-31

³⁷ Bauch, J., *Selbst- und Fremdbeschreibung des Gesundheitswesens. Anmerkungen zu einem „absonderlichen“ Sozialsystem*, in: Bauch, J. (Hg.), *Gesundheit als System. Systemtheoretischen Beobachtungen des Gesundheitswesens*, 1. Aufl., Konstanz 2006, 1-20.

Gesundheitssystem an „krank/gesund“ usw. Bei jeder Kommunikation, bei der es um Haben/Nicht-Haben geht, also Eigentumsübertragung, handelt es sich um eine Operation des Wirtschaftssystems. Auf der Ebene der Codierung sind die Systeme operativ geschlossen. Beispielsweise können Rechtsfragen nicht vom Wirtschaftssystem geregelt werden. Auf der Programmebene sind Funktionssysteme dagegen Umweltoffen. Operative Schließung der Funktionssysteme heißt nicht, dass sie vollständig unabhängig voneinander sind. Die Wirtschaft kann sich nicht völlig beliebig verhalten, wenn es Rechtsschranken gibt. Dennoch macht die Berücksichtigung von rechtlichen Normen aus dem Wirtschaftssystem noch kein Rechtssystem, eine ökonomische Kommunikation bleibt eine ökonomische Kommunikation. Zwischen den Systemen gibt es gleichwohl „strukturelle Kopplungen“ und „Kompossibilitäten“. Wir werden dies in den Hauptkapiteln der Arbeit ausführlich darlegen.

Wenn auch die Funktionssysteme als Solitär auftreten, sie also nur alleine ihre Funktion erbringen können, so heißt das nicht, dass sie über einen Totalzugriff auf ihre Spezialkommunikation verfügen. Es bedeutet nur, dass der Zugriff anderer Funktionssysteme ausgeschlossen ist. Daneben aber gibt es Alltagskommunikation und diese ist oft keinem Funktionssystem unmittelbar zuzuordnen. So muss auch nicht jede pädagogische Kommunikation eine Operation des Erziehungssystems sein. Dies ist beispielsweise dann nicht zwingend der Fall, wenn eine Mutter ihr Kind anschreit. Oder wenn eine Mutter ihrem Kind Wadenwickel gegen Fieber anlegt, so ist dies noch keine Operation des Gesundheitssystems. Man kann das vielmehr unter der Multifunktionalität des Familiensystems verbuchen. Schwierig wird es dann bei spontanen Aktionen, so, wenn ein Straßenpassant einem Unfallopfer hilft. Sporadische Aktionen des Helfens können so nicht ohne weiteres unter die Spezialkommunikation des Gesundheitssystems eingeordnet werden. Erst ab einer bestimmten Dauer und professionellen Orientierung lassen sich Kommunikationen den Spezialkommunikationen von Funktionssystemen zuordnen. In historischer Sicht lässt sich in diesem Zusammenhang leicht aufzeigen, wie die Funktionssysteme ihren Zuständigkeitsbereich auch gegenüber der Laienwelt immer mehr ausgeweitet haben. Der Alltag wurde durch Prozesse der Pädagogisierung, der Medikalisierung und generell der Akademisierung in den Bereich bestimmter Systeme integriert und in seiner Selbständigkeit entwertet. Gleichwohl bleiben Restbestände von Alltagskommunikation, die sich dem

totalisierenden Zugriff der Funktionssysteme entziehen. Dabei stellt sich die Frage, wie weit die Reichweite der Funktionssysteme in die Alltagskommunikation geht.³⁸

0.2.4. Der Objektivitätsanspruch der Systemtheorie

Wir sahen: Funktionssysteme „bestehen“ aus Organisationen, sind mit diesen aber nicht identisch. Zu einem Funktionssystem gehören alle Organisationen, die über die gleiche operative Schließung mittels des binären Codes des Funktionssystems prozessieren. Organisationen wie Krankenhäuser, Arztpraxen, Krankenkassen, Apotheken nutzen die Codierung „krank/gesund“ und sind damit Organisationen im Teilsystem Gesundheitswesen. Bei den Organisationen gibt es aber auch „Mischlinge“, also Organisationen, die gleichzeitig zwei Funktionssystemen angehören. Dazu gehören beispielsweise Medizinische Hochschulen, eine Melange zwischen Gesundheits- und Erziehungssystem. Die Bildung von Organisationen ist für die Funktionssysteme von entscheidender Bedeutung, weil durch sie die Funktionssysteme mit Kommunikationsfähigkeit ausgestattet werden.³⁹ Sie bekommen auf diese Weise eine soziale Adresse. Denn Funktionssysteme sind nicht adressabel, man kann mit dem Wirtschaftssystem nicht kommunizieren, wohl aber mit den Arbeitgeber- oder Arbeitnehmerverbänden oder eben anderen Verbänden und Organisationen im Wirtschaftssystem, also mit Organisationen, die den Funktionsprimat des Wirtschaftssystems übernommen haben. Die eigentlichen „Akteure“ in einem Funktionssystem sind somit die Organisationen, sie können kommunizieren und „handeln“, sie können Entscheidungen treffen, nicht aber die Funktionssysteme. Funktionssysteme sind wie die Gesellschaft insgesamt nicht handlungsfähige Systeme. „Die Gesellschaft kann nicht kommunizieren, wiewohl sie selbst das Netzwerk der Kommunikationen reproduziert, in dem Kommunikation aus Kommunikation entsteht. Das gilt nicht minder für ihre Funktionssysteme, die sich von der gesellschaftlichen Autopoiesis [...] unterscheiden dadurch, dass sie ihre System-/Umwelt-Differenz realisieren im Rahmen einer scharf

³⁸ Interessant in diesem Zusammenhang wäre auch die Frage, ob subsistenzwirtschaftliche Produktionszusammenhänge als Operationen des Wirtschaftssystems zu gelten haben, wo also keine Eigentumsübertragungen gegen Geld erfolgen und ob ein Machtkampf zwischen zwei Bewerbern um das Vorstandsamt eines Kaninchenzüchtervereins als Operation des politischen Systems zu gelten hat.

³⁹ Horster, D., Niklas Luhmann, München 1997, 154

funktionsorientierten binären Codierung“.⁴⁰ Funktionssysteme, so betont es Peter Fuchs, sind nicht in räumlichen Metaphern beschreibbar. „Sie sind gerade nicht circumscribed Gebilde, Gestalten, Entitäten mit hautanalogen Grenzen, soziale Körper, in die man sich hinein, aus denen man sich hinausbegeben kann“.⁴¹ Weder „Gesellschaft“ noch „Funktionssystem“ lässt sich als handlungsfähiges Kollektiv angemessen begreifen. Dennoch ist ein Funktionssystem mehr als eine „Luftnummer“. Denn durch die binäre Codierung eines Funktionssystems ist es möglich, dass Kommunikationen einem Funktionssystem zugeordnet werden können. Die Kommunikation wird dabei durchformt, so dass ein Netzwerk entsteht, in dem immer nur die Kommunikationen des geformten und genormten Typs die Reproduktion des Funktionssystems sicherstellen. Die Welt wird kommunikativ verkleinert. Kommunikationen, die sich der Codierung nicht fügen, werden nach außen verlagert. Dies ist die Grundvoraussetzung dafür, dass sich innerhalb des Funktionssystems Organisationen dauerhaft bilden können und innerhalb des Funktionssystems Subsystembildung möglich wird. Funktionale Differenzierung kann so innerhalb eines Funktionssystems wiederholt werden. Ein gesellschaftliches Subsystem bildet weitere Sub-Sub-Systeme aus. Funktionssystembildung ermöglicht so erst organisatorische und Subsystem-spezifische Spezialisierung wie auf der anderen Seite diese Prozesse die Herausbildung eines Funktionssystemstatus wiederum promovieren, beide Prozesse erleichtern sich gegenseitig.

0.3. Zielsetzung und Fragestellung der Arbeit, 2 Thesen

Die vorliegende Arbeit untersucht das „System der zahnmedizinischen Versorgung“ als Teilsystem des „übergeordneten“ Funktionssystems der gesundheitlichen Versorgung, des Gesundheitssystems. Die zahnmedizinische Versorgung ist solchermassen als Subsystem eines gesellschaftlichen Subsystems (des Funktionssystems Gesundheitswesen) zu betrachten. Die gesellschaftliche funktionale Differenzierung in Teilsysteme wird so innerhalb des Teilsystems Gesundheitswesen noch einmal wiederholt. Diese Subsystembildung in einem Subsystem ist in vielen gesellschaftlichen Teilsystemen beobachtbar. So

⁴⁰ Fuchs, P., Die Erreichbarkeit der Gesellschaft, a.a.O., 227

⁴¹ Fuchs, P., a.a.O., 228

kann man den Staat oder das Parteiensystem als Subsystem des politischen Systems auffassen, Religionsgemeinschaften können als Subsysteme des Religionssystems identifiziert werden und Schulen oder Universitäten können als Subsysteme des Bildungssystems gelten. Zu beachten ist, dass Sub-Sub-Systembildung mehr ist als Programmvariation. Für das Gesundheitswesen gilt, dass alle Fachdisziplinen der Medizin als Programmvariationen innerhalb des Gesundheitswesens zu gelten haben. D.h. beispielsweise, dass die Augenheilkunde nicht als Subsystem des Gesundheitswesens aufgefasst werden kann, sie hat lediglich den Status einer Programmvariation. Ebenso sind die einzelnen Fachdisziplinen der Medizin Programmvarianten mit Fachverbandsstatus der Medizin, bilden aber kein eigenes Subsystem. Das Faktum der Programmvariation alleine ist nicht hinreichend zur Subsystembildung. Dazu gehört ein eigener organisatorischer Unterbau, der mit Freiheitsgraden in der „Außen- und Innenpolitik“, also mit Selbstreferenz ausgestattet ist. Dies eben ist bei der Zahnmedizin der Fall. Der Sonderstatus der Zahnmedizin innerhalb der Medizin besteht ja gerade darin, dass praktisch die gesamte Organisationsstruktur des Gesundheitssystems in ihr „im Kleinen“ dupliziert wird. Es gibt eigene (Zahn)Ärztekammern, eigene Kassen(Zahn)ärztliche Vereinigungen, eigene Schiedsstellen, eigene Abteilungen bei den Krankenkassen, eine eigene Wissenschaft, die Zahnmedizin, die in vielfacher Weise von der Medizin unabhängig ist. Über diese Organisationsstruktur verfügen die anderen fachärztlichen Vereinigungen nicht (es gibt keine Bundesaugenärztkammer). Für den Sonderstatus der Zahnmedizin als ausgewiesenes Subsystem spricht auch die Tatsache, dass das System über eine eigene Codierung verfügt, „mundkrank/mundgesund“. Entscheidend ist: Die Codierung wird institutionell durch eine eigene Wissenschaft, die Zahnmedizin, mit eigenen Hochschulen stabilisiert. Die Codierung variiert zwar den „Muttercode“ des Gesamtsystems krank/gesund (deswegen ist das zahnmedizinische Versorgungssystem ja auch ein Teilsystem des Gesundheitssystems), sie variiert ihn aber mit eigenem institutionellem und organisatorischem, auf Selbstreferenz abgestelltem Unterbau. Alle anderen Spezialitäten gelten als Programmvariationen. Die erste These lautet mithin, dass es sich bei der zahnmedizinischen Versorgung um ein spezielles Subsystem innerhalb des Subsystems der gesundheitlichen Versorgung handelt, das Mehr ist als bloße Programmvariation des Gesundheitssystems im Allgemeinen.

Dieser Status als Sub-Subsystem bestimmt auch die Freiheitsgrade der zahnmedizinischen Versorgung innerhalb des Gesundheitssystems. Gerade durch den eigenen institutionellen Unterbau kann das zahnmedizinische Sub-Subsystem Sonderentwicklungen erwirken. Es kann eine eigene, relativ autarke Standespolitik implementieren, die nicht 1 zu 1 vom übergeordneten „Muttersystem“ ableitbar ist. Die Arbeit zeigt in weiten Bereichen diese Sonderentwicklungen auf, seien es epidemiologische Probleme, seien es spezielle Probleme der Standespolitik, die mit der Dominanz der Freiberuflichkeit innerhalb der Zahnärzteschaft zusammenhängen. Diese standespolitischen Sonderwege haben bei vielen Akteuren (innerhalb und außerhalb der Zahnärzteschaft) zu der Illusion geführt, die Entwicklung der Standespolitik und der zahnmedizinischen Versorgung sei als selbstbestimmter Akt des Sub-Subsystems einzustufen. Die (standespolitischen) Akteure seien die Herren der Entwicklung, der Weg der Zahnmedizin erscheint als „voluntaristischer Akt“ der Standesführung. Dieser Vorstellung soll an dieser Stelle und mit dieser hier vorgelegten Arbeit widersprochen werden. Als zweite Hauptthese dieser Arbeit kann gelten, dass durch die Eingebundenheit des Sub-Subsystems der zahnmedizinischen Versorgung in das Subsystem der gesundheitlichen Versorgung insgesamt, die wesentlichen Konturen der zahnärztlichen Standespolitik (und damit der Teil-System-Evolution) trotz des Vorhandenseins von Variationsspielräumen mit der Entwicklung des Gesundheitssystems insgesamt verkoppelt sind. Ein Sub-Subsystem kann sich nur innerhalb der Grenzen eines Subsystems bewegen. Wenn auch ein Sub-Subsystem über bloße Programmvariation hinaus größere Freiheitsgrade implementieren kann, so bleibt es doch an die Systemevolution des übergeordneten Funktionssystems gebunden, seine Selbstreferenz bleibt beschränkt. Wir wollen im Folgenden anhand der Nachzeichnung der Entwicklung der zahnärztlichen Standespolitik nachweisen, wie diese, trotz aller organisatorischer und struktureller Eigenständigkeit an die großen Entwicklungslinien des „Muttersystems“ verkoppelt bleibt. Dabei folgen wir den Ausführungen von Jost Bauch, der für die Systemevolution des Gesundheitssystems drei „Großphasen“ identifiziert hat.⁴²

1) Die Phase der Ausdifferenzierung und Systemkonstitution. Überdeterminierungen anderer Funktionssysteme werden abgestreift, es entsteht ein eigenes Feld des Wissens (Medizin und Zahnmedizin), die Ärzteschaft und Zahnärzteschaft professionalisiert sich.

⁴² Bauch, J., Gesundheit als sozialer Code, Weinheim, München 1996, 9-20

2) Die Phase der Aufgabensummutation und Hypostase der eigenen Funktion. Das etablierte Funktionssystem versucht, gesellschaftsweite Wirkungen zu erzielen. Der Leistungskatalog des Gesundheitswesens wird sukzessive ausgebaut, die Gesellschaft wird teilweise „medikalisiert“.

3) Die Phase der gesteigerten Kompossibilitätserwartungen an das Gesundheitswesen als Funktionssystem. Politischer und massenmedialer Druck führen dazu, dass das Gesundheitssystem sein Prozessieren stärker an den Befindlichkeitslagen der anderen primären Funktionssysteme ausrichten muss. Kostendämpfungspolitik und eine ökologisch orientierte Risikosemantik halten Einzug in das Medizinsystem und in die zahnmedizinische Versorgung.

Die Arbeit wird dabei verdeutlichen, wie die makrosoziale Entwicklung des übergeordneten Funktionssystems die Handlungsspielräume der kollektiven Akteure innerhalb des Systems bestimmt, wie Freiheit und Bindung innerhalb des Funktionssystems „Gesundheitswesen“ austariert werden. Das ist nicht nur für diejenigen interessant, die sich für die Systemgeschichte des Gesundheitswesens und eines seiner Subsysteme, der zahnmedizinischen Versorgung interessieren, das ist auch für das Verständnis der Gesellschaft von allgemeinem Interesse.

0.4 Zum methodischen Vorgehen

Der Forschungsfrage ist es geschuldet, dass nicht wie in Arbeiten klassisch argumentationsanalytischen Zuschnitts im Ganzen und in den Einzelschritten verschiedene Optionen abgewogen werden. Dies wird im Einzelnen durchaus geschehen. Im Aufbau der Studie werden jedoch deskriptive, analytisch diagnostische und problemlösende Teile miteinander verbunden. Auf die jeweilige Methodenwahl wird hingewiesen.

1. Die zahnmedizinische Versorgung als Subsystem des „sekundären Primärsystems“ Gesundheitswesen. Systemtheoretische Beschreibung und sozialphilosophische Analyse

1.1. Das Gesundheitssystem und seine Besonderheit

Die zahnmedizinische Versorgung ist Teil des Gesundheitssystems. Es ist damit ein Subsystem des Gesundheitswesens. Diese an sich triviale Aussage hat weitreichende Auswirkungen für die hier vorgelegte Untersuchung. Zunächst heißt dies, dass wir die Gesellschaft als differenziert in unterschiedliche Funktionssysteme ansehen. Funktionssysteme „sind kontingent-selektive, codegeführte, ausdifferenzierte, soziale Systeme, die der spezialisierten Lösung gesellschaftlicher Probleme dienen. Sie sind zu verstehen als evolutiv entstandene Problemlösungen für die Bewältigung zunehmender und sich zunehmend unterscheidender sinnhafter Kommunikation“ (Krause 1996, 24). So unterscheidet man in systemtheoretischer Tradition zwischen dem Wirtschaftssystem, dem politischen System, dem Wissenschaftssystem, der Religion, der Familie, dem Erziehungssystem, dem Rechtssystem, den Massenmedien und letztlich dem Gesundheitssystem. Über den Bestand dieser Funktionssysteme herrscht innerhalb der systemtheoretischen Diskussion relative Einigkeit. Darüber hinaus herrscht Streit innerhalb der systemtheoretischen Diskussion, ob beispielsweise andere gesellschaftliche Institutionen wie Sport (Bette 1992) oder Pflege (Hohm 2002) oder Sozialarbeit (Baecker 1994) eigene Funktionssysteme darstellen. Wir wollen diese Diskussion an dieser Stelle nicht weiter verfolgen, da sie für den Fortgang unserer Untersuchung unergiebig ist. Luhmann hat drei Prüfkriterien genannt, die entscheiden, ob ein System ein System ist: Zum ersten ist hier die von außen nicht steuerbare Autonomie zu nennen (also die Autopoiesis: Selbsterzeugung). Zum Zweiten die in keinem anderen System sonst erfüllbare Funktion dieses Systems. Zum Dritten das Vorhandensein eines spezifischen Codes. Von ihm hängt das Bestehen einer systemspezifischen Kommunikation ab (Luhmann 1990, 184, Hohm 2002, 11, Bauch 2005, 72). Legen wir diese drei Prüfkriterien an, so können wir ohne Zweifel feststellen, dass es sich beim Gesundheitswesen um ein eigenständiges Funktionssystem handelt. Es ist gekennzeichnet

net durch ein hohes Maß an Autonomie, seine Funktion kann nirgendwo sonst erfüllt werden (außer man wird von selber gesund) ⁴³ und es verfügt über eine eigene Codierung, die es trennscharf von der Funktionsweise anderer Funktionssysteme abhebt. Für Luhmann ist die Etablierung einer eigenen Codierung ein ganz entscheidendes Kriterium für die Konstitution eines Funktionssystems. Ohne einen eigenen Code ist die Entstehung eines Funktionssystems schlechterdings nicht denkbar. Wir können an dieser Stelle die in der Systemtheorie elementare Diskussion um die Funktionsweise von Codierungen hier nicht umfassend darstellen. Nur so viel sei angemerkt, dass Codes durch die mit ihnen gegebene Engführung der Kommunikation die Selbstreferenz und damit Autonomie von Funktionssystemen erst ermöglichen.⁴⁴ Durch Codes können die Kommunikationen leicht den Zuständigkeitsbereichen der sozialen Funktionssysteme zugeordnet werden. Sie dienen gleichsam als Erkennungsregel und Leitdifferenzen für die einzelnen Funktionssysteme. So operiert das Wirtschaftssystem über die Codierung zahlen/nicht zahlen, das politische System über Macht/keine Macht, das Wissenschaftssystem über wahr/unwahr, das Rechtssystem über Recht/Unrecht.⁴⁵ Die Codierung ist binär strukturiert. Sie hat einen Positiv- und Anschlusswert. Das ist der Wert, mit dem das System etwas anfangen kann, und sie hat einen Negativwert, „negativ ist immer das, was es erlaubt, dazu Distanz zu haben, eine Art reflexiver, reflektierender Einstellung“ (Luhmann 2005, 265). Der Negativwert ist erforderlich, weil man sonst sich keine Vorstellung vom Positivwert machen

⁴³ Für das Gesundheitswesen gilt das sonst für Funktionssysteme gültige „Selbstbefriedigungsverbot“ ausdrücklich nicht. Haben sich Funktionssysteme ausdifferenziert, kann nur innerhalb des Systems die Funktion bedient werden: Gibt es ein Rechtssystem, darf ich keine Selbstjustiz ausüben, gibt es ein politisches System, habe ich auf physische Gewalttätigkeit zu verzichten, gibt es ein Wirtschaftssystem, kann ich nur durch Zahlungen meine Bedürfnisse befriedigen, nicht durch Diebstahl etc. Diese Anforderungen der Systeme gelten für das Gesundheitssystem ausdrücklich nicht: Ich soll selber alles tun, um gesund zu bleiben und um im Krankheitsfall möglichst schnell wieder gesund zu werden. Zum „Selbstbefriedigungsverbot“ siehe Luhmann, Einführung in die Theorie der Gesellschaft, Heidelberg 2005, S. 175.

⁴⁴ Sie tun dies auf nicht-teleologische Weise. Ältere Systemtheorien hatten das Problem, dass sie die Funktionsweise von Systemen mit der Erreichung von Zwecken und Zielen verbanden. Dabei hatten sie das Problem, ungeeignete Operationen entweder dem System oder der Umwelt zurechnen zu können (ist nicht erfolgreiche Forschung eine Operation des Wissenschaftssystems?). Gleichzeitig hatten sie ein Problem mit der Zeit des Systems. Ist ein System am Ende, wenn es sein Ziel erreicht hat? Diese Probleme älterer Systemtheorie hat Luhmann dadurch gelöst, dass er die Operationsweise von Systemen von teleologischen Vorstellungen löste und die Form der binären Codierung als „Ersatzangebot für eine im Prinzip teleologische Orientierung“ bestimmte (Luhmann, Einführung in die Theorie der Gesellschaft, 2005, 264).

⁴⁵ Eine Zusammenstellung der Codes zu den einzelnen Funktionssystemen findet sich im von Detlef Krause herausgegebenen Luhmann Lexikon (Detlef Krause, Luhmann Lexikon, Stuttgart 1996, 37).

kann. Ich kann nur wissen, was Recht ist, wenn ich eine Vorstellung von Unrecht habe. Nach Luhmann sind der positive und der negative Wert der Codierung „technisch gekoppelt“. Es ist relativ einfach, von dem einen Wert zu dem anderen überzugehen. Im politischen System ist es beispielsweise relativ einfach von der Regierung in die Opposition zu gehen (und umgekehrt), Zahlungen erleichtern die Übertragung von Eigentum, codegesteuerte Systeme verfügen über eine „Leichtigkeit des Switchens vom positiven zum negativen Wert innerhalb eines jeden Funktionssystems“ (Luhmann 2005, 265). Gleichzeitig markieren Codes eine Art Erkennungsregel für das System. Sie entscheiden darüber, ob es zuständig ist oder nicht. Die Bearbeitung von Recht, die Reaktion auf Unrecht ist immer eine Operation des Rechtssystems, die Machtausübung über kollektiv bindende Entscheidungen ist immer eine Operation des politischen Systems und alle Eigentumsübertragungen über Zahlungen sind Operationen des Wirtschaftssystems. Mit der Etablierung einer eigenen Codierung als Erkennungsregel ist für ein System die rekursive Reproduktion sichergestellt, es weiß, wann es zuständig ist und wann es seine Programme durchstarten kann.⁴⁶ Luhmann schlägt als basale Codierung des Gesundheitssystems die Codierung „krank/gesund“ vor (Luhmann 1990, 186). Dabei fällt Luhmann sofort die Vertauschung von Positiv- und Negativwert des medizinischen Codes auf: „Im Anwendungsbereich des Systems der Krankenbehandlung kann das nur heißen: Der positive Wert ist die Krankheit, der negative Wert die Gesundheit. Nur Krankheiten sind für den Arzt instruktiv, nur mit Krankheiten kann er etwas anfangen. Die Gesundheit gibt nichts zu tun, sie reflektiert allenfalls das, was fehlt, wenn jemand krank ist. Entsprechend gibt es viele Krankheiten und nur eine Gesundheit“ (Luhmann 1990, 187).⁴⁷ Auf diese „Absonderlichkeit“ des Gesundheitswesens kommen wir an anderer Stelle zurück.

⁴⁶ Luhmann beschreibt die Funktion von Codes wie folgt: „Erst die binäre Codierung ermöglicht es einem Funktionssystem, sich das gesamte Verhalten als kontingent vorzustellen und es den Konditionen der eigenen Programmierung zu unterwerfen. Dies wiederum ist ein unerlässliches Erfordernis der operativen Reproduktion dieses Systems innerhalb der durch die eigenen Operationen gezogenen Grenzen. Zugleich ermöglicht diese Codierung (...) eine unzweideutige Zuordnung zu jeweils einem und nur einem Funktionssystem. Immer wenn es um Recht oder Unrecht geht, handelt es sich um eine Operation des Rechtssystems, und immer, wenn gezahlt wird, ist es eine wirtschaftliche Operation, auch wenn man das Geld in den Klingelbeutel tut oder beim Finanzamt einzahlt“ (Luhmann 1990, 185).

An diesem Codierungsvorschlag von Luhmann ist Kritik formuliert worden. Jost Bauch beispielsweise betont, dass die Codierung krank/gesund viel zu eng sei, um alle Operationen des Gesundheitswesens abbilden zu können und schlägt die Codierung „gesundheitsförderlich/gesundheits hinderlich“ vor. Luhmann orientiere sich bei seinem Codierungsvorschlag zu sehr am „System der kurativen Krankenbehandlung“ und berücksichtige nicht die Bereiche von Prävention, Rehabilitation, also die nichtkurativen Bereiche des Gesundheitswesens (Bauch 1996, Bauch 2006, 9 ff.).

1.2. Die Eigenständigkeit des Subsystems Dentalmedizin

Soziale Funktionssysteme haben nun die Eigenschaft, das Prinzip der funktionalen Differenzierung in sich selbst zu wiederholen. D.h. sie schaffen Subsysteme, die Spezialprobleme der Funktionserfüllung des Systems über Spezialstrukturen und Spezialsemantiken im Kleinen wiedergeben. Es liegt nahe, den großen Funktionskreisen des Gesundheitswesens, den sog. 4 Säulen: der Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege eigene Subsysteme zuzuordnen. Die Spezialfunktion der Prävention innerhalb des Gesundheitssystems wäre dann die Verhinderung von Krankheit, die Spezialfunktion der Kuration die Beseitigung von Krankheit, die Spezialfunktion der Rehabilitation die Stabilisation von Gesundheit und die Spezialfunktion der Pflege die Sicherstellung von nicht unmittelbar medizinischen Hilfs- und Unterstützungsleistungen. So einleuchtend ein solches Differenzierungsschema auf den ersten Blick ist, so schwierig ist es de facto, diese 4 Säulen des Systems als Subsysteme zu spezifizieren. An der Diskussion, ob die Pflege ein eigenes Funktionssystem innerhalb oder gar außerhalb des Gesundheitswesens ist, lässt sich das exemplifizieren. Hohm plädiert dafür, die Pflege als ein eigenständiges Funktionssystem neben dem Gesundheitswesen anzusehen, das sich anhand der Codierung pflegefähig/pflegeunfähig trennscharf von allem abgrenzt, was in der Welt sonst noch passiert (Hohm 2002, 141). Bauch dagegen sieht die Pflege nicht als eigenständiges Funktionssystem sondern als Subsystem des Gesundheitswesens an, als „semi-ausdifferenziertes professionalisiertes Sozialsystem“. Dieser Status resultiert daraus, dass die Pflegebedürftigkeit nicht von der Pflege selbst, sondern durch medizinische Expertise des Gesundheitswesens festgelegt wird. „Pflege“ ist also nicht autopoietisch. „Die Pflegefähigkeit muss an Sonderbedingungen außerhalb des Pflegesystems gekoppelt sein, also krank und behindert und deshalb pflegebedürftig“ (Bauch 2005, 76). Mithin sind die Autonomie und die Selbstreferenz eines vermeintlichen Pflegesystems nicht gegeben.

Ist es schon schwierig, Subsystembildung an Unterfunktionen des Gesundheitssystems zu binden, so scheint die Situation besonders verwirrend, wenn wir behaupten, dass es sich bei der zahnmedizinischen Versorgung um ein Subsystem des Gesundheitswesens handelt. Wie ist dies zu begründen? Aus der oben dargestellten allgemeinen Logik der Systemtheorie lässt sich nicht ableiten, warum gerade der zahnmedizinische Versorgungsbereich ein eigenständiges Subsystem innerhalb der gesundheitlichen Versorgung gebildet

haben soll. Das Spezialobjekt „Zahn“ reicht jedenfalls nicht aus, um eine solche Subsystembildung zu erklären. Denn genauso gut könnte das Ohr oder das Auge oder jedes andere menschliche Organ Veranlassungspunkt für Subsystembildung sein. Ohne Zweifel haben die wesentlichen Organe innerhalb der Medizin zu Spezialisierungen geführt. So gibt es eben Augen- und Hals-Nasen-Ohren-Ärzte, aber dabei handelt es sich um Spezialisierungen innerhalb des allgemeinen Systems „Gesundheitswesen“. Zur Subsystembildung bilden diese Spezialitäten keinen Anlass. Die Frage, warum ausgerechnet die Zähne zum Gegenstand einer Subsystem-spezifischen Sonderbehandlung wurden, lässt sich somit mit den Mitteln der Systemtheorie – gleichsam auf deduktivem Wege – nicht bestimmen. Vieles spricht dafür, dass es sich schlicht um historische Zufälligkeiten handelt, die den Sonderweg der Zahnmedizin bestimmt haben.⁴⁸ Die Zahnmedizin war im 17. und 18. Jahrhundert noch viel stärker mit der Volk- und Laienmedizin verwurzelt als die Medizin schlechthin. Zahnbrecher, Starstecher, Bruchschneider, Harnbeschauer, oder Arzneihau-sierer füllten oft als fahrende Ärzte die Lücke der Versorgung der großen Volksmassen zumeist auf dem Lande aus. Nur in den Städten gab es für die wohlhabenden Schichten eine gewisse Anzahl akademisch gebildeter Ärzte. Dabei blieb diese „populistische Verwurzelung“ der Zahnmedizin länger bestehen als in der Allgemeinmedizin und führte zu einem Sonderweg als gegen Ende des 18. Jahrhunderts im Rahmen großer Staatsreformen auch das Medizinalwesen reformiert wurden und den verschiedenen Medizinalpersonen genau abgegrenzte Tätigkeitsbereiche zugewiesen wurden.⁴⁹ Die Zahnmedizin blieb so länger als „Restbestand“ der alten Laienmedizin bestehen, bevor sie dann auch einer Spezialisierungs- und Professionalisierungswelle unterworfen wurde. Jedenfalls lässt sich nur über historische Sonderbedingungen erklären, warum die Zahnmedizin zu einem Subsystem der Medizin schlechthin avancierte. Diese historische Genealogie der Zahnmedizin lässt sich offensichtlich systemtheoretisch nicht begründen.

⁴⁸ Wie u.a. im zweiten Kapitel dieser Arbeit über die Professionalisierung der Zahnmedizin aufgezeigt wird, haben die Zahnärzte lange versucht, sich in den „Mainstream“ der ärztlichen Entwicklung lediglich als Spezialärzte einzuklinken. Sie wollten lange Ärzte sein mit einer zahnärztlichen zusätzlichen Sonderausbildung. Doch bereits am Ende des 17. Jahrhunderts war ihre Sonderentwicklung unabhängig vom allgemeinen Ärztestand vorgezeichnet, 1685 erließ der große Kurfürst in Preußen ein Medizinaledikt, das die Sonderrolle der Zahnärzte auswies und 1699 wurden unter Ludwig dem XIV die „Chirurgien dentistes“ als Unterabteilung der Wundärzte etabliert (Strübig 1989, 76).

⁴⁹ Sehr schön beschrieben die Reformen des Jahres 1799 des Kurfürsten Max IV. Josephs in Kurbayern, die den umherfahrenden Laienmedizinern den Arzneimittelhandel verbot und dies alleine den zugelassenen Apothekern überantwortete (Probst 1992, 12).

Dass es sich bei der Zahnmedizin um ein eigenes Subsystem handelt, kann aber systemtheoretisch mit unstrittiger Sicherheit festgestellt werden. Dies ist deswegen so, weil die Strukturen des „großen“ Gesundheitssystems gleichsam im Kleinen wiederholt und reproduziert werden. Die Selbstverwaltungsstrukturen des Gesundheitswesens mit Ärztekammern, Kassenärztlichen Vereinigungen, wissenschaftlichen Gesellschaften, eigenen Leistungsbereichen der Krankenkassen etc. werden zahnmedizinisch spezifiziert wiederholt: So gibt es Zahnärztekammern, Kassenzahnärztliche Vereinigungen, eigene freie Verbände der Zahnärzteschaft (Tiemann, Herber 1980, Tiemann, Klingenberg, Weber 2003). Auch das Vorhandensein eigener Gebührenordnungen, eigener Verhandlungskommissionen mit den Krankenkassen spricht für ein eigenes Subsystem. Andere Spezialärzte verfügen nicht über eine solch eigene, das Gesamtsystem reproduzierende Infrastruktur. Ebenso unterhält die Zahnärzteschaft eigene Spezialbeziehungen zur Politik und Wissenschaft, alles Insignien für die Tatsache, dass wir es hier mit einem relativ eigenständigen Subsystem des Gesundheitssystems zu tun haben. Ein Subsystem ist dadurch gekennzeichnet, dass es die Codierung des übergreifenden Funktionssystems reproduziert und gleichzeitig modifiziert. Die spezielle Modifikation muss in gewisser Weise mit dem „Muttercode“ kompatibel sein, ihn reproduzieren und mit speziellen Aspekten versehen. Würde die Codierung des Subsystems den Muttercode nicht in gewisser Weise kopieren, könnte das Subsystem nicht Teil des Gesamtsystems sein, es wäre dann ein eigenes Funktionssystem oder überhaupt kein System. Auch wenn wir diese Überlegungen zu Grunde legen, zeigt sich, dass es Sinn macht, das System der zahnmedizinischen Versorgung als Teilsystem des Gesundheitswesens aufzufassen. Denn die basale Codierung des zahnmedizinischen Subsystems kann nur Mund- und zahnkrank/ Mund- und zahngesund sein. Wie dargelegt, wird hier die Codierung des Gesamtsystems krank/gesund wiederholt und durch das Epitheton Mund und Zahn spezifiziert und zugleich eingeschränkt.

1.3. Eigenständigkeit und Umweltblindheit eines Subsystems: Sozialphilosophische Folgerungen

Bevor wir auf die Sonderrolle der Zahnmedizin innerhalb des medizinischen Spektrums eingehen, müssen wir uns aber noch eingehender mit dem Gesamtsystem des Gesundheitswesens befassen. Denn wenn die zahnmedizinische Versorgung ein Teilsystem des Gesundheitswesens ist, dann gelten für das Teilsystem auch grosso modo die speziellen Funktionsbedingungen des Gesamtsystems. Will man sich mit dem „Schicksal“ der zahnmedizinischen Versorgung und der zahnärztlichen Standespolitik im Einzelnen befassen, so muss man zunächst die Funktionsweise und strukturellen Bedingungen des Gesundheitswesens insgesamt darstellen, weil diese nachhaltig auf das Subsystem Einfluss nehmen und es in seinem Prozessieren strukturell und funktional imprägnieren. Nur von dem Gesamtsystem her kann dann auch begründet werden, dass es sich bei der Zahnmedizin nicht um eine bloße Programmvariation handelt.

Unsere These ist, dass die großen Entwicklungslinien zahnärztlicher und zahnmedizinischer Berufs- und Standespolitik nur vor dem Hintergrund der Entwicklung des Gesundheitswesens als eigenständiges Funktionssystem zu verstehen und nachzuvollziehen sind. Die Entwicklung des Gesamtsystems gab und gibt gleichsam den Rahmen und Entwicklungspfad vor, innerhalb dessen sich das Subsystem überhaupt bewegen kann. Erst, wenn wir die elementaren Systementwicklungen des Funktionssystems Gesundheitswesen ermittelt haben, können wir Entwicklungen des Subsystems zahnmedizinische Versorgung, die im Gleichschritt und im Nachvollzug der Systementwicklung des Muttersystems erfolgt, von eigenen Sonderentwicklungen unterscheiden.

Wir vertreten dabei die These, dass die zahnärztliche und zahnmedizinische Standes- und Berufspolitik in weiten Teilen und bezeichnenderweise ohne es oftmals selbst zu wissen, die Entwicklung des Gesamtsystems lediglich nachvollzieht. Die systemtheoretische Betrachtung zahnärztlicher Berufs- und Standespolitik relativiert somit die Einschätzung der Akteure, die Entwicklung aus eigenem Vollzug heraus bestimmt und vorgegeben zu haben. Vielmehr haben die Akteure in weiten Teilen vollzogen, was systemisch an Entwicklungsmöglichkeit vorgegeben war. Die Beobachtungsperspektive zeigt, dass zu

schnelle „voluntaristische“ Schlüsse“ der Akteure oftmals gerade nicht den objektiven Tatsachen entsprechen.⁵⁰

Wollen wir uns also das Subsystem der zahnmedizinischen Versorgung soziologisch untersuchen und sozialphilosophisch erfassen, so müssen wir zunächst die Funktion, die Struktur und Systemgeschichte des „Muttersystems“ nachzeichnen, um die Entwicklung des Subsystems nachvollziehen zu können. Dies kann hier nur in der gebotenen Kürze und nur in dem Maße erfolgen, wie diese Entwicklung für das Schicksal des Subsystems relevant ist. Luhmann stellte bei seiner eher beiläufigen Betrachtung des Gesundheitswesens fest, dass es im Vergleich zu anderen Funktionssystemen voller „Absonderlichkeiten“ sei (Luhmann 1983, 172). Eine wesentliche Besonderheit des Funktionssystems Gesundheitswesens sei die Tatsache, so Peter Fuchs, der diesen Fragen weiter nachging, dass es sich hier um ein „sekundäres Primärsystem“ handle (Fuchs 2006, 23). Als primäre Funktionssysteme werden in der Systemtheorie die Funktionssysteme Wirtschaft, Wissenschaft, Politik, Erziehung, Recht, Massenmedien und Intimbeziehungen behandelt. Das Gesundheitswesen gehört nach dieser Betrachtungsweise nicht zu den „großen“, traditionellen Funktionssystemen, an denen entlang gleichsam der Mainstream der funktionalen Differenzierung der Gesellschaft in der Neuzeit verlief. Das Gesundheitswesen als sekundäres Funktionssystem zu betrachten, hat dabei zeitlich-historische und funktionale Gründe.

Zunächst die zeitlich-historische Seite: „Die Differenz primär/sekundär machen wir an ihrer zeitlich früheren erfolgreichen Ausdifferenzierung und Umstellung auf die moderne Gesellschaft fest. Diese setzte spätestens im 16. Jahrhundert ein, um sich in den Modernisierungszentren in einem ersten Modernisierungsschub vor allem im Verlaufe des 19. Jahrhunderts und in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts endgültig durchzusetzen“

⁵⁰ Diese Feststellung liegt auf einer Linie mit dem „methodologischen Antihumanismus“ der Luhmann’schen Soziologie, die mit der festsitzenden soziologischen Fehleinschätzung aufräumte „dass eine Gesellschaft aus konkreten Menschen und aus Beziehungen zwischen Menschen bestehe“ (Luhmann 1997, 24). Luhmann wollte eine „Aufklärung über Aufklärung“. In seiner „Soziologischen Aufklärung 1“ schreibt er: „Nicht mehr Belehrung und Ermahnung, nicht mehr die Ausbreitung von Tugend und Vernunft, sondern die Entlarvung und Diskreditierung offizieller Fassaden, herrschender Moralen und dargestellter Selbstüberzeugungen wird zum dominanten Motiv“ (Horster 1997, 48).

(Hohm 2002, 10). Das Gesundheitswesen als System ist also in dieser Lesart später entstanden als die primären Funktionssysteme.⁵¹ Auch Peter Fuchs spricht von einer „Nachentwicklung“ des Gesundheitswesens.

Er meint dies allerdings weniger historisch sondern funktional bezogen. Die Systemwerdung des Gesundheitswesens steht in direktem Zusammenhang mit dem Problem der funktionalen Differenzierung der Gesellschaft. Es bearbeitet Probleme, die mit der funktionalen Differenzierung in primäre Funktionssysteme erst auftreten. Daher ist es eine Begleiterscheinung der Veränderungen, die sich durch die Differenzierung der primären Systeme ergibt. „Wir vermuten stattdessen, dass dieses System als Effekt eines Problems interpretiert werden kann, dass mit und im Gefolge der funktionalen Differenzierung selbst auftritt. Wenn man dieser Vermutung nachgeht, steht heuristisch die Frage im Zentrum, was sich im Zuge funktionaler Differenzierung also im Übergang von Stratifikation zu dieser Differenzierungsform so ändert, dass das Gesundheitssystem als problembearbeitende Instanz gewissermaßen nachentwickelt wird“ (Fuchs 2006, 23). Also, um Probleme zu lösen, die aus der Heterarchie der ausdifferenzierten Funktionssysteme erwachsen, erfindet die Gesellschaft eigene funktional ausdifferenzierte Funktionssysteme, die Lösungen in der Form der funktionalen Differenzierung für Probleme dieser Differenzierungsform anbieten. Solche Systeme nennt Fuchs dann „sekundäre Primärsysteme“.⁵² Die funktionale Differenzierung produziert Systeme aus „zweiter Hand“, wie Fuchs schreibt.

⁵¹ Ob das historisch richtig ist, kann angezweifelt werden. Jost Bauch nimmt an, dass 1848 mit der Medizinalreformbewegung das Gesundheitswesen zu einem funktional ausdifferenzierten Funktionssystem aufgestiegen ist. Die Anfänge der Systementwicklung datiert er ebenfalls ins 16. Jahrhundert: „Es wäre aufzuzeigen, wie sich zuerst mit der Verstädterung in Oberitalien erste Organisationsformen der Medizin in Zünften und Gilden für Ärzte herausbilden und wie die Städte im Übergang von einer reaktiven zu einer beständigen Seuchenabwehr verstetigte Gesundheitsbehörden schaffen, die noch ganz in den Händen des Stadtadels standen. Es wäre aufzuzeigen, wie in der Frühneuzeit durch Naturphilosophie und Empirie der Körper als Objekt sui generis entdeckt wird und zunehmend obrigkeitsstaatliches Interesse durch spezielle Bearbeitungsinstitutionen findet, bis zu dem Zeitpunkt, wo sich mit der Etablierung der Zellulärpathologie die Medizin mit der Institutionalisierung eines eigenen Feldes des Wissens von allen moralischen und politischen Überdeterminierungen befreien konnte. Ohne an dieser Stelle einen exakten Zeitpunkt der definitiven funktionalen Ausdifferenzierung des Gesundheitswesens angeben zu können, ist doch davon auszugehen, dass Mitte des 19. Jahrhunderts bis gegen Ende des 19. Jahrhunderts die entscheidenden Weichen für die Systemkonstitution des Gesundheitswesens gestellt worden sind“ (Bauch 1996, 54). Dazu siehe auch A. Labisch, *Homo Hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit*, 1992, 44.

⁵² „Die Leitvorstellung der folgenden Überlegungen ist also, dass es Funktionssysteme gibt, die wie die anderen ihrer Art gesellschaftlich wichtige Funktionen jeweils exklusiv bedienen, deren Besonderheit aber darin besteht, dass sie dem Prozess der funktionalen Differenzierung der Gesellschaft selbst aufreiten: als Lösungen von Problemen, die durch diese Differenzierungstypik überhaupt erst auftreten...Dies wäre ein unerhörter Vorgang, der im Skript der modernen Differenzierung die Möglichkeit eines auf die Form dieser Differenzierung rekursive operierenden Superskripts andeutet“ (Fuchs 1995, 204).

Dies sind Systeme, die selber funktional differenziert sind. Ihre Aufgabenstellung konzentriert sich aber ganz auf die Folgebearbeitung der funktionalen Differenzierung der großen Primärsysteme.

Hier stellt sich eine entscheidende Frage: Wie sehen die Folgeprobleme funktionaler Differenzierung aus, die ja so gravierend sein müssen, dass sich eigens für diese Problembearbeitung eigene, sekundäre Funktionssysteme ausbilden müssen, um diese Folgeprobleme einigermaßen in Schach zu halten? Darauf skizziere ich eine zweifache Antwort:

1. Zunächst ist das Problem der Selbstreferenz der Funktionssysteme zu bedenken. Funktionssysteme sind, wie wir im ersten Kapitel gesehen haben, relativ blind für die Randbedingungen, unter denen sie stehen. Sie sind zudem indifferent gegenüber den Folgen, die sie erzeugen. (Schimank 2000, 137). Der Sinn der funktionalen Differenzierung besteht ja gerade darin, sich auf die Bedienung einer Funktion zu konzentrieren und die Randbedingungen soweit wie möglich zu ignorieren. Funktionssysteme „hypostasieren“ ihre Funktion. Dies bedeutet, dass sie selbst nicht in der Lage sind, sich gleichsam von außen zu beobachten. Sie können zwar Beobachtungen über die Gesellschaft außerhalb ihrer selbst anstellen. Doch sie tun dies in der strikten Perspektive auf ihre Funktion. Aufgrund dieser Selbstbezogenheit ist es möglich, dass ihr Prozessieren in anderen Funktionssystemen Folgeprobleme produziert (z.B. eine Wirtschaftskrise löst politische Legitimationsprobleme aus). D.h. das Prozessieren eines Systems löst oft unbeabsichtigte Resonanzprobleme eines anderen Systems aus.

Wenn es aber zutrifft, dass die moderne Gesellschaft durchgehend nach ihren Funktionen differenziert ist, so gibt es keine gesellschaftliche Instanz, die im Sinne einer gesamtgesellschaftlichen Rationalität solche ungewollten Resonanzprobleme auflösen oder glätten kann. Wir kommen auf dieses Problem noch an anderer Stelle zurück. Hier zeigt sich nämlich, dass die Vorstellung, die Politik könne in globaler Weise „steuern“, einer Illusion unterliegt. Dies hat für die Rolle des Staates in ökonomischen Zusammenhängen weitgehende Konsequenzen (Vgl. weiter unten...)

2. Ein zweiter Problemzusammenhang ist hier zu diskutieren: Neben gesellschaftlichen Folgeproblemen funktionaler Differenzierung treten aber auch noch Probleme in den nicht-gesellschaftlichen Umwelten der Funktionssysteme auf. Um

welche Umwelten handelt es sich dabei? „Die eine dieser Umwelten ist die Natur im Sinne aller physikalischen, chemischen und biologischen Systeme und Zusammenhänge, deren Funktionieren von der Gesellschaft vorausgesetzt wird, aber auch mehr oder weniger nachhaltig gestört werden kann. Die andere Umwelt sind die einzelnen Gesellschaftsmitglieder als Personen, also als psychische Systeme“ (Schimank 2000, 132).

Die Wirksamkeit der Funktionssysteme ist also mit der Produktion von nicht beabsichtigten oder zumindest nicht beachteten Nebeneffekten in der Natur (ökologische Probleme)⁵³ und bei den einzelnen Personen verbunden. Dabei stellt sich gerade unter den Bedingungen der funktionalen Differenzierung die Art und Weise, wie Personen in die einzelnen Funktionssysteme integriert bzw. nicht integriert werden, als Problem heraus. Der Mensch wird nicht mehr als Gesamtperson in das Sozialsystem inkludiert, sondern immer nur ausschnittsweise. Vieles spricht dafür, dass einzig und allein die Familie in der modernen Welt noch eine „Gesamtinklusion“ leistet. „Das Individuum ist gleichzeitig Mitglied verschiedener sozialer Funktionssysteme, in der Systemtheorie spricht man deshalb von der ‚multiplen Teilinklusion‘ des Individuums, es hat nicht mehr eine, es hat verschiedene soziale Adressen, die sich in ihren Verhaltensanforderungen an das Individuum sogar widersprechen können (z.B. in Form von Rollenkonflikten)“ (Bauch 2008, 270). Peter Fuchs beschreibt die eigenartigen Inklusionsbedingungen des Individuums bei funktionaler Differenzierung treffend wie folgt: „Das bedeutet: Die Individuen, die die relevante Umwelt sozialer Systeme darstellen, werden, wie man vielleicht sagen kann, multipel adressiert. Sie sind für die Gesellschaft nicht mehr flache, schichtintern konstruierte soziale Adressen, sondern seltsame Verteilungsmuster. Die eine Adresse wird gleichsam prismatisch aufgefächert, sie wird rhizomatisch. Sie hat nicht mehr einen Quellpunkt, sondern viele Ursprünge, keinen heiligen Grund mehr (Hierarchie), sondern eine Pluralität heterogener Gründe (Heterarchie). Sie wird fragmentarisch im Sinne der Romantik und ist nicht mehr aufrundbar zu der einen Identität“ (Fuchs 2006, 24). Der einzelne Mensch ist durch die funktionale Differenzierung in soziale Kommunikationsprozesse mehrfach teilk inkludiert. Diese Teile ergeben aber kein Ganzes. Die Integration ins Sozialsystem ist unter diesen Umständen äußerst fragil. Der Teilinklusion kann Teilexklusion folgen. Typisch ist auch hier, dass unter den Bedingungen der funktionalen Differenzierung der Mensch

⁵³ Dazu siehe N. Luhmann, Ökologische Kommunikation. Kann die moderne Gesellschaft sich auf ökologische Gefährdungen einstellen?, Opladen 1986.

nur zum Teil und nicht als Ganzes von der Teilhabe an sozialen Kommunikationsprozessen ausgeschlossen wird. Dieses partielle Ausschließen unterscheidet sich von der Totalexklusion, die man wohl als „ausstoßen“ bezeichnen kann; ein Vorgang, der in der vor-modernen Welt üblich war. Wer arbeitslos wird und damit seine Leistungsrolle im Wirtschaftssystem verliert, darf trotzdem wählen gehen und bleibt damit im politischen Sinne Vollbürger, er bleibt Mitglied in der Kirche usw., d.h., er verliert nur eine Rolle, nicht alle Rollen, die er innehat. Zunächst ist das so. Aber bei jeder Exklusion verdichtet sich die Gefahr, dass es zu sog. „Exklusionsverkettungen“ kommt, dass also die Exklusion aus einem Funktionssystem die Exklusion aus einem anderen Funktionssystem nach sich zieht. Wer arbeitslos wird, verliert schnell auch seine Rolle in anderen Funktionssystemen. Er hat kein Geld mehr, um am Kunstbetrieb zu partizipieren, sich Zeitungen zu kaufen oder an Volkshochschulkursen teilzunehmen. Luhmann hat diesen Prozess der Exklusionsverkettung anhand der brasilianischen Favelas exemplifiziert⁵⁴. Fuchs spricht in diesem Zusammenhang von einer „Exklusionsdrift“. „Wenn man diesen Prozess griffig bezeichnen wollte, könnte man vom Hauptmann-von-Köpenick-Syndrom funktionaler Differenzierung sprechen, vom Amplifikationseffekt zunächst funktionssystemspezifischer Exklusionen“ (Fuchs 1995, 209). Der Hauptmann von Köpenick hat es erfahren: Ohne Ausweis keine Arbeit, ohne Arbeit keine Wohnung, ohne Wohnung keinen Ausweis. Mangelnde Zahlungsmöglichkeiten durch die Exklusion aus dem Wirtschaftssystem mindern und beschränken die Chancen aktiver Inklusion in andere Funktionssysteme.

Dabei unterlaufen die Exklusionsverkettungen das Prinzip der funktionalen Differenzierung. Diese wird, zumindest für die Individuen, die von solchen Exklusionsverkettungen betroffen sind, in hohem Maße irrelevant. Diese Individuen sind keine gesellschaftlichen Symbolträger mehr. Sie haben in der Gesellschaft keinen sozialen Status mehr, außer dem Status des „Exkludiertseins“. Sie reagieren nur noch als Körper und Bedürfniswesen. Sind viele Menschen von diesen Exklusionsverkettungen betroffen, steht das ganze Differen-

⁵⁴ „Denn die faktische Ausschließung aus einem Funktionssystem – keine Arbeit, kein Geldeinkommen, kein Ausweis, keine stabilen Intimbeziehungen, kein Zugang zu Verträgen und zu gerichtlichem Rechtsschutz, keine Möglichkeit, politische Wahlkampagnen von Karnevalsveranstaltungen zu unterscheiden, Analphabetentum und medizinische wie auch ernährungsmäßige Unterversorgung – beschränkt das, was in anderen Systemen erreichbar ist, und definiert mehr oder weniger große Teile der Bevölkerung, die häufig dann auch wohnmäßig separiert und damit unsichtbar gemacht werden“ (Luhmann 1997, 630).

zierungsschema der funktionalen Differenzierung auf dem Spiel. „Immer dann, wenn Exklusionen aus einem Funktionssystem dazu führen, dass die Inklusion/Exklusionsarrangements anderer Funktionssysteme betroffen sind, immer dann, so steht zu vermuten, kommt es auf Limitation oder auf Schadensbegrenzung an, damit das Leitmotiv funktionaler Differenzierung (das Inklusionsgebot) nicht beschädigt wird“ (Fuchs 1995, 210).

Um diesen Ernstfall zu verhindern, haben funktional differenzierte Gesellschaften Sicherungen eingebaut: Funktional ausdifferenzierte Systeme, die sich darauf spezialisiert haben, Exklusionsverkettungen zu verhindern oder deren Folgen zu vermindern. Genau dies ist die Funktion von „sekundären Primärsystemen“, zu denen die Systemtheorie auch das Gesundheitswesen zählt. Peter Fuchs veranschaulicht die Arbeitsweise eines solchen Systems anhand des Funktionssystems der Sozialarbeit. Sozialarbeit reagiert auf wahrgenommene soziale Ungleichheiten, von denen angenommen wird, dass sie Exklusionsverkettungen auslösen können. Sozialarbeit produziert dann Kommunikationen, die sich auf die Blockade, Korrektur und Kompensation der sich abzeichnenden generalisierenden Exklusion beziehen.⁵⁵ Ähnlich das Gesundheitssystem. Krankheiten größeren Ausmaßes führen dazu, dass man seine gesellschaftlichen Rollenverpflichtungen nicht mehr erfüllen kann. Auch hier kann es auf dramatische und schnelle Art und Weise zu Exklusionsverkettungen kommen. Ähnlich wie das Funktionssystem der Sozialarbeit ist es Funktion des Gesundheitssystems, soweit und so schnell wie möglich solche krankheitsbedingten Exklusionsverkettungen zu verhindern oder abzumildern.

Krankheit ist eben immer mehr als nur eine individuelle Störung. „Sie ist immer zugleich eine Bedrohung jener virtuellen Vollinklusion, eine Bedrohung, der dann durch die Nachrevolution eines Systems begegnet wird, das – auf anderem Felde als Soziale Arbeit, aber in vielen Hinsichten mit ihr vergleichbar – diese Virtualität der Komplettheadressabilität stabilisiert oder reanimiert oder präventiv deren Gefährdung zu verhindern sucht: durch antizipative Maßnahmen der Gesundheitsfürsorge“ (Fuchs 2006, 26). Der Unterschied zwischen dem Funktionssystem der Sozialarbeit und dem Gesundheitssystem besteht in

⁵⁵ Wir können hier den Überlegungen von Fuchs nicht weiter folgen, da das Gesundheitssystem bei uns im Zentrum steht. Hier nur so viel: Er geht im Fall der Sozialarbeit von einer „Kaskade von Codierungen“ aus: „Die gesellschaftliche Metacodierung Inklusion/Exklusion wird mit der Unterscheidung von gleich/ungleich im Blick auf sich generalisierende Exklusion beobachtet; die Markierung „ungleich“ eröffnet die (mithin am Negativwert ansetzende) Möglichkeit des Einsatzes der Unterscheidung von Fall/Nichtfall; die Falldeklaration (als Operation des Systems) positiviert für das System die Negativität von artikulierten Ungleichheitslagen; die Markierung Fall ist Ansatzpunkt der Unterscheidung von Hilfe/Nichthilfe“ (Fuchs 1995, 216)

diesem Fall lediglich darin, dass Sozialarbeit soziale Verursachungen von Exklusionsverkettungen bearbeitet, wohingegen das Gesundheitssystem zuständig ist für den außersozialen Sachverhalt der Krankheit.

Jost Bauch hat aufgezeigt, wie sich im Gefolge des Zivilisationsprozesses das Soziale vom menschlichen Körper und damit auch von den körperbezogenen Restriktionen befreit hat. In vormodernen Gesellschaften bestand eine enge Anbindung von Kommunikation an die Körper der beteiligten Personen. Dies setzte der Komplexität von Kommunikationsprozessen Grenzen. Ich gebe einige Beispiele: Machtausübung war noch bis ins Mittelalter an körperlicher Kraft gebunden, Kommunikation war auf leibliche Präsenz der Interagierenden angewiesen, politische Diskurse der griechischen Polis Gemeinde waren auf Menschenmengen begrenzt, die sich akustisch verständigen konnten. Mit der Entstehung von modernen Organisationsformen und Massenkommunikationsmitteln löst sich sodann das Soziale von körperlicher Restriktivität. Kommunikationen lösen sich von Interaktion und leibgebundener Motivation. Der Körper wird nur noch partiell benötigt, um die Anschlüsse von Kommunikationsprozessen zu garantieren. Die Sozialsysteme werden zunehmend gegenüber Körperprozessen indifferent (Bauch 2002). Dies bedeutet aber eine Zumutung, die vor allem im Krankheitsfall spürbar wird: Man erwartet schlicht, dass die Körper funktionieren. Diese generelle Indifferenzzumutung (die nur in der Sozialisationsphase des jungen Menschen und beim alten Menschen nicht greift) macht es erforderlich, dass das Problem der Körperlichkeit und Leiblichkeit des Menschen, das sich dann stellt, wenn der Leib den beschleunigten Kommunikationsvorgängen der Moderne nicht mehr gewachsen ist, einem Funktionssystem zur Sonderbearbeitung überantwortet wird. Probleme von Gesundheit und Krankheit der Menschen werden einem extra bereitgestellten Funktionssystem zur Sonderbehandlung zugeschoben. Dies ist das Gesundheitswesen. Es hat sicherzustellen, dass für das Gros der Bevölkerung die Vollinklusion in die diversen Funktionssysteme erreichbar bleibt und krankheitsbedingte Exklusionen zeitlich limitiert sind oder aber krankheitsbedingte Exklusionen sich nicht zur Vollexklusion „aufschaukeln“.

Zu diesem Aufgabengebiet gehören alle finanziellen Hilfen im Krankheitsfall, die für das Wirtschaftssystem hilfreich die Konsumentenrolle trotz Krankheit aufrechterhalten.

Dazu zählen weiterhin alle prothetischen und medikamentösen Versorgungen (vom Rollstuhl bis zum Beta-Blocker), die eine Teilnahme am gesellschaftlichen Leben trotz Krankheit oder Behinderung ermöglichen.

1.4. Inklusion und Exklusion als Problem der modernen Gesellschaft

Wir hatten festgestellt, dass das Gesundheitssystem zuständig ist für die Herstellung von virtueller Vollinklusion im Falle von Krankheit und hatten diese als „außersozialen“ Sachverhalt deklariert. Gesundheit und Krankheit sind also außersoziale, biologische Sachverhalte. Natürlich nimmt aber das Soziale auf Gesundheit und Krankheit Einfluss.⁵⁶ Das Gesundheitswesen ist also an außersozialen Sachverhalten orientiert.⁵⁷ Auch darin zeigt sich sein spezifischer Charakter, der bereits Luhmann nicht entgangen ist. „Vor allem darin hat das Krankheitssystem einen Ausnahmestatus, dass seine Funktion sich nicht auf das Gesellschaftssystem selbst bezieht, sondern auf dessen Umwelt. Körper und Psyche des Menschen sind nicht Teile und Elemente des Gesellschaftssystems selbst, das nur aus Kommunikationen besteht“ (Luhmann 1983, 40).

Machen wir uns diesen Sonderstatus noch einmal bewusst: Andere, „normale“ Funktionssysteme zielen mit Kommunikation auf Kommunikation. Sie bewegen sich auch in Ihrer Funktion innerhalb des Feldes des Sozialen. Sie wollen mittels Kommunikation Kommunikationserfolge erzielen: Das politische System setzt Macht ein und erwartet Gehorsam, das Wirtschaftssystem erwartet Bedürfnisbefriedigung über Zahlungen, die Intimsysteme erwarten auf Liebesbezeugungen erwiderte Liebe. Das Ziel und die Funktion des Gesundheitssystems „wird normalerweise definiert als etwas, was nicht durch Kommunikation alleine bewirkt werden kann“ (Luhmann 1983a, 172). Wegen dieser Orientierung an der Umwelt und an biologischen Körperprozessen hat sich nach Luhmann auch kein eigenes Kommunikationsmedium für das System der Krankenbehandlung herausgebildet. Das ist durchaus eine singuläre Spezialität des Gesundheitswesens.

⁵⁶ Die „Soziopsychosomatik“ und die damit zusammenhängende Stresstheorie geben davon Zeugnis. Siehe Johannes Siegrist, Medizinische Soziologie, 5. Aufl., München, Wien, Baltimore 1995, 157 ff.

⁵⁷ Damit hat es Ähnlichkeit mit dem Erziehungssystem, das den außersozialen Sachverhalt der Psyche des zu Erziehenden zum Bearbeitungsgegenstand hat.

Kommunikationsmedien ermöglichen überhaupt erst Kommunikation. So sichert das Kommunikationsmedium Geld im Wirtschaftssystem den systemischen Anspruch ab, dass alle beteiligten Akteure ihre Selektionen an in Geld ausgedrückten Erwartungen orientieren (Krause 1996, 119). Kommunikationsmedien sind solchermassen zugleich Motivationsverstärker, in der Spur eines Funktionssystems zu handeln. Das Gesundheitswesen ist durch die Tatsache, dass es auf die Umwelt von Körperprozessen hin orientiert ist, auf ein solches Medium nicht angewiesen. Der körperliche Sachverhalt des Schmerzes führt auch ohne kommunikative Motivationsverstärkung fast „automatisch“ dazu, dass die Ressourcen des Gesundheitswesens in systemadäquater Weise in Anspruch genommen werden. Ebenso lässt sich mit dieser Umweltorientierung an Körperprozessen erklären, warum sich für das Gesundheitssystem keine eigene Reflexionstheorie herausgebildet hat. „Die Anlehnung an das Erfolgsmodell der Naturwissenschaften macht gesteigerte und institutionalisierte Selbstreflexion überflüssig“ (Bauch 2000, 389). Denn wer heilt, hat Recht, das muss nicht extra semantisch herausgearbeitet werden. Aus dieser Umweltorientierung des Gesundheitssystems lassen sich somit ein gewisser naturalistischer Objektivismus und eine kasuistische, am Einzelfall angelegte Grundorientierung insbesondere bei den Akteuren des Systems ausmachen. So obwaltet insbesondere bei den Ärzten eine klinische, am Patienten festgemachte Einzelfallorientierung,⁵⁸ die es den Ärzten schwermacht, sich in Kollektiven zu organisieren. Das hat weitreichende Konsequenzen für die ärztliche und insbesondere auch zahnärztliche Standespolitik, wie wir später noch sehen werden (Bauch 1996, 144 ff.).

Ist es die zentrale Funktion des Gesundheitswesens, das Übergreifen von krankheitsbedingten Exklusionsfolgen auf andere Funktionssysteme zu blockieren, so muss es gleichsam den Rest der Gesellschaft auf Krankheit absuchen und abtasten. Das Gesundheitswesen ist in dieser seiner dienenden Funktion für alle operierenden Funktionssysteme zuständig. Deswegen ist es ja ein sekundäres Primärsystem. Es ist damit auf Negativitäten, auf Zustände, die die anderen Systeme für ihr reibungsloses Prozessieren nicht gebrauchen können, ausgerichtet. Diese Orientierung an „Negativitäten“ erklärt, warum die Co-dierung des Gesundheitssystems nicht gesund/krank sondern krank/gesund lautet.⁵⁹ Der

⁵⁸ Systematisch dargestellt bei E. Freidson, Der Ärztestand, Stuttgart 1979

⁵⁹ Das gleiche gilt übrigens auch, wie Peter Fuchs darlegt, für das Funktionssystem der Sozialarbeit. Es ist an der Negativität von sozialen Ungleichheiten ausgerichtet. Vgl. Fuchs, Das Hauptmann von Köpenick-Syndrom, a.a.O. S213.

negative Befund der Krankheit bietet zunächst den Anlass, dass das Gesundheitssystem überhaupt tätig wird.

Wir können somit feststellen, dass ein sekundäres Primärsystem wie das Gesundheitssystem im Wesentlichen daran zu erkennen ist, dass es Positivwert und Negativwert ihrer Codierung im Vergleich zu den primären Primärsystemen vertauscht hat, weil sie in ihrer „Ausputzerfunktion“ ja an Negativitäten für die gesellschaftliche Entwicklung zunächst orientiert sein muss. Luhmann konstatiert für das Gesundheitswesen eine „perverse Vertauschung der Werte“ (Luhmann 1990, 187). Wir können auch sagen, wir haben es im Gesundheitswesen mit einer Gegenläufigkeit von Codierung und Teleologie zu tun. Dies unterscheidet es schlagend von anderen Systemen. „Während in anderen Funktionssystemen das Ziel der Operationen auch die Anschlussfähigkeiten und Handlungsmöglichkeiten markiert – z.B. ist Recht zu sprechen sowohl Ziel der Operationen und gleichzeitig der Operationsmodus-, fallen im Medizinsystem der Anschlusswert Krankheit und die Zielbestimmung der Operationen Gesundheit auseinander“ (Bauch 2000, 395). Bei „normalen“ Funktionssystemen ist es immer der Positivwert der Codierung und damit deren teleologische Ausrichtung, worin sich die Funktion realisiert. Dies zeigt sich also beim Recht sprechen für das Rechtssystem, bei der Produktion von Wahrheiten im Wissenschaftssystem und der Veranlassung von Zahlungen im Wirtschaftssystem. Dagegen gilt für das Gesundheitssystem: „Nur Krankheiten sind für den Arzt instruktiv, nur mit Krankheiten kann er etwas anfangen. Die Gesundheit gibt nichts zu tun, sie reflektiert allenfalls das, was fehlt, wenn jemand krank ist. Entsprechend gibt es viele Krankheiten und nur eine Gesundheit“ (Luhmann 1990, 186). Jost Bauch beschreibt die Vorrangigkeit des Krankheitsbegriffs vor dem von Gesundheit präzisierend so: „Eine Vorstellung von Gesundheit ohne Mitdenken von Krankheit ist nicht zu haben. Dieses Mitdenken des Gegenwertes wird im Falle von Krankheit/Gesundheit dadurch erschwert, dass Gesundheit eigentlich nur ex negativo, als Fehlen von Krankheit definiert werden kann. Die Gesundheit ist verborgen (Gadamer), die Organe schweigen. Gesund ist man, wenn man die vielen Krankheiten, die es gibt, nicht hat. Kein Wunder also, dass sich das Gesundheitssystem (besser Krankheitssystem) vornehmlich mit Krankheiten befasst und nicht mit Gesund-

heit. Alle Versuche, Gesundheit ohne pathologische Assoziationen zu definieren, sind bisher gescheitert“ (Bauch 2007, 5).⁶⁰ Durch die von Luhmann konstatierte Vertauschung der Werte ist das Gesundheitswesen jedenfalls ganz „morbiditylastig“, nur Krankheiten informieren über Handlungsmöglichkeiten. Zwar figuriert Gesundheit allenthalben als selbstevidentes Ziel, Sie ist aber ohne weiteren Informationswert für das System.⁶¹

Wir können an dieser Stelle die Diskussion über die Folgen und Konsequenzen der Vertauschung von Anschluss- und Reflexionswert im Gesundheitswesen nicht weiterverfolgen. Es reicht die Feststellung, dass diese Vertauschung ein Zeichen dafür ist, dass es sich beim Gesundheitssystem tatsächlich um ein „sekundäres Primärsystem“ handelt. Außerdem wird deutlich, dass dieses „sekundäre Primärsystem“, um Exklusionsverkettungen zu verhindern, an der Identifikation von Negativitäten orientiert ist.

Eine weitere für unsere spätere Analyse folgenreiche Besonderheit des Gesundheitssystems ist die für nachentwickelte sekundäre Primärsysteme typische gesteigerte Komposibilitäts-erwartung.

„Kompossibilität“⁶² ist als Fähigkeit zu verstehen, verschiedene Systeme in einer harmonischen Weise zu verbinden. Da, wie wir sahen, funktional differenzierte Gesellschaften über keine Spitze oder Zentrum verfügen, die die Funktionssysteme hierarchisiert und ihnen gleichsam einen feststehenden Platz zuweist, muss die Beziehung der Funktionssysteme untereinander über einen nicht hierarchischen, sondern heterarchischen (im Sinn verschiedener, gleichberechtigter Formen) Mechanismus ablaufen, der die Autonomie der Funktionssysteme wahrt und trotzdem ein Mindestmaß an Koordination ermöglicht. Soziale wie auch psychische Systeme sind über ihre Codierung zwar operativ geschlossen, gleichwohl operieren sie kognitiv offen. Systeme unterscheiden zwischen

⁶⁰ Dazu siehe auch die Diskussion von Jost Bauch mit Peter Hucklenbroich, siehe J. Bauch, Die Krankheitslehre der Medizin in soziologischer Perspektive, in: EWE 18 (2007) 1, 91-93.

⁶¹ Nur am Rande sei vermerkt, dass diese Sicht der Dinge gerade nach der „salutogenetischen Wende“ im Gesundheitswesen, wonach krankheitsprotektive Faktoren ins Gesichtsfeld der Medizin geraten, umstritten ist. Siehe beispielsweise J. Bengel, R. Strittmacher, H. Willmann, Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert, BZgA, Köln 1998.

⁶² P. Fuchs, Die Erreichbarkeit der Gesellschaft. Zur Konstruktion und Imagination gesellschaftlicher Einheit, Frankfurt 1992, 1. Aufl., 97.

Selbstreferenz und Fremdreferenz und machen sich damit permanent ein Bild von der für sie relevanten Umwelt. Dieses ist allerdings immer ihr eigenes Bild von der Umwelt. Das bedeutet: Funktionssysteme sind autonom (nur das Rechtssystem kann z.B. entscheiden, was Recht ist) aber nicht autark. Sie sind auf das Funktionieren anderer Systeme angewiesen. So ist ohne Zweifel das Gesundheitssystem auf das Funktionieren der Wirtschaft angewiesen, weil es nur unter den Bedingungen der Funktionserfüllung des Wirtschaftssystems mit genügend Geldleistungen versorgt werden kann, um seine spezielle Funktion (die Bekämpfung von Krankheiten) auszuüben. Dabei wird die Beziehung der Funktionssysteme nicht von irgendeiner herausgehobenen gesellschaftlichen Instanz hergestellt oder produziert. Die Beziehung stellt sich von alleine, „automatisch“ ein. Die Systeme lassen sich von Nachbarsystemen „irritieren“ und stellen sich auf die Systemzustände der Nachbarsysteme ein (immer auf der Basis der eigenen Interpretation der Systemzustände der Nachbarsysteme). Luhmann nennt diesen Mechanismus „strukturelle Kopplung“ (Luhmann 2000, 372 ff.). „Strukturelle Kopplung meint für ein gesellschaftliches Teilsystem [...] nichts anderes als den Tatbestand, dass es, sofern und solange es fortbesteht, immer schon angepasst an seine gesellschaftliche Umwelt ist – und dies einfach dadurch, dass die Umwelteinwirkungen, sofern sie vom System noch bearbeitbar sind und es nicht zerstören, in dessen Programmstrukturen eingehen. Strukturelle Kopplung sorgt so für das erforderliche Minimum an gesellschaftlicher Systemintegration“ (Schimank 1995, 82).

Sehr schön lässt sich dieser Mechanismus der strukturellen Kopplung am Beispiel der Beziehung des Gesundheitssystems zum Wirtschaftssystem erläutern. Es lässt sich beobachten, dass immer dann, wenn die Wirtschaft in eine Rezession gerät, der Krankenstand sinkt. Die Leute haben Angst vor der Arbeitslosigkeit und melden sich deswegen weniger krank. D.h. der Systemzustand des einen Funktionssystems (der Wirtschaft) zieht Reaktionen in einem anderen Funktionssystem nach sich ohne dass jemand eine solche Reaktion intendiert oder gar verordnet hätte. Die Reaktion des Gesundheitssystems ist dabei aber indirekt für das Wirtschaftssystem förderlich und kompossibel, weil diese Reaktion das Wirtschaftssystem von Kosten entlastet und damit einen Beitrag zur Erholung des Wirtschaftssystems leistet.

Der Begriff der „Kompossibilität“ (lat.: componere: zusammenstellen) begegnet zuerst bei Leibniz. Er hat also primär eine philosophische Bedeutung und beschreibt, ob Substanzen,

Prädikate oder Präpositionen zugleich bestehen können. „Kompossibilität“ bezeichnet also im elementaren Definitionssinn die reale Möglichkeit der Koexistenz

Wie blind stellen sich die verschiedenen Systeme aufeinander ein. Nun heißt strukturelle Kopplung nicht, dass solche positiven Resonanzen immer und in jedem Fall produziert werden. Strukturelle Kopplung produziert auch (und das in den meisten Fällen) dissonante Resonanzen. So beispielsweise, wenn der Staat und das politische System die Steuerlast erhöht und damit eine Wirtschaftskonjunktur abwürgt oder wenn ökologisch motivierte politische Entscheidungen Investitionsprogramme behindern usw. usw.. Dass dissonante Resonanzen überwiegen, ist völlig normal angesichts der operativen Geschlossenheit der Funktionssysteme. „Noch einmal ganz deutlich: Die Funktionssysteme der Gesellschaft haben sich weitgehend autonomisiert. Sie sind nachgerade unabdingbar an ihre interne Informationsverarbeitung, an ihre Binarität, an ihre Konditionalität und Programmatik gebunden, und deswegen (nur deswegen) funktionieren sie so gut, oder genauer: so effizient. Sie haben die Welt in einer Weise reduziert, die es gestattet, die ganze Welt in den Blick zu nehmen und zu bearbeiten unter je einem Sondergesichtspunkt, von dem aus sich Indifferenz gegenüber allem aufrechterhalten lässt, was sich der Reduktion nicht fügt“ (Fuchs 1992, 97). Bedingt durch diese ihre operative Geschlossenheit sind Funktionssysteme autonom und erfüllen ihre Funktion zunächst völlig unbekümmert darum, ob die eigene Funktionserfüllung kompatibel ist mit den Funktionserfüllungsansprüchen anderer Funktionssysteme. Mögliche Interferenzen sehen sie zunächst nicht.

Dennoch können soziale Funktionssysteme auf der Ebene des Programmes ihre Umwelt beobachten und ihre inhaltliche Strategie danach ausrichten. Soziale Systeme sind also durch eine Kombination von Indifferenz und konditionierter Umweltoffenheit zu beschreiben. Im Rahmen dieser Umweltoffenheit können sie überprüfen, ob ihre Systemleistungen, ihr „Output“ für andere Systeme „kompossibel“ sind.⁶³ Dabei kann jedes System 3 Referenzprüfungen aktivieren, die alle Einfluss auf die selbstgesetzte Kompossibilitätserwartung haben:

1. Die Referenz auf das Gesamtsystem, innerhalb dessen es sich differenziert;
2. Die Referenz auf andere Nachbar- und Teilsysteme und schließlich
3. Die Referenz auf sich selbst.

⁶³ Nach einer Anmerkung von Peter Fuchs hat Jürgen Markowitz Kompossibilität sehr bildhaft als „wechselseitige Bekömmlichkeit“ bezeichnet.

Fuchs hat diese drei Beziehungen so formuliert: „Wenn der Bezug auf die Umwelt durch ein Funktionssystem so durchgeführt wird, dass sie als das Insgesamt der operativen Bezugsmöglichkeiten (also als gesellschaftliche Umwelt) erscheint, ist die Funktion des Systems aktualisiert; wenn ein Funktionssystem die Referenz auf sich selbst richtet, dann ist die spezifische Form der Reflexion involviert; wenn ein Funktionssystem referiert auf andere Teilsysteme des Gesamtsystems, dem es angehört, wenn es also bestimmte seiner Operationen bezieht auf Erwartungen, die von Teilsystemen an es adressiert werden, ist der Komplex der Leistung des referierenden Systems angesprochen“ (Fuchs 1992, 101). Für die Überprüfung der Kompossibilität ist somit die Leistung für andere Funktionssysteme von großer Bedeutung. Fuchs bezeichnet Leistung als die Referenz, „an der Sensibilität für die internen Lagen anderer Funktionssysteme gefordert ist“ (Fuchs 1992, 104). Funktionssysteme richten „Grenzstellen“ ein, von denen sie aus die Umwelt beobachten ohne dabei aus ihrer Autopoiesis herauszufallen. Es bleibt ja dabei, dass sie die Umwelt nur nach Maßgabe ihrer eigenen Codierung beobachten können. Sie versuchen, Teile der Umwelt systemintern zu repräsentieren, was dann immer mit allen möglichen Fehlerquellen eine Eigenleistung des Systems ist und bleibt. „Sind diese Ergebnisse Leistungen für andere Teilsysteme der Gesellschaft, muss die durch den eigenen Code nichtcodierte Welt des anderen Systems in Programmen des leistungsproduzierenden Systems repräsentiert sein, wie umgekehrt das bestimmte Leistungen benötigende System seine Aufnahmeprogramme auszustatten hat mit Programmstellen, die das Fremde für die eigenen Zwecke spezifizieren. Der Einschluss des durch totalisierende Codes Ausgeschlossenen wird auf Programmebene realisiert“ (Fuchs 1992, 104). Für alle Funktionssysteme stellt sich aufgrund ihres selbstreferentiellen Charakters dabei das Problem, dass die innere Repräsentanz eines Nachbarsystems nie adäquat zu haben ist. Das Bild, das sich ein System von einem anderen System macht, ist notwendigerweise immer eine Simplifikation und es ist kontaminiert durch die eigene Sicht der Dinge. Damit sind Nebenfolgen des eigenen Operierens, die in der Moralphilosophie als „Handlungsnebenfolgen“ diskutiert werden, schwer abschätzbar. Einer der wesentlichen Gründe dafür ist das „Problem der nichtprognostizierten Beobachtungsmöglichkeiten der eigenen Leistungen durch andere Teilsysteme“ (Fuchs 1992, 105). Es zeigt sich als Problem in einer polykontextuellen Gesellschaft, „dass kein Ereignis auf dem Monitor der Gesellschaft unverwaschen, nur mit einer Identität erscheint. Man produziert sehr schöne, kostbare Möbel aus Tropenholz

und wird damit konfrontiert, dass man unter anderem ein Verbrechen an der Menschheit begeht“ (Fuchs 1992, 105). Funktionssysteme sind so zunehmend gezwungen, in ihre Organisationsstruktur Instrumentarien als „antizipatorischen Einbau von Rücksichtnahmen auf gefährliche Fremdbeobachtungen“ (Fuchs 1992, 106) zu installieren. Deshalb richten Ärzteorganisationen Stabstellen zur systematischen Beobachtung des politischen Systems ein oder Krankenkassen beschäftigen Volkswirte, die sich mit der Wirtschaftsentwicklung befassen usw. Dies alles wird getan, um so viel Kompossibilitäten wie möglich zu produzieren. Dabei erwarten die Funktionssysteme als Normalfall, gerade, damit sie ihre Funktion als Solitär exekutieren können, dass die anderen Funktionssysteme „funktionieren“, also ihren Beitrag leisten. Auf diese Weise etabliert sich unter den Bedingungen funktionaler Differenzierung eine allgemeine Kompossibilitätserwartung, weil das Funktionieren des einen Teilsystems vom Funktionieren der anderen eben durch das Prinzip der funktionalen Arbeitsteilung stark abhängig ist. Luhmann hat auf die Frage, ob es ein dominantes Funktionssystem gibt, genau in diesem Sinne geantwortet, dass nämlich das Funktionssystem das dominante sei, das die höchste Versagensquote aufweise. „Immer wenn irgendwo etwas nicht funktioniert und in einer Weise nicht funktioniert, dass die anderen darunter leiden, würde man diesem System besondere Aufmerksamkeit zubilligen und würde man sagen, Verbesserungen hier haben einen größeren Effekt als woanders“ (Luhmann 2005, 270). Die großen primären Funktionssysteme der Gesellschaft sind durch gegenseitige Erwartung des Funktionierens der jeweils anderen Systeme geprägt: Die Wirtschaft erwartet als Funktionserfüllung der Politik, günstige Rahmenbedingungen für Investitionsentscheidungen zu schaffen. Die Politik erwartet von der Wirtschaft Vollbeschäftigung. Vom Bildungssystem wird erwartet, für die anderen Funktionssysteme gut ausgebildete Personen zu „produzieren“. Von der Wissenschaft werden Innovationen erwartet, die sich technisch, Wirtschaftlich und sozial verwerten lassen usw. Auch sekundäre, nachentwickelte Funktionssysteme wie das Gesundheitssystem stehen unter dem Druck von Kompossibilitätserwartungen.

Unsere eingangs formulierte These geht noch darüber hinaus. Sie besagt nämlich, dass diese Systeme unter einem besonders hohen Kompossibilitätsdruck stehen, weil sie an Negativitäten orientiert sind. Deshalb ist darauf zu achten, dass sich diese Negativitäten nicht zu Exklusionsverkettungen aufschaukeln dürfen. Sekundäre Systeme sind eher

nachrangig, weil sie anders als die großen Funktionssysteme keine der essentiellen gesellschaftlichen Funktionen erfüllen. Sie sind eher daran orientiert, die Funktionserfüllung der andern Funktionssysteme unterstützend sicherzustellen. Es sind keine originären, eher abgeleitete Funktionssysteme, die ihre Legitimation daraus beziehen, das Funktionieren der großen Systeme abzusichern. Aufgrund ihrer „dienenden“ Funktion lastet gerade auf solchen Systemen ein besonderer Kompossibilitätsdruck.

1.5. Der Druck auf das Gesundheitssystem: Gründe und Ursachen

Damit hängt ein weiterer Befund zusammen: Gerade das Gesundheitssystem ist in besonderem Maße diesem Druck ausgesetzt: Kein gesellschaftliches Funktionssystem wurde so politisch „durchreguliert“ und bürokratisch drangsaliert. Dass dies möglich ist, hat wiederum Gründe: Sekundäre Funktionssysteme wie das Gesundheitssystem können anders als die primären Funktionssysteme in Ihrem Drang der Optimierung und Steigerung der eigenen Funktion Einschränkungen unterworfen werden. Während die Optimierung der Funktion bei den primären Großsystemen vorbehaltlos begrüßt wird, jedenfalls solange die Steigerung der Funktion nicht mit negativen Nebenfolgen verbunden ist, wird eine Leistungssteigerung und Funktionsoptimierung im Gesundheitswesen nur toleriert, wenn diese nicht mit einer Kostenexpansion verbunden sind.

Die für Funktionssysteme typische „Hypostasierung der eigenen Funktion“ (Luhmann 1983, 31)⁶⁴ gilt nur eingeschränkt für sekundäre Funktionssysteme wie das Gesundheitswesen, die auf dem gesellschaftlichen Monitor aufgrund ihrer Orientierung an Negativitäten nur als Kostenfaktor auftreten.⁶⁵ Während es durchweg begrüßt wird, wenn die Wirtschaft wächst, die Politik kollektive Entscheidungen optimiert, die Wissenschaft mehr Wissen produziert, schneller und besser Recht gesprochen wird, wird die Hypostasierung der Funktion des Gesundheitswesens, immer mehr für Gesundheit zu tun, eher kritisch

⁶⁴ Nach Luhmann hypostasiert das Gesundheitswesen seine Funktion u.a., wenn es sein Operieren von Krankheitsbekämpfung auf Gesundheitsbewahrung umstellt: „Die Hypostasierung wird dadurch erreicht, dass man nicht auf das Heilen von Krankheiten, sondern auf das Herstellen von Gesundheit abstellt – und damit einer Semantik folgt, die einen jeweils steigerungsfähigen Zustand, nämlich uneingeschränktes Wohlbefinden in Aussicht stellt“ (Luhmann 1983, 33).

⁶⁵ Fast verzweifelt weisen Akteure des Gesundheitswesens immer wieder darauf hin, dass das Gesundheitswesen nicht nur als Kostenfaktor sondern auch als Wachstumsmarkt und Jobmotor mit 4,2 Mio. Beschäftigten zu betrachten ist. Vgl. Fritz Beske, Neubestimmung des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung, Kiel 2006, Seite 26.

betrachtet. Ist es unbestritten, dass man auf individueller Ebene gar nicht genug für die Gesundheit tun kann und gilt Gesundheit in der Moderne als das höchste Gut (Bauch 2008), so gilt diese Regel nicht im Konzert der Funktionssysteme. Hier erscheint das Gesundheitssystem als Kostenfaktor und muss vom politischen System an die Leine genommen werden, damit es nicht der Neigung im Prinzip aller Funktionssysteme folgen kann, sich auszudehnen und aufzuwerten. Ja wir können feststellen, dass das Gesundheitssystem (soweit es über die Gesetzliche Krankenversicherung solidarisch finanziert ist) wie kein anderes Funktionssystem mit einem anderen Funktionssystem statisch gekoppelt ist: Über die politisch verordnete Beitragssatzstabilität und die Verkopplung der Ausgabenentwicklung an die Grundlohnsummenentwicklung der Wirtschaft (Wasem 1993). Damit sind dem ökonomischen Expansionsdrang des Gesundheitswesens enge Grenzen gesetzt und es ist wie kein anderes Funktionssystem sonst an die ökonomische Leine genommen. Während andere Funktionssysteme ihren gesellschaftlichen Finanzierungsbedarf frei aushandeln dürfen (denken wir an die steigenden Ansprüche des Bildungssystems, das immer erfolgreich behauptet, mehr Geld im und für das System bedeute mehr Bildung), ist das Gesundheitswesen über die Grundlohnsummenentwicklung eng mit der Wirtschaftsentwicklung verknüpft, der Funktionsoptimierung sind damit enge Grenzen gesetzt.

Hier ist noch einmal zu rekapitulieren: Wir haben das Gesundheitssystem als ein „sekundäres Primärsystem“ bezeichnet, das aus seiner „dienenden“ Funktion heraus für andere Funktionssysteme mit gesteigerten Kompossibilitätserwartungen konfrontiert ist. Diese von seiner Funktion her erklärbaren Kompossibilitätserwartungen erklären wiederum den fortdauernden politischen Zugriff auf dieses System und jede Betrachtung ärztlicher oder zahnärztlicher Standespolitik hat diese systemische Grundsituation zu berücksichtigen. Nicht nur die Wirtschaft, auch die Politik greift also in besonders intensiver Weise auf das Gesundheitssystem zu. Nur vor dem Hintergrund dieser Kompossibilitätserwartung werden die Kostendämpfungsgesetze Ende der 70iger Jahre und die Gesundheitsreformgesetze Ende der 80iger Jahre bis heute verständlich (Riege 1993, Wasem 1993, Simon 2008). Sowohl die ärztliche als auch zahnärztliche Standes- und Berufspolitik ist somit nur vor der Kulisse der politischen Kompossibilitätszumutung rekonstruierbar, die

sich aus der speziellen Stellung des Gesundheitssystems „im Chor der Funktionssysteme“ (Kraft 2006, 39) ergibt.

Diese Stellung des Gesundheitssystems im Kontext der anderen Funktionssysteme und seine spezifischen Funktionsanforderungen geben den Rahmen vor, in dem die kollektiven Akteure im Gesundheitswesen überhaupt handeln können. Das Gesundheitswesen selbst ist kein kollektiver Akteur. Funktionssysteme haben keine soziale Adresse, wie auch die Gesellschaft insgesamt ohne Adresse operiert. Diese Feststellung ergibt sich schon alleine aus der Tatsache, dass Gesellschaft lediglich aus Kommunikationen besteht, aus nichts sonst.⁶⁶ Man kann nie mit der Gesellschaft kommunizieren, nur in ihr, weil jeder Kommunikationsakt Teil der Gesellschaft ist. „Gesellschaft ist danach das umfassende Sozialsystem, das alles Soziale in sich einschließt und infolgedessen keine soziale Umwelt kennt“ (Luhmann 1987, 555).

Im Gegensatz zur Gesellschaft insgesamt verfügen zwar die Funktionssysteme über eine soziale Umwelt (die jeweils anderen Funktionssysteme). Auch Funktionssysteme haben aber ebenso wie die Gesellschaft insgesamt keine soziale Adresse. Man kann keinen Brief an die Wirtschaft oder das Gesundheitswesen insgesamt schreiben, wohl aber an einzelne Organisationen im jeweiligen Funktionssystem, also an die Arbeitgeberverbände oder an Krankenkassen. D. h. wenn wir die Standes- und Berufspolitik einer Berufsgruppe wie der Zahnärzteschaft beobachten wollen, dann müssen wir die Ebene der Funktionssysteme verlassen und die „untere“ Ebene der Organisationsbildung in unsere Betrachtung einbeziehen. Denn erst auf dieser Ebene treten kollektive Akteure mit eigenen Adressen auf, Kommunikationen werden zurechenbar („Die Ärzteverbände haben gesagt...“), die Differenzierung von Handeln und Erleben wird möglich. Organisationen operieren innerhalb eines Funktionssystems und bestimmen dessen Entwicklung ganz wesentlich, können aber niemals im Namen des Gesamtsystems agieren. Das Gesamtsystem konstituiert sich alleine über die spezifische Codierung.

Funktionssysteme sind bereits auf der Ebene der Programmierung ihrer Codes auf die Hilfe durch Organisationsbildung angewiesen, weil Organisationen die richtige oder falsche Zuordnung von Codewerten festlegen. Was im Einzelfall als Krankheit zu gelten hat,

⁶⁶ Bei Luhmann heißt es : „Gesellschaft ist das autopoietische Sozialsystem par excellence. Gesellschaft betreibt Kommunikation, und was immer Kommunikation betreibt, ist Gesellschaft“. Vgl. N. Luhmann, Soziale Systeme. Grundriss einer allgemeinen Theorie, 1. Aufl., Frankfurt 1987, 555.

entscheidet nicht das Funktionssystem insgesamt (weil ein Funktionssystem gar nicht entscheiden kann) sondern die wissenschaftliche Gesellschaft beispielsweise zur Bekämpfung der Tuberkulose oder der koronaren Herzerkrankungen. Erst auf Organisationsebene kann entschieden werden, wie die Binarität des Codes im Einzelnen zu handhaben ist. „Wenn primäre Funktionssysteme also nicht als Entscheidungssysteme begriffen werden können, weil niemand in ihrem Namen als Autor oder Adressstelle kommunikativ fungieren kann, muss es andere Sozialsysteme geben, die entscheiden können. Dies leisten Organisationen, die sich als Entscheidungssysteme durch die Kommunikationen von Entscheidungen ausdifferenzieren. Sie lassen sich in jedem der primären Funktionssysteme beobachten. Je nach ihren Formen der Binnendifferenzierung tragen sie zu deren Eigenkomplexität, Selbststeuerung und Leistungserbringung in unterschiedlichem Maße bei. Man denke nur an den Staat, die Gerichte und Banken als Kernorganisation des politischen Systems, des Rechts und der Wirtschaft“ (Hohm 2002, 12). So gehören die Krankenkassen und die Ärzteverbände ohne Zweifel zu den Kernorganisationen des Gesundheitssystems. Ihre Verbandspolitik strukturiert ganz wesentlich die Entwicklung des Gesundheitssystems insgesamt. Ja wir werden im Zusammenhang der hier vorgelegten Untersuchung nachweisen, wie die Professionalisierung des zahnärztlichen Berufes die Konstitution eines zahnmedizinischen Versorgungssystems als Teilsystem des Gesundheitswesens überhaupt erst ermöglicht hat. Dies gilt übrigens genauso für die Professionalisierung der Ärzteschaft insgesamt, ohne deren professionelle Autonomisierung die Entstehung eines Gesundheitssystems in der uns bekannten Form gar nicht möglich geworden wäre (Bauch 1996, 21 ff.). Wir werden aufzeigen, wie die Zahnärzte, indem sie ihre Interessen der professionellen Selbstbestimmung durchsetzten, unbewusst und unbeabsichtigt einen Beitrag zur Durchsetzung des medizinischen Codes leisteten, der dann den Aufbau eines eigenen Funktionssystems erlaubte. Dies war eine zwar nicht hinreichende aber doch notwendige Bedingung der Konstitution des Gesundheitssystems.⁶⁷ Organisationen als Entscheidungssysteme nehmen so großen Einfluss auf die Funktionssysteme. Sie spie-

⁶⁷ Hinzu kommt das Medikalisierungsinteresse des frühabsolutistischen Staates, der mit dem Ausbau eines Medizinalwesens eine Sozial-Disziplinierung seiner Untertanen erstrebte. Dazu siehe Christa Huerkamp, *Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert*, Göttingen 1985 und Uta Frevert, *Krankheit als politisches Problem 1770-1880*, Göttingen 1984.

len als Unterbau funktionaler Teilsysteme für diese eine prägende Rolle. Durch das Prinzip der Mitgliedschaft entscheiden Organisationen über die Inklusions- bzw./Exklusionsbedingungen in Funktionssysteme und regeln die Zugehörigkeit zu den jeweiligen Leistungs- und Publikumsrollen (wer ist Arzt, wer ist Patient, wer ist Unternehmer, wer Konsument, wer ist Politiker, wer ist Wähler usw.).

1.6. Bedeutung und Grenzen von Organisationsbildung

Bei aller Wichtigkeit der Organisationsbildung für die Funktionssysteme (wir können sagen, ohne Organisationsbildung ist keine funktionale Differenzierung möglich) bleiben allerdings Organisationen (aus deren Wirken Funktionssysteme entstanden sind) an die Entwicklungslinien der Funktionssysteme gebunden. Organisationen können die Codierung ihres Funktionssystems nicht „überspringen“ (es sei denn, sie lösen sich aus diesem). Ärzteverbände als Organisationen im Gesundheitswesen haben mit dieser Tatsache leidvolle Erfahrung. Sie haben nämlich bei allen standespolitischen Äußerungen kein allgemeinpolitisches Mandat. Ihre politischen Äußerungen müssen immer einen Bezug zu gesundheitspolitischen Themen aufweisen. So dürfen sie keine allgemeinen Wahlempfehlungen ohne gesundheitspolitischen Bezug aussprechen. Organisationen im Gesundheitswesen müssen in der Spur ihres Codes krank/gesund bleiben, sie können und dürfen nicht ausbrechen. Die Codierung des jeweiligen Funktionssystems gibt so den Organisationen im Funktionssystem den Rahmen ihres Operierens vor. Gleichzeitig werden über die Funktion des Funktionssystems und seine von der Umwelt abverlangten Leistungen die Kompossibilitätserwartungen an die Organisationen im System weitergereicht. Die Organisationsbildung im Funktionssystem wird so immer wieder an die generellen Erfordernisse der Funktionserfüllung des Gesamtsystems zurückgebunden und diese drücken den Organisationen ihren Stempel auf. Wir können auch formulieren: Über Organisationsbildung haben sich die einzelnen Funktionssysteme differenziert, die dann ein Eigengewicht bekommen. Gemäß dieses Eigengewichtes wird den Organisationen ihre Rolle und Funktion im Gesamtsystem zugewiesen.

Für die folgenden Betrachtungen speziell der zahnärztlichen Standes- und Berufspolitik sind diese Überlegungen von grundlegender Bedeutung. Wir werden sehen, wie die Organisationsbildung insbesondere während der Professionalisierungsphase ganz wesentlich zur „Subsystembildung“ der zahnmedizinischen Versorgung beigetragen hat und wie gleichzeitig die Entwicklung des Gesundheitssystems insgesamt die speziellen standespolitischen Herausforderungen bestimmt und vorgegeben hat. Aus sozialphilosophischer Sicht auf soziologisch-systemtheoretischer Grundlage ist daher den bisherigen Betrachtungen über die Standes- und Berufspolitik, die von der Organisationsentwicklung wesentlich bestimmt werden, der Vorwurf zu machen, dass sie zu mikroskopisch ansetzen. Sie betrachten die Organisationsentwicklung als Eigenentwicklung ohne zu berücksichtigen, dass sie ganz wesentlich durch die Entwicklung und Geschichte des übergeordneten Funktionssystems mitbestimmt wird. Erst der systematische Einbezug der Entwicklung des jeweiligen Funktionssystems erlaubt es, die Entwicklung von Organisationen mit ihren ideologischen und politischen Derivaten im Kontext mit der Funktionssystemgeschichte zu betrachten. Eine solche Kontextbetrachtung schützt vor mikrosoziologischen Verkürzungen. Auch schützt eine solche Kontextbetrachtung vor voluntaristischen Fehlschlüssen, als ob Organisationen (z.B. im Gesundheitswesen) in freier Selbstbestimmung ohne Rücksicht auf die Imperative der Geschichte des jeweiligen Funktionssystems operieren könnten.

Der Ertrag der folgenden Kapitel dieser Arbeit besteht mithin darin zu zeigen, dass die Entwicklung der zahnärztlichen Standespolitik immer im Kontext mit der Systemgeschichte des Gesundheitswesens als Funktionssystem verkoppelt ist.

Dabei wird die These begründet, dass die wesentlichen Herausforderungen der zahnärztlichen Standespolitik aus dieser Systemgeschichte des Funktionssystems herrühren und sich nicht (alleine) aus der „Willkür“ organisatorischer Alltagshandlungen ableiten lassen.

1.7. Wie Systeme entstehen: Die Unabdingbarkeit der Geschichte und ein Drei Phasen-Modell als Arbeitshypothese

Funktionssysteme haben ihre Geschichte. Niklas Luhmann hat zu diesem Aspekt keine eigene Abhandlung geschrieben. Allerdings finden wir in seinem Werk verstreut einige Ausführungen, die es erlauben von drei Phasen der Funktionssystementwicklung zu sprechen, die mehr oder weniger für alle Funktionssysteme konstitutiv sind.

Die erste Phase kann man die Entstehungsphase der funktionalen Ausdifferenzierung eines Funktionssystems durch Organisationsentwicklung nennen. Es ist zugleich die Phase des Übergangs von stratifikatorisch hierarchischer Differenzierung in der vormodernen Welt auf funktionale Differenzierung in der Moderne. Der Übergang auf funktionale Differenzierung als primärer gesellschaftlicher Differenzierungsform setzt nach Luhmann bereits in den hochkulturellen Systemen mit der zunehmenden Autonomisierung der Organisationsebene ein. Das Wirtschaftssystem übernahm dabei eine Vorreiterrolle: „Erst eine Ausdifferenzierung des Wirtschaftssystems über die Organisationsebene von Haushaltungen und Innungen hinaus, also erst systematische Produktion für den Markt und durchgehende Orientierung aller wirtschaftlichen Funktionen an einem einheitlichen monetären System bringt das Gesellschaftssystem auf ein Niveau der Komplexität das funktionale Ausdifferenzierung für alle benötigten Funktionsbereich, sogar für die Familie, erforderlich macht“ (Luhmann 1981, 187). Jost Bauch schreibt im diesem Zusammenhang: „Ausgehend vom Wirtschaftsbereich schieben sich mit der Entwicklung der bürgerlichen Gesellschaft in alle gesellschaftliche Funktionsbereiche zwischen Interaktion und Gesellschaft selbstreferentielle Organisationssysteme, die sich auf die Bedienung einer bestimmten Funktion spezifizieren und ihre Legitimation aus der Bedienung eben dieser einen Funktion und nicht aus gesamtgesellschaftlichen Sinnzusammenhängen herleiten. Dieser Prozess der Umstellung der gesellschaftlichen Innendifferenzierung von primär stratifikatorischer Differenzierung auf primär funktionale Differenzierung lief im späten Mittelalter an, um gegen das 18. Jahrhundert eine nicht mehr rücknehmbare Lage einzunehmen“ (Bauch 1996, 54). Dieser Prozess der funktionalen Differenzierung erfasste, wenn auch zeitlich verschoben und zu unterschiedlichen Zeiten in unterschiedlicher Intensität, alle Funktionsbereiche der Gesellschaft, so auch das Medizinwesen, das, indem

es religiöse und kosmologisch-ideologische Überdeterminierungen abstreifte, zum reinen Gesundheitssystem wurde.

Zwei wesentliche Bedingungen mussten dabei erfüllt sein: Im Gesundheitsbereich musste sich ein eigenes Feld des Wissens etablieren, das sich von anderen Wissensbereichen trennscharf abhebt. Mit der Entwicklung der naturwissenschaftlich orientierten Medizin war diese Bedingung grundsätzlich gegeben (Bauch 1996, 33 ff., Schipperges 1970, 232 ff.). Darüber hinaus mussten sich moderne Organisationen bilden, die sich alleine auf die Bedienung der Funktion der Krankheitsbekämpfung konzentrierten.

Die Geschichte der Professionalisierung der Zahnärzteschaft fällt genau mit dieser Systemkonstitution des Gesundheitssystems und der Etablierung eines Subsystems Zahnmedizin zusammen. Die Standespolitik der Zahnärzteschaft bestand in der Konstituierungsphase, die wir vom frühen 19. Jahrhundert bis 1952 mit dem Zahnheilkundengesetz, das den Berufsstand vereinheitlichte, datieren können, darin, die Zahnmedizin als eigenständige Wissenschaft zu etablieren und die nötigen Berufsorganisationen zu bilden. Mit dieser professionellen Organisiertheit wurde es möglich, das wissenschaftlich untermauerte Wissen monopolistisch als Berufsstand zu vertreten. Mit der Durchsetzung ihrer Berufs- und Standesinteressen leisteten die Zahnärzte somit einen wesentlichen Beitrag zur Autonomisierung des Medizinwesens, das damit in ein selbstreferentiell operierendes Gesundheitssystem mündete.

Die zweite Phase kann man Perfektionierungsphase nennen. Ist die Konstitutionsphase eines Funktionssystems abgeschlossen, beginnt das System seine Systemleistungen zu perfektionieren und versucht möglichst viel gesellschaftliche Resonanz zu erzeugen. Das System beginnt mit der „Hypostase der eigenen Funktion“. „Wenn einmal ein Teilsystem der Gesellschaft im Hinblick auf eine spezifische Funktion ausdifferenziert ist, findet sich in diesem System kein Anhaltspunkt mehr für Argumente gegen die bestmögliche Erfüllung der Funktion. Es gibt alle möglichen Hindernisse, Schwierigkeiten, Unzulänglichkeiten und Reibungen – provisorische und dauerhafte. Aber es gibt in Funktionssystemen keine sinnvolle Gegenrationalität, die besagen würde, dass man die Funktion lieber weniger gut erfüllen sollte. Es ist gerade der Sinn funktionaler Differenzierung, jedem System die Hypostasierung der eigenen Funktion zu erlauben, ja abzuverlangen“ (Luhmann 1983,

29/30). Das System bläst sich auf und versucht, möglichst große gesellschaftliche Bereiche in seinen Zuständigkeitsbereich zu ziehen und seine Funktion als die gesellschaftlich wichtigste in Szene zu setzen. So will die Politik alle Lebensbereiche durchregulieren, die Wirtschaft verlangt die Durchrationalisierung aller gesellschaftlichen Institutionen, das Erziehungssystem verlangt die Pädagogisierung des Alltags und das Gesundheitssystem will die Medikalisierung aller Lebensbezüge. Angetrieben wird die Hypostase der eigenen Funktion auch dadurch, dass Erwartungen und Ansprüche an die Funktionssysteme sich steigern. Es kommt zu Anspruchsinflationen in Bezug auf das Funktionieren der Funktionssysteme, das Publikum ergeht sich in einer Selbstüberbietung der Ansprüche: die Konsumchancen sollen im Wirtschaftssystem gesteigert werden, die Bildungschancen im Erziehungssystem, die medizinische Versorgung im Gesundheitssystem, die Informationsangebote im System der Massenmedien usw. (Schimank 2000, 133). Die Funktionssysteme werden von innen und außen gleichermaßen angetrieben in der Konzentration auf ihre Funktion diese zu optimieren. Auf diese Weise soll eine „Aufgabensummation“ und Optimierung betrieben werden.

Im Gesundheitssystem können wir diesen Prozess beobachten, wenn immer neue Krankheiten gefunden und „erfunden“ werden (Lenzen 1991), wenn alltägliche Probleme der Lebensführung medikalisiert werden (Illich 1975), wenn die technologische Hochleistungsmedizin immer neue Technologien entwickelt und damit die Handlungsmöglichkeiten des Medizinbetriebes immens erweitert. Im Bereich der Zahnmedizin beginnt diese Phase der Hypostase und Aufgabensummation mit der Verabschiedung des Kassenarztrechts im Jahre 1955 bis zum Jahre 1977, in dem die ersten Kostendämpfungsgesetze erlassen wurden. In dieser Zeit fand eine enorme Steigerung des Leistungsumfangs zahnärztlicher Tätigkeit statt. Prothetische Leistungen wurden in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) übernommen, Parodontologie, Gnathologie, Implantologie, Kieferorthopädie und Prävention wurden ausgebaut und zumindest teilweise in die kassenzahnärztliche Versorgung übernommen. Die Zahnärzteschaft entwickelte das Modell des „Oral Physician“ und nahm damit in Anspruch, nicht nur für die Zähne

sondern für den ganzen Mundraum und seinen Interdependenzen zur Allgemeingesundheit zuständig zu sein.⁶⁸

Die dritte Phase können wir die Phase der dauerhaften Etablierung nennen. Der Evolutionsgewinn der funktionalen Differenzierung produziert auch negative Nebeneffekte (wie die geringe Abgestimmtheit der Funktionssysteme untereinander), die in der „Spätphase“ der funktionalen Differenzierung stärker in den Blick kommen. „Bezogen auf das Gesellschaftssystem kann man vermuten, dass ein bestimmter Differenzierungstypus mit der Zeit und indem er Unsicherheiten in Bezug auf die Zukunft erzeugt, die ihrerseits widerspruchsmultiplizierend wirken. Die Ordnungsleistung wird selbstverständlich, ihre Mängel und Dysfunktionen treten auf Grund reicher Erfahrungen schärfer hervor. Dies gilt für die Periode des Übergangs vom Mittelalter zur Neuzeit, die den Zeitlauf generell als Verfall empfunden hat; und möglicherweise wieder für unsere Tage, in denen die volle Last negativer Konsequenzen des Prinzips funktionaler Differenzierung anfällt“ (Luhmann 1987, 516). Das Sichtbarwerden dieser Last der negativen Konsequenzen funktionaler Differenzierung kennzeichnet die dritte Phase der Entwicklung der Funktionssysteme. Die Funktionssysteme haben im Verlaufe ihrer Entwicklung ein solches Eigenleben und eine solche Komplexität entwickelt, dass sich in deren Umwelt immer mehr Nebenfolgen aufsummieren und auftürmen, die ein verstärktes Akkordieren und Abstimmen der Verlaufslogik der Funktionssysteme erforderlich macht. Denken wir an die ökologischen Probleme, die ein selbstreferentiell operierendes Wirtschaftssystem produziert, denken wir an die Inklusionsprobleme von Menschen in Sozialsysteme, deren Zeittakt sich permanent beschleunigt, denken wir an negative Resonanzen der Funktionssysteme untereinander (die globalisierte Wirtschaft untergräbt das Steueraufkommen des Staates, die Steuerpolitik untergräbt ihrerseits wirtschaftliche Investitionen, ausbleibende Steuereinnahmen behindern die Weiterentwicklung der sozialen Sicherungssysteme usw.) Der Rationalitätsgewinn und die enorme Effektivitätssteigerung in der Frühphase der funktionalen Differenzierung scheint durch das Auftürmen von nicht-intendierten Nebeneffekten in der Spätphase funktionaler Differenzierung in Frage gestellt. Ulrich Beck hat eine

⁶⁸ Das Modell des „Mundarztes“ ist dabei innerhalb der Zahnmedizin, wie jüngst Kay Lutze nachwies, schon sehr alt. Bereits im 18. Jahrhundert wurde dieses Konzept von Johann Georg Krünitz entwickelt und zum Programm der Zahnmedizin erhoben. Siehe Kay Lutze, Der Mundarzt hat Geschichte, zm 98, Nr.18, 16.9.08, 130-134.

in einer solchen Situation befindliche Gesellschaft als „Risikogesellschaft“ bezeichnet (Beck 1986), da die Modernisierung nur noch darin bestehen kann, sich mit den Folgeproblemen der Modernisierung als „reflexive Modernisierung“ zu befassen. Die massenmedial- institutionalisierte Öffentlichkeit fordert eine Sozialverträglichkeit und Nachhaltigkeit der Funktionssysteme untereinander. Diese müssen sich deshalb gerade auf Druck der Öffentlichkeit zunehmend mit Fremdreferenzen befassen: Die Wirtschaft hat ökologisch zu produzieren, die medizinische Biotechnologie hat ethische Fragen zu berücksichtigen, die Politik hat in ihren kollektiven Entscheidungen nachhaltig soziale Gerechtigkeit zu produzieren. Kurz: die Funktionssysteme sehen sich in dieser Phase ihrer Entwicklung einem gesteigerten Kompossibilitätsdruck ausgesetzt. Vom Gesundheitswesen wird in dieser Phase verlangt, nicht nur, koste es, was es wolle, Gesundheit an erkrankten Körpern herzustellen, „es muss dies auch möglichst kostengünstig, nicht diskriminierend und sozialverträglich tun, Kriterien, die neu sind für ein System, das im Kern mit der Codierung krank/gesund klinisch und damit einzelfallorientiert war und ist“ (Bauch 1996, 19). Die Gesundheitspolitik ist heute, so Sebastian Bechmann, als das Ergebnis der kommunikativen Umstellung von der Semantik des frühen Wohlfahrtsstaates auf die reflexive Risikosemantik zu verstehen (Bechmann 2007, 205 ff.).

Daraus ergibt sich eine weitreichende Folge: Das Gesundheitssystem kann nicht mehr wie in der zweiten Phase seiner Funktionssystementwicklung seine Funktion ohne Seitenblicke auf andere Funktionssysteme hypostasieren. Es muss die Kompossibilitätserwartungen anderer Funktionssysteme (inklusive der massenmedialen Öffentlichkeit) in eigene Programme umsetzen. Leistungen des Systems müssen effektiv und wissenschaftlich vertretbar sein (Evidenz-basierte-Medizin),⁶⁹ medizintechnologischer Fortschritt muss sich vor Ethikkommissionen rechtfertigen und letztlich dürfen die verursachten Kosten des Systems das Prozessieren des Wirtschaftssystems (Stichwort Lohnnebenkosten) nicht negativ tangieren. Für das Subsystem zahnmedizinische Versorgung setzt diese Phase des steigenden Kompossibilitätsdrucks Ende der 70iger Jahre mit den ersten Kostendämpfungsgesetzen ein und findet seine Fortsetzung in den Gesundheitsstruktur- und Gesundheitsreformgesetzen bis heute (Tiemann, Klingenberger, Weber, Köln 2003). Diesen Kompossibilitätsdruck finden wir aber nicht nur auf der Kostenebene. Wir finden ihn auch im

⁶⁹ Die Evidenz-Basierung greift auch in der Zahnmedizin. Siehe W. Walther, W. Micheelis (Gesamtbearbeitung), Evidence-Based Dentistry, Köln, München 2000.

verstärkten Ausbau der präventiven Zahnheilkunde, in den Konzepten zum „Oral Physician“ mit einer starken Interdependenzverflechtung zur Allgemeinmedizin, in der Evidenz-Basierung und in den unterschiedlichen Programmen zur Qualitätssicherung.

Wir haben drei Großphasen der Entwicklung des zahnärztlichen Funktionssystems beschrieben, die der zahnärztlichen Standes- und Berufspolitik ihren Stempel aufdrücken und ohne deren Berücksichtigung diese Politik schlechterdings nicht erklärbar wäre.

1. Die Phase der Systemkonstitution und Ausdifferenzierung. Das Gesundheitswesen streift Fremddeterminierungen durch Religion und Politik ab. Es entsteht ein eigenes Feld des Wissens. Die Zahnärzteschaft professionalisiert sich und baut eigene Standes- und Berufsorganisationen auf.

2. Die Phase der Aufgabensummutation und Hypostase der eigenen Funktion. Das Gesundheitssystem baut seine Stellung im „Chor“ der Funktionssysteme aus. Der Leistungskatalog der GKV wird sukzessive erweitert. Die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten der (Zahn)Medizin erweitern sich.

3. Die Phase der gesteigerten Kompossibilitätserwartung an das Funktionssystem Gesundheitswesen bzw. Dentalwesen. Politischer Druck führt dazu, dass die Funktionssysteme ihre Operationsweise aufeinander abstimmen müssen. Im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung manifestiert sich dies insbesondere in der Kostendämpfungspolitik und in der Umstellung des Leistungsspektrums (mehr Konservierung, mehr Prävention, weniger Prothetik).

In den folgenden Kapiteln wird gezeigt, wie diese Phasen der Funktionssystementwicklung auf die zahnärztliche Standes- und Berufspolitik Einfluss nehmen und wie die Zahnärzteschaft entsprechend den Anforderungen dieser Phasen eine angepasste Berufspolitik implementiert hat.

2. Historische Rekonstruktion: Die Phase der Konstitution und Ausdifferenzierung eines Systems am Beispiel des zahnmedizinischen Versorgungssystems

2.1. Funktionale Differenzierung durch Professionalisierung. Ein Blick auf die Ärzte oder: Das Medizinalwesen als Muttersystem

Als erstes wollen wir die zahnärztliche Standes- und Berufspolitik im Kontext der Systemevolution des Gesundheitssystems betrachten, so kommen wir nicht umhin, mit einem Seitenblick auf die Entwicklung im allgemein-ärztlichen Bereich zu beginnen. Denn ohne Zweifel haben die Zahnärzte von der Entwicklung im allgemein-ärztlichen Bereich profitiert. Sie konnten sich an den von den Ärzten losgetretenen Mainstream der Entwicklung anhängen und den bereits gebahnten Pfaden folgen. Diese Entwicklung geht bis zu dem Punkt, wo sie auf einen Sonderstatus bestanden und sich von den Ärzten abgrenzten.

Dabei müssen wir insbesondere die Professionalisierungsbemühungen der Ärzteschaft betrachten. Diese haben den Prozess der funktionalen Ausdifferenzierung des Gesundheitswesens auf den Weg gebracht, indem sie das Monopol der Krankenbehandlung für ihre Berufsgruppe durchsetzten. Lachmund schreibt über die Rolle des Professionalismus für die Ausdifferenzierung des eigenen Funktionssystems Gesundheitswesen: „Betrachtet man die professionelle Kontrolle medizinischen Wissens unter dem Aspekt der Systemrationalität, so handelt es sich um einen Schritt gesellschaftlicher Differenzierung. Ihre Autonomie erlaubt der Medizin ein selbstreferentielles, d.h. von unmittelbaren Rücksichtnahmen auf den als Umwelt ausgegrenzten Patienten entlastetes Operieren“ (Lachmund 1987, 356). Drei Bedingungen müssen nach Magali Sarfatti-Larson gegeben sein, um von einem erfolgreich durchprofessionalisierten Beruf zu sprechen: Erstens ein tendenzielles Monopol auf ausgedehnte Märkte, zweitens eine wissenschaftliche Expertenausbildung und drittens professionelle Autonomie durch Selbstverwaltung und Selbstorganisation der berufsständischen Angelegenheiten (Sarfatti-Larson 1979). Die Ärzte haben in einem langen historischen Prozess sich diesen professionellen Status erkämpft und damit die Grundlage für die funktionale Separation des Gesundheitswesens insgesamt gelegt. Die Professionalisierung des Berufsstandes hatte Folgen:

Die professionelle Autonomie der Ärzte hatte Rückwirkungen auf die medizinischen Hilfsberufe, auf die sich herausbildende medizintechnische Industrie, auf die Krankenkassen und die Hospitäler. Sie alle wurden am Kern der ärztlichen Tätigkeit, über Krankheit und

Gesundheit zu befinden, neu ausgerichtet. Sie wurden zu Dienstleistern am „Kerngeschäft“ der Ärzte, die Codierung krank/gesund setzte sich durch und schob politische Beeinflussungen des Medizinbetriebes (vornehmlich durch die Krankenkassen) oder religiöse und caritative Komponenten (des kirchlichen Hospitalbetriebes) zur Seite. Allenfalls blieb diesen traditionellen Momenten eine Nebenfunktion. Mit der Neuausrichtung alleine auf Krankheit und Gesundheit und dem ärztlichen Monopol über diese Leitdifferenz war ein neues System geboren.

Nach Jost Bauch, der den Systembildungsprozess im Gesundheitswesen umfassend untersucht hat (Bauch 1996, 21-50), reicht es allerdings nicht aus, die funktionale Separation des Gesundheitswesens alleine durch die Professionalisierung der Ärzte zu erklären. Die Professionalisierung der Ärzte ist in diesem Kontext eine notwendige, aber alleine nicht hinreichende Bedingung. Bauch stellt fest, dass die Professionalisierungsbestrebungen der Ärzteschaft zu einem Zeitpunkt einsetzen, wo der absolutistische Staat sich vom „Personenverbandsstaat“ zum „institutionellen Flächenstaat“ (Otto Hintze)⁷⁰ verwandelte. Im Spätabolutismus setzte langsam aber unumkehrbar eine Wandlung der primären Differenzierungsform der Gesellschaft und des Staates ein. Obwohl der absolutistische Staat extrem hierarchisch organisiert war, versuchte er, seine Machtsteigerung über Prozesse der funktionalen Differenzierung zu organisieren. Die alte Kabinettpolitik des absolutistischen Herrschers wurde sukzessive durch eine Ressortpolitik ersetzt. Die Einrichtung eines stehenden Heeres machte Verwaltungsreformen notwendig, die die Dinge nicht nach persönlichen Treuepflichten regelten⁷¹ sondern nach Sachgebieten. Es entstand ein „Sog“ der Differenzierung in Staat und Gesellschaft, den die Ärzte geschickt für ihre Berufspolitik nutzten. Wir können damit als Ergebnis formulieren: Die funktionale Differenzierung des Gesundheitswesens ist Resultat von makrosozialen Prozessen der Umstellung

⁷⁰ Georg Droege beschreibt diesen Wandlungsprozess wie folgt: „Dass man den Staat jetzt als Anstalt begreifen, im Staat selbst nach Funktionen zu rationalisieren und zueinander gehörende Sachen im Rahmen der Verwaltung zusammenzufassen begann. Demgegenüber hatte der mittelalterliche Staat nicht nach Funktionen, sondern nach gewachsenem Recht, nach dem Einzelrecht an Land und Leuten unterschieden und war statt intensiv rationalistisch extensiv traditionalistisch gewesen. Der mittelalterliche Personenverbandsstaat wurde zum institutionellen Flächenstaat umgeformt“ (Droege 1972, 102).

⁷¹ „Nicht Staaten auf territorialer Basis kannte das mittelalterliche Europa, sondern Personenverbände auf der Grundlage des persönlichen Lehnseids“ (Schulze 2004, 23)

der allgemeinen Differenzierungsform in Staat und Gesellschaft und der Professionalisierungspolitik der Ärzte, die mit dieser Politik die Umstellung unterstützte und gleichsam mithalf, Staat und Gesellschaft nach Sachgebieten neu zu ordnen. Bei der funktionalen Differenzierung des Gesundheitswesens trafen makrosoziale Prozesse der Veränderung der gesellschaftlichen Differenzierungsform, die sich hinter dem Rücken der Akteure unbeabsichtigt einstellen, mit Akteur-gebundenen intentionalen Prozessen (der Professionalisierungsintention der Ärzteschaft) zusammen. Jost Bauch beschreibt diesen komplexen Zusammenhang wie folgt: „In der Professionalisierungspolitik der Ärzteschaft zeigt sich, wie makrosozial angelegte Prozesse (der funktionalen Differenzierung der Gesellschaft) für kollektive Akteure handlungsleitend werden müssen, damit sie sich durchsetzen. Die funktionale Differenzierung des Gesundheitssystems alleine dem Rationalisierungsbedarf als makrosoziales Geschehen zuzuschreiben, erweist sich hier als genauso falsch, wie alleine die funktionale Separation des Gesundheitscodes dem Professionalisierungsinteresse der Ärzteschaft zuteilen zu wollen. Systembildungsprozesse werden nicht von selbst ohne kollektiven Akteur in Szene gesetzt, so wie umgekehrt kein kollektiver Akteur gesellschaftliche Veränderungen größeren Ausmaßes initiieren kann, wenn er sich nicht makrosozial angelegte Prozesse zu Nutze macht. Die erfolgreiche Professionalisierung der Ärzteschaft als Promotoren der systemischen Separation des Gesundheitscodes und damit der funktionalen Differenzierung des Gesundheitssystems als System steht vielmehr in engem Zusammenhang mit dem gesellschaftlichen Prozess der Rationalisierung und Medikalisierung der frühbürgerlichen Gesellschaft“ (Bauch 1996, 22).

Der Übergang zur funktionalen Differenzierung, den der spätabolutistische Staat einleitete, war nur möglich, wenn der Staat zu seinen Untertanen eine „Staatsunmittelbarkeit“ herstellte. Die Konzentration der politischen Macht auf einen (absoluten) Souverän mit auf ihn ausgerichteter loyaler Verwaltung war nur möglich, wenn die „pouvoirs intermediares“, die dazwischentretenden Mächte der altständischen Gesellschaft, marginalisiert wurden. Nur so konnte die Verwaltung nach Sachgesichtspunkten neu geordnet werden, persönliche Sonderrechte, regional gewordenes und legitimiertes Recht der alten gutherrschaftlichen Patrimonialgewalt musste gebrochen werden. Die neuen Staaten brauchten ein Immediat-Verhältnis zum Untertan. Nur in einem solchen Immediat-Verhältnis konnte der absolutistische Staat seine Intention der Machtsteigerung, der Res-

sourcenoptimierung und Sozialdisziplinierung durchsetzen, wie Ute Frevert in ihrer Studie „Krankheit als politisches Problem 1770-1880“ schreibt (Frevert 1984, 45). Der absolutistische Staat begann, die Gesellschaft „durchzurationalisieren“. Antriebsfeder war die Institutionalisierung eines stehenden Heeres. Dies erforderte ein kontinuierliches Steueraufkommen und damit eine bürokratisch organisierte Verwaltung. Gleichzeitig sollte durch eine merkantilistische Wirtschaftspolitik die ökonomische Basis für das staatliche Steueraufkommen erhöht werden. „Ziel staatlicher Politik war die Erhöhung des nationalen Reichtums, überall setzte die „Plusmacherei“ ein, Friedrich der II. betrieb eine „Peuplierungspolitik“, staatliche Macht wurde identisch mit der Verfügung über großes (möglichst kriegsdiensttaugliches) „Menschenmaterial“ und mit ökonomischer Prosperität, die dem Staat den Bewegungsspielraum zur inneren wie äußeren Staatsbildung gab“ (Bauch 1996, 25). Eine Strategie war dabei die Sozialdisziplinierung über die Medikalisierung der Gesellschaft. Leistungsfähige und kriegsdiensttaugliche Menschen entschieden dabei über den Machtzugewinn des Staates. Das absolutistische Machtentfaltungsinteresse traf sich dabei mit den Emanzipationsinteressen des Bürgertums. Gefragt war zunehmend der leistungsorientierte und deswegen notwendigerweise gesunde Bürger. Ein solches Konzept musste sich gegen die verweichlichte Adelskultur des Müßigganges wenden. Wie Annette M. Stroß anhand sozialgeschichtlicher und literarischer Texte nachwies, war dem deutschen Adel im ausgehenden 18. Jahrhundert ein übermäßiges Streben nach Gesundheit eher suspekt.⁷² Auch der Adel wurde vom neuen Machtstaat in die neue Staatsräson einbezogen, auch er musste sich der Ressourcenoptimierung fügen.

Wie Jost Bauch schreibt, kann der Medikalisierungsprozess als Teil der gesellschaftlichen Rationalisierung im Spätabolutismus als Ausgangspunkt ärztlicher Professionalisierungspolitik und als Ausgangspunkt ärztlicher Berufspolitik schlechthin angesehen werden (Bauch 1996, 26). Denn in Anlehnung an das staatliche Rationalisierungs- und Medikalisierungsinteresse konnte die Ärzteschaft ihre soziale Inferiorität beenden und als „medizinische Polizei“ ihre gesellschaftliche Bedeutung aufwerten. Der aufgeklärte Spätabolutismus legitimierte sich über die Formel der Sicherung und Verbreitung des „gemeinen Wohls“. Dabei wurde die Heilkunst in die allgemeine Wohlfahrtspflege integriert,

⁷² Sie zitiert einen Bildungsroman von Christian Gotthilf Salzmann, wo eine adlige Mutter an ihren Sohn schreibt, der eine Bürgerliche heiraten will: „Gesundheit mag der Bürger und der Bauer schätzen, der kein größer Gut kennt. Wer aber Ahnen hat, dem ist Gesundheit ein Bagatell“ (Stroß 2005, 40).

Heilkunst wurde zu einer politischen Aufgabe. Der Arzt aber wurde zum „*medicus politicus*“. In den absolutistischen Staaten wurden Medizinalgesetze erlassen, so das „Preußische Medizinaledikt“ von 1725, das bis 1876 in weiten Teilen seine Gültigkeit behielt. Überall wurden „Armenärzte“ eingestellt, die besonders in der Seuchenabwehr aktiv waren (Ruffie, Sournia 1987). Der Ärztestand selber war dreigeteilt. Neben den vielen Laienheilern, die insbesondere auf dem Lande praktisch aktiv waren, gab es Wundärzte der zweiten Klasse, Wundärzte der ersten Klasse und akademische Ärzte, letztere, die sich als die eigentlichen Ärzte fühlten, gab es in verschwindend kleiner Zahl in den größeren Städten. Die Wundärzte waren zuständig für die äußeren Krankheiten, die akademischen Ärzte für die inneren Krankheiten. Erst 1852 wurde diese Trinität des ärztlichen Berufes aufgehoben und der ärztliche Einheitsstand realisiert. Die Professionalisierung der Ärzte erfolgte dabei in drei Schritten:

In einer ersten Phase der Staatsanlehnung erstritten sich die Ärzte die Privilegien der medizinischen Polizei. Damit konnten sie die Laiendominanz in Medizinalfragen zurückdrängen und mit der Klientelisierung möglichst breiter Schichten der Bevölkerung beginnen. Erkauft war dieser Bedeutungszuwachs durch Anlehnung an den Staat allerdings durch staatliche Fesseln in der Berufsausübung. Auch freie Ärzte waren disziplinarrechtlich den staatlichen Beamten gleichgestellt. Sie mussten Diensteide leisten, waren zur Abfassung von Sanitätsberichten verpflichtet und waren durch das Preußische Strafgesetzbuch einem Kurierzwang ausgesetzt (Bauch 1996, 27).

Erst mit der Gewerbeordnung von 1869 für den Norddeutschen Bund konnte die Ärzteschaft diese staatlichen Fesseln abschütteln, allerdings um den Preis der Einführung der Kurierfreiheit. Damit setzt eine zweite Phase ein. Ein jeder konnte nunmehr die Heilkunst ausüben, nur die Titel bleiben geschützt. In dieser zweiten Phase der professionspolitischen Entwicklung erkämpften sich die Ärzte einen Großteil ihrer Freiheitsrechte. Allerdings war diese Loslösung von staatlichen Fesseln mit einem auf der anderen Seite „entprofessionalisierendem“ Effekt erkämpft worden: Das Behandlungsmonopol wurde durch die Kurierfreiheit aufgegeben, der Zugriff auf ausgedehnte Märkte, ein wichtiges Element jedweder Professionalisierung, war gefährdet.

In der dritten Phase der Professionalisierungsentwicklung wurden Elemente der zwei vorhergehenden Phase zusammengeführt: Aus der Phase der Staatsanlehnung erhielt

man die staatlichen Privilegien. Aus der Phase der Loslösung vom Staat entwickelte man das Konzept der Selbstverwaltung, also das Recht, berufsständische Angelegenheiten in weitgehender Eigenregie regeln zu können. Es entwickelten sich die Kammern und später die Kassenärztlichen Vereinigungen als Körperschaften des öffentlichen Rechts, nach Forsthoff „mittelbare Stellen der Staatsverwaltung auf genossenschaftlicher Basis“ (Forsthoff 1973, 478).⁷³ Wie Bauch schreibt, wurden in dieser Phase Elemente der Staats- und Selbstverwaltung zusammengefügt in der Doppelstellung mittelbarer Staatsverwaltung und genossenschaftlicher Organisation (Bauch 1996, 28). Hörnemann beschreibt die öffentlich-rechtliche Körperschaft wie folgt: „Bei dieser Rechtsform der Körperschaften des öffentlichen Rechts wird die Erfüllung der diesen Organisationen gesetzlich übertragenen hoheitlichen Aufgaben mit dem Prinzip der Selbstverwaltung kombiniert, so dass es möglich ist, die Initiative, Sachkenntnis und Gestaltungskraft sozialer Gruppen sowie die Interessen dieser Gruppen zur Geltung zu bringen. Dass die Aufgaben im öffentlichen Interesse erfüllt werden, sichert die durch besondere Behörden erfolgende staatliche Aufsicht, in Form von Rechtsaufsicht“ (Hörnemann 1997, 5). Diese Phase setzte um 1864 ein, als in Baden die erste Ärztekammer gegründet wurde und die alten ärztlichen, gelehrten Lesegesellschaften – die medizinischen Sozietäten – zu echten Interessenvertretungen mit staatlicher Anerkennung mutierten. Wie Bollinger und Hohl überzeugend nachwiesen, hatte die entstehende bürgerliche Gesellschaft ein fundamentales Interesse an der Institutionalisierung der ärztlichen Profession. Zwei Komponenten des Professionalismus wurden dabei für den Rationalisierungsbedarf der bürgerlichen Gesellschaft im besonderen Maße genutzt: die ganzheitliche Aufgabenorientierung und die Nähe von Person und Tätigkeit.⁷⁴

⁷³ Zur Gesamtdarstellung der ärztlichen Selbstverwaltung siehe die einschlägigen Schriften von Gerd Hörnemann (Hörnemann 1995, Hörnemann 1997).

⁷⁴ „Die Ganzheitlichkeit der Aufgabenorientierung ermöglicht es, dass die Medizin sich der gesundheitlichen Versorgung der gesamten Bevölkerung verpflichtet fühlt – als Medizinalpolizei bietet sie ihre Dienste den entstehenden bürgerlichen Staat an und gelangt so rasch an Macht und Ansehen. Die Nähe von Person und Tätigkeit stellt eine wichtige Bedingung dafür dar. Dass die neue Medizin von der Bevölkerung angenommen werden konnte; denn damit war es möglich, in der Arzt-Patient-Interaktion an traditionelle Beziehungsformen anzuknüpfen: Zum einen konnte die Vertrautheit der Bevölkerung mit feudalen Herrschaftsformen ausgenutzt werden, also ihre Vertrautheit mit Autorität, Charisma und Verantwortlichkeit; zum anderen war die Identität von Person und Leistung immer schon Bestandteil der traditionellen Volksmedizin“ (Bollinger, Hohl 1981, 455).

Einen großen Einfluss auf die Professionalisierung der Ärzteschaft hatte die Entwicklung der Medizin zur Naturwissenschaft. Erst mit der Vernaturwissenschaftlichung der Medizin konnten die Ärzte ein eigenes Feld des Wissens aufbauen, sie konnten sich von der Laienmedizin abgrenzen und auf ihren Expertenstatus gegenüber Staat und anderen Berufsgruppen pochen. Alfons Labisch hat diesen Zusammenhang zwischen Vernaturwissenschaftlichung der Medizin und der Professionalisierung der Ärzteschaft beschrieben: „Die Geschichte der Gesundheitsvorstellungen wird zur Folie ärztlicher Professionalisierungspolitik. In alter, vorrationaler Sichtweise gehören Gesundheit und Medizin keineswegs zusammen. Die akademische Heilkunde ist nicht wirksamer als die alltägliche Heilkunde, die Sinnwelt Mensch-Natur-Welt wird von Theologen verwaltet. Doch bietet die Medizin seit dem 16. Jahrhundert Konzepte an, den Körper ähnlich den entdeckten physikalischen oder chemischen Verfahren und Maschinen kontrollierbar und steuerbar zu machen. Die Beherrschung der Natur am Menschen und die Beherrschung der Natur in der Gesellschaft konvergieren in den staatlichen Durchdringungsprozessen des Absolutismus; die Staatswissenschaft fordert die Medizin auf, über die Wohlfahrt der Bevölkerung die Macht des Staates zu vermehren –allerdings vergeblich noch: die Medizinische Polizei bleibt Anhängsel der Verwaltung, bleibt im wesentlichen papierner Anspruch. Erst indem die Naturwissenschaft Bezugswissenschaft auch der Medizin wird, werden Subjekt und Moral verdrängt, die Gesundheitslehre der Vorepoche ins Reich der Spekulation verwiesen: Die objektive Methode der Naturwissenschaft wird zur Wahrheit schlechthin“ (Labisch 1986, 262). Erneut laufen die staatlichen Funktions- und Kontrollinteressen und die professionellen Interessen der Ärzte aufeinander zu: Die Ärzte werden (nunmehr als anerkannte Experten) zu Verwaltern des gesellschaftlichen Steuerungsbedarfs in allen Belangen der körperlichen Verfügbarkeit. „Der gesellschaftliche Diskurs über Gesundheit erweist sich damit in seiner Transformation hin zu den objektiven Kriterien der Naturwissenschaften als die Einfallspforte der Profession Medizin schlechthin“ (Labisch 1986, 262). Die „vor-naturwissenschaftliche“ Medizin konnte dem Arzt noch nicht den durchgängig professionalisierten Status zuweisen. Der Arzt blieb in vielfacher Weise von anderen Disziplinen und besonders vom Patienten abhängig. Um bis zur Krankheit des Patienten vorzustoßen, war Kommunikation mit dem Patienten notwendig. „Die Medizin war noch nicht so weit, die Krankheit direkt, nicht nur am, sondern im Körper des Patienten zu lokalisieren. Dies gelang erst mit der klinischen Medizin, der Patient konnte sprachlos

werden, weil der Körper direkt mit dem Arzt kommunizierte. Weil die körperliche Läsion noch nicht direkt mit dem Arzt kommunizieren konnte, war der Patient als Ganzes das ärztliche Studierobjekt, noch nicht das Organ, das Gewebe oder gar die Zelle“ (Bauch 1996, 35). Der Ort der Krankheitsidentifikation blieb das Haus des Erkrankten („bed-side-medicine“). Der Arzt blieb in vielfacher Weise vom (wohlhabenden) Patienten abhängig. „Die Verdecktheit des Hauses, in der auch die Medizin der damaligen Zeit stattfand, steht für die lebensweltliche Verwobenheit und Eingebundenheit der Medizin, die erst dann zu einem ausdifferenzierten System mit eigenen Referenzregeln werden konnte, als sie einen eigenen Ort bekam, wo nicht die Oikos-Regeln galten sondern die Regeln der Medizin „pur“: im Hospital“ (Bauch 1996, 35). Solange der Arzt nicht zum Kern der Erkrankung vorstoßen konnte – was ihm erst im Rahmen der naturwissenschaftlichen Medizin gelang – verfügte er nicht über das nötige Spezialwissen, das seinen professionellen Status hätte begründen können. Zwar machte die Medizin auch schon vor dem Durchbruch der naturwissenschaftlichen Medizin große Fortschritte, aber sie blieb an der Oberfläche der Erscheinungen, der Symptome stehen. Die Symptome waren gleichermaßen sichtbar für Arzt und Patient. Es gab keine privilegierte ärztliche Sichtweise. Wie Johanna Bleker ausführte, war die Vorstufe zur naturwissenschaftlichen Medizin die „Biedermeiermedizin“ (Bleker 1988). Die Biedermeiermedizin in den Jahren 1830-1850 war empirisch orientiert.⁷⁵ Es war die Zeit des weisen Hausarztes, der alle Familienmitglieder des Besitz- und Bildungsbürgers kannte und damit entsprechend von diesem abhängig war. Zwar gelang es der Biedermeiermedizin durch genaue Krankheitsbeobachtung klar umrissene Krankheitsbilder aufzustellen, doch bereits Ende der dreißiger Jahre des 19. Jahrhunderts setzte ein Unbehagen bei den Ärzten über die empirische Beschränkung der Medizin ein. „Doch was das pathogenetische Zustandekommen der speziellen Symptomkomplexe betraf, herrschte weitgehend Unklarheit und eine Theorie, die die Entstehung von Krankheit überhaupt erklären konnte, fehlte ganz; ja man lehnte es sogar ab, eine solche zu versuchen. Die empirische Medizin verfügte ihrer Natur nach weder über eine allgemeine Phy-

⁷⁵ Rothsuh beschreibt die Biedermeiermedizin wie folgt: „Man ist geradezu erfahrungssüchtig, es wird gesammelt, beschrieben, benannt, verglichen, klassifiziert. Man hält sich in der Generalisierung betont zurück... Man scheut die Spekulation und liebt die Beobachtung, man beharrt auf dem Vordergründigen. Anatomie, Physiologie und Klinik bevorzugen die deskriptive Methode der Vergleichung“ (Rothsuh 1968, 186).

siologie noch über eine allgemeine Pathologie“ (Bleker 1988, 16). Solange der Empirismus der Biedermeiermedizin vorherrschte, solange konnte der Arzt sich selber nur als Bildungsbürger mit der Adaptation an allgemeiner, universeller Gelehrsamkeit gesellschaftliche Geltung verschaffen. Die allgemeine Gelehrsamkeit umgab ihn mit dem Nimbus, ein guter Arzt zu sein, medizinische Fähigkeiten waren da eher nachrangig. Erst mit der Entwicklung der naturwissenschaftlichen Medizin eröffnete sich die Möglichkeit, die Legitimation des ärztlichen Handelns von dieser Gelehrsamkeit abzukoppeln und mit medizinischen Spezialkenntnissen zu verbinden. Die Entwicklung der naturwissenschaftlichen Medizin ermöglichte die Konstitution eines solchen für den Professionalismus wichtigen Bereichs des Spezialwissens, weil sich nunmehr der Verursachungsraum von Krankheit vom Manifestationsraum (der visuellen Symptome) löste und gleichsam ins Innere des Körpers wanderte. Die Pathologie entzog sich der symptomatologischen, für jeden einsehbaren Evidenz. Der klinische Blick wurde analytisch. Er war nicht länger deskriptiv. Insbesondere die Entwicklung der pathologisch-anatomischen Methode ermöglichte es, die Krankheit unabhängig von der Symptompräsentation im Körper des Patienten zu lokalisieren. Dabei verfeinerte sich die Lokalisierung unaufhörlich, von den Organen (Morgani), über das Gewebe (Bichat) bis hin zur Zellulärpathologie von Virchow. Virchow beschreibt die Vorgehensweise der neuen, naturwissenschaftlich ausgerichteten Medizin wie folgt: „Damit sind wir an dem Punkt angelangt, welcher gleichsam den Grenzpfahl zwischen alter und moderner Medizin darstellt. Das Prinzip der modernen Medizin ist das lokalisierende. Diejenigen, welche immer wieder fragen, was denn die moderne Wissenschaft für die praktische Heilkunde genutzt habe, können wir einfach darauf verweisen, dass jeder Zweig der ärztlichen Praxis sich dem Prinzip der Lokalisation gefügt hat, nicht nur in der Pathologie, sondern auch in der Therapie und das damit auch dem Kranken die größte Wohltat bereitet ist“ (Virchow 1899, 16). Die Medizin verließ den Status des empirischen Erfahrungswissens. Sie wurde begründbar durch physiologische, theoretisch nachweisbare Gesetzmäßigkeiten. Es gab innere Ursachen für äußere Krankheiten und umgekehrt.

Damit wurde die alte Unterscheidung von „innerer“ und „äußerer“ Medizin immer fragwürdiger. Die Differenzierung in akademische Ärzte für innere Krankheiten und Wundärzte für äußere Krankheiten war nicht mehr haltbar, die Entwicklung der naturwissenschaftlichen Medizin ermöglichte so den ärztlichen Einheitsstand! Wie Bauch anhand der

Medizinalreformbewegung um 1848 aufzeigen konnte, verbanden sich mit der Forderung nach einer „Vernaturwissenschaftlichung der Medizin“ emanzipatorische und professionpolitische Momente. Die Medizin erhob den Anspruch, sich als Naturwissenschaft von den Auflagen des Obrigkeitsstaates entbinden zu können. Gleichzeitig ist nur die Profession der Ärzte in der Lage, die naturhafte Regelhaftigkeit von Körperprozessen zu erkennen und wenn nötig, zu therapieren. Der Natur kann man keine Vorschriften machen, sie gilt! „Die Medizin differenzierte sich als eigenes gesellschaftliches Subsystem aus der obrigkeitsstaatlichen politischen Umklammerung heraus. Die Ordnung der Medizin wurde selbstwertig und selbstreferentiell, sie wurde zu einem eigenen ausdifferenzierten Sozialsystem mit eigenen Referenzregeln [...]. Das Medizinalwesen konnte sich über die Naturwissenschaften zu einem eigenen gesellschaftlichen Subsystem mit eigenen Referenzregeln entwickeln, die bis dato eher diffuse Arztrolle konnte funktional spezifisch werden“ (Bauch 1996, 40).

Neben der Institutionalisierung eines eigenen Feldes des Wissens durch die naturwissenschaftliche Medizin und der Verwaltung dieses Wissens durch eigene Organisationen der Selbstverwaltung (Trüb 1961, Bauch 1996, 41-45) war die Etablierung eines Anbietermonopols auf ausgedehnte Nachfragemärkte *conditio sine qua non* erfolgreicher Professionalisierungspolitik (Göckenjahn 1985). Mit der „Kaiserlichen Botschaft“ vom 17. November 1881 war für die Ärzteschaft eine völlig neue Situation entstanden. Die Ärzteorganisationen bekamen Konkurrenz in Form der Krankenkassen. Die gewohnte Zweierbeziehung Ärzteschaft-Staat, die von den Kammern mit der bewährten Petitions- und Eingabepolitik abgedeckt wurde, wurde durch eine neue Dreier-Beziehung abgelöst, die die Ärzteschaft vor ungeahnte Probleme stellte. Denn die neu geschaffenen Krankenkassen waren ja Organisationen im Gesundheitswesen. Für die ärztlichen Organisationen galt es, eine völlig neue Front aufzubauen. Die korporatistische Beziehung zum Staat reichte nicht mehr aus, um nachhaltig ärztliche Interessen vertreten zu können (Hadrich 1953). Die etablierten Ärzteorganisationen reagierten auf diese neue Herausforderung zunächst hilflos. Mit „Einzeldienstverträgen“ und Eigeneinrichtungen schufen sich die Krankenkassen schnell den Status von Nachfrage-Oligopolen. Die Ärzte wurden zunehmend von den Krankenkassen abhängig, als diese die Honorare diktierten und die Ärzte für eine völlig unterbezahlte „Dienstmannstaxe“ tätig werden mussten. Die Ärzte sahen sich als Proletariat dieses Systems. Dem entsprechend setzte eine „Sozialdemokratisierung“ (Bauch

1996, 48) ärztlicher Organisationspolitik ein. Sie gründeten Organisationen nach dem Muster von Gewerkschaften (so beispielsweise den „Leipziger Verband“, den „Verband der Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen“). Die akademische Zurückhaltung eines gelehrten Standes mit moderater Petitionspolitik wurde ersetzt durch dezidierte Kampfmaßnahmen wie Streiks, Boykottmaßnahmen und Niederlegungen der Kassenzulassung. Inhaltlich forderten die Ärzte Kollektivverträge mit den Krankenkassen und freie Arztwahl für den Patienten, so konnten sie die Einzeldienstverträge zurückdrängen und als organisierte kollektive Verhandlungsmacht gegenüber den Krankenkassen auftreten. In einem langen Kampf konnte so die Vormachtstellung der Krankenkassen zurückgedrängt werden. Im Berliner Abkommen von 1913 verloren die Krankenkassen ihre Anstellungs- und Zulassungsautonomie, Krankenkassen handelten jetzt mit dem Kollektiv der Ärzte in Kollektivverträgen und nicht mehr in Einzelverträgen die Verträge aus. Dieser Prozess führte letztendlich im Jahre 1931 zur Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung der Bevölkerung durch kassenärztliche Vereinigungen (Peters 1978), aus dem Nachfrageoligopol der Krankenkassen wurde ein Angebotsmonopol der Ärzteschaft.

Der Ausbau des Sozialversicherungswesens für den Krankheitsfall kann für die Professionalisierung der Ärzteschaft und damit auch für die funktionale Differenzierung des Gesundheitswesens insgesamt gar nicht hoch genug eingeschätzt werden. Denn die Etablierung der Krankenversicherung war die Voraussetzung dafür, dass das Gesundheitswesen überhaupt auf große Nachfragemärkte zugreifen konnte, was nutzt die beste funktionale Spezialisierung, wenn diese gesellschaftlich nicht stark nachgefragt wird? Wie Bauch ausführt (Bauch 1996, 46), hat sich mit der Schaffung von Krankenkassen (die sich über Sozialabgaben im Arbeitsverhältnis zwangsfinanzieren) das Gesundheitswesen auch in finanzieller Hinsicht autonomisiert. „Der finanzielle Input des Systems war unabhängig von der adhocistischen, voluntaristischen Entscheidung des Patienten, medizinische Dienste in Anspruch nehmen zu wollen“ (Bauch 1996, 46). Mit der Krankenversicherung im Rücken war klar, dass die Menschen im Krankheitsfall auch auf die Dienste des Gesundheitswesens zurückgreifen. Nur auf der Basis dieser Kalkulierbarkeit konnten die entsprechenden Versorgungsstrukturen vorgehalten und ausgebaut werden. Und nur auf diese Weise konnte das funktional ausdifferenzierte System gesellschaftsweite Wirkung erzielen, das System konnte sich konkurrenzfrei durchsetzen.

Diese Entwicklung ist systemtheoretisch zu interpretieren: Nach Peter Fuchs „erzwingt“ die funktionale Differenzierung der Gesellschaft geradezu die virtuelle Vollinklusion der Gesellschaftsmitglieder.⁷⁶ Bei multipler Teilinklusion muss man im Prinzip jedem Menschen die Teilhabe an allen Systemen gewähren, weil, wenn er dauerhaft aus einem System ausfällt, fällt er langfristig aus allen Systemen heraus. „Man kann nicht Menschen den Funktionssystemen derart zuordnen, dass jeder von ihnen nur einem System angehört, also nur am Recht, aber nicht an der Wirtschaft, nur an der Politik, aber nicht am Erziehungssystem teilnimmt. Dies führt letztlich zu der Konsequenz, dass man nicht mehr behaupten kann, die Gesellschaft bestehe aus Menschen; denn die Menschen lassen sich offensichtlich in keinem Teilsystem der Gesellschaft, also nirgendwo in der Gesellschaft mehr unterbringen“ (Luhmann 1997, 744). Nach Luhmann führt die funktionale Differenzierung der Gesellschaft zur „Idealisierung des Postulats einer Vollinklusion“ (Luhmann 1997, 630). Die Frage der Inklusion/Exklusion ist dabei, wie wir schon sahen, de facto längst auf die jeweiligen Funktionssysteme übergegangen. Jedes System entscheidet dabei für sich, wie es die Verhältnisse von Inklusion/Exklusion regelt. Angesichts des Postulats einer Vollinklusion aller Menschen in alle Teilsysteme gibt es kaum noch normativ legitimierte Verweigerungen der Teilhabe (Schimank 2000, 136). Im Gegenteil: Jedes System ist hochgradig motiviert, möglichst viel Inklusion zu erreichen. Denn nur auf diese Weise ist die Funktionalität des Systems im Chor der Funktionssysteme sichtbar und legitimiert. Allerdings sind den Ärzten mit dem Ausbau der Sozialversicherung in Form der Krankenkassen „countervailing powers“ im System erwachsen. Erst als es den Ärzten gelungen war, die Funktion der Krankenkassen auf die Bedeutung von „Zahlstellen“ zu reduzieren, hatten sie ihre professionspolitischen Ziele durchgesetzt: Sie hatten über die Krankenkassen Zugriff auf einen großen Markt und konnten mit ihren Organisationen und dem Sicherstellungsauftrag in der Tasche monopolistisch über Krankheit und Gesundheit befinden. Wie Olivier Faure schreibt, „lässt sich der Beruf des Arztes im 19. Jahrhundert als erste Ausprägung einer Profession im angelsächsischen Wortsinne deuten, erlaubte er es doch,

⁷⁶ „Gemeint ist, dass jeder Mensch in der Umwelt durchgesetzter funktionaler Differenzierung durch alle Funktionssysteme potentiell adressiert werden können muss. Er ist unter der Voraussetzung, dass die Schichtordnung zerbrochen ist, als relevant für sämtliche Funktionssysteme markierbar. Nicht (oder nur unter Sonderbedingungen) kommunikabel ist die Einschränkung von Adressabilität. Die Begleitmusik der (Chancen)Gleichheit ist hinlänglich bekannt und auch, dass die bürgerliche Revolution die Losung „Gleichheit, Freiheit, Brüderlichkeit“ ausgegeben hat, mit der das moderne Prinzip der Inklusion plakatiert und als Legitimationsformel funktionaler Differenzierung instituiert wird“ (Fuchs 2006, 26).

dank seiner vielfältigen Ausprägungen, seiner verschiedenen Metiers, jedem, der das nötige Geschick und die richtige Strategie besaß, Vermögen, Prestige, Macht und einen hohen Status zu erringen“ (Faure, 2004, 119).

Über die professionelle Monopolbildung nebst der Institutionalisierung der entsprechenden Organisationen der ärztlichen Selbstverwaltung haben so die Ärzte den organisatorischen Unterbau für die Ausdifferenzierung des Gesundheitswesens als Funktionssystem geschaffen. Interessant in diesem Zusammenhang ist, dass Luhmann in der Spezifizierung der Beziehung von Organisationsbildung und Funktionssystemen nur die eine Seite der Beziehung beschreibt, also die Notwendigkeit der funktionalen Differenzierung für die Entstehung von Organisationen: „Insofern kann man, mit nur wenig Übertreibung, sagen, dass es erst unter dem Regime funktionaler Differenzierung zu jenem Typus autopoietischer Systeme kommt, den wir als organisiertes Sozialsystem bezeichnen“ (Luhmann 1997, 840). Wenig sagt er dagegen über die Kehrseite: Den Prozess der Entwicklung funktionaler Differenzierung durch Organisationsbildung. Wir können uns die Beziehung von Funktionssystembildung und Organisationsbildung sinnvoll und der geschichtlichen Realität gemäß nur als einen sich kontemporär entwickelnden, sich gegenseitig verstärkenden Prozess vorstellen: Organisationsbildung verstärkt funktionale Differenzierung. Diese wiederum verstärkt die Organisationsbildung. „Keine Organisation repräsentiert das System im System und jede ist nur für sich selbst verantwortlich. Die sich dabei einstellenden Rückkopplungen lassen sich nicht in der Form von Gleichgewichtsmodellen begreifen. Sie neigen zu plötzlichen Effektaggregationen, die wiederum von außen auf die Organisationen einwirken und die dann eintretenden Erschütterungen auch in andere Funktionssysteme übertragen können“ (Luhmann 1997, 846).

Das Verhältnis ist nun genauer zu fassen: Durch das Operieren von Organisationen kommt es außerhalb dieser Organisationen zu „Effektaggregationen“, zu von keiner Organisation letztlich gewollten und geplanten Veränderung in der unmittelbaren und weiteren Umwelt der Organisation. Das Funktionssystem bildet sich als ungeplante Nebenfolge des organisatorischen Prozessierens. In unserem Fall: die Krankenkassen, die medizinische Industrie, die Patienten, die Hospitäler unterwerfen sich der Codierung krank/gesund. Als deren Spezialisten haben sich die Ärzte inauguriert. Die gesundheitsrelevanten Organisationen im Umfeld der Ärzteschaft richten sich an dieser Codierung neu aus, ohne dass

diese Neuausrichtung von jemandem willentlich in Szene gesetzt worden wäre. Sie unterwerfen sich dem „Funktionsprimat“ des damit geschaffenen Funktionssystems.

Gerade anhand der Professionalisierungspolitik von Ärzteorganisationen lässt sich zeigen, dass die Entwicklung eines Funktionssystems ein nicht-intendiertes Neben- und Zufallsprodukt des Prozessierens von Organisationen ist. Ein Funktionssystem ist dann entstanden, wenn sich eine Vielzahl von Organisationen (die sich mit ähnlichen gesellschaftlichen Problemen befasst) der Suprematie einer Codierung unterwirft und dies von der relevanten gesellschaftlichen Umwelt akzeptiert oder zumindest hingenommen wird.

Wie das nächste Kapitel aufzeigt, haben die Zahnärzte von dieser professionspolitischen Entwicklung der Ärzte profitiert. Sie waren, wie es der ehemalige Redakteur der „Zahnärztlichen Mitteilungen“ Ekkhard Häussermann formulierte „scheel über die Schulter angesehene Trittbrettfahrer der Medizin“ (Tiemann, Klingenberger, Weber 2003, 13). Auf der anderen Seite hatten es die Zahnärzte wiederum schwerer sich zu professionalisieren und damit die Grundlagen für ein eigenes Subsystem im Gesundheitssystem zu schaffen. Die Loslösung vom Laiensystem und handwerksähnlichen Gewerbe war mit noch größeren Kämpfen verbunden und gleichzeitig mussten sie sich auch noch der Konkurrenz der Ärzte erwehren, die für sich lange in Anspruch nahmen, auch zahnärztlich tätig zu werden.

2.2. Die Professionalisierung des zahnärztlichen Berufsstandes

„Barbier“, „Zahnkünstler“, „Gebissarbeiter“, „Dentist“, „Mund- bzw. Zahnarzt“ sind Bezeichnungen, die wichtige Stadien im Professionalisierungsprozess des Zahnarztstandes⁷⁷ kennzeichnen. Auf dem Weg vom „universell“, d.h. rechtlich durch jedermann, unabhängig von seiner Qualifikation, ausübbares Gewerbe hin zur einer staatlich geschützten Profession und der berufstheoretischen Einordnung in die Kategorie der Freien Berufe spiegeln diese Begriffe jeweils Selbstverständnis, Umfang

⁷⁷ Im Hinblick auf die Berufsgeschichte des Zahnarztstandes sei auf die detaillierte Darstellung von Marezky und Venter verwiesen. Um die Untersuchung der zahnärztlichen Professionalisierung hat sich vor allem Dominik Groß in zahlreichen Abhandlungen verdient gemacht.

bzw. Schwerpunktsetzung der Aufgaben sowie den damit einhergehenden Ausbildungsstand der im 19. Jahrhundert äußert heterogenen Gruppe der Zahnbehandler wider.⁷⁸

Das folgende historische Kapitel dieser Arbeit widmet sich nun eingehend dem Entstehungskontext des zahnärztlichen Berufsstandes, ohne sich freilich mit einer schlichten Nachzeichnung der faktischen Entwicklungen zu begnügen. Vielmehr sollen die historischen Entwicklungslinien auf im Anschluss systematisch darzulegende markante Merkmale eines Professionalisierungsprozesses untersucht werden. Ziel dieser Verbindung von Historiographie und Analyse ist es, anhand des Prozesses der Professionalisierung die Herausbildung eines eigenen Systems der zahnmedizinischen Versorgung in Deutschland nachzuvollziehen.

Die Phasen dieses Professionalisierungsvorgangs lassen sich in der folgenden Weise gliedern:

1. Etablierung eines eigenen dentalmedizinischen Wissensfeldes und Entwicklung der Zahnmedizin zu einer Wissenschaft
2. Monopolisierung der Tätigkeit
3. Erlangung eigener Regelungskompetenz
4. Erhalt des Monopols auf ausgedehnte und sich weiter ausdehnende Märkte

Bei den vier Professionalisierungsschritten können Überschneidungen in inhaltlicher Hinsicht nicht ausbleiben. Dies ist der Tatsache zuzuschreiben, dass die Entwicklungen mit Blick auf die vier Kategorien nicht selten parallel verliefen bzw. einander kausal beeinflussten. Deshalb ist eine trennscharfe Unterscheidung nicht immer möglich. Da insbesondere 1 und 2 nahezu unlösbar ineinandergreifen, können sie unter dem Gesichtspunkt „Verwissenschaftlichung“ subsumiert werden. Zu einem Dreieck komplettiert wird die Struktur durch den organisatorischen (Punkt 3) und ökonomischen (Punkt 4) Aspekt der Professionalisierung.

⁷⁸ Siehe Berger, Christian: 50 Jahre Zahnheilkundengesetz. Professionalisierung der Zahnärzte, in: Bayrisches Zahnärzteblatt (BZB) April 2002, S. 8f.: http://www.bzb-online.de/apr02/stand08_09.pdf, Abruf 5/2009, hier: S. 8f.

Diese Entwicklung verläuft schwerpunktmäßig im 19. und frühen 20. Jahrhundert, bis 1953, dem Jahr, das mit dem Erlass des Zahnheilkundegesetzes einen vorläufigen Höhepunkt in der Professionalisierung der Zahnärzteschaft markierte.

In Ergänzung zu dem soziologisch sozialwissenschaftlichen Zugriff soll diese Entwicklung in ihrer historischen Genealogie nachgezeichnet werden.

2.3. Die „Verwissenschaftlichung“ und Monopolisierung der Zahnmedizin bzw. der zahnbehandelnden Tätigkeiten

Wie eingangs angekündigt, bedingt die enge Verknüpfung von Verwissenschaftlichung und Monopolisierung der zahnärztlichen Tätigkeit eine Zusammenlegung der Professionalisierungsmerkmale 1 und 2.

Dabei zeigt sich:

1. Der Professionalisierungsprozess des Zahnärztestandes ist ein Prozess der Angleichung an den berufspolitischen Stand der Ärzteschaft, die in vielerlei Hinsicht eine Vorreiterrolle gegenüber den Zahnärzten übernahm. Gleichzeitig findet jedoch in Form der Etablierung eines eigenen Wissensfeldes und einer eigenen akademischen Ausbildung eine Loslösung vom sogenannten ärztlichen „Einheitsstand“ statt. Damit geht der Erwerb des Expertenstatus auf dem Gebiet der zahnmedizinischen Behandlung einher.
2. Mit dieser Entwicklung eng verbunden ist die Lösung der Laienfrage bzw. des Nichtapprobiertenproblems, das, alsbald auf den Dualismus zwischen Zahnärzten und Dentisten konzentriert, den Professionalisierungsprozess bis in die Mitte des 20. Jahrhunderts weitgehend prägte.
3. Schließlich wird die Frage der gesellschaftlichen Akzeptanz des Zahnarztstandes sowie der Herausbildung eines eigenen Standesbewusstseins aufgeworfen, das die Abgrenzung zur Ärzteschaft wie auch zur Laien- bzw. Nichtapprobiertenbewegung in letzter Konsequenz sowohl verlangt als auch erforderlich macht.

2.3.1. Die Loslösung vom Gewerbe (I) – Die Akademisierung des Zahnarztberufes und Emanzipierung von der Ärzteschaft

Die Anfänge des zahnärztlichen (Spezial-)Berufes in Deutschland sind auf das 19. Jahrhundert zu datieren. Ausgangspunkt der Entwicklung hin zu einer Akademisierung des Zahnarztberufes war die hohe Heterogenität bezüglich der Personengruppen, die Zahnbehandlungen durchführten. Überhaupt bescheinigt das für die Zahnheilkunde älteste Regelwerk, eine im damaligen Großherzogtum Frankfurt unter französischem Einfluss erlassene Ordnung, dass Zahnärzte erst 1811 erstmalig und dazu lediglich auf lokaler Ebene sowie zeitlich begrenzt,⁷⁹ als eine selbständige Berufsgruppe anerkannt wurden.

Generell gab es auf dem Territorium des 1815 gegründeten ‚Deutschen Bundes‘, der sich aus 39 souveränen Einzelstaaten zusammensetzte, keine für alle Anwärter auf den zahnärztlichen Beruf verbindliche Ausbildungs- und Prüfungsvorschriften,⁸⁰ was jedoch nicht impliziert, dass es keinerlei Initiativen in diese Richtung gab.

In Preußen etwa wurden per Medizinalreglement von 1825 rudimentäre Ausbildungs- und Prüfungsvorschriften für die erstmals zu den Medizinalpersonen gerechneten Zahnärzte erlassen. Es legte dabei den Kreis der Personen, die zur Prüfung zum Zwecke des Erwerbs der zahnärztlichen Approbation zugelassen wurden, auf universitär gebildete Ärzte und „Wundärzte I. und II. Klasse“⁸¹ mit nachzuweisenden Fachkenntnissen fest. Auch stand das Prüfungsverfahren Interessenten außerhalb der erwähnten Berufsgruppen offen, sofern sie den Besuch entsprechender Veranstaltungen an einer medizinischen Fakultät, etwa in den Fächern Anatomie, Chirurgie, Operationslehre und Arzneimittellehre, belegen konnten, was noch einmal den medizinischen Einschlag des sich allmählich formierenden Zahnarztstandes erkennen lässt. Darüber hinaus existierte ein Gros an sogenannten „Zahnkünstlern“, die sich trotz einer meist fragwürdigen Qualifikation – vom

⁷⁹ Das Reglement wurde nach Abzug der französischen Besatzung 1817 wieder aufgehoben.

⁸⁰ Tiemann, Burkhard/ Klingenberg, David/ Weber, Michael: System der zahnärztlichen Versorgung in Deutschland, Köln 2003, S. 13: Die Mehrzahl der deutschen Teilstaaten kannte bis in die Mitte des 19. Jahrhunderts nicht einmal Bestimmungen zur Reglementierung zahnheilkundlicher Tätigkeit.

⁸¹ Groß, Dominik: Die Handwerkschirurgen als Gründer des Zahnarztberufs: Legendenbildung oder historische Realität? In: Ders.: Beiträge zur Geschichte und Ethik der Zahnheilkunde, Würzburg 2006, S. 13-29, hier: S. 14, 18: Bis 1830 existierten 4 Klassen von Wundärzten (auch Handwerkschirurgen genannt): während die I. Klasse die gesamte Chirurgie ausüben durfte, war die IV. Klasse bezüglich ihrer Tätigkeit vorrangig auf die Baderei und das Bartscheren beschränkt. Letztere wurde nach den beruflichen Umstrukturierungen 1830 dieser Berufsgruppe nicht mehr zugerechnet.

Barbier bis zum Marktschreier – nicht scheuten ihre zahnheilkundlichen Fähigkeiten, vorrangig bestehend aus schmerzbeseitigenden Maßnahmen wie dem „Zahnreißen“, der Allgemeinheit feil zu bieten.⁸²

Der zahnärztliche Berufsstand stand demnach vor der Herausforderung sich sowohl mit Blick auf den ärztlichen (Einheits-)Stand zu emanzipieren als auch die Loslösung vom allgemeinen Gewerbe zu forcieren. Beiden Zielsetzungen ist gemeinsam, dass sie auf die sukzessiv erfolgende wissenschaftliche Begründung der Zahnheilkunde wirken.

Die den Prozess der „gewerblichen Abnabelung“ darüber hinaus prägende Rivalität zwischen Zahnärzten und ‚Zahnkünstlern‘, den späteren Dentisten, wird im anschließenden Unterpunkt einer näheren Betrachtung unterzogen.

Unter Beachtung der akademisierenden und professionalisierenden Zielsetzung galt es nun das „Image“ bzw. Bildnis des Gewerbetreibenden und fahrenden Heilkünstlers⁸³ zu überwinden, das auch durch die sog. Barbieri,⁸⁴ die im Mittelalter und zu Beginn der Neuzeit neben diversen Tätigkeiten im Bereich der Wundheilung und Körperpflege ebenso elementare Zahnbehandlungen übernahmen, verbreitet wurde. Darüber hinaus sollte eine einheitliche, akademische Ausbildung nach dem Beispiel der Ärzte etabliert werden. Allerdings war an eine Angleichung an das Medizinstudium, basierend auf der allgemeinen Hochschulreife, einem ordentlichen Universitätsstudium und der Möglichkeit zur Promotion zunächst nicht zu denken.

Aufbauend auf dem erwähnten Medizinalreglement wurden die zur Ausübung der zahnärztlichen Tätigkeit notwendigen Vorkenntnisse in dem 1835 in Preußen erlassenen Zirkularreskript spezifiziert. Der Kandidat hatte demnach, eingebettet in einen zweijährigen

⁸² Tiemann/ Klingenberger/ Weber: System der zahnärztlichen Versorgung, S. 11, 13 und siehe: Die Anerkennung der Zahnärzte als Medizinalpersonen im Preußischen Medizinalreglement von 1825, in Auszügen abgedruckt in: Groß, Dominik: Die schwierige Professionalisierung der deutschen Zahnärzteschaft (1867 – 1919). Europäische Hochschulschriften/03, Frankfurt am Main 1994, Anhang, Anlage 1, S. 453-455, hier: S. 454, § 51e.

⁸³ Strübig, Wolfgang: Geschichte der Zahnheilkunde. Eine Einführung für Studenten und Zahnärzte, Köln 1989, S. 138: So rechnete ein preußisches Medizinaldekret aus dem Jahre 1725 Zahnärzte explizit dieser Gruppe zu.

⁸⁴ Lutze, Kay: Zum professionellen Selbstverständnis. Der Mundarzt hat Geschichte, aus: Zahnärztliche Mitteilungen 98, Nr. 18, 16.09.2008, S. 130-134: http://www.zm-online.de/m5a.htm?zm/18_08/pages2/hist1.htm, Abruf 5/2009, hier bei: „Image der Barbieri abgeschüttelt“ und für eine weiterführende Betrachtung siehe: Sander, Sabine: Bader und Barbieri. In: Reith, Reinhold (Hrsg.): Lexikon des alten Handwerkes. Vom späten Mittelalter bis ins 20. Jahrhundert, München 1991, S. 17-22, hier: S. 17ff.

Kurs, den Nachweis über den Besuch verschiedener Veranstaltungen zu führen. Die erforderliche Schulbildung wurde ein Jahr später im Rahmen einer Instruktion an die Medizinal-Kollegien mit der Tertiareife eines Gymnasiums festgelegt, womit eine akademische Ausbildung für die zeitgenössischen Zahnärzte in noch weitere Ferne rückte.⁸⁵

Obleich die meisten Staaten des Deutschen Bundes nach dem Vorbild Preußens ähnliche, wenn nicht gleichlautende Bestimmungen erließen, war die Ausbildungssituation insgesamt als unzulänglich zu bewerten. Dies lag nicht zuletzt in der Tatsache begründet, dass mit der Aufhebung des Wundarztberufes die einstigen, ihm vorbehaltenen medizinisch-chirurgischen Lehranstalten nicht mehr besucht werden konnten. Bedingt durch die Schließung dieser Institute mussten die zahnärztlichen Kandidaten zum Erwerb des erforderlichen theoretischen Wissens auf die Universitäten, allerdings ohne (!) Immatrikulation, ausweichen. In der Praxis standen jedoch nur wenige Dozenten, die sich explizit der Zahnheilkunde widmeten, zur Verfügung, so dass die eigentliche Ausbildung in den zahnärztlichen Ateliers erfolgte.⁸⁶

Die bestehenden Schwierigkeiten in Bezug auf die Ausbildung sorgten im Zusammenspiel mit diversen anderen Faktoren dafür, dass die Zahnärzteschaft in quantitativer Hinsicht⁸⁷ eine marginale Rolle spielte. Zu erwähnen ist in diesem Kontext etwa ein kaum vorhandenes Mundhygienebewusstsein in der Bevölkerung, der fehlende Versicherungsschutz mit der damit einhergehenden Unsicherheit bezüglich der Finanzierung zahnärztlicher Leistungen sowie das begrenzte therapeutische Spektrum⁸⁸ der zeitgenössischen Zahnheilkunde bzw. -behandlung, die im Wesentlichen aus chirurgischen Maßnahmen bestand. Der Gang zum Zahnarzt stellte für die Mehrzahl der Patienten eine „Ultima Ratio“

⁸⁵ Groß, Dominik: Vom ‚Gebissarbeiter‘ zum ‚staatlich geprüften Dentisten‘: Der Berufsbildungsprozess der nichtapprobierten Zahnbehandler (1869-1952). In: Ders.: Beiträge zur Geschichte und Ethik der Zahnheilkunde, Würzburg 2006, S. 99-125, hier: S. 99f.: Die erforderlichen Qualifikationsnachweise entsprachen in etwa denen eines preußischen Wundarztes II. Klasse.

⁸⁶ Groß: Vom ‚Gebissarbeiter‘ zum ‚staatlich geprüften Dentisten‘, S. 99-125, hier: S. 100 und Groß, Dominik: Vom Handwerker zum Bildungsbürger: Die Auseinandersetzung um die Akademisierung des Zahnarztberufes in Deutschland. In: Ders.: Beiträge zur Geschichte und Ethik der Zahnheilkunde, Würzburg 2006, S. 65-76, hier: S. 66.

⁸⁷ Groß: Vom ‚Gebissarbeiter‘ zum ‚staatlich geprüften Dentisten‘, S. 99-125, hier: S. 100: Um 1850 wurden auf dem gesamten Gebiet des Deutschen Bundes lediglich 250 approbierte Zahnärzte registriert, annähernd die Hälfte von ihnen praktizierte in Preußen.

⁸⁸ Groß: Vom Handwerker zum Bildungsbürger, S. 65-76, hier: S. 66: Die Herstellung von Zahnersatz galt noch keineswegs als Routinetätigkeit und auch das Exkavieren der Zähne stellte bis zur Erfindung der Tretbohrmaschine 1870 ein umstrittenes und nicht selten schmerzhaftes Unterfangen dar.

dar. Die Nachfrage nach zahnärztlichen Maßnahmen war daher bis weit in das 19. Jahrhundert hinein eher bescheidenen Ausmaßes. Auch ging mit dem geringen Stellenwert der zahnärztlichen Berufsgruppe ein ebenso geringes Sozialprestige einher.⁸⁹

Trotz oder gerade aufgrund dieser hier aufgezeigten negativen Bilanz bemühten sich die Zahnärzte frühzeitig um eine Interessenorganisation. Als erste überregionale zahnärztliche Berufsvertretung setzte sich der 1859 gegründete ‚Centralverein deutscher Zahnärzte‘ (CVdZ) „die Hebung des Standes der Zahnärzte in wissenschaftlicher und sozialer Beziehung“ zum Ziel. Konkret galten die Bestrebungen der Zahnärzte in den ersten Jahren des Bestehens des CVdZ vorrangig der Verbesserung der zahnärztlichen Ausbildung, worauf nicht zuletzt Initiativen zur Etablierung zahnärztlicher Institute schließen lassen. Die seit Mitte des 19. Jahrhunderts entstehenden Ausbildungseinrichtungen beruhten damit allesamt auf privater Trägerschaft. Auch entsprechende Beiträge der Zahnärzte in dem ihnen seit 1861 eigenen Sprachrohr, der ‚Deutschen Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde‘,⁹⁰ die den desolaten Zustand im Ausbildungs- und Prüfungswesen aufzeigten, sowie daran anknüpfende Eingaben bei den Regierungen der deutschen Einzelstaaten zeugen nicht nur einmal mehr von der Notwendigkeit des Erlasses von Regularien auf diesem Gebiet. Sie veranschaulichen ebenso die Eindringlichkeit, mit der man sich auf Seiten der Zahnärzteschaft um eine staatliche Lösung bzw. Anerkennung bemühte.

Standesintern gelang es dem Vorsitzenden des Centralvereins, Moritz Heider, mit Unterstützung einflussreicher Zahnärzte Mitte der 1860er, die Mitglieder auf die Forderung nach einer Akademisierung der Zahnheilkunde zu verpflichten.⁹¹ Dieses ehrgeizige Ziel kam dabei nicht von ungefähr. Heider verstand die Zahnheilkunde als einen Zweig der Heilkunde, was wiederum nach sich zog, dass „der Zahnarzt demnach Arzt sein müsse, eher er sich dieser Spezialität der Heilkunde widmet“. Neben fachlichen Erwägungen,

⁸⁹ Groß: Vom Handwerker zum Bildungsbürger, S. 65-76, hier: S. 65f. und Berger: 50 Jahre Zahnheilkundengesetz, S. 8f., hier: S. 8.

⁹⁰ Siehe u.a. drei Beiträge von Adolph zur Nedden in der Deutschen Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde. Organ des Central-Vereines Deutscher Zahnärzte, 1/1861, u.a. S. 101ff. und 172, in denen er die Schwachpunkte der zahnärztlichen Ausbildung thematisierte. In Ausschnitten auch zit. in: Groß: Vom Handwerker zum Bildungsbürger, S. 65-76, hier: S. 66f.

⁹¹ Siehe hierzu Groß: Vom Handwerker zum Bildungsbürger, S. 65-76, hier: S. 68: Dieser Erfolg Heiders war keineswegs selbstverständlich, wird man sich der Tatsache bewusst, dass die überwiegende Mehrheit der Vereinsmitglieder weder ein Abitur noch ein vollständiges Medizinstudium vorzuweisen hatte, sondern lediglich die Tertiareife besaß und eine mind. zweijährige zahnärztliche Ausbildung absolviert hatte.

denn „die Ausübung der Zahnheilkunde ohne Behandlung der Krankheiten des Zahnfleisches, der Zahnzellen und der Kieferhöhle“⁹² sei laut Heider undenkbar, stellte er seine Forderungen nach einer ärztlichen Ausbildung für alle Zahnärzte in den Dienst der eindeutigen Abgrenzung von den Zahntechnikern. Spekuliert werden kann, ob Heiders Position nicht auch aus der latenten Suche nach Anerkennung durch den übermächtigen Ärztestand rührte, denn die Zahnheilkunde, die in der medizinischen Wissenschaft der Chirurgie untergeordnet wurde, respektive ihre Vertreter (Zahnärzte und Dentisten) galten, wie der Autor Ekkhard Häussermann es einmal formulierte, als „scheel über die Schulter angesehene Trittbrettfahrer der Medizin“.⁹³ An eine befriedigende Lösung der Ausbildungsfrage wurden demnach von Seiten der Zahnärzteschaft ganz konkrete Erwartungen im Sinne einer „Legitimation durch Qualifikation“ geknüpft. So sprach man dem Erwerb allgemein anerkannter „Bildungspatente“ eine Hebelwirkung im Hinblick auf eine gesellschaftliche Gleichstellung mit dem Arztberuf zu, während die zahnärztliche (universitäre) Ausbildung als Zeugnis professionellen Wissens der Desavouierung konkurrierender Berufsgruppen dienlich sein konnte. Hinzuzufügen ist, dass die Notwendigkeit einer ärztlichen Ausbildung, ja selbst der Akademisierung an sich in der Zahnärzteschaft nicht unumstritten war, man jedoch in der Folgezeit nach Heiders Tod 1866 von der Integration in den ärztlichen Einheitsstand, anders als von dem Bestreben einer Akademisierung, immer stärker Abstand nahm. Dennoch wird uns eine derart gelagerte berufsinterne Auseinandersetzung bzw. Polarisierung in der Frage des Dokortitels auch in späterer Zeit noch erneut begegnen.⁹⁴

Das im September 1869 für das Gebiet des Norddeutschen Bundes erlassene „Reglement für die Prüfung der Zahnärzte“, das zudem nach 1871 in allen Staaten des neu gegründeten Deutschen Reiches rechtswirksam wurde, band die Zulassung zur zahnärztlichen Prüfung fortan an den Nachweis der Primareife eines Gymnasiums oder einer Realschule erster Ordnung, an einen zweijährigen Universitätsbesuch sowie zusätzlichen praktischen

⁹² Leitartikel von Moritz Heider, in: Dt. Vjschr. Zahnheilk. 2/1862, hier: S. 208, zit. in: Groß: Vom Handwerker zum Bildungsbürger, S. 65-76, hier: S. 67.

⁹³ Ekkhard Häussermann, zit. in: Tiemann/ Klingenberger/ Weber: System der zahnärztlichen Versorgung, S. 13.

⁹⁴ Groß: Vom Handwerker zum Bildungsbürger, S. 65-76, hier: S. 67ff. und Groß: Die schwierige Professionalisierung der deutschen Zahnärzteschaft, S. 227f.

Übungen. Es brachte die Zahnärzteschaft mit der deutlichen Hebung der schulischen Vorbildung auf dem Weg zu einem akademischen Beruf wieder einen Schritt voran, wenngleich die Ausbildung weiterhin nicht an das Abitur gebunden war. Auch die Vereinheitlichung der Prüfungsanforderungen im Zuge der Gründung des Kaiserreiches schuf zweifelsohne eine wesentliche Vorbedingung für die Professionalisierung der deutschen Zahnärzteschaft. Für die Standesvertretung war dieser Erlass allerdings insofern überraschend, als sie ihre Forderungen und Wünsche staatlicherseits insgesamt kaum berücksichtigt sahen,⁹⁵ was sich in den Worten des damaligen Vereinsvorsitzenden Eduard Leopold in Bezug auf die Unterrichtsfrage anschaulich widerspiegelt: „... der Staat, die Regierungen tun nichts für uns Zahnärzte [...]“.⁹⁶ Die Frustration, die in dieser Aussage mitschwingt und die, wie noch aufzuzeigen sein wird, nicht ohne Einfluss auf das Bedürfnis nach einer gewissen Selbstautonomie bleiben soll, mag mit der Gewerbeordnung des Norddeutschen Bundes aus demselben Jahr, welche später ebenso vom Deutschen Reich übernommen wurde, eine erhebliche Steigerung erfahren haben. Die sog. „Kurierfreiheit“, die besagte, dass das Recht, Kranke zu behandeln, nicht ausschließlichen den hierfür besonders ausgebildeten und geprüften Personen vorbehalten sei, sondern auch Laien zustünde, hatte de facto die Freigabe der Zahnheilkunde zur Folge. In letzter Konsequenz bedeutete dies, dass fortan lediglich die Berufsbezeichnung ‚Zahnarzt‘, nicht aber die Tätigkeit als Zahnbehandler an den Nachweis der Bestallung, sprich der Approbation gebunden war. Dies war ohne Zweifel ein herber Rückschlag mit Blick auf das Ziel der Monopolisierung der zahnärztlichen Arbeit. Umso dringender galt es an der zweiten, der „akademischen Front“ weitere Erfolge zu erzielen. Im Jahre 1873 wurde per Erlass die Immatrikulation der Studenten der Zahnheilkunde verfügt. Diese gehörten nun als ‚Immateure‘, d.h. als Studierende ohne Abitur, der philosophischen Fakultät an. Der Erwerb des medizinischen Dokortitels blieb ihnen somit zunächst verwehrt.⁹⁷

⁹⁵ Groß: Vom Handwerker zum Bildungsbürger, S. 65-76, hier: S. 69: Es ist interessant, dass die Zahnärzte im Rahmen der Vorbereitungen zur Änderung der Prüfungsbestimmungen überhaupt nicht gehört wurden.

⁹⁶ Eduard Leopold, anlässlich der Eröffnung der Jahrestagung des Centralvereins 1869, zit. in: Groß: Vom Handwerker zum Bildungsbürger, S. 65-76, hier: S. 68.

⁹⁷ Groß: Vom Handwerker zum Bildungsbürger, S. 65-76, hier: S. 68f.; Ders.: Vom ‚Gebissarbeiter‘ zum ‚staatlich geprüften Dentisten‘, S. 99-125, hier: S. 99 sowie Berger: 50 Jahre Zahnheilkundengesetz, S. 8f., hier: S. 8.

Doch auch die Zulassung zum Universitätsstudium im Status von Immaturen konnte nicht darüber hinwegtäuschen, dass das Fach Zahnheilkunde an den deutschen Hochschulen ein stiefmütterliches Dasein fristete. Veröffentlichungen in der Vereinszeitschrift – seit 1883 unter dem Titel ‚Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde‘ herausgegeben – geben dabei Aufschluss über mögliche Ursachen. Im Jahr 1883 etwa ergeht die Forderung an die Vereinsmitglieder auf eine „Neugestaltung im Sinne umfassender Bildungsanstalten an einigen Universitäten“ hinzuwirken. Die Benennung der konkreten Ziele lässt erkennen, welche Defizite die universitäre zahnärztliche Ausbildung zu diesem Zeitpunkt aufwies. „Wir müssen zu erreichen suchen: Anstellung von Lehrkräften, die jeden Zweig unserer Wissenschaft vertreten [bis dato lag der Unterricht meist allein in den Händen eines Chirurgen, H.R.]; eine dem Stande der Wissenschaft gemäß ausgestattete und geleitete Klinik; ein Laboratorium unter Leitung eines Zahnarztes und womöglich Einreihung der Zahnheilkunde in die medizinische Fakultät.“⁹⁸ Kurzum standen die institutionelle Verankerung der zahnmedizinischen Wissenschaft an den Hochschulen sowie der damit einhergehende Einsatz entsprechend fachlich geschulter Lehrkräfte im Vordergrund der zahnärztlichen Bestrebungen. Auffällig an den Ausführungen des Autors ist die Betonung des Status‘ einer Wissenschaft, die nicht zuletzt dem tatsächlichen Entwicklungsstand Rechnung trägt, sondern ebenso anschaulich das Selbstverständnis und das sich konstituierende Standesbewusstsein der Zahnärzte zum Ausdruck bringt. In diesen Zusammenhang ist auch die auf der Jahrestagung 1888 geäußerte Meinung zu stellen, das lediglich über die Einführung der allgemeinen Hochschulreife als Vorbedingung für ein zahnärztliches Studium die Hebung des sozialen Prestiges des Zahnarztberufes zu erreichen sei. Sie lässt den Schluss zu, dass man sich in den zahnärztlichen Kreisen bereits (partiell) mit dem Status eines Bildungsbürgers identifizierte. Wenn man die Haltung der Zahnmediziner gegenüber den Zahnkünstlern bzw. Dentisten betrachtet, wird deutlich, dass sie sich schon de facto als Bildungsbürger definierten. Auch darauf wird später noch Bezug genommen.⁹⁹

⁹⁸ Karl Kühns: Zur Universitätsfrage, in: Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde. Organ des Central-Vereins Deutscher Zahnärzte, 1/1883, S. 213-228, hier: 215f.

⁹⁹ Groß: Vom Handwerker zum Bildungsbürger, S. 65-76, hier: S. 69ff.

An dieser Stelle gilt es sich klar zu machen, dass sich die Akademisierung und damit der gesamte Professionalisierungsprozess nur parallel zur Verwissenschaftlichung des Bereiches der Zahn- und Mundbehandlung entfalten konnte. Beide Entwicklungen standen letztlich in enger Wechselwirkung zueinander.

Bis in die erste Hälfte des 19. Jahrhunderts fristete die deutsche Zahnheilkunde in wissenschaftlicher Hinsicht ein unbedeutendes Dasein. Sie hatte den Status eines „schlichten Handwerkes mit geringem medizinischen Einschlag“;¹⁰⁰ kurative Maßnahmen bildeten die Ausnahme. Im internationalen Vergleich waren es in erster Linie die Zahnmediziner aus Frankreich, England und den USA, die eine gewisse Vormachtstellung übernahmen, wobei wesentliche Impulse von der amerikanischen Zahnheilkunde ausgingen.

Mit der Gründung der ersten Standesvertretung der deutschen Zahnärzte im Jahre 1859 entstand jedoch auch in den deutschen Landen eine Institution, die in vielerlei Hinsicht ein Forum zur Förderung und Entwicklung der deutschen Zahnheilkunde bot sowie die praktische Umsetzung neuer Erkenntnisse vereinfachte. Neben den Jahrestagungen war es insbesondere die Zeitschrift der CDU, die den Mitgliedern zum Zwecke des fachlichen Austausches¹⁰¹ offen stand und damit die wissenschaftlichen Ambitionen des Berufsstandes unterstrich. In Form von Preisen und Ehrungen,¹⁰² die für herausragende Leistungen auf dem Gebiet der Zahnheilkunde ausgesetzt wurden, schuf der Verein zudem gezielt Anreize zur wissenschaftlichen Betätigung. Auch schweifte der Blick zu zahnärztlichen Organisationen ins Ausland, wie Berichte in der ‚Vierteljahresschrift‘ über die Tagungen ausländischer Vereine sowie die Übersetzung ausländischer Schriften dokumentieren.

Die Reputation der deutschen Zahnheilkunde stieg merklich an. Die Publikation von Fachbüchern, wie etwa der „Atlas zur Pathologie der Zähne“ des ersten Vereinsvorsitzenden Moritz Heider oder das „Lehrbuch für Zahnheilkunde“ des langjährigen Schriftleiters der Vereinszeitschrift, Robert Baume, die beide zu Standardwerken avancierten, hat dazu

¹⁰⁰ H. J. Jilge (1965), zit. in: Groß, Dominik: Zwischen Wissenschaft und Interessenpolitik: Die Doppelfunktion des Central-Vereins deutscher Zahnärzte (1859-1890). In: Ders.: Beiträge zur Geschichte und Ethik der Zahnheilkunde, Würzburg 2006, S. 31-63, hier: S. 56.

¹⁰¹ Der stetig zunehmende Umfang an wissenschaftlichen Veröffentlichungen in der Vierteljahresschrift machten ein monatliches Erscheinen (‚Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde‘ ab 1883) erforderlich.

¹⁰² Siehe Groß: Zwischen Wissenschaft und Interessenpolitik, S. 31-63, hier: S. 57: So wurde etwa zur Förderung der zahnärztlichen Prophylaxe eine Abfassung zum Thema „Anleitung zur Pflege der Zähne“ mit 40 Talern honoriert, ebenso wie die Präsentation eines neuen zahnärztlichen Instrumentes.

nicht unwesentlich beigetragen. Auch die Verdienste des in Berlin lebenden Amerikaners Willoughby Dayton Miller, der später den Vorsitz des CVdZ übernehmen sollte, können hierbei angeführt werden. Ihm wird die Einführung präziser naturwissenschaftlicher Untersuchungsmethoden in die deutsche Zahnheilkunde zugeschrieben. Mit der Gründung spezieller Institute Ende des 19. Jahrhunderts wurde auch staatlicherseits der Weg frei für die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit zahnmedizinischen Sachverhalten bzw. für zahnmedizinische Forschung. So stellte Miller, damals Professor am zahnärztlichen Institut der Charité, die bis dahin eher auf den handwerklich-chirurgischen Aspekt orientierte Zahnmedizin in einen ganzheitlich-medizinischen Kontext. Er gilt dank seiner umfassenden Kenntnisse in den Naturwissenschaften als Begründer der Zahnmedizin als einem Teil der Medizin. Eine derartige Ausweitung des Tätigkeitsspektrums des Zahnarztes fand im dem Begriff des ‚Mundarztes‘ seinen Niederschlag. Darüber hinaus lassen Bestrebungen wie die Forderung Heiders nach gesetzlichen Bestimmungen zu dentalen Metalllegierungen, um minderwertige Verbindungen aus der Zahnheilkunde zu verdrängen, ein Bewusstsein für Qualität sowie Verantwortung für die Patienten erkennen. Auch die als notwendig erachtete zahnmedizinische Aufklärungsarbeit zeugt von einem derart gelagerten Selbstverständnis.¹⁰³

Exemplifiziert man die Auswirkungen wissenschaftlicher Erkenntnisse bzw. Neuerungen auf den Professionalisierungsprozess abschließend einmal an dem Beispiel der hier zuletzt genannten Aufklärungsarbeit durch, so ergibt sich folgende Kausalkette: Die zahnwissenschaftliche Erkenntnis von der Bedeutung eines gesunden Kauorgans für den gesamten menschlichen Organismus trägt, unterstützt durch die Gesundheitsaufklärung der Zahnärzte, zu einem gesteigerten Bewusstsein für Zahngesundheitspflege in der Öffentlichkeit bzw. breiten Bevölkerungskreisen (vor allem ab den 1920er Jahren) bei. Dies bleibt wiederum nicht ohne Auswirkungen auf die Zahl der zu ihrer (professionellen) Versorgung benötigten Personen und damit auf deren wirtschaftliche Lage sowie deren allgemeine gesellschaftliche Wertschätzung bzw. deren sozialen Status.¹⁰⁴

¹⁰³ Groß: Zwischen Wissenschaft und Interessenpolitik: Die Doppelfunktion des Central-Vereins, S. 31-63, hier: S. 55-60 und Lutze: Zum professionellen Selbstverständnis, S. 130-134, hier bei: „Das gesamte medizinische Spektrum“.

¹⁰⁴ Maretzky, Kurt/ Venter, Robert: Geschichte des deutschen Zahnärzte-Standes, Köln 1974, S. 142.

Die Weichen waren in Richtung auf die Konsolidierung eines ärztlichen Spezialberufes gestellt. Erinnert sei an die Eröffnung des zahnärztlichen Instituts an der Universität am 16. Oktober 1884 in Leipzig, der nur wenige Tage später die Gründung einer entsprechenden Lehranstalt in Berlin folgte, die mit der Universität in einem unmittelbaren Zusammenhang stand. Dieser Schritt war dem Sachverhalt geschuldet, dass die zunehmende naturwissenschaftliche Fundierung der Unterrichts im Rahmen der Eigenfinanzierung der privaten zahnärztlichen Bildungseinrichtungen nicht mehr abzudecken war, zudem die Zahnheilkunde, wie oben ausgeführt, in wissenschaftlich-theoretischer wie praktischer Hinsicht den Anforderungen einer universitären Lehre und Forschung entsprach. Die von öffentlicher Hand getragenen Institute können als ein enormer Erfolg für die deutsche Zahnärzteschaft gewertet werden, nicht nur mit Blick auf die Standardisierung der Ausbildung. Die deutsche Zahnheilkunde erfuhr damit staatlicherseits eine beachtliche Aufwertung.

Während jedoch im zahnärztlichen Berufstand bezüglich der allgemeinen Stoßrichtung in Form der Forderung nach einer Verbesserung der Fachausbildung weitgehender Konsens bestand, gab die Frage nach der konkreten Ausgestaltung, sprich nach der Notwendigkeit einer Akademisierung regelmäßig Anlass zu heftigen Diskussionen unter den Zahnärzten. Dieser Uneinigkeit war es auch zuzuschreiben, dass der Bundesrat 1889 ohne Mitwirkung der unschlüssigen Zahnärzteschaft eine neue Prüfungsordnung erließ. Die Ausbildungszeit bestand nunmehr neben der zweijährigen Studienzeit aus einer einjährigen praktischen Tätigkeit an einem Institut oder bei einem approbierten Zahnarzt, wurde demnach von zwei auf drei Jahre verlängert. Die Primarreife blieb als schulische Vorbildung allerdings erhalten. Erst die folgenden 30 Jahre sollten zeigen, dass der Zahnarztberuf statt der handwerklichen nun endgültig die akademische Richtung eingeschlagen hatte. Mit der Prüfungsordnung von 1909 verlangte die Zulassung zum (nunmehr 7-semesterigen) Studium der Zahnheilkunde den Nachweis der Hochschulreife. Damit wurde die lang ersehnte Übernahme der Zahnmedizinstudenten von der philosophischen in die medizinische Fakultät vollzogen. Über die Einführung des Abiturs als Studienvoraussetzung vollzog sich die seit Mitte der 1860er Jahre thematisierte Akademisierung des Zahnarztberufes, jedoch ohne Bindung der zahnärztlichen Approbation an ein vollständiges Medizinstudium. Die bereits zu verzeichnende große Annäherung an den Ausbildungsstandard

der Ärzte fand mit dem 1919 – nicht zuletzt dank der nachhaltigen Bemühungen des ‚Verbands Deutscher Zahnärzte‘ – eingeführten Promotionsrechtes im eigenen Fach seinen Höhepunkt. Wenngleich sich im Vorfeld noch einmal die Polarisierung des zahnärztlichen Standes in die Lager „pro ärztlichen Einheitsstand“ sowie „pro medizinisches Spezialgebiet“ offenbarte, manifestierte die Entscheidung für den ‚Dr. med. dent‘ (Doctor medicinae dentariae) letztlich die Herausbildung einer selbstständigen wissenschaftlichen Disziplin und damit die zahnärztliche Emanzipation von der Ärzteschaft. Die standesinterne Konfliktlinie verlief dabei, wie oben erwähnt, zwischen den Befürwortern eines „Dr. med.“ für Zahnärzte – eine Forderung, die in ihrer Konsequenz ein Aufgehen der Zahnheilkunde in der Medizin und damit die Absolvierung eines Medizinstudiums mit einer ggf. angeschlossenen Fachausbildung bedeutete – und jener Gruppe, die einen auf die Zahnheilkunde bezogenen Fachdokortitel präferierte. Ausschlaggebend, gerade für die Vertreter der ersten Lösung war die Frage nach der Positionierung gegenüber den Ärzten: das Ziel der akademischen Angleichung ließ den einschränkenden Spezialtitel minderwertig erscheinen. Doch sollte gerade diese Lösung von nicht zu unterschätzender Bedeutung für den Zahnarztstand werden. Die Möglichkeit des Erwerbs einer „eigenen“ Doktorwürde war demnach nicht nur ein berufspolitischer Erfolg, sondern zog ebenso einen beachtlichen Reputationsgewinn für den Zahnarztberuf und die wissenschaftliche Zahnheilkunde nach sich, was sich unter anderem in dem sprunghaften Anstieg der Studentenzahlen¹⁰⁵ in der Zahnmedizin niederschlägt. Die quantitative wie akademische Aufwertung des Zahnärztestandes sollte sich indes vor dem Hintergrund der parallel verfolgten Monopolisierung der zahnmedizinischen Tätigkeit als nützlich erweisen, dokumentierte nicht zuletzt der Dokortitel, nunmehr für die Außenwelt sichtbar, anschaulich die Abgrenzung gegenüber der nichtakademischen Konkurrenz.¹⁰⁶

¹⁰⁵ Groß: Vom Handwerker zum Bildungsbürger, S. 65-76, hier: S. 74: Während 1920 im Deutschen Reich 4459 Zahnärzte registriert waren, stieg ihre Zahl innerhalb von fünf Jahren bereits auf 9137 an.

¹⁰⁶ Groß: Vom Handwerker zum Bildungsbürger, S. 65-76, hier: S. 71-74; Strübig: Geschichte der Zahnheilkunde, S. 139-142 sowie Groß, Dominik: Titel ohne Wert? Zur Debatte um den Stellenwert des ‚Doctor medicinae dentariae‘ von den Anfängen bis zur Gegenwart. In: Ders.: Beiträge zur Geschichte und Ethik der Zahnheilkunde, Würzburg 2006, S. 77-96, hier: S. 80-83.

2.3.2. Die Loslösung vom Gewerbe (II) – die „Dentistenfrage“ bzw. das Nichtapprobiertenproblem

Auf dem Weg zum Berufsmonopol stellte, wie bereits erwähnt, die in den Jahren 1869 bzw. 1872 verabschiedete Gewerbeordnung einen tiefen Einschnitt dar. Mit der ‚Kurierfreiheit‘, die es ermöglichte, „dass nunmehr auch alle rein chirurgischen Operationen des Zahnarztes wie das Zahnziehen, Plombieren etc., von einem Nichtarzte [...] vollzogen werden dürfen“,¹⁰⁷ wurde die gesetzliche Grundlage für das starke Aufkommen¹⁰⁸ nichtapprobierter Zahnbehandler geschaffen. Im Unterschied zu den Zahnärzten handelte es sich bei den ‚Zahnkünstlern‘,¹⁰⁹ wie sich die Zahnbehandler ohne Bestallung zunächst nannten, bis zum Ende des 19. Jahrhunderts um eine mit Blick auf die berufliche Herkunft sowie die fachliche Qualifikation überaus heterogene Berufsgruppe. Das Spektrum reichte dabei über einstige Barbieri oder Bader bis hin zu Angehörigen von Handwerksberufen aller Art, wie etwa Uhr- und Instrumentenmacher, Goldarbeiter oder Mechaniker. Für die handwerklich vorgebildeten, durch die Zahnärzteschaft in bewusster Abwertung auch als ‚Gebissarbeiter‘ bezeichneten „Zahnbehandler“ stand jedoch meist die zahntechnische bzw. prothetische Tätigkeit im Vordergrund. Ihnen gelang während der 1920er und 30er Jahre in berufspolitischer Hinsicht eine erfolgreiche Abspaltung von den Dentisten. Darüber hinaus wurde die Zahnheilkunde von Personen ausgeübt, die weder handwerkliche noch operative Vorkenntnisse vorzuweisen hatten und ihre Dienste häufig als Zahnbrecher, fahrende Gesellen oder Marktschreier anboten. Es bleibt demnach festzuhalten, dass die Nichtapprobiertenfrage deutlich an Brisanz gewann. Während jedoch die letztgenannte Gruppe im Zuge der Spezialisierung und Verwissenschaftlichung der Zahnheil-

¹⁰⁷ Eduard Mühlreiter (1871), zit. in: Groß: Zwischen Wissenschaft und Interessenpolitik, S. 31-63, hier: S. 42.

¹⁰⁸ Groß: Vom ‚Gebissarbeiter‘ zum ‚staatlich geprüften Dentisten‘, S. 99-125, hier: S. 104: Bereits 1890 kamen drei nichtapprobierte Zahnbehandler auf einen Zahnarzt.

¹⁰⁹ In der zeitgenössischen Literatur lassen sich neben dem Begriff ‚Zahnkünstler‘ auch Berufsbezeichnungen wie ‚Zahntechniker‘, der mit Blick auf den heutigen Sprachgebrauch jedoch irreführend ist, und ‚Dentist‘ finden. Letzterer hielt erst zu Beginn des 20. Jahrhunderts in die Behördensprache Einzug.

kunde zunehmend an Bedeutung verlor, gelang den Nichtapprobierten mit dem Dentistenstand die Herausbildung und Etablierung einer zweiten zahnbehandelnden Berufsgruppe.¹¹⁰

Nachfolgend sollen in diesem Kapitel die Entwicklung des Berufes der Zahnkünstler bzw. Dentisten sowie die Reaktionen von Seiten der Zahnärzteschaft in knappen Zügen nachgezeichnet werden. Daran anschließen wird sich eine pointierte Betrachtung der Gründe, warum diese in den Augen der Zahnärzte als ernstzunehmende Konkurrenz perzipiert wurden bzw. welche Faktoren dafür Sorge trugen, dass sie es tatsächlich waren.

Nach der Freigabe der Heilkunde schlossen sich die nichtapprobierten Zahnbehandler 1880 verhältnismäßig rasch zu einer ersten zentralen Organisation, dem ‚Verein deutscher Zahnkünstler (VdZ)‘, zusammen. Die Zielsetzung der Vereinigung erlaubt dabei Rückschlüsse auf das Selbstverständnis der darin organisierten Zahnkünstler. Ähnlich wie bei den Zahnärzten, strebte man neben der Förderung der wissenschaftlichen Entwicklung die Verbesserung der Ausbildungssituation an. Zudem stand die Mitgliedschaft ausschließlich „unbescholtenen“ Personen mit einem Mindestalter von 21 Jahren, ab 1889 nur noch Kollegen mit einer mindestens dreijährigen Tätigkeit offen. Auch sonst ließen die Nichtapprobierten ihren Worten bzw. Plänen Taten folgen. Neben der Herausgabe eines eigenen Presseorgans ergriffen die Zahnkünstler auch in der Ausbildungsfrage die Initiative. Die ab 1900 ins Leben gerufenen Ausbildungs- bzw. Fortbildungsstätten, wie das ‚Zahntechnische Lehr-Institut‘ in Berlin, waren dabei nicht zuletzt mit der Durchführung von Abschluss- bzw. Fachprüfungen, ab 1903 auf Basis einer eigenen Prüfungsordnung, betraut. Die Aufnahmebedingungen für die Berufsorganisation wurden mit dem Nachweis einer dreijährigen Ausbildungszeit oder einer erfolgreich abgelegten Aufnahmeprüfung entsprechend verschärft. Wenngleich die nichtapprobierten Zahnbehandler noch um die Jahrhundertwende in Bezug auf ihre Qualifikation eine durchaus heterogene

¹¹⁰ Groß: Vom ‚Gebissarbeiter‘ zum ‚staatlich geprüften Dentisten‘, S. 99-125, hier: S. 103f. und siehe Groß: Zwischen Wissenschaft und Interessenpolitik, S. 31-63, hier: S. 44f. Zur Entwicklung des Zahntechniker-Berufes siehe: Maretzky/Venter: Geschichte des deutschen Zahnärzte-Standes, S. 200-203.

Gruppierung darstellten, so ist das Bemühen um eine verstärkte innerberufliche Kontrolle und damit auch um eine allgemeine Aufwertung des Berufstandes offenkundig. Dies spiegelt sich auch in ihrer Haltung gegenüber der Zahnärzteschaft wider.¹¹¹

Nachdem sich abzeichnete, dass sich in Gestalt der durch einen hohen Organisationsgrad gekennzeichneten Zahnkünstler eine ernstzunehmende Konkurrenz herauszukristallisieren begann, waren diese zum Teil heftigen Angriffen von Seiten der Zahnärzte ausgesetzt. Einmal mehr war die Qualifikation Stein des Anstoßes. Versuche des Dentistenstandes, diesbezüglich Abhilfe zu schaffen, etwa durch das Erreichen einer staatlichen Anerkennung des Dentistenberufes, wurden jedoch ebenfalls kritisiert und zurückgewiesen, was ein ausgeprägtes „Sicherheitsbedürfnis“ erkennen lässt. Erklärtes Ziel der Zahnärzte war es, dass „bei Aufhebung der Gewerbefreiheit auf dem Gebiet der Zahnheilkunde diese Kategorie der Nichtapprobierten auf den Aussterbeetat gesetzt wird.“¹¹² Entsprechende, meist jedoch in ihrer Wirkung erfolglose Eingaben, Gesuche und Petitionen an die Adresse der Regierung bzw. des Reichstages folgten. Derartige Äußerungen offenbarten, ebenso wie die Art und Weise der Zurückweisung der durch die Vertretungsorgane der Nichtapprobierten angestrebten Annäherungs- bzw. Ausgleichsversuche, mit welcher Heftigkeit und Intensität die Schaffung eines Anbietermonopols in zahnmedizinischen Fragen verfolgt wurde. Exemplarisch hierfür kann eine Anfrage des ‚Vereins deutscher Zahnkünstler‘ im Jahre 1882 angeführt werden, die ein gemeinsames Vorgehen gegen das Presseunwesen zum Inhalt hatte. Dies trug dem Umstand Rechnung, dass sich einige Lehrlinge gegen hohe Gebühren in kürzester Zeit zu Zahnkünstlern „ausbilden“ ließen. Allerdings waren solche Kurzausbilder, sog. „Pressiers“, nicht nur unter den Nichtapprobierten anzutreffen. Ohne dem eigentlichen Missstand nähere Beachtung zu schenken, erteilte der ‚Centralverein deutscher Zahnärzte‘ eine deutliche Absage mit den Worten: „[...], so ist er [der Centralverein, H.R.] doch nicht in der Lage, mit den Herren selbstständigen Zahnkünstlern gemeinsame Schritte [...] zu tun, weil derselbe, ohne die Tüchtigkeit einzelner verkennen zu wollen, eine Gemeinsamkeit zwischen jenen und den Zahnärzten überhaupt

¹¹¹ Maretzky/ Venter: Geschichte des deutschen Zahnärzte-Standes, S. 81, 83 und 85 sowie Groß: Vom ‚Gebissarbeiter‘ zum ‚staatlich geprüften Dentisten‘, S. 99-125, hier: S. 104ff. und Strübig: Geschichte der Zahnheilkunde, S. 142.

¹¹² Georg Kirchner (1896), zit. in: Groß: Vom ‚Gebissarbeiter‘ zum ‚staatlich geprüften Dentisten‘, S. 99-125, hier: S. 111.

nicht aufzufinden vermag.“¹¹³ Die Möglichkeit der Schaffung eines „Einheitsstandes“ von Zahnbehandlern, wie sie von Dentisten, aber auch einer Minderheit aus dem Kreise der Zahnärzte in weiteren Initiativen vorgeschlagen wurde, wurde gänzlich in Abrede gestellt. Mit dem Aufkommen des Sozialversicherungssystems und der Zwischenschaltung der Krankenkassen in das Zahnbehandler-Patienten-Verhältnis erfuhr der Dualismus zwischen Dentisten und Zahnärzten eine deutliche Zuspitzung. Der Dissens über die Zulassung von Zahnkünstlern zur Kassenbehandlung überlagerte bisweilen sogar die für den Zahnarztstand de facto überlebens- und existenzsichernde Kassenzahnarztfrage. Doch dazu an gegebener Stelle mehr.¹¹⁴

In einem kurzen Abriss gilt es, die Faktoren zusammenzutragen, die in ihrer Summe für die Etablierung einer zweiten Berufsgruppe von Zahnbehandlern maßgeblich waren bzw. den mäßigen Erfolg der Ausgrenzungsstrategie des Centralvereins gegenüber den nicht-aprobierten Zahnbehandlern erklären.

Ein für die Herausbildung des Dentistenberufes nicht zu unterschätzendes Motiv lässt sich in der zahlenmäßigen Überlegenheit der nichtaprobieren Zahnbehandler finden. Das Argument, wonach gerade diese Berufsgruppe zur Deckung des zahnmedizinischen Bedarfes in der Bevölkerung unentbehrlich war und in der Praxis zudem das Gros der Zahnbehandlungen gewährleistete, konnte von Seiten der Zahnärzte, die in einzelnen Staaten in quantitativer Hinsicht kaum präsent waren und darüber hinaus überwiegend in städtischen Bereichen praktizierten,¹¹⁵ nicht entkräftet werden. Demnach stellte die Zahnbehandlung gerade in den ländlichen Regionen lange Zeit eine Domäne der Zahnkünstler dar. Damit einher ging die allgemeine Anerkennung dieser Berufsgruppe in weiten Bevölkerungskreisen, was letztlich auch darin begründet lag, dass viele Patienten zwi-

¹¹³ Auszug aus der Stellungnahme des CVdZ zur Initiative Louis Muecks, des Vorsitzenden des VdZ, zit. in: Groß: Vom ‚Gebissarbeiter‘ zum ‚staatlich geprüften Dentisten‘, S. 99-125, hier: S. 110.

¹¹⁴ Groß: Vom ‚Gebissarbeiter‘ zum ‚staatlich geprüften Dentisten‘, S. 99-125, hier: S. 107, 109ff.; Maretsky/ Venter: Geschichte des deutschen Zahnärzte-Standes, S. 85f. und siehe Groß, Dominik: Zwischen Anspruch und Wirklichkeit: Der Stellenwert zahnbehandelnder Maßnahmen in den Anfängen der Gesetzlichen Krankenversicherung (1883-1919). In: Ders.: Beiträge zur Geschichte und Ethik der Zahnheilkunde, Würzburg 2006, S. 129-148, hier: S. 137, 141.

¹¹⁵ Siehe Tabelle bei Groß: Vom ‚Gebissarbeiter‘ zum ‚staatlich geprüften Dentisten‘, S. 99-125, hier: S. 115: Im Jahre 1909 etwa standen 2667 Zahnärzten im Deutschen Reich, davon knapp 60, die ihrer Tätigkeit in ländlichen Regionen nachgingen, 7214 ‚Zahnkünstler‘ gegenüber.

schen approbierten und nichtapprobierten Zahnbehandlern nicht zu differenzieren wussten. Durch umstrittene Titelführungen, den käuflichen Erwerb ausländischer Doktordiplome sowie zum Teil massive Reklame war es den Nichtapprobierten oftmals möglich, den Unterschied zu den Zahnärzten zu verwischen. In Reaktion darauf erreichte die Kritik an der „Kurpfuscherei“ seitens der Zahnärzte in den 1870ern einen ersten Höhepunkt. Die sich dem ahnungslosen „Publikum“ als Zahnärzte vorstellenden Zahntechniker und mit hin die Führung unerlaubter Titel waren Kern der Kritik, waren sie doch „ganz dazu angetan, die Begriffe zu verwirren und indem die Zahnärzte und Techniker vielfach als einer Klasse angehörig beurteilt werden, dem Ansehen des Standes zu schaden.“¹¹⁶ In der forcierten Akademisierung erkannten die Zahnärzte daher ein probates Mittel, um dieser Gegebenheit entgegenzuwirken. Vor allem der 1919 errungene Dokortitel bot eine ideale Möglichkeit, sich von der nichtakademischen Konkurrenz abzugrenzen sowie der verunsicherten Klientel den bestehenden Ausbildungsunterschied sichtbar zu machen. Ein bitterer Beigeschmack jedoch blieb. Denn indem die Zahnärzteschaft die Akademisierung des Zahnarztberufes, die die Forderung nach einer entsprechenden Erhöhung der schulischen Vorbildung implizierte, verfolgte, führte sie in der Folge den Dentisten kontinuierlich Lehrlinge zu.¹¹⁷ Sie hatte demnach den Nachwuchsmangel bis zu einem gewissen Grade selbst zu vertreten.¹¹⁸

Der Etablierung des Dentistenstandes waren des Weiteren die im Vergleich zu den approbierten Zahnärzten deutlich niedrigeren Preise für die Durchführung ihrer Behandlungen zuträglich. Dies räumte den Dentisten in Verhandlungen mit den Krankenkassen eine bevorzugte Stellung ein, nicht zuletzt auch dank ihrer Kooperationsbereitschaft, während die Zahnärzte mittels Eingaben und Gerichtsprozessen die Kassenvorstände fortwährend in ihren Machtbefugnissen zu beschneiden suchten. Im Ergebnis verkörperten der Kostenfaktor als auch die quantitative Überlegenheit gewichtige Argumente in gesundheitspolitischer Hinsicht und trugen dafür Sorge, dass der berufliche Monopolanspruch der

¹¹⁶ Gustav Klare, amtierender Vorsitzender des CVdZ, anlässlich der Jahreshauptversammlung 1874, zit. in: Groß: Zwischen Wissenschaft und Interessenpolitik, S. 31-63, hier: S. 42f.

¹¹⁷ Auch die berufsinternen Gegner der Akademisierung des Zahnarztberufes führten nicht zuletzt dieses Argument ins Feld.

¹¹⁸ Groß: Vom ‚Gebissarbeiter‘ zum ‚staatlich geprüften Dentisten‘, S. 99-125, hier: S. 114-117; Groß: Titel ohne Wert?, S. 77-96, hier: S. 83; Groß: Zwischen Wissenschaft und Interessenpolitik, S. 31-63, hier: S. 43 und Tiemann/ Klingenberg/ Weber: System der zahnärztlichen Versorgung, S. 15.

zahnärztlichen Minorität auch staatlicherseits immer wieder zurückgewiesen wurde. Hierbei lässt sich etwa die Entscheidung des badischen Verwaltungsgerichtshofs aus dem Jahre 1899¹¹⁹ ins Feld führen, der sich darin, unter Gebrauch eben dieser Argumente, dezidiert für die Berücksichtigung der ‚Zahntechniker‘ zur Kassenbehandlung ansprach. Auch eine Entwicklung inhaltlicher Art, d.h. den eigentlichen Tätigkeitsbereich betreffend, kann zur Erklärung der Existenz bzw. Konsolidierung des Dentistenstandes beitragen. So unterstützte die organisatorische Abspaltung der Labortechniker von den behandelnden Zahnkünstlern, ein Differenzierungsprozess, der durch den Verband der Dentisten gezielt vorangetrieben wurde, eine Verlagerung des Berufsbildes der Dentisten hin zu einer patientenorientierten Tätigkeit. Der Abgrenzungsprozess vom Beruf des handwerklich ausgerichteten Laborzahntechnikers war angesichts der anhaltenden zahnärztlichen „Beschwörungen“, wonach der ärztliche und nicht der handwerkliche Aspekt in den Vordergrund der Zahnheilkunde zu stellen ist, berufspolitisch äußerst geschickt. In diesem Kontext ist zudem anzumerken, dass die diagnostischen und therapeutischen Fortschritte auf dem Gebiet der Zahnheilkunde keineswegs zur Gänze auf den Forschungsleistungen der Zahnärzteschaft basieren. Vielmehr nahmen ebenso auch Dentisten an der Weiterentwicklung der Behandlungsprinzipien Anteil und unterstrichen auf diese Weise die Existenzberechtigung ihres Berufstandes.¹²⁰

Ungeachtet der Anfeindungen zwischen den zahnbehandelnden Berufsgruppen kam es im Jahre 1920 auf Betreiben des preußischen Volkswohlfahrtsministeriums zu einer Übereinkunft,¹²¹ wobei die Dentisten jedoch am Ende die Unterschrift unter das Dokument verweigerten. Die im Abkommen festgehaltene Verpflichtung zur Bildung eines einheitlichen Standes blieb somit ein bloßes Lippenbekenntnis. Als einzig konkrete Auswirkung aus den Verhandlungen ging die Einführung einer staatlichen Zulassungsprüfung für Dentisten hervor, ein Umstand, der von Seiten der Dentisten als offizielle Anerkennung

¹¹⁹ Zur Begründung der Entscheidung des badischen Verwaltungsgerichtshofs aus dem Jahre 1899 siehe: Lang, Max T.: *Dentistische Rechtskunde*. Bd. 1, München 1930, S. 20. Darüber hinaus sei auf die Verhandlungen zur Reichsversicherungsordnung (Erlass 1911) verwiesen, bei der diese Punkte ebenso eine bedeutende Rolle spielten. Siehe dazu: Groß, Dominik: *Zwischen Anspruch und Wirklichkeit*, S. 129-148, hier: S. 136-139.

¹²⁰ Groß: *Vom ‚Gebissarbeiter‘ zum ‚staatlich geprüften Dentisten‘*, S. 99-125, hier: S. 117f. und Tiemann/ Klingenberg/ Weber: *System der zahnärztlichen Versorgung*, S. 15.

¹²¹ Siehe hierzu: II. und VI. aus dem Abkommen vom 28. September 1920, abgedruckt in: Marezky/ Venter: *Geschichte des deutschen Zahnärzte-Standes*, Anhang: *Dokumente zur Zahnarzt-Dentistenfrage*, Anlage 1, S. 283f., hier: S. 283.

ihres Berufsstandes gefeiert wurde. Die entscheidenden Anstöße zur Verständigung sollten erst nach Beendigung des Zweiten Weltkrieges durch die vornehmlich britischen Besatzungsbehörden kommen. So wurde unter anderem die Beseitigung der Kurierfreiheit als Voraussetzung für die Lösung der Zahnarzt-Dentisten-Frage festgeschrieben. Im Jahr 1948 schließlich einigten sich die Standesvertreter im sogenannten „Bonner Abkommen“ auf die Bedingungen zur Eingliederung der Dentisten in den zahnärztlichen Einheitsstand. Eine entsprechende rechtliche Fixierung erfolgte mit dem „Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde“ (ZHG), das in der 1. Legislaturperiode des Bundestages am 31. März 1952 verabschiedet wurde. Fortan hatte jeder, der Zahnheilkunde ausübte, eine Approbation, basierend auf einem wissenschaftlichen Studium, vorzuweisen. Den bis dato praktizierenden Dentisten wurde die Möglichkeit eingeräumt, über den Besuch eines 60-stündigen Fortbildungskurses zum Thema Mund- und Kieferkrankheiten sowie Arzneimittellehre den notwendigen Qualifikationsnachweis zum Erhalt der Bestallung zu erbringen. Für die bereits in der Ausbildung befindlichen Dentisten gab es je nach Ausbildungsstadium entsprechend abgestufte Regelungen. Aufgrund der Übergangsbestimmungen konnten nunmehr auch fortgebildete Dentisten die Berufsbezeichnung ‚Zahnarzt‘ annehmen. Der Dokortitel wurde (abermals) zum entscheidenden Distriktsmerkmal zwischen den akademisch und den handwerklich ausgebildeten Zahnärzten. Die Tatsache, dass erstere daher mehrheitlich die Promotion anstrebten, lässt den Schluss zu, dass der Dualismus zwar per Gesetz, jedoch noch nicht in den Köpfen vornehmlich der akademischen Zahnärzte¹²² zur Gänze beendet war. Ungeachtet dieser psychologischen Komponente wurde der Verschmelzung beider Berufsstände mit der Gründung des ‚Bundesverbandes der Deutschen Zahnärzte‘ (BDZ) im Jahre 1953 auch in organisatorischer Hinsicht Rechnung getragen. Die in der Folge auf Grundlage des ZHG erlassene Prüfungsordnung ermöglichte zudem in Form der Ausweitung und Vertiefung des Studiums für

¹²² Groß: Titel ohne Wert?, S. 77-96, hier: S. 84 und siehe: Schnelle, Hildegard: Berufsgruppenprobleme im Zahnarztberuf. In: Kaupen-Haas, Heidrun (Hrsg.): Soziologische Probleme medizinischer Berufe, Köln und Opladen 1968, S. 51-84, hier: S. 62f.: In einer soziologischen Untersuchung kam Hildegard Schnelle zu der Erkenntnis, dass zudem vor allem ältere akademische Zahnärzte in der Integration der Dentisten in den Zahnarztstand eine Beeinträchtigung ihrer sozialen Stellung sahen.

Zahnärzte auf medizinisch-wissenschaftlichem sowie technischem Gebiet eine Mängelbeseitigung in der beiderseitigen Berufsausbildung.¹²³

Der Anspruch der Zahnärzteschaft, als einziger Berufstand das Fachgebiet der Zahnmedizin zu repräsentieren, erfüllte sich mit Blick auf die Integration der Dentisten nur bedingt. Gleichwohl erreichte der Professionalisierungsprozess mit dem Zahnheilkundengesetz und der darin vorgenommenen grundlegenden berufsrechtlichen Neuordnung der Zahnmedizin einen, wenn nicht sogar den entscheidenden Höhepunkt. Erstmals wurde gesetzlich festgehalten, dass die Ausübung der Zahnheilkunde, die ein Hochschulstudium mit Approbation voraussetzte, ausschließlich Zahnärzten vorbehalten war. Die Beseitigung der Kurierfreiheit und die Herauslösung der zahnärztlichen Betätigung aus der Gewerbeordnung führen dabei zu einer klaren Definition über das Wesen des zahnärztlichen Berufes sowie den Begriff der Ausübung der Zahnheilkunde als einer „berufsmäßigen, auf zahnärztlich wissenschaftlichen Erkenntnissen gegründete Feststellung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten. [...]“.¹²⁴ Mit diesem Gesetz bestätigte die Bundesrepublik letztendlich eine Professionalisierung, die sich im europäischen Vergleich bisweilen um einige Jahrzehnte früher vollzogen hatte.¹²⁵

Abschließend sei daran erinnert, dass neben der nichtapprobierten bis in das 20. Jahrhundert hinein ebenso eine approbierte Konkurrenz Ärzte existierte. Sie kam aus der Ärzteschaft. Der zunehmende medizinische Differenzierungs- und Spezialisierungsprozess ließ das Interesse der Ärzte an einem zahnmedizinischen Einsatz jedoch allmählich schwinden. Insgesamt verlor die ärztliche Konkurrenz für die Spezialärzte auf dem Gebiet der Zahn- und Mundkrankheiten zwar bis zum Ende des Ersten Weltkrieges an Relevanz. Allerdings stellten sie vor allem mit Aufkommen des Krankenkassensystems eine ernste wirtschaftliche Bedrohung dar, worauf noch zurückzukommen sein wird.

¹²³ Groß: Vom ‚Gebissarbeiter‘ zum ‚staatlich geprüften Dentisten‘, S. 99-125, hier: S. 112ff., 118f. sowie Maretzky/ Venter: Geschichte des deutschen Zahnärzte-Standes, S. 259ff. und Tiemann/ Klingenberg/ Weber: System der zahnärztlichen Versorgung, S. 25.

¹²⁴ Passage aus dem ZHG von 1952, zit. in: Berger: 50 Jahre Zahnheilkundengesetz, S. 8f., hier: S. 9.

¹²⁵ Siehe Berger: 50 Jahre Zahnheilkundengesetz, S. 8f, hier: ebd. und Maretzky/ Venter: Geschichte des deutschen Zahnärzte-Standes, S. 256.

2.3.3. Die Anfänge der zahnärztlichen Selbstbestimmung und -verwaltung und ihre Institutionalisierung

Unabhängig davon, dass trotz der im Zahnheilkundengesetz fixierten Loslösung des Zahnarztberufes vom Gewerbe keine explizite Zuordnung zu den „Freien Berufen“ vorgenommen wurde, ist davon auszugehen, dass es sich auch bei der zahnärztlichen Tätigkeit „ihrer Natur nach“ um einen solchen handelt. Die Zuschreibung der Eigenschaft „frei“ weist darauf hin, dass grundsätzlich die Freiheit ärztlichen Handelns gewährleistet werden muss. Sie nimmt dabei Bezug auf zwei wesentliche Kriterien dieses Berufstypus: die Eigenverantwortlichkeit sowie die Unabhängigkeit. Dies bedeutet, dass die entsprechenden Berufe nicht mehr unter unmittelbarer, sondern lediglich unter mittelbarer staatlicher Kontrolle stehen.¹²⁶

In zahnärztlicher Hinsicht waren es vor allem die Verbandsgründungen, die auf verschiedene Art und Weise als „organisatorisches Vehikel“ auf den Professionalisierungsprozess und dabei auch auf die Herausbildung der o. g. Faktoren Einfluss nahmen. Neben dem erwähnten (selbstinitiierten) Beitrag, vor allem des Centralvereins als der ersten überregionalen zahnärztlichen Berufsorganisation nebst eigenem Publikationsorgan,¹²⁷ zur wissenschaftlichen Entwicklung der Zahnheilkunde kann in diesem Kontext auch die Aufstellung eines Berufskodex' Erwähnung finden. So wurden bereits auf der Jahrestagung 1869 „marktschreierische Anzeigen“ in Zeitungen auf das Schärfste kritisiert, da sie nach Ansicht der Vereinsführung die Ehre des Vereins und des Berufsstandes verletzten sowie dem Begriff des Anstandes nicht gerecht würden. Bei Missachtung dieses Gebotes drohte, gemäß § 14 der Vereinsstatuten, der Ausschluss der betreffenden Person inklusive öffentlicher Bekanntgabe. Nach einer Satzungsänderung aus dem Jahre 1880 konnte zudem nur noch ordentliches Mitglied werden, „wer an einer deutschen Universität als Arzt oder Zahnarzt“ approbiert wurde und „von anerkannt wissenschaftlichem Streben und unzweifelhafter Ehrenhaftigkeit“¹²⁸ war. Entsprechende Regelungen dienten dabei nicht nur der Sicherung der Behandlungsqualität bzw. allgemein dem Vorgehen gegen „schwarze

¹²⁶ Siehe Berger: 50 Jahre Zahnheilkundengesetz, S. 8f., hier: S. 9.

¹²⁷ Neben der Aufgabe, Zeugnis über das zunehmende wissenschaftliche Niveau der deutschen Zahnheilkunde abzulegen, war das Vereinsblatt nicht zuletzt auch ein Agitationsforum für standespolitische Fragen.

¹²⁸ Zit. in: Groß: Zwischen Wissenschaft und Interessenpolitik, S. 31-63, hier: S. 35.

Schafe“ in den eigenen Reihen, sondern sie stellten ebenso Identifikationsmittel dar, waren ein Symbol der Zugehörigkeit und damit zugleich auch Symbol der Abgrenzung. Sie sollten in den später durch die (Zahnärzte-)Kammern erlassenen Standes- bzw. Berufsordnungen ihren Niederschlag finden.¹²⁹

Diese ersten Ansätze in puncto eigenverantwortlichem Handeln dokumentieren das aufkommende Bewusstsein für die Notwendigkeit der Selbstregulierung berufsinterner Angelegenheiten, eine Erkenntnis, die mit zunehmender Unzufriedenheit bezüglich des staatlichen Vorgehens berufspolitisch an Stellenwert gewann.

Die zahnärztliche Haltung gegenüber dem Gesetzgeber war prinzipiell von einer gewissen Ambivalenz gekennzeichnet. Im Rahmen der Bemühungen um die Akademisierung bzw. die Anerkennung der Zahnarztstätigkeit als einen selbstständigen Beruf strebte man von Seiten der Zahnmediziner in der Konsequenz geradezu staatliche Regelungs- und Normierungsmechanismen an. Allerdings erzeugten nicht wenige Entscheidungen der Staatsvertretung bzw. die fehlende Bereitschaft zu denselben, gerade in der Ausbildungs- sowie der Nichtapprobiertenfrage,¹³⁰ bei der Zahnärzteschaft Missfallen und Enttäuschung. Wie entmutigend, ja frustrierend die Erfahrungen mit den zuständigen Behörden waren, spiegeln die nachfolgend exemplarisch dargelegten Äußerungen aus dem Kreis der Zahnärzte wider:

„Für jede andere Disziplin, in welcher ein Staatsexamen abzulegen ist, bietet der Staat an seinen Hochschulen die Möglichkeit, sich ganz und voll unterrichten zu können, nur die Zahnheilkunde scheint ein Stiefkind zu sein.“¹³¹ „Da das Bedürfnis einer Reform in der zahnärztlichen Bildung allgemein anerkannt ist, der Staat aber hierfür keine Mittel bewilligte, so sei beschlossen, dass die Zahnärzte die Lösung der Frage selbst in die Hand nehmen sollen [...]“.¹³²

¹²⁹ Groß: Zwischen Wissenschaft und Interessenpolitik, S. 31-63, hier: S. 31, 33, 35.

¹³⁰ Allerdings ist die Konsolidierung der dentistischen Berufsgruppe, wie vorangehend erläutert, nicht ausschließlich auf Versäumnisse des Gesetzgebers zurückzuführen.

¹³¹ Zit. in: Groß: Zwischen Wissenschaft und Interessenpolitik, S. 31-63, hier: S. 52.

¹³² Georg von Langsdorff: Bericht über die 17. Jahresversammlung, in: Dt. Vjschr. Zahnheilk. 18/1878, hier: S. 412.

Festzuhalten bleibt, dass der organisatorische Zusammenschluss der approbierten Zahnärzte eine im Ergebnis effektive Interessenartikulation und -vertretung sicherte. Dabei ist es wohl der Ironie der Dinge zuzuschreiben, dass gerade die staatlicherseits verordnete Kurierfreiheit und mit ihr das verstärkte Aufkommen von Konkurrenz ein höheres Organisationsbewusstsein der Zahnärzteschaft sowie eine deutlichere Interessenartikulation in der politischen Öffentlichkeit nach sich zog. Entsprechend dieser Entwicklung entschloss man sich im Jahre 1891 zur Schaffung eines die regionalen Vereinigungen im Deutschen Reich umfassenden ‚Vereinsbundes Deutscher Zahnärzte‘ (VbDZ),¹³³ letztlich in der Erwartung, damit fortan die Schlagkraft der zahnärztlichen Vertretungskörperschaften vor allem in standespolitischen Belangen, d.h. bezüglich Maßnahmen gegen nichtapprobierte Zahnbehandler bzw. die Kurpfuscherei sowie in der Ausbildungs- und zunehmend auch in der Krankenkassenfrage zu erhöhen. Der Central-Verein hingegen sollte sich künftig vornehmlich der Förderung der Wissenschaft und Kollegialität widmen.¹³⁴

Diese „organisatorische Aufbruchsstimmung“ der Zahnärzte fiel dabei auf fruchtbaren Boden. Sie traf zudem in eine Zeit des öffentlichen Umdenkens in verbandspolitischer Hinsicht. Die organisierte Willensbildung und Interessenvertretung gesellschaftlicher Gruppierungen gewann im Zuge des Auflösungsprozesses der alten Ständegesellschaft an Stellenwert. Deutschland beschritt dabei jedoch in Form des gegenseitigen Durchdringens von staatlicher Verwaltung und gesellschaftlichen Einrichtungen einmal mehr einen Sonderweg. Nach Ansicht von Georg Wilhelm Friedrich Hegel, des preußischen Staatsphilosophen, bedurfte eine sich stetig differenzierende Gesellschaft zum Zwecke des Zusammenhalts eines Systems der Korporationen.¹³⁵ Deren genuine Eigenschaften, demnach die Verankerung in der neuen bürgerlichen Gesellschaft im Zusammenwirken mit den ihnen

¹³³ Siehe Groß: Gebissarbeiter, S. 103: 1901 gehörten dem VbDZ bereits 32 zahnärztliche Vereinigungen an, wobei die hohe Zahl der assoziierten Vereine den zahlreichen Neugründungen in der letzten Dekade des 19. Jahrhunderts Rechnung trägt. Insgesamt gelang der deutschen Zahnärzteschaft eine Steigerung des Organisationsgrades von rund 30 Prozent im Jahre 1888 auf 64 Prozent im Jahr 1906.

¹³⁴ Groß: Zwischen Wissenschaft und Interessenpolitik, S. 31-63, hier: S. 31, 38f., 46. und Ders.: Vom ‚Gebissarbeiter‘ zum ‚staatlich geprüften Dentisten‘, S. 99-125, hier: S. 100f.

¹³⁵ Vgl. G. W. F. Hegel, Grundlinien der Philosophie des Rechts, §§ 250-256, in: Theorie-Werkausgabe Band 7, Frankfurt/Main 1970, 393 -398.

übertragenen staatlichen und berufsständischen Merkmalen, prädestinierten diese Organisationsformen für die Aufgabe einer gesellschaftlichen Vermittlungsinstanz. Es war die Geburtsstunde der Kammern als öffentliche Verbände, die, gekennzeichnet durch hoheitliche Befugnisse und Zwangsmitgliedschaft, eine staatlich verliehene Autonomie berufsständischer Organisationen ermöglichten.¹³⁶

Diesbezügliche Forderungen der deutschen Zahnärzteschaft zeitigten jedoch lange Zeit keine greifbaren Erfolge. Die erste staatlich anerkannte Körperschaft in Form einer (Berufs-) Kammer wurde schließlich 1906 in Baden – knapp 40 Jahre nach der Gründung der ersten Ärztekammer –, gefolgt von Preußen im Jahre 1912, ins Leben gerufen. Sie diente dem Schutz der Freiheit der Berufsausübung gegen berufsfremde Eingriffe im Rahmen von Gesetzgebung, Verwaltung und Gerichtsbarkeit sowie der Regulierung in Fragen der gegenseitigen Konkurrenz und räumte den Zahnärzten ein, wenn auch zunächst zum Teil stark eingeschränktes Disziplinarrecht ein. Darüber hinaus garantierten die Kammern der zahnärztlichen Berufsgruppe über das ihnen zugestandene Recht der Antragsstellung bei Ministerien eine Mitwirkung bei der Ausgestaltung des öffentlichen Gesundheitswesens, wobei gleichzeitig die Gefahr, zu einer Art Hilfsorganisation der staatlichen Gesundheitspolitik zu „avancieren“, nicht von der Hand zu weisen war. Die Einrichtung von Kammern war staatlicherseits aber auch in anderer Hinsicht erstrebenswert, bestand doch die Möglichkeit professionsspezifische Regulierungsfunktionen, die bisweilen durchaus Konfliktpotential entfalteten, auf Institutionen der mittelbaren Staatsverwaltung sowie genossenschaftlichen Selbstverwaltung zu übertragen. Die Kammer ist demnach als institutionelle Brücke zwischen den berufspolitischen Belangen der Zahnärzteschaft und den Interessen der Ministerien zu verstehen. Die Anwesenheit von Regierungsvertretern bei Vorstandssitzungen etwa trug dazu bei, die Behörden für die Interessen der Zahnärzteschaft zu sensibilisieren.¹³⁷

Darüber hinaus lässt die in den Kammern angelegte berufsinterne Fachaufsicht erkennen, dass sich im Zuge der Verwissenschaftlichung der Zahnheilkunde mit angeschlossener

¹³⁶ Tiemann/ Klingenberger/ Weber: System der zahnärztlichen Versorgung, S. 16f.

¹³⁷ Tiemann/ Klingenberger/ Weber: System der zahnärztlichen Versorgung, S. 17f.; Maretzky/ Venter: Geschichte des deutschen Zahnärzte-Standes, S. 124f.; Groß: Vom ‚Gebissarbeiter‘ zum ‚staatlich geprüften Dentisten‘, S. 99-125, hier: S. 102 und Berger: 50 Jahre Zahnheilkundengesetz, hier S. 8f.

Akademisierung sowie mit der Etablierung des Kassenzahnarztsystems, auf die noch einzugehen sein wird, allmählich eine Definitionshoheit herausbildete bzw. durchsetzte. Sowohl über die inhaltliche Ausgestaltung der Ausbildung bzw. die notwendigen Anforderungen zur Befähigung eines Zahnarztes, als auch darüber, was als eine zu behandelnde (Zahn-)Krankheit anzusehen ist und welche Maßnahmen zu ergreifen sind, vermochten nur die Experten auf diesem (Fach-)Gebiet hinreichend zu befinden.

In der Forderung nach Einrichtung einer Zahnärztekammer vereinte sich im Ergebnis das Bedürfnis nach einer staatlichen Legitimierung bzw. Anerkennung der zahnärztlichen Berufsausübung sowie einer Zusammenführung des eigenen Berufsstandes mit der Skepsis gegenüber einer Steuerung durch staatliche Institutionen und dem daraus resultierenden Verlangen nach Selbstregulierung. Während die Suche nach öffentlich-rechtlicher Anerkennung ihren Ursprung unter anderem auch in den durchaus vorhandenen Minderwertigkeitsgefühlen mit Blick auf den politisch arrivierten Ärztestand hatte, war das Misstrauen, wie bereits angedeutet, aus der über Jahrzehnte hinweg erfahrenen Indifferenz politischer Organe gegenüber den als „Rechtsnot“ empfundenen Regelungsdefiziten in den Bereichen Kurierfreiheit und Dualismus zwischen Zahnärzten und Dentisten erwachsen.

Parallel zum Prozess der „Verkammerung“ in der zahnärztlichen Standesvertretung sind Verbandsgründungen mit wirtschaftlichem Hintergrund zu beobachten, eine Entwicklung, die von der zunehmenden Relevanz dieses Themenfeldes für die deutsche Zahnärzteschaft zeugt. Die ökonomische Interessenartikulation findet schließlich ihren Höhepunkt in der Konstituierung der ‚Kassenzahnärztlichen Vereinigung Deutschlands‘ (KZVD) 1932/33, die fortan das „monetäre Pendant“ zum eher berufsständisch bzw. -ethisch ausgerichteten Kammerwesen bildet. Deren Bedeutung wird im Einzelnen im Anschlusskapitel zu veranschaulichen sein.

2.4. Die Inkorporierung der Zahnärzteschaft in das System der sozialstaatlichen Versorgung

Den nachfolgenden Ausführungen liegt die Intention zugrunde, die für die zahnärztliche Professionalisierung nicht zu unterschätzende Einordnung des Zahnarztstandes in das

System der staatlichen Krankenversicherung nachzuvollziehen. Wie gelang es den Vertretungskörperschaften der Zahnärzteschaft das auf fachlicher Ebene anvisierte und schließlich auch erreichte Monopol im Bereich der Zahnmedizin auch ökonomisch durchsetzen bzw. geltend zu machen? Die sog. Kassenzahnarztfrage beinhaltet dabei nicht nur die Sicherung von bzw. die Etablierung der zahnärztlichen Dienstleistung in ausgedehnten Märkten. An dieser Frage zeigt sich zugleich die Fortsetzung in puncto Selbstbestimmung bzw. Regelungskompetenz und staatlicherseits sanktionierter (allerdings auch beschränkter) Autonomie. Begonnen wird mit einer knappen Hinführung zum Sachverhalt.

2.4.1. Die Perzeption des aufkommenden Krankenkassensystems durch die Zahnärzteschaft und die Abhängigkeit von den Kassenärzten

Die in den 80er Jahren des 19. Jahrhunderts erfolgte Etablierung eines Systems der sozialen Sicherung auf dem Gebiet des damaligen Deutschen Reiches prägte nicht nur die Strukturprinzipien des deutschen Gesundheitswesens in entscheidender Weise. Sie hatte darüber hinaus fundamentale Auswirkungen auf die Existenzsicherung des Zahnarztstandes. Die Einführung der Gesetzlichen Krankenversicherung (KVG) am 15. Juni 1883 war elementarer Bestandteil der von Seiten des Reichskanzlers Otto von Bismarck initiierten Umsetzung eines Versicherungsschutzes gegen die elementaren Lebensrisiken Krankheit, Invalidität, Alter und Arbeitsunfall. Das hinter diesem Maßnahmenplan stehende Kalkül Bismarcks, nämlich die gesellschaftliche Integration der sich im industriellen Zeitalter in einem steten Wachstum befindlichen Gruppe der Industriearbeiter – das KVG verfügte zunächst den Versicherungszwang für alle Arbeiter in Industrie und Gewerbe mit einem Jahreseinkommen unter 2000 Mark – bei gleichzeitigem Zurückdrängen der Sozialdemokratie bzw. deren Ausschaltung als ernstzunehmenden politischen Faktor verweisen auf ein autoritäres Staatsverständnis, das sich nicht zuletzt in der Struktur der Leistungserbringung niederschlug. Die Kassen wurden demnach per Gesetz von 1883 zur Gewährung von freier ärztlicher Hilfe und Arznei „in natura“ verpflichtet, nicht jedoch zur Erstattung von Arzthonoraren und sonstiger Krankheitskosten. Unter anderem auch bedingt durch die Tatsache, dass man dem Patienten staatlicherseits einen verantwortungsvollen Umgang mit Geld nicht zugestand, erfuhr das direkte Arzt-Patienten-Verhältnis eine Erweiterung bzw. Umgestaltung in Form eines dreiseitigen Austauschvertrages zwischen Arzt,

Patient/Mitglied und Krankenkasse, wobei eine Präzisierung dieser Konstellation gesetzlich nicht erfolgte. Der den Kassen zugeschriebene Status einer juristischen Person öffentlichen Rechts ermöglichte im Ergebnis eine Überlegenheit gegenüber den als Privatpersonen und in überwiegender Mehrheit freiberuflich agierenden Zahnärzten. Diese Abhängigkeit der Ärzte von den Kassen blieb erwartungsgemäß nicht ohne Reibungen im System vertragsärztlicher Versorgung.¹³⁸

Zunächst galt es jedoch eine Hürde zu überwinden, die quasi als *conditio sine qua non* zur Lösung der Kassenzahnarztfrage zu werten ist. Denn das erwähnte Krankenversicherungsgesetz von 1883 rechnete Zahnbehandlungen nicht zu den kassenpflichtigen Leistungen. Stattdessen oblag den zuständigen Ärzten im Einzelfall die Entscheidung darüber, ob ein Patient in Bezug auf seine Zähne einen Therapiebedarf aufwies und wen er zur Behandlung der Zahnkrankheiten bestellte. Bedingt auch durch die den Ärzten explizit eingeräumte Möglichkeit, derartige Behandlungen in Eigenregie durchzuführen, nahm der Einsatz der Zahnärzte als Kassenbehandler in den ersten Jahren nach Verabschiedung des KVG einen äußerst geringen Stellenwert ein. Die Abhängigkeit der Zahnärzte bestand demnach zunächst viel eher gegenüber den Kassenärzten und ihrer „Definitionshoheit“. Erschwerend kam hinzu, dass die Bedeutung des Krankenkassenwesens für die Entwicklung der zahnärztlichen Profession nahezu bis zur Jahrhundertwende von den Zahnärzten selbst bzw. ihren Standesorganisationen verkannt oder aber unterschätzt wurde. Dafür spricht, dass der Centralverein erst im Jahre 1888 die „Stellung der Zahnärzte zu den Ortskrankenkassen“ auf die Agenda setzte, dabei jedoch zu dem Schluss gelangte, „dass in dieser Angelegenheit von Seiten des Central-Vereins nichts getan werden kann.“¹³⁹ Darüber hinaus setzte sich noch 1898 der Vereinsbundvorsitzende Kirchner für eine beschränkte Anerkennung von (Zahn-)Füllungsleistungen ein. Ihm zufolge sollten diese durch die Kassen nur in solchen Fällen honoriert werden, in denen eine Nichtbehandlung den Patienten bei der Ausübung seiner beruflichen Tätigkeit beeinträchtigte.¹⁴⁰

¹³⁸ Tiemann/ Klingenberg/ Weber: System der zahnärztlichen Versorgung, S. 18f. und Groß: Zwischen Anspruch und Wirklichkeit, S. 129-148, hier: S. 129.

¹³⁹ Zit. in: Groß: Zwischen Anspruch und Wirklichkeit, S. 129-148, hier: S. 130.

¹⁴⁰ Groß: Zwischen Anspruch und Wirklichkeit, S. 129-148, hier: S. 129f., 133 und Tiemann/ Klingenberg/ Weber: System der zahnärztlichen Versorgung, S. 19.

Auf der anderen Seite gab es Stimmen, die den Ernst der Lage erfassten, die Festanstellung von Kassenzahnärzten propagierten, die Begutachtung zahnmedizinischer Leistungen ausschließlich durch Zahnärzte forderten und vor Alleingängen einzelner Zahnärzte auf Kosten der Gesamtheit warnten. Hintergrund hierbei war das vermehrt auftretende Phänomen, dass sich Zahnärzte mit dem Ziel eines Vertragsabschlusses bei den Kassen gegenseitig unterboten. Generell waren die (Arbeits-)Verhältnisse der Zahnärzte regional von großen Unterschieden gekennzeichnet. Die fehlende Ausformulierung eines Anspruches auf zahnärztliche Behandlungen im bestehenden KVG begünstigte ein Gros an abweichenden Auslegungen über den Stellenwert zahnärztlicher Versorgungsleistungen. Aufgrund dessen gab es Krankenkassen, die die Anstellung von approbierten Zahnärzten ablehnten, während andere lediglich chirurgische Maßnahmen übernahmen oder sich in Einzelfällen sogar zu weitergehenden Verhandlungen bereit erklärten. Ähnlich uneinheitlich gestaltete sich die Rechtsprechung in den einzelnen Bundesstaaten des Kaiserreiches, wobei sich jene Gerichtsurteile häuften, die Zahnfüllungen zur Kassenleistung erklärten. Die Tür zur Behandlung von Kassenpatienten begann sich damit vorsichtig zu öffnen, wenngleich sich dieser Spalt in den Augen des Zahnarztstandes wieder zu schließen drohte. Denn in der Praxis bevorzugten die Kassen, die sich gegenüber den nach ihrem Ermessen kostenintensiven zahnmedizinischen Behandlungen ihrer Mitglieder restriktiv verhielten, die zu erheblich günstigeren Preisen behandelnden Zahnkünstler bzw. Dentisten. Gerade den zunehmenden Anstellungen dieser Berufsgruppe durch die Kassen war es jedoch, so Dominik Groß, zu verdanken, dass sich die Aufmerksamkeit der Zahnärzte verstärkt auf die Kassenfrage richtete. Seinen Analysen zufolge war es der Schulterschluss zwischen Zahntechnikern und Kassenvorständen, der zur „Triebfeder der zahnärztlichen Politik in der Kassenfrage“¹⁴¹ wurde, und nicht wie es die steigenden Versicherungszahlen vermuten lassen, die Hoffnung auf einen zunehmenden Bedarf an Kassenzahnärzten.¹⁴²

Indizien für die angedeutete zeitweilige Überlagerung des Kassenproblems, durch das Nichtapprobiertenproblem, lassen sich mit Blick auf die Verabschiedung einer neuen

¹⁴¹ Groß: Zwischen Anspruch und Wirklichkeit, S. 129-148, hier: S. 134.

¹⁴² Siehe Groß: Zwischen Anspruch und Wirklichkeit, S. 129-148, hier: S. 130-134 und Tiemann/ Klingenberger/ Weber: System der zahnärztlichen Versorgung, S. 19.

Reichsversicherungsordnung (RVO) im Jahre 1911 finden, in dessen Vorfeld einer Nichtzulassung der Zahntechniker zur Kassenbehandlung von Seiten der organisierten Zahnärzteschaft oberste Priorität eingeräumt wurde. Die initiierten Protestveranstaltungen sowie die bislang gängige Petitionspolitik zeitigten doch auch diesmal nicht die gewünschten Erfolge. Zwar wurde im Zuge der Neuregelung des Krankenversicherungsgesetzes, das zum 1. Januar 1914 in Kraft trat, die führende Rolle der deutschen Zahnärzte als Zahnbehandler der Kassen gesetzlich festgeschrieben, allerdings räumte die RVO in § 123 expressis verbis die Möglichkeit der Behandlung durch Nichtapprobierte „bei Zahnkrankheiten mit Ausschluss von Mund- und Kieferkrankheiten [...]“ und unter „Zustimmung des Versicherten“¹⁴³ ein. In der Praxis blieb die Anstellung von Zahnkünstlern, die sich ab 1908 offiziell ‚Dentisten‘ nannten, entgegen der Absicht des Gesetzgebers, der Regel- statt der Ausnahmefall. Auch die vorbehaltliche Zustimmung der Versicherten war nahezu ohne Relevanz, da, wie bereits ausgeführt, weiten Bevölkerungskreisen der Unterschied zwischen den beiden Berufsgruppen schlichtweg nicht bekannt war. An dieser Stelle sei daran erinnert, dass neben den Dentisten, die die Integration in den öffentlichen Gesundheitsdienst nunmehr erreicht hatten, die Ärzte noch immer zur Behandlung von Zahnkrankheiten berechtigt waren. Entgegen entsprechend lautender Verfügungen des zuständigen Ministeriums wurde auf Seiten der Ärzteschaft auf die Behandlung durch die hierauf spezialisierten Zahnärzte verwiesen; die Begutachtung in zahnärztlichen Angelegenheiten wurde durchführende Ärzte abgelehnt. Aufgrund der zunehmenden Spezialisierung kam der Zahnbehandlung durch Ärzte, wie bereits angeführt, ein immer geringerer Stellenwert zu.¹⁴⁴

Erwartungsgemäß zeigten sich die Zahnärzte mit den bestehenden gesetzlichen Regelungen, die keineswegs die Grundlage für die Entfaltung befriedigender Beziehungen zu den Krankenkassen legten, äußerst unzufrieden. Denn trotz der neuen Sozialgesetzgebung stand es den Kassenvorständen noch immer frei, wie viele bzw. welche Zahnärzte sie zur Behandlung zuließen. Auch die Frage nach der Indikation und Kostenübernahme von Zahnfüllungen blieb strittig, wenngleich die nahezu drei Jahrzehnte währende Diskussion

¹⁴³ §§ 122 und 123 der RVO, abgedruckt bei: Marezky/ Venter: Geschichte des deutschen Zahnärzte-Standes, S. 162f.

¹⁴⁴ Siehe Groß: Zwischen Anspruch und Wirklichkeit, S. 129-148, hier: S. 136-141 und Tiemann/ Klingenberger/ Weber: System der zahnärztlichen Versorgung, S. 19f.

um die Notwendigkeit von Füllungsmaßnahmen durch eine Entscheidung des Reichsversicherungsamtes im Jahre 1917 beendet wurde. Dieses folgte dem zahnärztlichen Standpunkt indem es feststellte, dass Karies eine Krankheit im Sinne der RVO darstellte und somit in den Leistungskatalog der Kassen aufzunehmen ist. Neben diesem berufspolitischen Erfolg lässt sich an der Reaktion der Zahnärzte auf die direkte Einflussnahme der Kassen auf deren Arbeitsbedingungen und den faktischen Verlust an Unabhängigkeit, denn die vorrangig freiberufliche Tätigkeit wurde in vertragliche Beziehungen eingebunden, ein mittelbarer professionspolitischer Effekt ableiten – eine erhöhte Organisationsbereitschaft. Bis zum Beginn des 1. Weltkrieges ist hierbei vor allem der ‚Wirtschaftliche Verband Deutscher Zahnärzte‘ (WVdZ) zu nennen, der zum Zwecke einer wirksameren Vertretung der zahnärztlichen Interessen in der Kassenfrage 1909 ins Leben gerufen wurde. Erklärtes Ziel war es, die Behandlung von Kassenpatienten durch Zahnärzte auf der Basis von Kollektivverträgen zwischen den Krankenkassen und dem Wirtschaftlichen Verband zu ermöglichen. Der WVdZ operierte damit letztlich als ein Vorgänger der späteren kassenzahnärztlichen Vereinigungen. Die einstmals mit Verkündigung der Kurierfreiheit von den Nichtapprobierten, nunmehr von den Krankenkassen ausgehende kollektiv empfundene Bedrohung begünstigte demnach die Herausbildung eines geschlossenen Auftretens einer organisierten Zahnärzteschaft.¹⁴⁵

2.4.2. Die Kassenzahnarztfrage – Erschließung ausgedehnter Märkte

Warum konnten sich die Zahnärzte erst relativ spät, gerade auch im Vergleich zu den Ärzten, als Kassenbehandler etablieren? Zum einen ist hierbei die Konkurrenzsituation mit den quantitativ übermächtigen Zahntechnikern bzw. Dentisten anzuführen, die in einer Art Dopplungseffekt speziell in den unmittelbaren Folgejahren nach Einführung des Krankenversicherungsgesetzes den Blick auf die fundamentale Kassenfrage verstellte. Gleichzeitig sorgte sie aufgrund der zahnärztlichen Konzentration auf die Ausschaltung des beruflichen Gegenparts für die diametral entgegenstehende Wirkung. Auf der anderen Seite standen organisatorische Defizite im Hinblick auf einen schlagfertigen wirtschaftlichen Verband, der den deutschen Zahnärzten in Gestalt des WVdZ erst knapp ein Jahrzehnt

¹⁴⁵ Groß: Zwischen Anspruch und Wirklichkeit, S. 129-148, hier: S. 137, 140-144 und Tiemann/ Klingenberger/ Weber: System der zahnärztlichen Versorgung, S. 19.

nach dem ärztlichen Äquivalent, dem ‚Hartmannbund‘, zur Verfügung stand. Auch das anvisierte Kollektivvertragssystem, das die Ärztevertretung im Berliner Abkommen von 1913 durchzusetzen vermochte, nahm beim Zahnärztestand erst in den 1920er Jahren seinen Anfang. Zwischen den Spitzenverbänden der Kassen und dem WVdZ wurden 1921/22 erste übergreifende Vereinbarungen zur Anstellung und Vergütung von Kassenzahnärzten getroffen, die von wenigen Änderungen und Ergänzungen abgesehen, bis zur „Vertragsordnung für Kassenzahnärzte und Kassendentisten“ im Jahre 1935 Gültigkeit besaßen. In Ermangelung einer gesetzlich festgeschriebenen freien Zahnarztwahl lagen Auswahl und Verpflichtung von Zahnärzten jedoch weiterhin im Ermessen der örtlichen Krankenkasse. Überhaupt hatte der Gesetzgeber für den Abschluss der Verträge zwischen Zahnärzten und Kassen lediglich eine formale Bedingung, nämlich die Schriftform, vorgegeben. Die inhaltliche Ausgestaltung der Vereinbarung erfolgte demnach auf rein privatrechtlicher Ebene, ein Defizit, das dazu führte, dass die zahnärztliche Abhängigkeit gegenüber den Kassen bisweilen ausbeuterische Züge annahm. So wurde den Kassen etwa trotz der Aufnahme eines Grundgebührenkataloges für die zahnärztlichen Leistungen in die zentralen Abkommen sowie dessen Verankerung als Teil IV in der „Preußischen Gebührenordnung“ (Preugo) das Recht auf abweichende Regelungen, die von der Zahnärzteschaft meist zugestanden werden mussten, eingeräumt. Die Schaffung einer für die Krankenkassen verbindliche Gebührenordnung blieb damit im Gesamtbild gesehen zunächst aus, die Preise wurden weitestgehend von den Kassen diktiert.¹⁴⁶

Anhand einer knappen Betrachtung der Eigeneinrichtungen bzw. Kassenzahnkliniken, die die Kassen als im Ergebnis effektives Mittel zur Untergrabung der freien Zahnarztwahl gebrauchten, soll die berufliche Lage der Zahnärzte eingehender beleuchtet werden. Grundlage der sog. ‚Ambulatorien für die zahnärztliche Versorgung der Versicherten‘, die in den 1920ern eine geradezu inflationäre Vermehrung erfuhren, war das KVG von 1883. Den Krankenkassen wurde darin freigestellt, wie sie ihrer gesetzlichen Verpflichtung zur Gewährung von ärztlichen Behandlungen nachkamen, was die Möglichkeit der Leistungserbringung durch eigene Einrichtungen eröffnete. In den Bewertungen des Phänomens der Kassenzahnkliniken „als eine Gefahr für die wirtschaftliche Existenz“¹⁴⁷ durch die

¹⁴⁶ Groß: Zwischen Anspruch und Wirklichkeit, S. 129-148, hier: S. 144; Tiemann/ Klingenberger/ Weber: System der zahnärztlichen Versorgung, S. 19f. und Maretzky/ Venter: Geschichte des deutschen Zahnärzte-Standes, S. 170ff.

¹⁴⁷ Hesse-Döbeln (1921), zit. in: Maretzky/ Venter: Geschichte des deutschen Zahnärzte-Standes, S. 176.

Zahnärzteschaft werden die Auswirkungen ersichtlich. Die Einführung des sog. Klinikzwangs,¹⁴⁸ wonach zahnärztliche Behandlungen für die Versicherten ausschließlich in den kasseneigenen Zahnkliniken zur Verfügung gestellt wurden, bedeutete für ortsansässige freipraktizierende Zahnärzte, deren Dienstverhältnis zur betreffenden Kasse bedingt durch die bestehenden gesetzlichen Regelungen ohnehin jederzeit aufgelöst werden konnte, aufgrund des damit einhergehenden Verlustes an Patienten in letzter Konsequenz häufig das Ende ihrer Privatpraxis. Die daraus resultierende Zuspitzung des Konfliktes zwischen Kassen und Zahnärzten wurde zudem von nicht unbedenklichen standesinternen Spannungen flankiert. Für eine drohende Spaltung zwischen frei praktizierenden und angestellten Zahnärzten spricht dabei unter anderem die Tatsache, dass sich letztere im Jahr 1927 zu einem eigenen Verein, dem ‚Reichsverband Deutscher Kassenzahnärzte‘, zusammenschlossen. Auch sollte nach einer Resolution des ‚Reichsverbandes der Zahnärzte Deutschlands‘ (RV) als dem Nachfolger des Wirtschaftsverbandes die Gestaltung des kollegialen Verhältnisses zu den in den Zahnkliniken tätigen Berufsangehörigen von deren Haltung zur Frage des Klinikzwangs abhängig gemacht werden. Die Unzufriedenheit vor allem jener Zahnärzte, die nicht oder im Rahmen von freien Vertragsverhältnissen nur in geringem Ausmaß an der Versorgung der Mitglieder der RVO-Kassen beteiligt waren, entlud sich schließlich in der 1930 vom RV organisierten sog. „Rechtsnot-Kundgebung“. Die begriffliche Wahl unterstreicht dabei die durch die Zahnärzteschaft empfundene Unhaltbarkeit der Situation und bezieht sich in ihren Folgen auf zwei Bereiche, die als Existenzfragen im Raum standen: die Kurierfreiheit und die daraus hervorgegangene Dentistenkonkurrenz sowie die ungesicherte Stellung in der sozialen Krankenversicherung inklusive der Bedrohung durch die Zahnkliniken. Entsprechend zielte eine der zentralen Forderungen auf eine gesetzliche Ordnung der Rechtsverhältnisse per RVO-Novelle, die „einem für die Volksgesundheit so bedeutsam gewordenen Beruf wie dem zahnärztlichen eine gesicherte Einordnung in das Sozialgefüge“¹⁴⁹ gewähren sollte.¹⁵⁰

¹⁴⁸ Der Klinikzwang wurde bei etwa der Hälfte der Krankenkassen, die eine Zahnklinik unterhielten, eingeführt.

¹⁴⁹ Maretzky/ Venter: Geschichte des deutschen Zahnärzte-Standes, S. 181.

¹⁵⁰ Maretzky/ Venter: Geschichte des deutschen Zahnärzte-Standes, S. 165, 174-177, 181-185 und Tiemann/ Klingenberg/ Weber: System der zahnärztlichen Versorgung, S. 20f.

Nachdem sich die Zahnärzteschaft und die Spitzenverbände der Krankenkassen im Rahmen von zwischenzeitlich aufgenommenen Verhandlungen Ende des Jahres 1932 auf eine umfassende Neuregelung der gegenseitigen Beziehungen auf Grundlage einer gesetzlichen Regelung verständigt hatten, übernahm schließlich die Reichsregierung das Ruder in der Frage der Konstituierung und Institutionalisierung eines Kassenzahnarztes. Mit den Verordnungen über „die kassenzahnärztliche Versorgung“ sowie die „Kassenzahnärztliche Vereinigung Deutschlands“ 1932 bzw. 1933 wurde die Bildung kassenzahnärztlicher und (!) kassendentistischer Vereinigungen in Form öffentlich-rechtlicher Körperschaften auf den Weg gebracht. Dieser an sich nüchterne Vorgang ist hinsichtlich seiner Folgen für die deutsche Zahnärzteschaft kaum zu überschätzen. Wie bereits angemerkt, war der Staat im ausgehenden 19. Jahrhundert bereit, eigene Regelungskompetenzen zum Zwecke der Entlastung an ein selbstregulatives Verbändesystem, jedoch gekoppelt an staatliche Aufsichts- und Interventionsrechte, abzutreten. Über die Zuschreibung von Aufgaben wie dem Abschluss von Verträgen, die kassenzahnärztliche Abrechnung inklusive der Verteilung der von den Kassen entgegengenommenen Gesamtvergütung für die ambulante Versorgung sowie die Überwachung der Tätigkeit der Kassenzahnärzte wurde die kassenzahnärztliche Selbstverwaltung und -kontrolle gesetzlich bestätigt. Aufgrund der neuen Rechtsform der kassenzahnärztlichen Vertretungskörperschaften traten den Krankenkassen nun nicht mehr einzelne Kassenärzte entgegen, sondern kollektive Organisationen mit Pflichtmitgliedschaft, die zwischen die Kassen und den einzelnen Arzt geschaltet wurden. Indem der Gesamtheit der Kassenzahnärzte im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung eine öffentliche Funktion zugeschrieben wurde, erfuhr das bislang private, auf Einzelverträgen basierende Rechtsverhältnis zwischen Zahnarzt und Kasse eine Umwandlung zugunsten einer genossenschaftlichen Regelung. Mit der „Inkorporierung der Zahnärzteschaft in ein staatlich garantiertes System zahnärztlicher Versorgung“¹⁵¹ waren damit die organisationspolitischen Zielsetzungen der deutschen Zahnärzteschaft erreicht; der Professionalisierungsprozess war in ein entscheidendes Stadium vorgerückt.¹⁵²

¹⁵¹ Tiemann/ Klingenberg/ Weber: System der zahnärztlichen Versorgung, S. 22.

¹⁵² Maretsky/ Venter: Geschichte des deutschen Zahnärzte-Standes, S. 210, 213 und Tieman, S. 21f.

Parallel zur Schaffung der KZVD, für die die Weichenstellung, wie überhaupt für einen wesentlichen Teil der zahnärztlichen Reformvorstellungen, noch in der Weimarer Republik erfolgte,¹⁵³ wurde per Ermächtigung des Reichsarbeitsministeriums am 27.7.1933 eine „Zulassungsordnung für Zahnärzte und Dentisten“ (ZulO) erlassen, die auf dem Gebiet der zahnärztlichen Versorgung der Versicherten erstmalig ein einheitliches Ärztesystem ermöglichte. In der konkreten Umsetzung bedeutete dies, dass nunmehr jeder zugelassene Zahnarzt zur Behandlung aller RVO-Patienten einschließlich der Familienangehörigen berechtigt war. Die geschlossenen Verträge konnten ausschließlich über den Entzug der Zulassung, nicht jedoch, wie vormals üblich, per einseitiger Kündigung durch die Kassen aufgehoben werden. Der rechtlich gesicherte Status eines Kassenzahnarztes in Kombination mit der erheblichen Ausdehnung des Tätigkeitsbereiches, der aus dem Recht, Versicherte aller Krankenkassen zu behandeln resultierte, veranlasste die Autoren Maretzky und Venter zur Bewertung der Zulassungsordnung als einen „Markstein in der Geschichte des deutschen Zahnarzt-Standes“,¹⁵⁴ was sie angesichts des bis dahin bei den Krankenkassen weit verbreiteten und gängigen Missbrauchs der ihnen zugewiesenen Kompetenzen ohne Frage war. Einschränkend dazu gilt es jedoch die im Gesetz festgeschriebenen sachlichen Voraussetzungen einer Zulassung näher in Augenschein zu nehmen. In diesem Punkt war der Gesetzgeber der vehement vertretenen Auffassung der Kassen gefolgt, wonach eine Beschränkung der Zulassung entsprechend einem zahlenmäßig festgelegten Bedarf mit Blick auf den Kostenfaktor unabdingbar sei. Ungeachtet der regionalen Gegebenheiten wie des Stadt-Land-Gefälles und des damit einhergehenden bisweilen stark differierenden Bedarfes wurde die Verhältniszahl, die die Anzahl der Versicherten pro zugelassenem Arzt wiedergab, auf 15000:10, davon 6 Zahnärzte und 4 Dentisten, festgesetzt. Die positiven Effekte der ZulO wurden der deutschen Zahnärzteschaft gewissermaßen mit den gleichzeitig fixierten Verhältniszahlen in Rechnung gestellt, die für Bewerber um die Zulassung gerade dann eine unüberwindbare Schranke darstellten, wenn es keine vakanten Stellen zu besetzen gab. In Folge stieg die Zahl jener Zahnärzte,

¹⁵³ Siehe hierzu u.a. Tiemann/ Klingenberger/ Weber: System der zahnärztlichen Versorgung, S. 22f.: Da die körperschaftliche Organisationsstruktur den nationalsozialistischen Vorstellungen einer zentralistisch-einheitlichen Formierung gesellschaftlicher Gruppierungen entsprach, wurde das Konzept der KZVD – unter den Vorzeichen der „Gleichschaltung“ – auch durch die neuen Machthaber weiterverfolgt.

¹⁵⁴ Maretzky/ Venter: Geschichte des deutschen Zahnärzte-Standes, S. 211.

die nicht zur Behandlung der RVO-Versicherten zugelassen werden konnten und sich aufgrund dessen auf die Ersatzkassen- und Privatpraxis beschränkt sahen, rapide an. Eine Entspannung der Situation trat, nicht ohne bitteren Beigeschmack, erst im Zuge des Zweiten Weltkrieges ein, als der verbleibende Teil der bedingt durch die Einberufungen zum Wehrdienst erheblich geschmälernte Zahnärzteschaft zur Deckung der zahnmedizinischen Versorgung der Bevölkerung verpflichtet werden musste.¹⁵⁵

Den Abschluss des „Gesetzeskanons“ zum Kassenzahnarztrecht bildete die „Vertragsordnung für Kassenzahnärzte und Dentisten“, die am 1.10.1935 in Kraft trat. Sie beinhaltete ein abgestuftes Vertragssystem mit einem Reichsvertrag nebst Vergütungsabkommen sowie einem Muster für Bezirksverträge, die mit den einzelnen Krankenkassen auf Landesebene abzuschließen waren, sowie für Einzeldienstverträge. Gleichwohl wurde als Grundlage der Beziehungen zwischen Zahnärzten und Kassen der Kollektivvertrag endgültig und verbindlich festgeschrieben. Die Vertragsordnung verankerte zudem das bereits Ende 1932 eingeführte Schiedswesen, das die beim Reichsversicherungsamt angegliederten staatlichen Schiedsinstanzen bei Konfliktfällen mit der Kompetenz ausstattete, Verträge festzusetzen, womit ein vertragsloser Zustand praktisch ausgeschlossen wurde. Ein Rückschlag musste allerdings, ähnlich wie auf dem Gebiet der Zulassung, auch im Vertragssektor, genauer bezüglich der Honorarfrage hingenommen werden. So wurde gegen den erklärten Widerstand der Zahnärzte eine Kopfpauschalenvergütung eingeführt. Die „Kassenzahnärztliche Gebührenordnung“ (Kazgo), die angesichts des dominierenden Kopfpauschalensystems, das eine direkte Einflussnahme auf die Höhe des Honorars in seiner Gesamtheit verhinderte, aus pragmatischen Gründen im Wesentlichen den Leistungs- und Gebührenkatalog des bereits erwähnten Teil IV der Preugo übernahm, fungierte dabei (lediglich) als Verteilungsmaßstab. Sie sollte über nahezu 30 Jahre Honorargrundlage bleiben.¹⁵⁶ Allerdings eröffnete die Vertragsordnung von 1935 die Möglichkeit einer kassenzahnärztlichen Gebührenordnung unabhängig von den entsprechenden Fest-

¹⁵⁵ Maretzky/ Venter: Geschichte des deutschen Zahnärzte-Standes, S. 211ff. und siehe Tiemann/ Klingenberg/ Weber: System der zahnärztlichen Versorgung, S. 21 und 23.

¹⁵⁶ Die Kazgo wurde schließlich durch die Einführung des „Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für zahnärztliche Leistungen“ (Bema-Z) aus dem Jahre 1962 abgelöst.

setzungen in der Preugo, womit der Weg für eine Weiterentwicklung des kassenzahnärztlichen Honorarwesens für die Zukunft beschriftet werden konnte. Und die deutsche Zahnärzteschaft schnürte ihr Ränzchen und verhalf – in diesem speziellen Fall die Rolle des Stichwortgebers gegenüber den langjährigen Vorreitern in Gestalt der Ärztevertretungen übernehmend – dem Honorarsystem der Einzelleistungsvergütung in der Praxis und letztlich auch im „Gesetz über das Kassenarztrecht“ (GKAR) aus dem Jahr 1955 zum Durchbruch.¹⁵⁷

Das in den 30er Jahren des 20. Jahrhunderts geschaffene Kassenzahnarztrecht, das ebenso die Dentisten einbezog, bedurfte, nachdem es den gesellschaftlichen Zusammenbruch in Folge des Zweiten Weltkriegs im Wesentlichen überdauert hatte, bei seiner Neuordnung im Rahmen des GKAR lediglich der Fortentwicklung und Anpassung an die veränderten staatsrechtlichen Verhältnisse.¹⁵⁸

In der Gesamtsicht erwies sich das Krankenkassenwesen als eine bedeutende Größe in der zahnärztlichen Professionalisierung. Indem die Kassen die Versicherung eines stetig steigenden Teils der Gesamtbevölkerung gewährleisteten, generierten sie eine wachsende Nachfrage nach zahnmedizinischen Dienstleistungen.

Die Etablierung des Kassenarztsystems, in dem die KZVD zunehmend als ein Machtfaktor neben den Kassen auftrat, eröffnete dem Zahnarztstand, bei Wahrung der freiberuflichen Tätigkeit, über die gesetzlich Versicherten den Zugang zu großen Gesellschaftskreisen und damit zu einem Markt, der das wirtschaftliche Überleben sicherte.

Der (Kassen-)Zahnarzt wurde zu einer Institution, die Kassenpraxis charakteristisch für das zahnärztliche Berufsbild.¹⁵⁹

¹⁵⁷ Tiemann/ Klingenberg/ Weber: System der zahnärztlichen Versorgung, S. 23; Maretsky/ Venter: Geschichte des deutschen Zahnärzte-Standes, S. 214ff. und zur Einführung der Einzelleistungsvergütung siehe S. 270f.

¹⁵⁸ Siehe Maretsky/ Venter: Geschichte des deutschen Zahnärzte-Standes, S. 210 sowie zur Wiederaufbauphase nach 1945 Tiemann/ Klingenberg/ Weber: System der zahnärztlichen Versorgung, S. 25f.

¹⁵⁹ Vgl. hierzu Groß: Zwischen Anspruch und Wirklichkeit, S. 144.

2.5. Vorläufiges Zwischenfazit

Die Professionalisierung der deutschen Zahnärzte ist ohne Frage ein Prozess, der mit den einen oder anderen Rückschlägen behaftet war und bisweilen immensen persönlichen Einsatz abverlangte. Das Gesamtbild zeigt jedoch, dass dieser Prozess windungsreich, schwierig und wie in der Literatur oft bewertet, nicht zwingend war. Auseinandersetzungen mit staatlichen bzw. öffentlichen Instanzen, vor allem aber Differenzen interner Art waren allerdings keinesfalls nur hinderlich.

Sie konkretisierten und verdichteten auch die Zielrichtung und machten deutlich, wohin der Weg gehen sollte.

Welches Quo vadis zeigt sich dann?: Der Weg führte über eine mit Blick auf den Ausbildungsstand heterogene, quantitativ unbedeutende und durch eine mehr oder minder ausgeprägte Laientätigkeit bedrohte Berufsgruppe hin zu einem allseits anerkannten medizinisch-naturwissenschaftlichen Akademikerberuf mit Selbstregulierungskompetenzen und ökonomischer Sicherheit dank eines ausgedehnten Versorgungs- bzw. Bedarfsnetzes.

3. Aufgabensummutation und Hypostase der eigenen Funktion in der zahnmedizinischen Versorgung

3.1. Das Wachstum des Medizinsystems in den siebziger und achtziger Jahren

„Wenn einmal ein Teilsystem der Gesellschaft im Hinblick auf eine spezifische Funktion ausdifferenziert ist, findet sich in diesem System kein Anhaltspunkt mehr für Argumente gegen die bestmögliche Erfüllung der Funktion. Es gibt alle möglichen Hindernisse, Schwierigkeiten, Unzulänglichkeiten und Reibungen – provisorische und dauerhafte. Aber es gibt in Funktionssystemen keine sinnvolle Gegenrationalität, die besagen würde, dass man die Funktion lieber weniger gut erfüllen sollte. Es ist gerade der Sinn funktionaler Differenzierung, jedem System die Hypostasierung der eigenen Funktion zu erlauben, ja abzuverlangen und den Ausgleich der System-/Umwelt Interdependenzen des Gesellschaftssystems, das heißt der Evolution zu überlassen“ (Luhmann 1983, 30). Mit diesen Worten erklärt Luhmann, warum im Prinzip alle Funktionssysteme nach Abschluss ihrer Konstitutionsphase in eine Phase der Funktionserweiterung und Leistungsverdichtung treten. Im Falle des Gesundheitssystems wird diese „Hypostase“ der eigenen Funktion dadurch erreicht, „dass man nicht auf das Heilen von Krankheiten, sondern auf das Herstellen von Gesundheit abstellt und damit einer Semantik folgt, die einen jeweils steigerungsfähigen Zustand, nämlich uneingeschränktes Wohlbefinden in Aussicht stellt“ (Luhmann 1983, 33). Das System stilisiert Gesundheit „als das höchste Gut“ (Bauch 2008). Mit dieser Strategie kann das Gesundheitssystem Wirksamkeit auf gesamtgesellschaftlicher Ebene geltend machen, alle Nischen der Lebenswelt können unter dem Verdikt der Gesundheit „als gesellschaftliche Querschnittsaufgabe“ dem Gesundheitssystem als Arbeitsbereich zugeordnet werden, die Gesellschaft wird erfolgreich „medikalisiert“. Historisch lässt sich leicht nachweisen, wie das Gesundheitssystem seine Funktionsbereiche immer weiter ausgedehnt hat, wie es religiöse, psychologische, juristische Zuständigkeitsbereiche ablöste oder zumindest mit einer zusätzlichen „sanitaristischen“ Perspektive versah, so dass sich sein Zuständigkeitsbereich immer mehr erweiterte.

Die Hypostase der eigenen Funktion erfolgt dabei auf zweifache Weise: Zum einen wächst der Machbarkeitshorizont im System: Immer mehr Krankheiten, die bisher naturhafter Unverfügbarkeit unterlagen, können heute im Zeitalter der Hochleistungsmedizin behandelt werden, das System bläst sich gleichsam von Innen auf (Krämer 1993). Zum andern

„räubert“ das System in anderen Funktionssystemen: strafrechtliche, moralische, ja politische und soziale Fragen („abweichendes Verhalten“) werden medikalisiert und auf diese Weise die gesellschaftlichen Zuständigkeiten ständig elargiert.

Angetrieben werden diese Prozesse der Aufgabensummutation durch Erwartungshaltungen des Publikums (der Patienten und Präpatienten). Orientieren sich Funktionssysteme an der bestmöglichen Erfüllung der Funktion (nichts anderes legitimiert ihre Existenz), so tasten sie die psychische und soziale Umwelt ab, um gesellschaftlich legitimierbare Anhaltspunkte zu finden, ihre Funktion zu perfektionieren und auszubauen. Solche Anhaltspunkte sind im Wesentlichen „Ansprüche“, die Hypostase der eigenen Funktion provoziert eine Inflationierung der Ansprüche. „Es scheint, dass die Ausdifferenzierung spezifischer Funktionssysteme dazu führt, dass auf sie gerichtete Ansprüche provoziert werden, die, da sie die Funktion in Anspruch nehmen, nicht abgewiesen werden können. Funktionsautonomie und Anspruch verzahnen sich ineinander, begründen sich wechselseitig, steigern sich in Bezug aufeinander und gehen dabei eine Symbiose ein, der gegenüber es keine rationalen Kriterien des richtigen Maßes mehr gibt“ (Luhmann 1987, 140). Das Prinzip der funktionalen Differenzierung fördert die Selbstüberbietung der Ansprüche verschiedener gesellschaftlicher Systeme: Konsumchancen im Wirtschaftssystem, medizinische Versorgung im Gesundheitssystem, Bildungschancen im Erziehungssystem, Unterhaltungsansprüche in und durch die Massenmedien etc. etc. (Schimank 2000, 133).

Für das Gesundheitswesen ist in diesem Zusammenhang die Durchsetzung der konkurrenzfreien Geltung der Codierung krank/gesund auch für die soziale Krankenversicherung von ausschlaggebender Bedeutung. Wie Lauer-Kirschbaum und Rüb ausführten (Lauer-Kirschbaum, Rüb 1994, 59), kann mit der Durchsetzung der Codierung krank/gesund von einer durchgängigen „Medizinalisierung der GKV“ gesprochen werden. Sind andere Sozialversicherungsbereiche im Prinzip konditional programmiert (Rentenversicherung: Wenn 65, dann Rente), so ist die Krankenversicherung im Gegensatz dazu stark final orientiert, Krankheit ist ein final ausgeprägter Ausgleichstatbestand: „Stark final geprägte Ausgleichstatbestände führen zu einer Verlagerung von exakten rechtlichen Normierungen auf empirisches Wissen, mit dessen Hilfe entlang von Zwecksetzungen das Vorliegen von Leistungstatbeständen zu prüfen ist.“ (Lauer-Kirschbaum, Rüb 1994, 59). Dabei hat die Leistungsermessung bei finaler Orientierung einen hohen Ermessens- und Ausle-

gungsspielraum, das System muss Expertenwissen inkorporieren und ist auf die Expertise der Experten angewiesen. „Das Definitionsmonopol von Krankheit, das in der Krankenversicherung als Teil der Sozialversicherung einen Ausgleichstatbestand bezeichnet, wanderte zu den professionalisierten Vertretern des Medizinsystems (Ärzte) und alle Tatbestände, die vom professionalisiertem Medizinsystem als Krankheit etikettiert wurden, wurden *uno actu* zu einem Ausgleichstatbestand im Sinne der Sozialversicherung“ (Bauch 2004, 76). Insbesondere die Sozialgesetzgebung wirkte in diesem Zusammenhang als „anspruchsbildende Instanz“ (Schnapp 1983), als die Sozialrechtssprechung zu einer immer weiteren Anpassung des sozialversicherungsrechtlichen Krankheitsbegriffs an den Krankheitsbegriff der medizinischen Wissenschaft zwang. „Die Rechtsprechung setzte bei der Auslegung der einmal gefundenen Kriterien vor allem an Objektivitätskriterien der medizinischen Wissenschaft an. Dadurch verlagerte sich die Bestimmung des Ausgleichstatbestandes von durch Recht setzbaren, sozialen Normen des politischen Risikoausgleichs auf technisch-naturwissenschaftliches Expertenwissen“ (Lauer-Kerschbaum, Rüb 1994, 65). Mit dieser Verlagerung des Krankheitsbegriffs aus dem politisch-rechtlichen Bereich in den Bereich des „rein“ Medizinischen war der Ausweitung des Krankheitsbegriffs und damit der Hypostase der eigenen Funktion des Gesundheitswesens Tür und Tor geöffnet. Schnapp weist darauf hin (Schnapp 1983, 84), dass die Gesetzgebung Krankheit nur sehr formal definiert habe, „als regelwidrigen Körper- oder Geisteszustand, der ärztlicher Behandlung bedarf und/oder Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat“. Diese Grundformel der Rechtsprechung ist weiter ausdifferenziert worden, sie orientierte sich zunehmend am Leitbild des gesunden Menschen, so dass jede funktionale und morphologische Regelwidrigkeit als Krankheit gilt (Schnapp 1983, 85). „Es bewahrheitet sich aber die Prognose von O. E. Krasney aus dem Jahre 1976, dass die Rechtsprechung einer Ausweitung des Begriffs der Regelwidrigkeit einmal werde entgegenzutreten müssen, wenn sich die Neigung aller modernen Menschen, sittliche und soziale Konflikte als Krankheit auszutragen, verstärke oder wenn dem Fehlen von sozialem Wohlbefinden stets Krankheitswert beigemessen werden sollte“ (Schnapp 1983, 86). Auch B. Tiemann sieht eine expansive Entwicklung der kassenärztlichen Versorgung und schreibt: „Das Gewicht der drei Faktoren der Sozialen Krankenversicherung – des Morbiditätsrisikos für den einzelnen Versicherten und die Solidargemeinschaft, der rechtspolitischen Konsequenzen einer

Überforderung der Leistungsfähigkeit der Versichertengemeinschaft sowie eines angemessenen sozialen Schutzes der Versicherten – unterliegt also ständigen gegenseitigen Verschiebungen, die Tendenzen aufweisen, dem Versicherten das nahezu volle Risiko in den Wechselfällen des Lebens abzunehmen und rechtspolitische Konsequenzen der Überfrachtung des Sozialversicherungssystems sowie der ständig anwachsenden Abhängigkeiten aller Beteiligten mehr und mehr außer Acht zu lassen“ (Tiemann, Tiemann 1983, 45). Philip Manow sieht in der Entwicklung der GKV eine „Großzügigkeit des sozialpolitischen Gesetzgebers“ allein durch die Vorschrift der RVO (Reichsversicherungsordnung), dass die Krankenbehandlung „ausreichend und zweckmäßig“ zu sein habe und dass die erbrachten Leistungen „dem allgemeinen anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen hätten“ (Manow 1999, 156). Mit diesen Bestimmungen wurde das Spannungsverhältnis zwischen dem sozialversicherungsrechtlichen und dem medizinischen Krankheitsbegriff aufgelöst. Während ersterer nur bestimmte, gesellschaftlich normierte und anerkannte Krankheitslagen als ausgleichsbedürftig anerkennt, reagiert der medizinische Krankheitsbegriff schon auf jede biologische Normabweichung. Die Codierung krank/gesund hat sich auch in Bezug auf den sozialversicherungsrechtlichen Krankheitsbegriff durchgesetzt. „Damit konnte in der Krankenversicherung ein ‚doppelter Inklusionsprozess‘ einsetzen: sowohl der Kreis der Versicherten als auch das Leistungspaket der GKV konnte stark erweitert und ausgedehnt werden. Fast jede biologische Normabweichung wurde zur Krankheit. Die Kapitulation des sozialversicherungsrechtlichen vor dem medizinischen Krankheitsbegriff war so auch politisch gewollt. In den 70iger Jahren wurde – ermöglicht durch fortdauernde Prosperität – der Sozialstaat weiter ausgebaut, selbst ein fehlender Zahn galt ab 1975 als Krankheit, was dann logischerweise den ‚Prothetikboom‘ auslöste. Der Krankheitsbegriff wurde derart strapaziert, dass er fast zu einem generellen Ausgleichsbestand wurde, die GKV wurde mit „Fremdleistungen“ wie Sterbegeld, Mutterschaftsgeld, Betriebs und Haushaltshilfen bei Krankheit überfrachtet. Durch die konkurrenzlose Durchsetzung des medizinischen Codes krank/gesund wurde der GKV die alleinige Aufgabe zuteil, vorbehaltlos den medizinischen Dienstleistungssektor zu finanzieren, eine den medizinischen Code kontrastierende oder zügelnde Leistungsbeschreibung von Seiten der GKV war im Prinzip nicht mehr möglich“ (Bauch 2004, 78).

Philip Manow hat den historischen Entwicklungsweg der GKV nachgezeichnet (Manow 1999, 155 ff.). Nach Einführung der GKV 1883 fand bereits 1885 die erste Ausweitung der Versicherungspflicht auf Transportarbeiter statt, 1900 wurden die Hausgewerbetreibenden, 1911 die Dienstboten in die GKV integriert. 1920 wurden Artisten und Musiker krankenversicherungspflichtig, 1930 wurde die Familienmitversicherung als Regelleistung vorgeschrieben, 1938 kamen die Hebammen hinzu. 1941 erfolgte die Einbeziehung der Rentner. 1972 wurde die Versicherungspflicht für Landwirte, 1975 für Behinderte und Studenten und 1981 für Künstler ausgeweitet, so dass der Mitgliederkreis der GKV von anfangs 10% der Bevölkerung auf nunmehr über 90% der Bevölkerung angewachsen ist. Nicht nur fast die Gesamtbevölkerung wurde in die GKV inkludiert, parallel dazu wurde der Leistungskatalog ständig ausgeweitet. Die Ausweitung des Leistungskataloges wurde möglich, weil die Krankenversicherung ihr Leistungsprinzip von der Gewährung von Krankengeld auf Gewährung von Sachleistung umstellte. „An die Stelle der früheren Hauptfunktion der Krankenkassen, der Gewährleistung von Krankengeld zur Kompensation der Einkommensverluste im Krankheitsfall, trat nun zunehmend die Finanzierung medizinischer Dienstleistungen. Das Verhältnis zwischen Geld- und Sachleistung kehrte sich im Lauf der Zeit völlig um. Zugleich verdrängte damit auch das Bedarfsprinzip zunehmend das Versicherungsprinzip, da man ja medizinische Dienstleistungen schwerlich an die vorherige Beitragsbiographie koppeln konnte“ (Manow 1999, 157). Bereits 1925 war die Parität zwischen Geld- und Sachleistungen erreicht, im Jahr 1996 machte das Krankengeld mit 18 Milliarden DM lediglich 7% der GKV-Ausgaben von insgesamt 270 Milliarden DM aus.

Mit diesen Umstellungen war das System der Krankenversorgung auf Leistungsausweitung und Aufgabensummutation eingestellt. Spätestens in den 70iger Jahren setzte folgerichtig eine „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen ein, „die Kostensteigerungen in den wichtigsten Leistungsbereichen nahmen enorme Ausmaße an“ (Schmeinck 1982, 296). In dem Zeitraum von 1970 bis 1979 vervierfachten sich die Ausgaben für Krankenhauspflege, ebenso die Ausgaben für die Behandlung durch Zahnärzte und die Herstellung von Zahnersatz (wir kommen darauf noch dezidiert zurück). Die Ausgaben für ärztliche Behandlung und für Arznei- und Heil- und Hilfsmittel steigerten sich in diesem Zeitraum um mehr als das Zweieinhalbfache. Die Ausgaben je Mitglied der GKV stiegen im Zeitraum von 1970 bis 1977 pro Jahr um durchschnittlich 16,5%, der Beitragssatz der Krankenkassen

stieg alleine in diesem kurzen Zeitraum von 8,2% auf 11,3%. Eine Analyse der Kostenentwicklung für diesen Zeitraum zeigt, „dass weniger die Preis- als vielmehr das Ausufern der Mengenkompente in nahezu allen Leistungsbereichen die überwiegende Ursache der Kostenentwicklung war“ (Schmeinck 1982, 297). Vergleicht man die Entwicklung im Zeitraum von Mitte der 60iger Jahre bis zum Jahr 1975, so ergeben sich noch gravierendere Steigerungsraten. So betrug die Steigerungsrate der Arzneimittelausgaben zwischen 1965 und 1975 pro anno durchschnittlich 16%. Der Gesamtbetrag der GKV-Arzneimittelausgaben stieg in dieser Zeitspanne von 2 Milliarden (1965) auf rund 9 Milliarden (1975), eine Steigerung um 350%. Die Kostensteigerungen für den ambulanten Versorgungsbereich stiegen von 3,2 Milliarden 1965 auf 11,3 Milliarden 1975, eine jährliche Steigerung von 14%, eine Gesamtsteigerung von 253% in diesem Zeitraum. Die Kosten der Krankenhauspflege stiegen in diesem Zeitraum am stärksten, um 19% jährlich, von 2.9 Milliarden 1965 auf 17,5 Milliarden 1975, eine Gesamtsteigerung um 503%. Die Gesamtausgaben der gesetzlichen Kassen stiegen von 1965 auf 1975 um jährlich 14,6%, von 15,8 Milliarden auf 61 Milliarden, ein Plus von 286% insgesamt (Nord 1979, 19).

3.2 Expansion, Hypostase und das Problem der Steuerung

Obwohl mit den wachsenden Möglichkeiten der Medizin das Gesundheitssystem immer auf Wachstum ausgerichtet ist (Krämer 1992),¹⁶⁰ können wir feststellen, dass in den 70iger Jahren ein besonderer Wachstumsschub für das Gesundheitssystem zu verzeichnen ist. Das gilt in ganz besonderem Maße für die zahnmedizinische Versorgung. Zunächst spielte die zahnmedizinische Versorgung innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung eine untergeordnete Rolle. Zu Beginn der Krankenversicherung bestanden die Zahnbehandlungsmaßnahmen lediglich aus Zahnextraktionen und Anfertigung von einfachem Zahnersatz. Das Krankenversicherungsgesetz von 1883 sprach so auch ausschließlich von „ärztlicher Behandlung“. Die Zahnmedizin hatte in das Gesetz noch keinen Eingang gefunden. Die Reichsversicherungsordnung von 1914 dagegen zeigt ein ganz anderes Bild. Sie

¹⁶⁰ Zur Entwicklung der Standesgeschichte siehe B. Tiemann, R. Herber, System der zahnärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Köln 1980, 11-23.

bestimmte, dass die Behandlung von Zahnkrankheiten Bestandteil der ärztlichen Behandlung sei und auch durch „approbierte Zahnärzte geleistet werden könne“ (Tiemann, Tiemann 1983, 24).

Wie der Gesetzestext verrät, waren Zahnärzte gleichsam nur nebenbei an der zahnmedizinischen Versorgung beteiligt, die sich vorwiegend in den Händen von nichtapprobierten Zahnbehandlern und Allgemeinärzten befand (vgl. Kapitel 2). Die Kassen weigerten sich vielfach, Zahnkrankheiten als Krankheiten anzuerkennen. Erst eine Entscheidung des Reichversicherungsamtes aus dem Jahre 1917 zwang die Krankenkassen, Karies als eine behandlungsbedürftige Krankheit anzuerkennen und das Füllen von Zähnen als Pflichtleistung der Krankenkassen zu etablieren (Tiemann, Tiemann 1983, 24). 1921 kamen sodann die ersten vertraglichen Vereinbarungen zwischen den Krankenkassen und dem „Wirtschaftlichen Verband Deutscher Zahnärzte“ zustande. In der Zwischenzeit nahm die Entwicklung der zahnmedizinischen Wissenschaft ein rasantes Tempo auf. Neben konservierend-chirurgischen Maßnahmen entwickelte sich die Kieferorthopädie, die Prophylaxe, die Parodontologie, die Gnathologie, Implantologie und letztendlich die Prothetik, die der zahnmedizinischen Versorgung einen entscheidenden Entwicklungsschub geben sollte.

Das „Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde“ aus dem Jahre 1952 geht so weit über die engen Grenzen konservierend-chirurgischer Leistungen hinaus und entwickelt erstmals auch für die Zahnheilkunde „einen weitgesteckten Krankheitsbegriff“ (Tiemann, Tiemann 1983, 25). „Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten“ sind laut Gesetz „jede von der Norm abweichende Erscheinung im Bereich der Zähne, des Mundes und der Kiefer einschließlich der Anomalien der Zahnstellung und des Fehlens von Zähnen“. Die Reichsversicherungsordnung (zuständig für die Gesetzliche Krankenversicherung) sah dies zu diesem Zeitpunkt noch anders, das Fehlen von Zähnen war beispielsweise noch nicht als Krankheit eingestuft. Erst durch die Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes vom Jahre 1974 wurden prothetische Leistungen in die zahnärztliche Behandlung im Rahmen der GKV integriert, „soweit sie Funktionsstörungen, die durch das Fehlen von Zähnen verursacht sind, beheben, bessern oder vor Verschlimmerung bewahren. Ebenso wie Prothetikleistungen unterfällt auch die kieferorthopädische Behandlung nach der Rechtsprechung dem Krankheitsbegriff der RVO, wenn sie notwendig ist, um eine normale Funktion

des Kauens, Beißens oder Artikulierens zu erreichen“ (Tiemann, Tiemann 1983, 26). Gemäß diesen Vorgaben wurde mit dem Rehabilitationsangleichungsgesetz aus dem Jahre 1974 der Rechtsanspruch des Patienten auf einen Zuschuss der Kassen zum Zahnersatz institutionalisiert (Tiemann, Herber 1980, 60). Bereits 1943, durch einen Erlass des Reichsarbeitsministers über „Verbesserungen in der gesetzlichen Krankenversicherung“, sind Zahnersatzleistungen als Zuschussleistungen ausgestaltet worden, waren also keine Sachleistung. Mit der Entscheidung des Bundessozialgerichtes von 1974 wurden die Prothetik Leistungen, die durch ein Zuschusssystem getragen waren und durch vertragliche Beziehungen zwischen Zahnarzt und Patient gekennzeichnet waren, dem auf Sachleistung zugeschnittenen Kollektivvertragssystem unterworfen. Entsprechend wurde dem Bewertungsmaßstab für die kassenzahnärztliche Versorgung ein Vertragswerk über Prothetik beigelegt, die Prothetik war voll im Kollektivvertragssystem der GKV angekommen. Damit waren alle Voraussetzungen für den „Prothetikboom“ der 70iger Jahre geschaffen. „Bis einschließlich 1974 wurden von der GKV Zuschüsse von etwa 50% nur zu einem begrenzten Katalog von Leistungen bezahlt. Dieser Katalog konnte als eine Versorgung von notwendigen Grundleistungen bezeichnet werden. Jeder aufwendige Zahnersatz wurde nicht oder nur ganz geringfügig bezuschusst. Ab dem Jahr 1975 traten die neuen Prothetikverträge in Kraft, die fast alle prothetischen Leistungen zu bezuschuss pflichtigen Kassenleistungen machten, mit Ausnahme aller gnathologischen und implantologischen Leistungen. Der Zuschuss betrug jetzt 80%“ (Zedelmaier 1983, 150). Wie der ehemalige Vorsitzende der KZBV Helmut Zedelmaier weiter ausführt, blieb diese höhere Bezuschussung von Zahnersatz nicht ohne Auswirkungen auf die prothetische Leistungsmenge. Wurden 1960 269 Millionen DM und 1970 0,8 Milliarden DM (27.- DM pro Versicherter pro Jahr) für die Versorgung mit Zahnersatz ausgegeben, so stieg diese Summe auf 2,1 Milliarden 1974 (62.- DM pro Versicherten). Nach den „Prothetikverträgen“ 1975 explodierten die Kosten. 1976 wurden 5,3 Milliarden DM (158.- DM pro Versicherten) ausgegeben, ein Plus gegenüber 1974 von 154% pro Versicherten. Bis 1980 stiegen die Ausgaben weiter auf 7,3 Milliarden, so dass wir eine Verzwanzigfachung der Prothetikausgaben zwischen 1960 und 1980 konstatieren können (Zedelmaier 1983, 150). Dies, obwohl der Zuschuss pro Leistung „nur“ von 50% auf 80% gestiegen ist. Auch die übrige zahnärztliche Versorgung zeigte in diesem Zeitraum „satte“ Steigerungsraten, obwohl diese mit den Steigerungen der Prothetik nicht mithalten konnten. Die Ausgaben der zahnärztlichen Versorgung

(ohne Prothetik) stiegen von 1970 auf 1980 von 1,7 Milliarden DM auf 5,5 Milliarden mit jährlichen Zuwachsraten von durchschnittlich 23%. Von 1960 zu 1980 haben wir hier eine Verzehnfachung der Ausgaben zu verzeichnen. Nachdem 1972 auch die kieferorthopädische Behandlung zur Sachleistung erklärt wurde, stiegen die Ausgaben von 0,5 Milliarden 1974 auf 1,2 Milliarden 1980 an (Zedelmaier 1983, 151). Bemerkenswert in diesem Zusammenhang ist, dass bis 1981 die prothetische Versorgung auf dem privatrechtlichen Vertrag zwischen Zahnarzt und Patient beruhte, den die Krankenkassen ab 1975 mit 80% der Kosten bezuschussten. Die 20% Differenz wurden dabei durch den Eigenanteil und den Selbstbehalt des Versicherten gedeckt. Im KVEG (Krankenversicherungskostendämpfungsergänzungsgesetz), das 1982 in Kraft trat, wurde die zahnärztliche Leistung der prothetischen Versorgung zur Sachleistung umgestaltet, während die Kosten der zahntechnischen Leistungen weiter als Zuschussleistungen gewährt wurden (Tiemann, Tiemann 1983, 111). Diese Integration der Prothetik in den Bema (Gebührenordnung für die kassenärztliche Versorgung) und in das Kollektivvertragswerk der RVO führte zu heftigen Auseinandersetzungen zwischen der Zahnärzteschaft und der Politik.

Die Intensität der Steigerungsquoten für die prothetische Versorgung nach den Prothetikverträgen zeigt sich auch, wenn man den Anteil der einzelnen Leistungsbereiche mit den Gesamtaufwendungen der GKV relationiert. Während die Aufwendungen für die zahnärztliche Behandlungen lediglich von 5,22% der Gesamtaufwendungen der GKV 1960 auf 6,46% 1980 stiegen und „eher als vernünftige Auffüllung eines Versorgungsdefizits erscheinen“ (Tiemann, Tiemann 1983, 107), so stiegen die Aufwendungen für Prothetik von 3,0% 1960 auf 8,54% der Gesamtaufwendungen für die GKV im Jahr 1980. Der Prothetikboom führte auch zu einer Veränderung der Leistungsproportionen in der zahnmedizinischen Versorgung. Vergleicht man die Ausgaben für die konservierende Behandlung mit den Ausgaben zur prothetischen Versorgung so zeigt sich, dass sich die Gewichte durch den Ausbau der Prothetik verschoben haben. Betrug die Relation der Ausgaben für konservierende Behandlung zur Prothetik 1970 noch 65:35, so veränderte sie sich auf 50,5 zu 49,5 im Jahre 1975 und auf 43:57 im Jahr 1980. D.h. die Relation von konservierender Behandlung zur prothetischen Versorgung hat sich umgekehrt: Die Prothetik wurde in finanzieller Hinsicht zum stärksten Leistungsblock. Genau dieser Punkt der Prädominanz der prothetischen Spätversorgung war es, der das zahnmedizinische Versorgungssystem in die gesellschaftliche und politische Kritik kommen ließ.

Hier lag der Ansatzpunkt von Kompossibilitätserwartungen anderer Funktionssysteme, wir kommen auf diesen Punkt noch dezidiert zurück. Die Zahnärzteschaft selbst hat vor der Übernahme der Prothetik in das Kollektivvertragswerk der GKV immer gewarnt. Dies ist erstaunlich und zeugt von einem standespolitischen Realismus, denn schließlich hatten die Zahnärzte in finanzieller Hinsicht erheblich von dieser Integration der Prothetik in das Vertragswesen der GKV profitiert.

Die Standesvertreter erkannten aber hier ein Moment der Steuerung, das sie kritisierten. Sie machten darauf aufmerksam, dass die kassenarztrechtliche Einbindung der Prothetik die letzten Reservate ihrer privatautonomen Berufsausübung beschränke und mit einer Einschränkung der Therapiefreiheit verbunden sei. Gerade die Komplexität der prothetischen Behandlung mache eine privatautonome Vertragsgestaltung in direkter Interaktion von Zahnarzt und Patient erforderlich. Die Eingliederung der Prothetik in das Vertragswerk der GKV dagegen sei mit Normierungen und Vereinheitlichungen verbunden. Auch erkannten die Standesvertreter sofort, dass sie mit der Integration der Prothetik in die GKV-Leistungen schnell mit Gesamtvergütungen und Plafonds konfrontiert würden, die zunehmend privatrechtliche Vergütungsmöglichkeiten jenseits der GKV marginalisierten. „Ein weiterer Kernpunkt der Kritik der Zahnärzteschaft war sicherlich auch die Befürchtung, dass die Einbeziehung verschiedener Leistungsarten in die Gesamtverträge und ihre Unterwerfung unter die Bewertungskriterien des Bewertungsmaßstabes die Kosten für die Krankenkassen in die Höhe treiben würden, dass der Ruf nach Einschränkung der Einzelleistungsvergütung, nach Plafondierung usw. unausweichlich werde“ (Tiemann, Tiemann 1983, 118). So hat es in der Zahnärzteschaft von Anfang an warnende Stimmen gegeben, dass die Ausweitung des Leistungskataloges der GKV eine Kostenlawine auslösen würde, die die Versicherungsträger überfordern würde, was angesichts der Logik des Systems zu Eingriffen in die Berufsfreiheit hätte führen müssen. Auch hier entschieden sich die Standesvertreter gegen den kurzfristigen Gewinn und für eine langfristige Stabilisierung. Denn die Einbeziehung der Prothetik in ein vom System der Sachleistung geprägten Vertragsgefüge mit seinen inhärenten Nivellierungstendenzen ist für die Prothetik mit ihren komplexen und vielfältigen Lösungsmöglichkeiten nicht förderlich.

Prothetik und Sachleistung sind, so Tiemann, nicht kompatibel: „Die Inkompatibilität folgt also für die prothetischen Leistungen zusätzlich aus der Systemwidrigkeit und damit Sachwidrigkeit einer Einbeziehung von Zuschussleistungen in einen auf Sachleistungen

ausgerichteten Kollektivvertrag“ (Tiemann, Tiemann 1983, 127). Darüber hinaus produzierte die Dominanz kollektivvertraglicher Regelungen eine Politik der Leistungsausweitung, die selbst dann noch wirksam blieb, als die Politik längst auf Kostendämpfung im Gesundheitswesen umgeschaltet hatte. Tiemann macht darauf aufmerksam, dass noch 1977, „also fast synchron mit der Kostendämpfungsgesetzgebung“ (Tiemann, Tiemann 1983, 119) sog. „außervertragliche Leistungen“ der Prothetik wie die Verarbeitung von Metallkeramik in den Leistungskatalog der GKV übernommen wurden. Die Logik der Leistungsausweitung ist offenbar dem Kollektivvertragssystem inhärent!

Schon zeitgleich mit der Expansionsphase des Gesundheitswesens und speziell der GKV fragte man sich, was die Ursachen dieser Leistungsausweitungen sind. Wie kann es sein, dass ein Funktionssystem wie das Gesundheitswesen über Jahre Zuwachsraten von 10, 20% und mehr generiert ohne dass die Bevölkerung gewachsen ist oder sich die Morbidität der Bevölkerung verändert hat? Damals identifizierte man zwei Verursachungszusammenhänge: „Ein Teil der Versorgungsausweitung, gerade im zahnärztlichen Sektor, war zwar politisch gewollt und entsprach den Wünschen der Bevölkerung nach besserer Versorgung mit Gesundheitsgütern, ein anderer Teil des Wachstums ist jedoch auf Systemprobleme und Strukturfehler zurückzuführen“ (Tiemann, Tiemann 1983, 107). Zunächst stellt Tiemann zu Recht fest, dass ein Teil der Expansion der Gesundheitskosten auf den politischen Willen zurückzuführen ist, der Bevölkerung eine bessere Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. Die sozialliberale Koalition der 70iger Jahre war der Meinung, dass in Zeiten allgemein steigenden Wohlstandes das System der sozialen Sicherheit weiter ausgebaut werden müsse. Dies entsprach auch offensichtlich dem Willen der Bevölkerung. Die siebziger Jahre waren Jahre des Wirtschaftswachstums, die Löhne und die Wirtschaftsleistungen stiegen. Gesundheit entpuppt sich hier als „superiores Gut“. Die These von der Superiorität von Gesundheitsgütern haben 1985 die Ökonomen Robert Hall und Charles Jones aufgestellt, wonach die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen bei steigendem Wohlstand überproportional ansteigt. „Gesundheit ist ein superiores Gut, ein Luxusgut, das mit zunehmendem Einkommen überproportional nachgefragt wird. Bei einem

stetig steigenden Wohlstand folgt daraus, dass die Menschen einen immer größeren Anteil ihres Einkommens für ihre Gesundheit ausgeben, weil ihnen noch größerer materieller Konsum immer weniger gibt“.¹⁶¹

Neben diesem Grund muss es allerdings noch andere geben, weil auch in Zeiten von 0-Wachstum und schrumpfender Wirtschaftsleistung die Gesundheitskosten steigen. Tie-
mann spricht von „Systemfehlern“ und „Strukturdefekten“, also von Defekten im System der Krankenversicherung, die mit der Politik und dem empirischen Nachfrageverhalten zunächst nichts zu tun haben. In den achtziger Jahren hat sich, basierend auf der Theorie der „kollektiven Güter“ von Musgrave, die Theorie der „Rationalitätenfalle“ (Herder-Dorneich 1982) und des „Moral Hazard“¹⁶² (Schulenburg 1978, Schulenburg 1981, 22) entwickelt. Ökonomen und insbesondere Gesundheitsökonomien haben versucht, mit der Theorie der kollektiven Güter (Olson 1968, Musgrave 1969) und der sich daraus entwickelten Konzeption der Rationalitätenfalle, die Krise des Sozialstaates umfassend zu erklären. Durch das Prinzip der Nichtausschließbarkeit von kollektiven Gütern (wie den Gesundheitsleistungen) versucht jeder, ein Mehr an Leistungen von kollektiven Gütern zu erhalten als er zu deren Finanzierung beigesteuert hat. Durch das in der Krankenversicherung gültige Umlageverfahren wird jeder einzelne animiert, ein Mehr an Leistungen nachzufragen als durch den Umlagebeitrag finanziell abgedeckt ist, denn die zusätzlichen Kosten werden ja auf alle Teilnehmer des Umlageverfahrens umgelegt. „Es ist demnach rational, bei steigenden Preisen seinen Konsum einzuschränken, jedoch bei steigenden Umlagen seinen Konsum auszudehnen und auf diese Weise zu versuchen, etwas von dem wieder hereinzuholen, was ja auf alle Fälle bezahlt werden muss“ (Herder-Dorneich 1983, 13). Das ökonomisch-individuell rationale Verhalten jedes einzelnen (für die Beiträge möglichst viele Gesundheitsleistungen herauszuholen) führt schließlich in eine makroökonomische Irrationalität (Rationalitätenfalle), weil damit der Sozialstaat (und damit auch das Gesundheitswesen) unfinanzierbar wird und jede Leistungsausweitung und Beitragserhöhung zur Finanzierung des Sozialstaates mit einem überproportionalem Nachfrageverhalten quittiert wird.

¹⁶¹ Dazu siehe der Aufsatz von Olaf Storbeck im Handelsblatt, „Die Gesundheitsausgaben explodieren, gut so! siehe www.handelsblatt.com/politik/wissenschaft/die-gesundheitsausgaben-explodieren-gut-so;1225874,0.

¹⁶² Das Konzept des Moral Hazard geht auf Kenneth J. Arrow zurück, siehe ders., Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care, The American Economic Review, Vol. LIII, No.5 (1963), 961 ff.

In den Sozialwissenschaften ist an der ökonomischen Konzeption heftig Kritik geübt worden. Der Patient werde in diesen Modellen zum „homo oeconomicus“, der sein Gesundheitsverhalten allein von Kosten-Nutzen Kalkülen leiten lasse. Faktoren dispositionalen Charakters wie Einstellungen zur Gesundheit, Motivstrukturen, Wertorientierungen werden dabei ausgeblendet, die doch ganz wesentlich auch das Nachfrageverhalten nach Gesundheitsgütern beeinflussen. Auch unterstellt das Modell der Rationalitätenfalle Transparenz der Preise, denn nur auf der Basis von Preistransparenz lässt sich eine individuelle Strategie der „over-utilization“ von Gesundheitsleistungen fahren, diese Transparenz ist aber gerade in weiten Teilen des Gesundheitswesens durch die Dominanz des Sachleistungsprinzips nicht gegeben.¹⁶³

Diese Gegenargumente sollen nicht marginalisiert werden. Dennoch ist die ökonomische Erklärung des „Moral Hazard“ im Zusammenhang der Fehlformen und Degenerationen des Gesundheitssystems nicht weg zu erklären. Sie reicht als Erklärungsmuster aber nicht aus.

3.3. Kulturelle Gründe der ‚Hypostase‘ des Gesundheitswesens

Einen ganz anderen Zugang zum Problem der Aufgabensummutation und Hypostase der eigenen Funktion des Gesundheitswesens bietet Dieter Lenzen. Seine Ausführungen sind insofern für uns von besonderem Interesse, weil er seine Thesen anhand der Entwicklung der Kieferorthopädie exemplifiziert hat. Lenzen zeigt auf, wie die Medizin Teil der wissenschaftlich-technischen Kultur wurde, Teil einer Säkularkultur, die die Heilserwartungen von Transzendenz auf Immanenz umstellte. An die Stelle transzendenter Heilerwartungen ist, wie der St. Gallener Soziologe Peter Gross schreibt, eine „irdische Machseligkeit“ getreten. „Mit dem Abblenden der Transzendenz wird die Immanenz, das Diesseits aufgeblendet. Die Phantasie schießt nicht mehr in den Himmel, sondern sie ergießt sich wie das Wasser eines Stausees, wenn der Damm bricht, in die Welt. Es kommt zu einer einschneidenden Transformation des Erlebens und der Wahrnehmung. Der liebe Gott wird auf die Erde geholt. Er schaut nicht mehr von oben auf die armen Menschlein herunter. Die Menschen sind in ihn hineingeschlüpft, nicht Gott ist Mensch geworden, sondern

¹⁶³ Zur soziologischen Kritik am Konzept der Rationalitätenfalle siehe Jost Bauch, Taugt die Rationalitätenfalle zur Erklärung der Krise des Sozialstaates und der gesetzlichen Krankenversicherung? MMG 9 (1984), 138-143.

der Mensch Gott und steht nun wie ein Feldherr in der Welt und blickt in die Horizontale. Der Fortschritt ist ein Fortschauen, Fortdenken, Forttheoretisieren und Fortschreiten auf der Erde. Fortschritt heißt Fortschreiten im Diesseits auf allen Seinsebenen. Das freigelassene Begehren richtet sich auf alles“ (Gross 1994, 346).

Diese neue Säkulkultur der Moderne, die mit der Aufklärung ihren Anfang nahm, zeichnet sich durch irdische Machbarkeitserwartungen, das Zurückdrängen von Unverfügbarkeiten, irdische Glücksversprechen und Todesverdrängung aus. Die moderne Medizin bedient in hohem Maße diesen kulturellen Mainstream der Moderne, ja, sie ist gleichsam in vorderster Front Teil von ihr. So ist es nicht verwunderlich, dass die Medizin an prominenter Stelle an den Rationalisierungsprogrammen in der Form der Medikalisierung aller Lebensbezüge und an Leistungsausweitung und Aufgabensummutation beteiligt ist. Die Säkulkultur der Moderne kann ihre diesseitigen Glücksversprechen nur einlösen, wenn sie auch das Projekt der Medikalisierung vorantreibt. Das Wachstum der Medizin und des Gesundheitswesens ist so weniger eine Frage von Strukturfehlern in der Organisation der medizinischen Versorgung. Es ist kulturimmanent, ist vor aller Organisation der medizinischen Dienste kulturell vorgeprägt und könnte nur durch Einschnitte in die vorherrschenden kulturellen Muster gebremst und zurückgedrängt werden.

Lenzen exemplifiziert diesen Medikalisierungsprozess, den er als medizinischen Eingriff in die Kultur bezeichnet, anhand der Perinatal Medizin, dem Aids-Diskurs, der In-vitro-Fertilisation, der Anti-Cholesterin Kampagne, dem Schwangerschaftsabbruch, der Sterbehilfe und letztlich der Kieferorthopädie (Lenzen 1991). Nicht von ungefähr nahm die Kieferorthopädie, der hier unser näheres Interesse gilt, in der Aufklärungszeit ihren Anfang. 1728 entwickelte der französische Zahnarzt Fouchard den ersten Regulierungsapparat des Gebisses. Seitdem kann man einen kometenhaften Aufstieg der Kieferorthopädie beobachten. Gab es 1928 in ganz Europa lediglich 20 Kieferorthopäden, so sind es Anfang der 90iger Jahre ca. 1600 alleine in Deutschland (Lenzen 1991, 65). Nachdem 1973 wiederum durch ein Urteil des Bundessozialgerichtes „Dysgnathien“ (Fehlstellungen) als Krankheit angesehen wurden, schnellten die Abrechnungsfälle in die Höhe: von DM 3.540.200,- im Jahre 1976 auf DM 5.029.100,- in 1987 (Lenzen 1991, 65). In den achtziger Jahren hatte man den Eindruck, dass fast jeder Jugendliche mit kieferorthopädischen Apparaturen herumläuft, ja, es galt als schick, mit Brackets geschmückt zu sein. Die Kiefer-

orthopädie erfüllt dabei im Sinne von Selbstverfügung nach Lenzen eine wichtige Entdifferenzierungs- und Normierungsfunktion. Das eugnathe Gebiss steht für den zivilisierten, leistungsbereiten Menschen. Ein vorstehendes Gebiss steht in diesem Zusammenhang für Triebhaftigkeit, es erinnert an die „triebhafter Befriedigung des Hungers“ (Lenzen 1991, 74).

Gleichzeitig steht ein wohlgeformtes Gebiss für Natürlichkeit: „Rousseau könnte der Pate solcher Art kieferorthopädischer Legitimation gewesen sein. Denn diese Argumentation geht davon aus, dass der Mensch ursprünglich ein eugnathes Gebiss besaß, das im Verlauf der Gattungsgenese zivilisatorisch entartet wurde“ (Lenzen 1991, 74). Den Kieferorthopäden wie den Medizinern insgesamt geht es hier um „die Formung des Menschen nach einem Bilde, sei es dem der Natur oder dem ihres Gegenteils“ (Lenzen 1991, 75). Dabei wurden für das Gebiss die Proportionen festgelegt und die „Frankfurter Horizontale“ als Ideallinie festgelegt, „der archimedische Punkt, von dem aus alle Unschönheiten bestimmt werden können“ (Lenzen 1991, 76). Überhaupt zeigt das intakte Gebiss den starken und jugendlichen Menschen. Irregularitäten des Gebisses vermitteln den Eindruck des frühen Vergreisens, unterlassene Behandlung beschleunigt die Ausformung des „Greisenkinns“. Der Kieferorthopäde bestimmt auch den Übergang von der Kindheit zum Erwachsenen, denn solange Wachstumsprozesse im Kieferbereich vorhanden sind, ist eine kieferorthopädische Behandlung sinnvoll. Das Ende der kieferorthopädischen Behandlung ist so gleichzeitig das Ende der Kindheit und die Transition ins Erwachsen-Sein. „Er (der Kieferorthopäde. d. Verf.) nimmt in der Rolle des Arztes eine weitere wichtige Funktion ein. Diese Funktion ist die Tätigkeit, die in der traditionellen Gesellschaft eher Priestern und Pfarrern vorbehalten war, wenn sie den Jugendlichen etwa durch die Konfirmation, in den Kreis der erwachsenen Gemeindemitglieder aufnehmen. Der Kieferorthopäde ist der moderne Initiator, der Schamane, der das Individuum von der Lebensphase der Jugend in die des Erwachsenenlebens überführt. Und: Er tut dies, entsprechend der modernen Tendenz zur Verlängerung der Kindheit, der Infantilisierung der Erwachsenenwelt, so spät wie möglich“ (Lenzen 1991, 81). Nach Lenzen hat die Kieferorthopädie Anteil an einer mehrfachen Entdifferenzierung traditionell differenzierter Kulturelemente. „So unterstützt das Projekt der Kieferorthopädie die Entdifferenzierung der ererbten Individualität durch die Zurichtung auf eine Gesichtsnorm. Gleichzeitig trägt sie zur Entdifferenzierung von Er-

wachsenen und Kindern dadurch bei, dass sie die Dauer der Kindheit gewissermaßen medizinisch verlängert“ (Lenzen 1991, 83). Mit der Emphase der Juvenilität leistet die Kieferorthopädie wie der Medizinbetrieb sicherlich insgesamt einen Beitrag zu einer schwerwiegenden Verdrängung, die insgesamt die moderne Säkulkultur auszeichnet: Die Verdrängung der Tatsache des Todes. „Denn nur durch das bewusste Fortschreiten im Leben, durch das bewusste Altern (wozu auch das Erwachsenwerden gehört), werden wir uns unserer Sterblichkeit bewusst. [...]. Die auch durch die Expansion der Kieferorthopädie beförderte Feier des Jungseins, wozu ein makellostes Leben, vom Leben noch nicht gezeichnetes Gebiss gehört, verdeckt die Tatsache unseres Alterns wie unserer Sterblichkeit“ (Lenzen 1991, 84).

Der Ausflug in den Bereich der Kieferorthopädie mit Dieter Lenzen zeigt: Die Medizin hat zentrale Komponenten unserer Kultur übernommen (wie Transitionsriten). Damit verbindet sich die These, dass sie gleichzeitig an kollektiven Verdrängungsleistungen Anteil hat, die zur Aufrechterhaltung der modernen Säkulkultur mit ihren irdischen Heilserwartungen erforderlich sind, so dass sie geradezu ins Zentrum dieser Kultur gerückt ist. Damit ist ein weiteres Argument gewonnen: Die moderne Kultur braucht in diesem Sinne eine expansive Medizin, ohne sie ist das Projekt der Moderne, die Rationalisierung aller Lebensbereiche, das Zurückdrängen von Unverfügbarkeiten, gar nicht durchführbar. So gesehen sind Strukturdefekte im organisatorischen Aufbau des Gesundheitsbetriebes nur sekundäre Verursachungen für die Aufgabensummutation, die Leistungsverdichtung und Hypostasierung des Funktionssystems Gesundheitswesen.

4. Strukturelle Kopplungen und gesteigerte Kompossibilitätserwartungen

Das Gesundheitswesen und die zahnmedizinische Versorgung im gesundheitspolitischen Zugriff

Wir hatten im ersten Kapitel die These aufgestellt, dass sekundäre Primärsysteme wie das Gesundheitssystem unter einem besonderen Kompossibilitätsdruck durch die anderen Funktionssysteme stehen. Da sich die Funktion eines sekundären Primärsystems wesentlich an der Funktionserfüllung der anderen primären Funktionssysteme orientiert, steht ein solches System unter besonderer „Beobachtung“ selbst dann, wenn das System unter normalen Bedingungen seine Funktion erfüllt. Produziert ein System wie das Gesundheitssystem allerdings Nonkompossibilitäten (also „Nichtverdaulichkeiten“) für die anderen primären Funktionssysteme, sei es, dass es seine Funktion unzureichend erfüllt oder dass es zu hohe Reproduktionskosten für seine Funktionserfüllung der Gesellschaft abverlangt, dann wird es gleichsam unter Kuratel der anderen Funktionssysteme gestellt.

Dabei wird insbesondere dem politischen System die Aufgabe zugewiesen, das entsprechende „aus dem Ruder laufende“ System wieder in ein akkordiertes Verhältnis zu den anderen Funktionssystemen zu bringen. Spätestens seit Ende der 70iger Jahre waren die Wachstumsschübe des Gesundheitswesens so groß, dass das politische System eingreifen musste. Die externalisierten Effekte insbesondere auf das Wirtschaftssystem wurden so immens, dass der Hypostase der eigenen Funktion des Gesundheitssystems von außen Einhalt geboten werden musste. Dies wurde durch politische Steuerungen versucht. Damit wurde gegen Ende der 70iger Jahre die „Kostendämpfungspolitik“ für das Gesundheitswesen eingeläutet.

Wir wollen nun im Folgenden diese Phase der gesteigerten Kompossibilitätserwartungen an das Gesundheitswesen genauer analysieren und speziell die Auswirkungen auf die zahnärztliche Versorgung mit den entsprechenden Standes- und berufspolitischen Reflexen untersuchen.

4.1. Strukturelle Kopplungen

Um die komplizierten intersystemischen Beziehungen zwischen den Funktionssystemen zu verstehen (in unserem Fall: insbesondere die Beziehung zwischen Gesundheitssystem und Politik), ist es erforderlich, sich besonders mit den „strukturellen Kopplungen“ zwischen den Funktionssystemen zu befassen. Unter „strukturellen Kopplungen“ verstehen wir Resonanzen eines Systems auf andere Systeme, die ungeplant verlaufen und die in jedem Fall eintreten werden. Hier bestätigt sich, dass Systeme nicht nicht-kommunizieren können. „Strukturelle Kopplungen“ führen aber keineswegs notwendigerweise zu einem harmonischen Verhältnis. Zunächst gilt es in diesem Zusammenhang, sich von den simplen Modellen einer politischen Interventionslogik zu verabschieden. Denn, wie der Blick der Systemtheorie besonders klar zeigen kann, sind Funktionssysteme hochgradig autopoietisch, sie lassen sich durch ihre operative Selbstreferenz nicht von außen determinieren. „Soziale Systeme sind in höchstem Maße umweltignorant und weisen alle deterministischen Steuerungsversuche von außen ab. Systeme passen sich nicht der Umwelt an, sie passen sich höchstens sich selber an. Die Systeme entscheiden selbst, welche Umweltimpulse als solche wahrgenommen werden, um dann systeminterne Resonanz, also Reaktion, auszulösen“ (Bauch 1996, 244).

Der Aufbau von Fremdreferenz bleibt eine systemspezifische und systemeigene Leistung, so gesehen, kann sich ein System allenfalls selbst irritieren, wenn es Umweltimpulse empfängt. Natürlich heißt operative Geschlossenheit der Systeme nicht, dass sie als kognitiv offene Systeme nicht auf Umweltereignisse reagieren können. Aber sie tun es immer auf ihre systemspezifische Weise. Deswegen sind externe Interventionen mit einer Umsetzungserwartung 1: 1 zum Scheitern verurteilt. Dies hat insbesondere Folgen für das Verhältnis von Staatsinterventionismus: Eine jede staatsintervenistische Strategie übersieht den Eigensinn der Systeme, in die interveniert werden soll. „Würde man die moderne Gesellschaft lediglich als eine Menge von autonomen Funktionssystemen beschreiben, die einander keine Rücksicht schulden, sondern den Reproduktionszwängen ihrer eigenen Autopoiesis folgen, ergäbe das ein höchst einseitiges Bild. Es wäre dann schwer zu verstehen, wieso diese Gesellschaft nicht binnen kurzem explodiert oder in sich zerfällt. Irgendwo und irgendwie müssen doch, so lautet ein naheliegender Einwand, für Integration gesorgt werden“ (Luhmann 1997, 776). In traditionellen Modellen erfolgt diese Integration über gemeinsame Werte oder über eine Hierarchisierung der Funktionssysteme. Die

Idee ist, dass die Politik als Funktionssystem über den anderen Funktionssystemen steht und sie steuert. Man kann aber mit guten Gründen zeigen, dass genau diese Idee verfehlt ist.

In der realistischen Sicht der Systemtheorie sind allerdings solche Integrationslösungen wegen der Heterarchie und der operativen Geschlossenheit der Systeme abzulehnen. Aus ihrer Sicht erfolgt „Integration“ lediglich über die „Strukturelle Kopplung“ der Funktionssysteme. „Faktisch sind alle Funktionssysteme durch strukturelle Kopplung miteinander verbunden und in der Gesellschaft gehalten“ (Luhmann 1997, 779).¹⁶⁴ Strukturelle Kopplung heißt, dass sich Funktionssysteme gegenseitig irritieren. Es entstehen einzelne Bahnen „wechselseitiger Irritation bei hoher Indifferenz gegenüber der Umwelt im Übrigen“ (Luhmann 1997, 779). Diese Irritation erfolgt auf Dauer, ohne dass Eingriffe in die Autopoiesis der einzelnen Systeme vorliegen. Jedes Funktionssystem reagiert auf die Änderung der Voraussetzungen seiner Autopoiesis auf eigene Art, die sich je nach der Geschichte und Evolution des Systems und seiner Teilsysteme bemisst.

„Strukturelle Kopplung“ ist so zu definieren als eine gegenseitige nicht-deterministische, aber andauernde Irritation, die die Systeme zwingt, nach jeweils eigener Einschätzung sich an Umweltsystemen zu orientieren, um die eigene Autopoiesis fortführen zu können. „Obwohl es keine Möglichkeit des Durchgriffs auf Strukturentwicklungen von außen mehr gibt, spielt eine wesentliche Rolle, mit welchen Irritationen ein System sich immer und immer wieder beschäftigen muss – und welche Indifferenzen es sich leisten kann“ (Luhmann 1997, 780). Helmut Willke umschreibt das Phänomen der strukturellen Kopplung wie folgt: „Diese Betonung der selbstreferentiellen Qualität ausdifferenzierter Bereiche, ihrer operativen Geschlossenheit und semantischen Spezialisierung könnte zu dem Schluss führen, hier handele es sich gewissermaßen um autistische soziale Systeme. Nichts wäre fehlgeleiteter als diese Folgerung. Denn natürlich ist auch Vertretern einer systemtheoretischen Theorie funktionaler Differenzierung und operativer Geschlossenheit der differenzierten Teile klar, dass autonome Systeme Umweltbeziehungen haben.

¹⁶⁴ Strukturelle Kopplungen beziehen sich nicht nur auf gesellschaftsinterner Ebene auf die Beziehung zwischen den Funktionssystemen. So ist das Soziale über strukturelle Kopplungen mit der Welt des Nicht-Sozialen verbunden, Kommunikationen sind grundsätzlich mit den psychischen Systemen strukturell gekoppelt. Dazu: Niklas Luhmann, *Die Gesellschaft der Gesellschaft I*, Frankfurt 1997, 103 ff.)

Der entscheidende Punkt ist, dass diese Systeme als strukturdeterminierte, selbststeuernde Systeme von Umweltereignissen nur zu eigenen Operationen angeregt oder angestoßen, nicht aber determiniert werden können – denn externe Determination wäre das Ende ihrer Autonomie und operativen Geschlossenheit. Diese Art der Umweltbeziehung nennt Maturana „strukturelle Kopplung“. Auch im Falle sozialer Systeme ist es notwendig, die Härte des Gedankens reiner Selbstreferenz abzumildern und durch eine besondere Art der Kombination oder Koppelung von Selbstreferenz und Fremdreferenz, d. h. der Kombination von Bezug auf die eigenen Operationen und Bezug auf Bedingungen der äußeren Umwelt“ (Willke 1993, 45).

„Strukturelle Kopplung“ heißt damit weiterhin, dass die Funktionssysteme immer schon und von Anfang an im Sinne von Koevolution verbunden sind. Sie stellen sich größtenteils automatisch oder wie Uwe Schimank schreibt „blind“ (Schimank 1995, 42) aufeinander ein. Strukturelle Kopplung produziert so von Anfang an, ohne dass jemand in irgendeinem Sinne dafür Sorge trägt, Kompossibilitäten. Erst, wenn dieses „automatische“ Akkordieren und Abstimmen nicht mehr richtig funktioniert, sieht sich beispielsweise das politische System genötigt, Maßnahmen zu ergreifen, von denen es annimmt, dass es die Interaktion der Systeme verbessert. Dieser Automatismus hängt größtenteils mit der multiplen Teilkonstruktion der Personen in die Funktionssysteme zusammen. Personen ändern ihre Verhaltensweisen meistens ganzheitlich. Die Integration in Systeme erfolgt aber nur teilweise. Ändern sich die Beteiligungsbedingungen in einem System, zieht dies Veränderungen im Umgang mit anderen Systemen nach sich. Ein schönes Beispiel für diesen Mechanismus ist das „Krankschreiben“ als Kopplungseffekt zwischen Wirtschaftssystem und Gesundheitswesen. In Zeiten der Wirtschaftskrise neigen die Menschen dazu, aus Angst vor Arbeitslosigkeit sich weniger krankschreiben zu lassen. Dadurch werden die Krankheitskosten minimiert, die Wirtschaft durch Sozialkosten weniger belastet. Das Gesundheitswesen reagiert so auf Wirtschaftsprobleme auf adäquate Weise und leistet einen Beitrag zur Erholung des Wirtschaftssystems, ohne dass irgendein Programm dies ins Auge gefasst hätte. Solche Kopplungen sind gerade in der Beziehung des Wirtschaftssystems mit anderen Funktionssystemen vielfach anzutreffen. Denken wir an Auswirkungen von Wirtschaftskrisen auf die Nutzung des Kunstsystems, des Sports, der Wissenschaft und

des Bildungssystems. Luhmann hat die Kopplungen der unterschiedlichsten Systeme untersucht.

Insbesondere die Kopplung der Politik zu den anderen Funktionssystemen war für ihn von Interesse. So untersuchte er die Beziehung zwischen Politik und Massenmedien, Politik und Wirtschaft, Politik und Rechtssystem und Politik und Wissenschaft (Luhmann 2000, 382 ff.). Er konnte am Beispiel der Beziehung von Politik und Wirtschaft auf (die über Steueranteil und Staatsverschuldung verkoppelt sind) zeigen, wie die Kopplungseffekte selbst zum entscheidenden Maßstab politischer Entscheidungsprogramme werden. „Die Beschränkungen der Steuererhebung ergeben sich also nicht mehr aus den Konturen eines Staatszweckes oder aus klassischen Kontingenzformeln wie Gemeinwohl und öffentliches Interesse, sondern aus den wirtschaftlichen Konsequenzen der Steuererhebung“ (Luhmann 2000, 387). Die Wirkung der Politik auf das Wirtschaftssystem wird zu einem entscheidenden Maßstab der Politik selbst.

Die Politik realisiert also ihre Programmatik nicht konsequent und prüft dann, welche Kopplungseffekte sie im Wirtschaftssystem produziert. Sie bezieht diese Kopplungseffekte von Anfang an in ihre Programme ein und richtet sich danach aus. Dieses Phänomen können wir nun auch im Umgang mit dem Gesundheitssystem beobachten:

Nicht nur die Steuererhebung, auch die Festlegung von parastaatlichen Sozialabgaben wird an wirtschaftlichen Kopplungseffekten festgemacht. So finden wir in der Beziehung Politik-Wirtschaft viele Gemeinsamkeiten mit der Beziehung Politik-Gesundheitssystem. Genauso wie in der Relation Politik-Gesundheitswesen, schafft sich das politische System „zur Kontrolle des Gesamtbildes politisch relevanter wirtschaftlicher Entwicklungen“ ein „Netz von hochaggregierten Orientierungsdaten“, die als wirtschaftspolitische Daten der strukturellen Kopplung dienen sollen (Luhmann 2000, 388). Die genauere Analyse zeigt, dass in der Relation zum Gesundheitswesen genau die gleichen Muster (nur zeitlich versetzt) zur Anwendung gekommen sind. Hier verschafft sich die Politik „medizinische Orientierungsdaten“. Wir kommen darauf zurück.

Eine Sonderstellung in dieser Frage nehmen nach Luhmann Funktionssysteme ein, die personal- und interaktionsintensiv arbeiten müssen, weil sie Personenänderung, also „people processing“ zum Programm haben. Sie leisten strukturelle Kopplung im Wesentlichen über Organisation. „Sie scheint sich vor allem für die Beziehungen der Politik zu Funktionssystemen anzubieten, in denen interaktionsintensiv, also personalintensiv, also

kostenträchtig gearbeitet werden muss. Das gilt für das Erziehungssystem und weniger zwingend, auch für das System der Krankenbehandlung – also für Fälle, in denen die Gesellschaft nicht nur die Annahme und Weiterführung von Kommunikation gewährleisten muss, sondern über Kommunikation auch Personen zu verändern sucht“ (Luhmann 2000, 396). Bildung und Krankenbehandlung, so Luhmann, waren noch vor wenigen hundert Jahren Aufgaben der Familienhaushalte. In der Neuzeit wurden dafür zunehmend Organisationen sekundärer Vergesellschaftung zuständig, people processing wurde zu einem Organisationsproblem. Personenänderung erfolgt in Interaktionsprozessen unter Anwesenheit. „Diese kann aber nicht dem Zufall des Zustandekommens überlassen bleiben, sondern wird, wenn der Bedarf eine bestimmte Größenordnung erreicht, organisiert“ (Luhmann 2000, 396). In Organisationssystemen werden Entscheidungen prozessual und operativ realisierbar. Dabei wird aber eine hohe Interdependenz von Entscheidungsprämissen erforderlich, die gleichsam in verschiedenen Funktionssystemen beheimatet sind. So kommt es zu losen Kopplungen (loose coupling) von Elementen unterschiedlicher Funktionssysteme auf Organisationsebene. „Offenbar können Funktionssysteme sich gerade dank dieses „loose coupling“ in Organisationssysteme einnisten – und zwar mehrere Funktionssysteme in ein und derselben Organisation. Das Rechtssystem zum Beispiel beteiligt sich an wohl jeder Organisation, auch wenn diese speziell auf ein spezielles Funktionssystem ausgerichtet ist“ (Luhmann 2000, 398). So braucht wohl jede Krankenhausverwaltung eine Rechtsabteilung oder eine Stabstelle zum Umgang mit den Massenmedien (Öffentlichkeitsarbeit). Organisationen des Gesundheitswesens ziehen dabei in besonderem Maße politische Aufmerksamkeit auf sich. „Auch hier produziert die notwendige Organisiertheit bestimmter Leistungen politische Themen und damit politische Interferenz nicht zuletzt deshalb, weil die moderne Politik hochempfindlich reagiert, wenn an ganz privaten, Körper und Geist, Gesundheit und Karrierechancen des Einzelnen angehenden Problemen typische Konstellationen sichtbar werden, die jeden in seinem Eigeninteresse treffen können“ (Luhmann 2000, 400).

Wenn Organisationen also politische Aufmerksamkeit durch ihre Entscheidungstätigkeit auf sich ziehen, so ist es nicht verwunderlich, dass das politische System seinerseits auf diese Gestaltungsofferten reagiert. „Es gibt dann im politischen System ein Themensegment Schulpolitik oder ein Themensegment Gesundheitspolitik, in dem laufend auf die

eigene Geschichte und auf neu anfallende Probleme reagiert wird, obwohl keine Rede davon sein kann, dass diese politischen Aktivitäten ihrerseits erziehen oder Kranke heilen. Und genau das sollte mit Hilfe des Begriffs der strukturellen Kopplung erklärt werden“ (Luhmann 2000, 401).

4.2. Operative Kopplung

Wir sahen: Mittels struktureller Kopplung sind alle Funktionssysteme mehr oder weniger stark miteinander verbunden. Sie befinden sich dabei im Zustand wechselseitiger Irritation und stellen sich auf das Operieren der anderen Funktionssysteme nach Maßgabe ihres eigenen Modus operandi und der eigenen Systemgeschichte ein. „Fürs Überleben genügt Evolution“ heißt es lapidar bei Luhmann (Luhmann 1984, 645). Dies bedeutet allerdings nicht, dass angesichts dieser Interferenzen automatisch ein kompossibles Verhältnis, eine Konkordanz oder rationale Abgestimmtheit zwischen ihnen vorliegt. Strukturelle Kopplung heißt nur, dass sich die Systeme gegenseitig beeinflussen und irritieren.

Der Begriff besagt noch keineswegs, dass eine Übereinstimmung oder ein Gleichgewicht der unsichtbaren Hand im Sinne einer höheren gesamtgesellschaftlichen Rationalität erfolgt (obwohl dieser Glücksfall auch durch strukturelle Kopplung eintreten kann). Strukturelle Kopplungen, die in einem System, also etwa innerhalb der Gesellschaft, stattfinden, können durch gezielte operative Kopplungen auf Organisationsebene ergänzt werden. „Operative Kopplung“ ist demgegenüber ein Zustand, in dem die Kopplung planbar und geordnet im Sinn des übergreifenden Ganzen geschieht.

Dabei können Kommunikationsformen etabliert werden, um zwischen Organisationen verschiedener Funktionssysteme Abstimmungsprozesse durchzuführen. „Vor allem im Umkreis des politischen Systems haben sich zahlreiche „Verhandlungssysteme“ etabliert, die in der Form von regulären Interaktionen Organisationen zusammenführen, die ihrerseits Interessen aus verschiedenen Funktionssystemen vertreten“ (Luhmann 1997 II, 788). Diese werden als „neokorporatistische Verhandlungssysteme“ seit den 70iger Jahren in den Sozialwissenschaften diskutiert. Berühmt wurde im Rahmen des Stabilitätsgesetzes von 1969 die „Konzertierte Aktion“ zwischen Staat und den Tarifparteien. „Operative Kopplungen können strukturelle Kopplungen nicht ersetzen. Sie setzen sie voraus.

Aber sie verdichten und aktualisieren die wechselseitigen Irritationen und erlauben so schnellere und besser abgestimmte Informationsgewinnung in den beteiligten Systemen“ (Luhmann 1997 II, 788). Helmut Willke hat solche Verhandlungssysteme analysiert und als „dezentrale Kontextsteuerung“ zur „Zivilisierung der Interventionsbedingungen zwischen gesellschaftlichen Teilsystemen“ empfohlen (Willke 1993, 135).¹⁶⁵ Nach Willke besteht die vorrangige Leistung der dezentralen Steuerung durch solche bewussten organisatorischen Kopplungen darin, „autonome Systeme zu einer abgestimmten Optionenpolitik zu veranlassen. Damit ist gemeint, dass Interventionen als Instrument der wechselseitigen Beeinflussung darauf abgestimmt werden, dem jeweils intervenierten System innerhalb seiner eigenen Operationslogik und seiner eigenen Freiheitsgrade solche Optionen zu unterbreiten, d.h. durch eine entsprechende Gestaltung von Kontextbedingungen zugänglich zu machen, welche die systemische Autonomie nicht verletzen, aber z.B. andere oder geringere negative Externalitäten zu produzieren“ (Willke 1993, 139). Willkes Vorschläge bewegen sich auf der Ebene von gesellschaftlichen Organisationen, die natürlich miteinander interagieren können. Er thematisiert operative Kopplungen zwischen Organisationen unterschiedlicher gesellschaftlicher Funktionssysteme. Eine direkte operative Kopplung zwischen den Funktionssystemen ist aber nicht möglich. Vielmehr war und ist es Ziel der Etablierung solcher Verhandlungssysteme, die organisierten Akteure eines Funktionssystems zusammenzubringen, um mit diesen von Seiten der Politik Absprachen treffen zu können. Die Zusammenfassung der organisierten Akteure eines Funktionssystems galt der Politik als Ersatzadresse des Funktionssystems, so dass man glauben könnte, operative Kopplungen an die Stelle struktureller Kopplungen setzen zu können. Dies ist ein zweiter politischer Irrtum, neben der Erwartung einer möglichen Globalsteuerung.

Die konzertierte Aktion wäre dann mit dem Wirtschaftssystem Ende der 60iger Jahre oder die „Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen“ der späten 70iger zeigen indes, dass diese Hoffnungen enttäuscht werden mussten.

¹⁶⁵ Dabei macht er allerdings den Fehler, operative Kopplungen, die nur auf Organisationsebene möglich sind, als Maßstab für die Verkopplung von Funktionssystemen zu nehmen. Dies ist deshalb schon nicht möglich, weil Funktionssysteme über keine eigene soziale Adresse verfügen. Die Wirtschaft kann nicht mit der Politik verhandeln. Jede Organisation steht für Eigeninteressen, der Verband der Arbeitgeber vertritt Arbeitgeberinteressen und vertritt nur einen Teilaspekt des Wirtschaftssystems. Selbst der/die Bundeskanzler(in) vertritt die Interessen des Staates, nicht die des gesamten politischen Systems. Wir kommen auf diese wichtige Differenzierung zurück.

Typisch für die konzertierte Aktion unter Karl Schiller war der Anspruch von Seiten der Politik, durch das Zusammenbringen der Akteure im Wirtschaftsbereich eine Art von „Globalsteuerung“ durchführen zu können. Um eine solche Globalsteuerung zu ermöglichen, sollte die Fiktion aufgebaut werden, durch die Verhandlungen mit allen relevanten Akteuren im Wirtschaftssystem könne man eine soziale Adresse für das Gesamtsystem konstituieren und damit Abstimmungen auf Funktionssystemebene generieren. Gleichzeitig glaubte man mit dieser Konstruktion von Verhandlungsroutinen die strukturelle Kopplung zwischen den Funktionssystemen zumindest durch operative Kopplungen ergänzen zu können. Die Fiktion dieser Konstruktion besteht aber darin, zu glauben, durch operative Kopplungen mit Einzelakteuren zu einer höherwertigen systemspezifischen Gesamtrationalität zu kommen. Die „Naturwüchsigkeit“ der strukturellen Kopplung, die sich oft hinter dem Rücken der Akteure einstellt, soll durch ein bewusstes und geplantes Abstimmen der Systeme ersetzt oder ergänzt werden. Nun kann aber keiner der organisierten Akteure für das Gesamtsystem sprechen. Aus der Summe der Absprachen mit eigensinnigen Akteuren mit Partikularinteressen ergibt sich kein Automatismus der Etablierung einer höherwertigen Rationalität auf Systemebene.

Das hängt damit zusammen, dass Absprachen keinen gleichmäßigen Bindungscharakter für alle Beteiligten haben. Sie werden zögernd befolgt, teilweise unterlaufen, bewusst nicht eingehalten, so dass bereits nach kurzer Zeit, weil die Win-Win-Situationen nicht für alle Akteure gleich ausfallen, Störungen anfallen, die zu Nachverhandlungen zwingen und damit zeigen, dass Verhandlungssysteme auf Organisationsebene systematisch überfordert sind, wenn sie Rationalitäten auf Funktionssystemebene produzieren sollen. Im Übrigen wird ja auch durch Verhandlungssysteme der Preisbildungsmechanismus des Wirtschaftssystems nicht außer Kraft gesetzt. Dieser setzt sich am Markt hinter dem Rücken der Akteure durch und selbst der Staat kann nur wie jeder andere Marktakteur auch als Geldeigentümer auftreten. Er hat gerade nicht die Rolle des Schiedsrichters und der Metainstanz inne, die er beansprucht. „Dabei muss man berücksichtigen, dass Geld ein Medium ist, das nur in der Form von Zahlungen, also nur in der Wirtschaft selbst verwendet werden kann. Schon nach der ersten, noch politisch konditionierten Zahlung aus öffentlichen Kassen (die ihrerseits nur angenommen wird, weil das Geld in der Wirtschaft weiterverwendet werden kann) entzieht sich die Verwendung des Geldes der politischen Kontrolle“ (Luhmann 2000, 383).

Im Klartext heißt dies, dass die Mechanismen der strukturellen Kopplung zwischen den Funktionssystemen weiter aktiv sind und nicht durch operative Kopplungen auf Organisationsebene eingeschränkt oder gar ersetzt werden können. Die Folge ist: Ein Funktionssystem lässt sich auch durch die Zusammenfassung der organisierten Akte des jeweiligen Systems keine soziale Adresse geben, mit der man interagieren kann. Das Eigenrecht der verschiedenen Systeme bleibt bestehen und die strukturelle Kopplung mit anderen Funktionssystemen verläuft weiterhin über die innere Evolution und nicht über Planung.

4.3. Die Grenzen der Globalsteuerung: Die „konzertierte Aktion“ im Gesundheitswesen

Dieses allgemeine Muster zeigt sich auch im Gesundheitswesen. Auch im Umgang mit dem Gesundheitswesen versuchte das politische System dem Gesundheitssystem durch die Versammlung aller relevanter organisierten Akteure eine soziale Adresse zu geben, mit der es kommunizieren kann. Man glaubte damit Voraussetzungen zu schaffen, um von System zu System Absprachen treffen zu können. 1977 wurde mit dem sog. KVKG (Krankenversicherungskostendämpfungsgesetz) die „Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen“ eingeführt. Der Grundgedanke der Konzierten Aktion im Gesundheitswesen war, durch freiwillige Vereinbarungen mit den Akteuren im Gesundheitswesen Maßnahmen der Ausgabenbegrenzung im Gesundheitswesen zu erreichen.¹⁶⁶ Die zweimal jährlich tagende KAiG sollte medizinische und wirtschaftliche Orientierungsdaten sowie Vorschläge zur Erhöhung der Leistungsfähigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen entwickeln sowie Empfehlungen zu den einzelnen Versorgungsbereichen abgeben, insbesondere auch zur Veränderung der Vergütungen in diesen Bereichen. Dabei hatte die KAiG aber keine verbindliche Beschlusskompetenz. Sie arbeitete nur als Beratungsgremium. 75 Verbandsvertreter gehörten der KAiG an, ein buntes Spektrum von Verbänden innerhalb und auch außerhalb des Gesundheitswesens. So waren neben den Verbänden der Krankenkassen und der Ärzteverbände auch die Arbeitgeber und die

¹⁶⁶ Die KAiG wurde mit dem Gesetz zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung und zur Strukturverbesserung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz – KVKG) vom 27.7.1977 durch Einführung eines § 405a in die Reichsversicherungsordnung (RVO), nach Überführung der RVO in das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), hier § 141, etabliert.

Gewerkschaften beteiligt, die Gebietskörperschaften, die Pharmaindustrie und Betroffenenverbände, Behinderten- und Verbraucherverbände, Apotheker, Heilmittelerbringer, Vertreter der Pflegeberufe und des Kur- und Bäderwesens. Dabei zeigt der Teilnehmerkreis, worauf Helmut Wiesenthal in seiner Analyse der Konzertierten Aktion aus dem Jahre 1981 hinwies, dass es nicht um die Regulierung des Krankenkassensystems alleine ging sondern um das Gesundheitswesen insgesamt als gesellschaftlicher Bereich. „Der Teilnehmerkreis beschränkt sich nicht auf die Vertreter solcher Organisationen, die im System der GKV institutionalisiert sind, sondern umfasst praktisch alle an der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung Beteiligten. Mit dieser Überschreitung des Geltungsbereichs der Gesetzlichen Krankenversicherung durch die Bezugnahme auf die Bevölkerung statt auf die GKV –Versicherten ist der Relevanzbereich der Konzertierten Aktion ausdrücklich auf das Gesundheitswesen als gesellschaftlichen Bereich, sei er gesetzlich geregelt oder privatwirtschaftlich organisiert, ausgedehnt“ (Wiesenthal 1981, 78). Die Einschätzung von Wiesenthal stützt unsere These, dass durch die Konzertierte Aktion das Gesundheitssystem als Funktionssystem und als „fiktiver Gesamtakteur“ politisch erfasst werden sollte. Nur über diese (fiktive) Zusammenfassung des komplexen Systems auf praktisch eine soziale Adresse konnte die vom KVKG und später auch vom KVEG (Krankenversicherungs-Ergänzungsgesetz) favorisierte und letztlich implementierte „Globalsteuerung“ durch eine „einnahmeorientierte Ausgabenpolitik“ umgesetzt werden.

Das bedeutet: Der Politiktypus der Globalsteuerung ließ die Zusammenfassung des komplexen Systems Gesundheitswesen auf einen Quasi-Akteur als wünschenswert und sogar als erforderlich erscheinen. Diesem Anliegen diente die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Dabei zeigte sich aber sehr schnell, dass man die System-Ebenen nicht ohne weiteres wechseln kann, Verhandlungen auf der Ebene der organisierten Interessen führen eben nicht ohne weiteres zu einer Gesamtvertretung des politisch zu traktierenden Systems oder gar zu einer systemischen Gesamtrationalität. Genau an diesem Problem ist dann auch die Konzertierte Aktion gescheitert. Bereits im Jahr 1992 hörte die KAiG auf zu existieren. Nach dem Beginn der Arbeiten am Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) berief der damalige Gesundheitsminister die KAiG nicht mehr ein, obwohl ihre Existenz und ihre Aufgaben nach wie vor gesetzlich verankert waren.

Dabei hatte die KAiG zumindest Anfangserfolge zu vermelden, von 1976 auf 1980 konnte der Ausgabenanstieg gebremst werden, der Beitragssatz blieb zwischen 1976 und 1979

praktisch stabil. Danach schnellten die Ausgaben aber wieder in die Höhe und die KAiG erweis sich als ein viel zu weiches Instrument, um nachhaltige Bremseffekte im Gesundheitswesen zu erzielen. Ein Problem war sicher, dass über die KAiG ausschließlich eine Kostendämpfungspolitik vermittelt werden sollte. Damit wurden die beteiligten Verbände, wie Wiesenthal nachweist, internen Zerreißproben unterworfen, auf die sie als Organisationen nicht vorbereitet waren (Wiesenthal 1981, 83). Besonders Organisationen mit Zwangsmitgliedschaft (wie die Ärzteverbände) tun sich besonders schwer, Kompromisse in der Außenbeziehung nach innen zu vermitteln. Die Verbandsführungen haben oftmals gar nicht den Spielraum, Kompromisse einzugehen, weil die verbandsinternen auf die Mitglieder bezogenen Motivationsprogramme durch die ärgerliche Tatsache der Zwangsmitgliedschaft so starr und unflexibel sind und damit eine flexible, auf Kompromisse hin ausgelegte Verhandlungsführung unterbunden wird (Bauch 1982). Ein weiteres Problem der KAiG war, dass auch nicht von den Beteiligten konsentierende Empfehlungen bei den Vertragsverhandlungen auf Landesebene und bei den Entscheidungen der Schiedsstellen eine normierende Rolle spielten. Insbesondere für die Zahnärzteschaft war das der casus belli. So kündigte in der KZBV Vertreterversammlung die KZBV (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung) und der Freie Verband der Deutschen Zahnärzte ultimativ den Auszug der Heilberufe aus der Konzertierten Aktion an, falls der damalige Sozialminister¹⁶⁷ Dr. Ehrenberg nicht erkläre, dass die Inhalte eines von den Betroffenen nicht akzeptierten Empfehlungsvorschlags für alle Beteiligten rechtlich belanglos ist und für Dritte keinerlei Rechtswirkung besitzt. Die Intransigenz der Zahnärzte in dieser Frage ist nach Wiesenthal darauf zurückzuführen, dass sie kaum einer Bedrohung ihrer Marktposition ausgesetzt waren (wie beispielsweise die Ärzte durch eine drohende Ärzteschwemme) oder dass etwa durch Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Behandlung ihr Monopol gefährdet wäre. Dazu kommt, dass Zahnärzte zu 90% in freier Niederlassung tätig waren, was im Gegensatz zur Ärzteschaft mit ca. 50% im Angestellten- oder Beamtenstatus zu einer hohen Interessenhomogenität führte. Diese Situation erklärt im Übrigen, warum die zahnärztlichen Organisationen bis heute eine härtere Linie in ihrer Standespolitik fahren können als allgemeine Ärzteverbände.

¹⁶⁷ Bezeichnend ist, dass der Sozialminister und nicht der Gesundheitsminister zur damaligen Zeit den Vorsitz in der KAiG führte. Bis 1991 war das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung für die Belange der GKV zuständig, erst ab 1991 das Bundesministerium für Gesundheit.

Die KAiG konnte somit die Einzelinteressen der Verbände nicht suspendieren und zu einer für alle tolerablen Grundposition zusammenfassen. Das zeigt sich auch daran, dass viele Entscheidungen in bilateralen Vorverhandlungen jenseits der KAiG getroffen wurden. Insbesondere die Ersatzkassen schlossen mit der Ärzteschaft im Vorfeld Verträge ab und konfrontierten die KAiG mit vollendeten Tatsachen. „Entscheidend war dagegen, dass rechtskräftige Vereinbarungen das Instrument der Konzertierten-Aktion-Empfehlungen obsolet machten. Denn es waren Verträge abgeschlossen, bevor die Vertragspartner des gesamten GKV-Bereichs zusammen mit dem Staat Empfehlungen zum Inhalt der Verträge aussprechen konnten“ (Wiesenthal 1981, 92). Gleichzeitig war der Kostendämpfungsdruck für die KAiG so groß, dass man wegen relativ kurzfristig zu erzielender Bremseffekte Strukturdefizite des Gesundheitssystems in Kauf nahm, ja sie letztlich verstärkte. Wiesenthal exemplifiziert das anhand des sog. „Bayernvertrages“ zwischen den RVO-Kassen und der KV Bayern im Jahre 1979. Um das Wohlergehen der Ärzte in der KAiG zu erwirken, wurde den Kassenärzten ein überplanmäßiger Honorarzuwachs zugebilligt, wenn diese besonders preisbewusst und wirtschaftlich Arzneimittel verordnen, wenn sie die Zahl der Überweisungen ins Krankenhaus verringern und bei den Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen strengere Maßstäbe anlegen (Wiesenthal 1981, 99). Das Motto war: „So viel ambulant wie möglich, soviel stationär wie nötig“. Tatsächlich verringerten sich als Folge des Bayernvertrages die Steigerungsraten der Arzneimittelausgaben und die Ausgaben für stationäre Behandlung.

D.h., die Mehrausgaben für ärztliche ambulante Behandlung wurden durch überproportionale Einsparungen im stationären Sektor wettgemacht. Diese Politik rief aber wiederum die Gewerkschaften auf den Plan, die die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser gefährdet sahen und dort Stellenabbau befürchteten. Das Ringen um den Bayernvertrag zeigt exemplarisch, wie Kompromisse in einem Bereich, bzw. mit einer Fraktion des Gesundheitswesens (vermeintliche) Benachteiligungen in anderen Sektoren hervorrufen, so dass eine für alle tragbare Kostendämpfungspolitik in der KAiG nicht realisiert werden konnte, die unterschiedlichen Interessen ließen sich durch Verhandlungen nicht homogenisieren. So musste in der KAiG im Gesundheitswesen versucht werden, aus Gründen der Konsensbildung Kostendämpfung in allen Bereichen möglichst gleichmäßig ohne Rücksicht auf unterschiedliche sektorale Effektivitätsgrade durchzusetzen. Die Relation der Ausgabenblöcke in der GKV wurde so zementiert, dass den Anforderungen der unterschiedlichen

Sektoren nicht Rechnung zu tragen war. Damit erwies sich die Erwartung einer Globalsteuerung erneut als Illusion. Eine Reform innerhalb des Systems der gesundheitlichen Versorgung war mit der KAiG also nicht machbar.

4.4. Das Scheitern der Globalsteuerung: Die Kostendämpfungsgesetze

Die KAiG ist nur zu verstehen vor dem Hintergrund der Kostendämpfungsgesetze, also des 1977 in Kraft getretenen „Gesetzes zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung und zur Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung“ (KVKG) und dem im Jahre 1982 in Kraft getretenen „Gesetz zur Ergänzung und Verbesserung der Wirksamkeit kostendämpfender Maßnahmen in der Krankenversicherung“ (KVEG). Die „Interventionslogik“ der Gesetze machte einen fiktiven Gesamtakteur erforderlich, mit dem man Absprachen treffen konnte, denn das Zentrum der Gesetze bildete eine Steuerung von außen und zugleich eine Globalsteuerung. „Strukturverbesserungen“ im Gesundheitswesen erfolgten in diesen beiden Gesetzen eigentlich nur, um die Zugriffssicherheit auf das Gesundheitssystem zu erhöhen, also eine Steuerung von außen zu ermöglichen (was sich aus systemtheoretischer Sicht natürlich von Anfang an als Täuschung erweisen musste). Die Zielsetzung des Gesetzes wurde im Regierungsentwurf formuliert (Tiemann, Tiemann 1983, 141):

„Der Gesetzesentwurf dient dazu, die Kostensteigerung im Gesundheitswesen zu dämpfen und damit die Belastungen der Beitragszahler und der Wirtschaft in Grenzen zu halten. Dabei wird der Grundsatz der Freiberuflichkeit der Kassenärzte und die Vertragsfreiheit beachtet sowie die Selbstverwaltung der Krankenkassen, Ärzte und Krankenhäuser gestärkt. Hierbei sollen vor allem - die Entwicklung der Ausgaben der Krankenversicherung mit der Einkommensentwicklung der Versicherten stärker in Übereinstimmung gebracht, - die Verantwortung der Selbstverwaltung für die finanzielle Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung und für die Sicherung der medizinischen Versorgung gestärkt, - größere Beitragsgerechtigkeit erreicht und – das Zusammenwirken der an der medizinischen Versorgung Beteiligten unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit verbessert werden“. Die Zielsetzung des Gesetzes war recht umfangreich und enthielt auch strukturverbessernde Maßnahmen („das Zusammenwirken der Beteiligten soll verbessert werden“), tatsächlich lief aber das Ganze auf eine äußerliche

finanzielle Globalsteuerung hinaus. Denn das Gesetz legte als Maßstab für die Veränderungen der Ausgaben der GKV insbesondere die Entwicklung der Grundlohnsumme fest und favorisierte so das Prinzip der „einnahmeorientierten Ausgabenpolitik“ (Beske, Zalewski 1984, 17).

Diese Grundlohnsummenorientierung betraf besonders den ambulanten kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Versorgungsbereich sowie die Arzneimittelversorgung. Die Ausgaben der GKV sollten durch eine solche Politik plafondiert werden und die Ausgaben an die Einnahmen der GKV gekoppelt werden. Aufgrund dieses dominanten externen Zugriffs auf das Gesundheitswesen spricht man auch zur Bezeichnung dieser Art von Kostendämpfungspolitik von einer „strukturkonservierenden Kostendämpfungspolitik“. Sie war in der Zeit zwischen 1975 und 1992 bestimmend.

1992 wurde diese Art der Kostendämpfung durch den Versuch der Kostendämpfung über „wettbewerbsorientierte Strukturreformen“ ersetzt. Man erkannte, dass die Ausgabendynamik des Gesundheitswesens nur unter Kontrolle zu bringen ist, wenn man im System selbst Reformen in Gang bringt, die den Hang des Systems zur Leistungs- und Mengenausweitung von vorneherein abbremsen.¹⁶⁸ Die strukturkonservierende, erste Phase der Kostendämpfungspolitik dagegen ließ die historisch gewachsenen Strukturen der Gesundheitsversorgung und dessen „Hypostasen“ im Wesentlichen unangetastet und setzte als einnahmeorientierte Ausgabenpolitik stark auf Empfehlungen und Appelle und war auf diese Weise bemüht, die Akteure der gemeinsamen Selbstverwaltung in die Kostendämpfungspolitik einzubinden. Nun kam es zur Revision. Zu den „traditionellen“, den Außenzugriff favorisierenden Kostendämpfungspolitik werden bis zum Jahr 1992 folgende Gesetzeswerke gezählt:

- das Krankenversicherungskostendämpfungsgesetz (KVKG) 1977
- das Kostendämpfungsergänzungsgesetz (KVEG) 1981
- das Haushaltsbegleitgesetz 1982
- das Krankenhausneuordnungsgesetz (KHNG) 1984
- das Gesetz über die kassenärztliche Bedarfsplanung 1986
- das Gesundheitsreformgesetz (GRG) 1988.

¹⁶⁸ Zur Unterscheidung dieser beiden Typen von Kostendämpfungspolitik siehe die konzisen Darstellungen der Bundeszentrale für politische Bildung: <http://www.bpb.de/themen/WZDR71.html?guid=AAC248&It=AAC147>

Im Prinzip haben alle diese Gesetze der „traditionellen“ Kostendämpfungspolitik die internen Strukturen des Gesundheitssystems mehr oder weniger unangetastet gelassen. Auffallend ist dabei die Verschärfung des Grundsatzes der Beitragsstabilität. Während das KVKG im § 368f der RVO von der Anpassung der Ausgaben der GKV an die Grundlohnsumme spricht (womit Steigerungen der Ausgaben im Gleichschritt mit der Grundlohnsumme möglich waren), betont das Gesundheitsreformgesetz von 1988 im § 71 SGB V, dass keine Beitragserhöhungen möglich sind. Neben der Plafondierung der Ausgaben nach Maßgabe der Grundlohnsumme wurde für den zahnmedizinischen Versorgungsbe- reich im KVKG bestimmt, dass die Zuschüsse zu den Kosten für Zahnersatz und Zahnkro- nen 80 v. H. der Kosten nicht übersteigen dürfen, der Differenzbetrag wird durch den Ei- genanteil des Versicherten abgedeckt. Trotz der Zuschussleistungen der Krankenkassen beruhte die prothetische Versorgung auf dem privatrechtlichen Vertrag zwischen Zahn- arzt und Patient. Die Zuschussleistungen wurden technisch mit den kassenzahnärztlichen Vereinigungen abgerechnet, waren jedoch im rechtlichen Sinne nicht Teil der Gesamtver- gütung. Durch das KVEG, das am 1.1.1982 in Kraft trat, wurde diese Situation grundlegend geändert. Die zahnärztliche Leistung der prothetischen Versorgung wurde zur Sachlei- stung und damit in die Gesamtvergütung einbezogen, während die Kosten für die zahn- technischen Leistungen als Zuschussleistungen der Krankenkassen weiterhin außerhalb der Gesamtvergütung firmierten. Zahntechnische Leistungen im Rahmen eines Zahner- satzes wurden nur noch zu 60% erstattet. Auch für die kieferorthopädische Versorgung wurden durch das KVKG Selbstbehalte eingeführt und die Gebühren für zahntechnische Leistungen wurden neu bestimmt. Im GRG von 1989 wurden die Kosten für Zahnersatz abhängig von jährlichen Vorsorgeuntersuchungen nur noch zu 50% erstattet, die Kosten für kieferorthopädische Behandlung bei Personen unter 18 Jahren nur noch zu 75%. Die Zahnärzteschaft protestierte kräftig gegen diese neuen Regelungen, ohne sie allerdings abwenden zu können. Insbesondere die drohende Plafondierung der Gesamtausgaben und die „systemwidrige“ Einbeziehung der Prothetik in die auf Sachleistung ausgerichteten Kollektivverträge erregten ihren Unmut. Tiemann und Herber fassten 1980 die zahn- ärztliche Kritik an der Kostendämpfungspolitik wie folgt zusammen: „Die wirtschaftliche Komponente kassenärztlicher Berufstätigkeit wird zunehmend in den Bannkreis makro- sozialer Steuerungsmechanismen und gesamtwirtschaftlich orientierter Daten gezogen

und damit an Kriterien gekoppelt, die außerhalb des individuellen Leistungsbezugs liegen. Die Möglichkeit der Plafondierung der kassenärztlichen Honorare, die das Gesetz mit der Einführung der Möglichkeit eines Festbetrages als Maßstab der Gesamtvergütung bindet, signalisiert solche Tendenzen, wobei weder Art noch Umfang der ärztlichen Leistungen noch die Zahl der zugelassenen Ärzte berücksichtigt werden. Die Priorität der Wirtschaftlichkeitspostulate, gesamtwirtschaftliche Orientierungsdaten und makrosoziale Bezugsgrößen, wie sie etwa in der Bindung der Arzneimittelhöchstbeträge an die Entwicklung der durchschnittlichen Grundlohnsumme der beteiligten Krankenkassen zum Ausdruck kommt, kennzeichnet die Unterordnung medizinischer Notwendigkeiten und therapeutischer Erfordernisse unter das Kalkül kosten-nutzen-analytischer Betrachtungsweise“ (Tiemann, Herber 1980, 67).

4.5. Regulierung und Kompossibilitätsforderung: Die Gesundheitsreform- und Gesundheitsstrukturgesetze

Wir sehen: Die erste Phase der Kostendämpfungspolitik wollte das Gesundheitssystem kompossibel machen, indem sie in einem globalisierenden Zugriff die Ausgaben der GKV mit der Entwicklung der Grundlohnsumme parallelisiert.

Zur Interpretation kann man sagen: Die Kompossibilitätsanforderung an das System bestand darin, dass der Ressourcenverbrauch des Systems sich im Gleichschritt mit der allgemeinen Wirtschaftsentwicklung (ausgedrückt in der Grundlohnsumme) vollziehen sollte. Obwohl ihre grundsätzliche Fehlkonstruktion aufzuweisen war, war diese erste Phase der Kostendämpfung nicht ganz erfolglos. Das Ausgabenwachstum flachte sich immerhin ab. Anfang der 90iger Jahre stiegen die Ausgaben aber wieder – auch bedingt durch die Wiedervereinigung (die Defizite der GKV beliefen sich 1992 auf 5 Mrd. Euro). Jetzt zeigten sich die Grenzen der Globalsteuerung, denn die Anreize für die Akteure blieben durch die ausbleibenden Strukturänderungen unverändert. „Entweder wiesen sie in Richtung auf eine Ausweitung der Leistungsmenge oder waren zumindest nicht so beschaffen, dass sie die Akteure veranlasst hätten, aus eigenem finanziellem Interesse die Erbringung, Finanzierung oder Inanspruchnahme von Leistungen nachhaltig einzuschränken. Insofern war die traditionelle Kostendämpfungspolitik durch den Widerspruch zwischen dem globalen Ziel der Beitragsstabilität und den finanziellen Anreizen

für die Individualakteure gekennzeichnet“ (www.bpb.de/themen, 7). Bei den Leistungserbringern waren es die Vergütungsformen wie das Selbstkostendeckungsprinzip in der stationären Versorgung und die Einzelleistungsvergütung im ambulanten Sektor, die die Mengenentwicklung weiter anheizte. Die Krankenkassen hatten kaum Interesse an echter Kostendämpfung, weil ihre starre Mitgliederzuweisung nicht in Frage gestellt wurde und Ausgabenzuwächse automatisch mit Beitragserhöhungen beantwortet werden konnten. Von Seiten des Versicherten waren die Zuzahlungen (außer beim Zahnersatz!) zu gering, um eine steuernde Wirkung auf das Verhalten auszuüben. Die globalsteuernden Maßnahmen der Politik mussten, so die Einsicht Anfang der 90iger Jahre, durch interne Strukturveränderungen zumindest ergänzt werden, die den „Selbstantrieb“ des Systems, das berühmte „Prinzip Heuschrecke“ (Luhmann 1983, 37) begrenzen sollten. Dieser Paradigmenwechsel setzte spätestens mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) im Jahre 1992 ein. Zu den Strukturgesetzen werden ab 1992 alle Gesundheitsreformgesetze gezählt:

- Das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) 1992
- Das Beitragsentlastungsgesetz (1996)
- Das 1. GKV-Neuordnungsgesetz (1.NOG) 1997
- Das 2. GKV-Neuordnungsgesetz (2.NOG) 1997
- Das Solidaritätsstärkungsgesetz 1998
- Das GKV-Gesundheitsreformgesetz 1999
- Das Fallpauschalengesetz 2002
- Das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) 2003
- Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) 2007.

An dieser Stelle können die einzelnen Regelungen und Veränderungen der diversen Gesetze nicht im Einzelnen dargestellt werden. Wir verweisen u.a. auf die Arbeiten von Volker Wanek und Christiane Perschke-Hartmann und Anita B. Pfaff et. al. (Wanek 1994, Perschke-Hartmann 1994, Pfaff, Busch, Rindsfüßer 1994) .¹⁶⁹ Ziel der neuen in die Struktur des Gesundheitswesens eingreifenden Kostendämpfungspolitik sollte sein, für die Individualakteure Anreize zu schaffen, sich auch auf der Basis der eigenen finanziellen Interessen mit dem Ziel der Kostendämpfung (durch Ausgaben- und Mengengrenzung) zu

¹⁶⁹ Eine gute Zusammenfassung der Kostendämpfungspolitik findet sich bei Sebastian Bechmann, *Gesundheitssemantiken der Moderne*, Berlin 2007, 58 ff. Im Internet findet sich eine Zusammenfassung der Veränderungen der einzelnen Gesetze unter imedo.de

identifizieren. So sollte eine Kohärenz zwischen gesundheitspolitischen Globalzielen und den individuellen Handlungsrationaltäten hergestellt werden (bpb.de/Themen/Gesundheitspolitik).

Dabei griff man auf eine Kompilation von Instrumenten zurück, die ordnungspolitisch gar nicht zusammenpassten, staatsdirigistische Eingriffe paarten sich mit ordoliberalen, am Wettbewerb orientierten Instrumenten. Sebastian Bechmann hat bei seiner Analyse der modernen Gesundheitspolitik in den Diskursen im Bundestag einen „Begrenzungsdiskurs“ und einen „Entgrenzungsdiskurs“ ausgemacht (Bechmann 2007, 207). Der Begrenzungsdiskurs will die Ausgabenzuwächse eher durch staatsdirigistische Maßnahmen eindämmen, wohingegen der Entgrenzungsdiskurs bei Abkopplung von den Lohnkosten eher auf Verhaltenssteuerung der Patienten setzt. Auffallend ist, dass die parteipolitischen Präferenzen bei diesen Diskursen nicht eindeutig bestimmbar sind. „Beide Diskurse werden von unterschiedlichen Diskurskoalitionen getragen, deren Zusammensetzung sich im Verlauf der Bundestagsdebatten verändert hat und die üblichen parteipolitischen Fraktionen aufbrechen ließ“ (Bechmann, 2007, 206). Diese ordnungspolitische Beliebigkeit schlägt sich in den Gesetzen nieder: Die Gesundheitsstrukturgesetze unter Horst Seehofer setzen zunächst stark auf dirigistische Steuerungselemente, die Gesetze der Rot-Grünen Koalition setzen auch auf Wettbewerb, selbst innerhalb der Gesetzeswerke werden liberale und staatsdirigistische Komponenten zusammengemengt. Vermuten lässt sich, dass der Druck auf die Regierenden so groß war, dass sie angesichts der aufkommenden Globalisierung mit den Folgeproblemen für die Sozialpolitik eine Kostendämpfung um jeden Preis implementieren mussten. Ordnungspolitische oder gar ideologische Überlegungen traten in den Hintergrund, alleine die Effektivität der Bremswirkung in der Ausgabendynamik im Gesundheitswesen war gefragt. In den Gesundheitsreform- und Gesundheitsstrukturgesetzen seit 1992 finden wir so die folgenden Kernmerkmale:

- Mit Einführung der freien Kassenwahl wurde ein Wettbewerb zwischen den Krankenkassen um die Versicherten institutionalisiert. Als Finanzierungsträger verloren sie ihre Bestandsgarantie. Sie konkurrierten über den Beitragssatz als Wettbewerbsparameter um die Mitglieder und jede Beitragssatzerhöhung drohte mit Mitgliederverlusten erkaufte zu werden. Allerdings wurde der Wettbewerb durch den 1994 eingeführten Risikostrukturausgleich (RSA) unter den Krankenkassen wieder teilweise zurückgenommen.

Der RSA hat die Funktion, Nachteile in der Verteilung der Kassenmitglieder auszugleichen. Neben Einkommen, Alter, Geschlecht, Erwerbsminderungen zählen auch ab 2009 besonders kostenintensive Krankheiten zu den Kriterien (der sog. „morbidityorientierte Risikostrukturausgleich“ (Morbi-RSA)).

- Das Finanzierungsrisiko wurde sukzessive auf die Leistungsanbieter durch Einführung von Pauschalen und Individualbudgets übertragen. Im ambulanten Sektor wurden mit der Einführung von Praxisbudgets und Regelleistungsvolumina arztindividuelle Punktzahlobergrenzen definiert, um den Mechanismus der Mengenausweitung zu beschränken. Im stationären Sektor kamen mit dem GSG mit der Einführung von Fallpauschalen und Sonderentgelten Pauschalvergütungen unabhängig von der Verweildauer zur Anwendung.

- Gleichzeitig wurden die Zuzahlungen des Patienten drastisch erhöht. Den Krankenkassen wurde die Möglichkeit eröffnet, Wahltarife, Selbstbehalte, Beitragsrückerstattungen und Kostenerstattungsmodelle einzuführen. So wurden Kernelemente der privaten Krankenversicherung in die GKV implantiert.

- Seit Mitte der 90iger Jahre zielen die Reformen auch darauf, die Vertragsbeziehungen zwischen den Finanzierungsträgern und den Leistungserbringern neu zu regeln. Dabei geht es darum, das kollektivvertragliche Monopol der Kassenärztlichen Vereinigungen zu brechen und durch Öffnungsklauseln Selektivverträge mit einzelnen Ärzten oder Arztgruppen zu ermöglichen. Man erhoffte sich dadurch mehr Wettbewerb und eine Effizienzsteigerung der Versorgung. Neben den kassenärztlichen Vereinigungen entsteht eine „Parallelstruktur“ der Versorgung, der Sicherstellungsauftrag der Ärzte wird dadurch unterlaufen.¹⁷⁰

- Gleichzeitig wird insbesondere durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz von 2007 der Staatseinfluss auf die GKV ausgebaut. Im Rahmen der Etablierung des Gesundheitsfonds werden die Beitragssätze nunmehr vom Staat festgelegt und die Steuerfinanzierung des Gesundheitswesens erhöht. Damit wurde deutlich, dass die Tendenz zur Globalsteuerung niemals wirklich korrigiert wurde.

¹⁷⁰ Rechtliche Ausgangslage für Selektivverträge ist § 73c SGB V des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz. Im Bereich der Zahnmedizin hat die DAK als erstes ein Programm mit Selektivverträgen aufgelegt. Die Zahnärzteschaft kämpft mit aller Härte gegen diese Selektivverträge, weil sie die freie Arztwahl des Patienten einschränken und weil der Zahnarzt an bestimmte Zahntechniker gebunden ist. Siehe: M. Lennartz, Der Zahnarzt am Tropf, ZM Nr. 19 (1.10.2009), 16-18.

Diese massiven Eingriffe in die Struktur der gesundheitlichen Versorgung wirkten sich im besonderen Maße auch in der zahnmedizinischen Versorgung aus. Neben Punktwertabwertungen im Zahnersatz-, KFO- und PA-Bereich wurden insbesondere beim Zahnersatz erhebliche Leistungsausgrenzungen vorgenommen. Bereits 1989 wurden im Gesundheitsreformgesetz die Kosten für Zahnersatz nur noch zu 50% erstattet, mit der Gesundheitsreform 1993 wurde der Leistungsumfang für aufwendige Zahnersatzleistungen weiter reduziert. Mit dem Beitragsentlastungsgesetz von 1996 wurden die Zahnersatzleistungen für Personen mit dem Geburtsdatum nach dem 31.12.1978 ersatzlos gestrichen. Man begründete diesen in der GKV einmaligen Vorgang mit dem Ausbau der zahnmedizinischen Prävention (wir kommen auf diesen Punkt noch zurück). Mit dem Solidaritätsstärkungsgesetz von 1999 wurde diese Regelung unter der Rot-Grünen-Regierung wieder rückgängig gemacht. Ab 2005 wurde der Zahnersatz zu einer zusätzlichen Leistung mit einem eigenen monatlichen Beitrag, der automatisch mit dem Krankenversicherungsbeitrag abgezogen wird (nicht einkommensabhängig). Anstelle prozentualer Zuschüsse werden befundbezogene Festzuschüsse eingeführt, die in der Regel bei 50% der Regelversicherungsleistungen liegen. Bei regelmäßiger Vorsorge in den letzten 5 bzw. 10 Jahren erhöht sich der Festzuschuss um 20 bzw. 30%. Zur Finanzierung dieser zusätzlichen Leistung wird der Beitragssatz um 0,9 Prozentpunkte gesenkt. Zugleich wird der Sonderbeitrag für Zahnersatz um 0,4 Prozentpunkte und für Krankengeld um 0,5 Prozentpunkte erhöht. Diesen Sonderbeitrag müssen ausschließlich die Arbeitnehmer tragen. So werden die Lasten der Krankenversicherung, die sich ursprünglich zu in etwa gleichen Teilen über Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträgen finanzierten, einseitig auf die Arbeitnehmer umverteilt. Die zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern paritätische Finanzierung der GKV wurde so aufgeweicht. Kontemporär mit der Absenkung der Zuschüsse für Zahnersatz wurde, beginnend mit dem Gesundheitsreformgesetz, die präventive Zahnmedizin ausgebaut. Seit Inkrafttreten des GRG von 1989 ist geregelt, dass die Zahnärzteschaft in Zusammenwirken insbesondere mit den Krankenkassen gruppenprophylaktische Maßnahmen für Kinder bis zum 12. Lebensjahr durchzuführen haben (§ 21 SGB V) (Neumann 1995, 7). 1991 wurde die Individualprophylaxe eingeführt (§ 22 SGB V). Danach können Kinder und Jugendliche von 6-18 Jahren an der Individualprophylaktischen Versorgung in der Zahnarztpraxis teilnehmen (Kaufhold et al. 1999,17, Gülzow 1995).

Bauer, Neumann und Saekel (Bauer, Neumann, Saekel 2009, 88) bilanzieren die Kostendämpfungs- und Reformpolitik für die zahnmedizinische Versorgung: Einerseits erfolgte eine Politik der Kostendämpfung unter dem Primat der Beitragssatzstabilität. Es erfolgten Punktwertabsenkungen, Einführung von Budgets und degressiven Punktwerten sowie Erhöhungen der Selbstbeteiligungen. Gleichzeitig wurden massive Leistungsausgrenzungen insbesondere in der Prothetik vorgenommen (Festlegung der Verblendgrenzen, Herausnahme der Verbindungselemente, Reduzierung der Teleskope, Festzuschussmodell im prothetischen Bereich, Ausschluss der Erwachsenenbehandlung und Indikationseinschränkung in der Kieferorthopädie, Herausnahme der Stiftverankerungen, der physikalischen Therapie und der Mortalamputation aus der Konservierung). Andererseits – und das ist spezifisch für die Zahnmedizin – wurde die zahnmedizinische Versorgungsform insgesamt verändert. Man leitete einen Wandel von der Spätversorgung (Vorrang von Prothetik und Teilen der Konservierung) hin zur Frühversorgung (Prävention und Konservierung) ein. „Abkehr von der kostenintensiven Tertiärversorgung durch Zahnersatz hin zu einer ursachengerechten, primären Prophylaxe. Hierfür stehen die BEMA-Umstrukturierungen 1986 und 2004, die Einführung des Bonussystems für regelmäßige zahnärztliche Untersuchungen, die Einführung der Gruppenprophylaxe für Kinder und Jugendliche sowie die Aufnahme der Individualprophylaxe und der Früherkennungsuntersuchungen in den Leistungskatalog der GKV“ (Bauer, Neumann, Saekel 2009, 88). Anders als in der Allgemeinmedizin gelten Karies und Parodontopathien als „vermeidbare“ Krankheiten. Deswegen ist es in der Zahnmedizin erheblich einfacher, ein Umschwenken von Spätversorgungsformen hin zur Frühversorgung zu ermöglichen. Die Kompossibilitätsanforderungen an das Subsystem der zahnmedizinischen Versorgung gingen auf diese Weise weit über nur ökonomische Anforderungen hinaus. Es galt, das System auf „nachhaltige“ Versorgungsformen umzustellen: Während die Spätversorgung an den hohen Prävalenzraten des Kariesauftritts nichts ändert, eingetretene Schäden lediglich repariert, bekämpfen Früher Versorgungsformen von Anfang an den Auftritt von Krankheit. Eine solche Versorgungsform ist nachhaltig und diese Nachhaltigkeit wurde von den Reformen in der zahnmedizinischen Versorgung wegen der Vermeidbarkeit von Zahn- und Mundkrankungen eingefordert. Solche Umstellungsanforderungen hat es in anderen Bereichen der gesundheitlichen Versorgung in diesem Ausmaß nicht gegeben, auch wenn dort im-

mer mehr Prävention eingefordert wurde und wird. Insofern stand und steht die Zahnmedizin unter einem verschärften Kompossibilitätsdruck: Einerseits dürfen die Kosten nicht aus dem Ruder laufen, gleichzeitig soll das Leistungsgeschehen so umstrukturiert werden, dass eine ursächlich-nachhaltige Bekämpfung der Zahnkrankheiten (über das Primat der Prävention) ermöglicht wird. Die Wandlungen der zahnmedizinischen Versorgung in Reaktion auf diesen speziellen Kompossibilitätsdruck werden im nächsten Kapitel dargestellt.

5. Ein neues Paradigma von Kompossibilität: Die „Risikowahrnehmungsgesellschaft“¹⁷¹

Um die gesteigerten Kompossibilitätsanforderungen an das Gesundheitswesen und speziell an das System der zahnmedizinischen Versorgung zu verstehen, ist es erforderlich, den gesellschaftlichen Transformationsprozess zur „Risikogesellschaft“ nachzuzeichnen. In diesem Zusammenhang lässt sich zeigen, dass diese „Epoche“ der gesellschaftlichen Entwicklung von gesteigerten Kompossibilitätserwartungen geradezu charakterisiert wird. Diese sind das Kennzeichen dieser Epoche.

Gesteigerte Kompossibilitätserwartungen an das Gesundheitssystem sind also nicht nur spezifische Erwartungen, die alleine durch das Prozessieren dieses Systems hervorgerufen wurden, sie sind in Anlehnung an die Ausführungen von Ulrich Beck Ausdruck eines umfassenden Wandels der Gesellschaft: Des Wandels von der Industrie- zur Risikogesellschaft. Nach Ulrich Becks Analysen hat sich das Gefährdungspotential des Menschen im Gefolge fortschreitender Modernisierung der Gesellschaft derart vergrößert, dass er zur Kennzeichnung dieser Gesellschaft von „Risikogesellschaft“ spricht (Beck 1986). Typisch für die Kennzeichnung als Risikogesellschaft ist die Tatsache, dass die Risiken dem Prozessieren der Gesellschaft selbst zugerechnet werden. Waren traditionelle Gesellschaften weitgehend von äußeren Gefahren bedroht (Naturkatastrophen etc.), so bedroht die moderne Gesellschaft sich selbst¹⁷². „Die fortschreitende Modernisierung der modernen Gesellschaft produziert fortlaufend irreversible Gefährdungen von Pflanzen, Tier und Mensch, so dass die Gesellschaft vor den Folgen ihres Prozessierens geschützt werden muss“ (Bauch 1996, 14). Die Produktivkräfte haben ihre Unschuld verloren. In der Frühphase der industriellen Entwicklung ging es um die Steigerung der Produktivkräfte, heute geht es darum, diese einzuhegen und so zu gestalten, dass sie so wenig unintendierte Nebenfolgen wie möglich produzieren. Beck unterscheidet in diesem Sinne eine „erste“ von der „zweiten“, reflexiven Moderne. „Es geht also nicht mehr oder nicht mehr ausschließlich um die Nutzbarmachung der Natur, um die Herauslösung des Menschen

¹⁷¹ Der Begriff „Risikowahrnehmungsgesellschaft“ stammt von Martin Hafen, Grundlagen der systemischen Prävention, 1. Aufl., Heidelberg 2007, 132.

¹⁷² Zum Unterschied von Risiko und Gefahr siehe Konstantin Kopfsgruter, Gefahren und Risiken in Organisationen. Eine systemtheoretisch konstruierte Perspektive, Konstanz 1998, 34 ff. Siehe auch Ulrich Beck, Das Schweigen der Wörter. Über Terror und Krieg, Frankfurt 1. Aufl. 2002, 16 ff.

aus traditionellen Zwängen, sondern es geht auch und wesentlich um Folgeprobleme der technisch-ökonomischen Entwicklung selbst. Der Modernisierungsprozess wird „reflexiv“. Er wird sich selbst zum Thema und Problem“ (Beck 1986, 26). Beck spricht in diesem Zusammenhang von „reflexiver Modernisierung“. Sie ist dadurch definiert, dass das Prozessieren der Gesellschaft selbst zum Problem dieser Gesellschaft wird – und nicht eine äußere Gefahrenabwehr. „Wo Risiken die Menschen beunruhigen, liegt der Ursprung der Gefahren also nicht mehr im Äußeren, Fremden, im Nichtmenschlichen, sondern in der historisch gewonnenen Fähigkeit der Menschen zur Selbstveränderung, Selbstgestaltung und Selbstvernichtung der Reproduktionsbedingungen allen Lebens auf dieser Erde. Das aber heißt: Die Quellen der Gefahren sind nicht länger Nichtwissen, sondern Wissen, nicht fehlende, sondern perfektionierte Naturbeherrschung, nicht das dem menschlichen Zugriff Entzogene, sondern eben das System der Entscheidungen und Sachzwänge, das mit der Industrieepoche etabliert wurde“ (Beck 1986, 300). Nicht das Nicht-Beherrschte, das Unbewältigte wird zum Problem der Risikogesellschaft, sondern vielmehr das menschliche Können und die Beherrschung der Dinge. Die moderne Industriegesellschaft wird aufgrund der latenten Nebenfolgen ihres Prozessierens, den Modernisierungsrisiken, die sie produziert, mit sich selbst konfrontiert, wie Ute Volkmann schreibt (Volkmann 2000, 24). Die Gesellschaft muss zunehmend auf Probleme, die sie selbst durch ihre dynamische Entwicklung produziert, reagieren. Sie muss sich mit den Folgeproblemen ihrer Entwicklung auseinandersetzen: Seien es ökologische Probleme, Probleme der technologischen Entwicklung, Auswirkungen auf Demographie, Auswirkungen auf den Menschen (gesellschaftlich mit bedingte Krankheitslast). Mit der Risikogesellschaft hat sich die Topographie des Entscheidens verändert. In „Vor-Risikogesellschaften“ waren Entscheidungen rückwärtsgewandt, sie wurden legitimiert durch Tradition und feststehende Werte. Heute legitimieren sie sich durch Risikoabwägung pro futuro.

Entscheidungen sind nur dann akzeptabel, wenn sie zukünftig Risiken einkalkulieren und minimieren. Die Rationalität der Entscheidung ergibt sich fast ausschließlich in der Zukunft. Deshalb muss jede Handlung so weit wie möglich „zukunftsicher“ und damit nachhaltig sein, sonst muss die Entscheidung durch neue Entscheidungen revidiert werden,

falls dies überhaupt noch möglich ist.¹⁷³ „In der Risikogesellschaft verliert die Vergangenheit die Determinationskraft für die Gegenwart. An ihre Stelle tritt die Zukunft, damit aber etwas Nichtexistentes, Konstruiertes, Fiktives als Ursache gegenwärtigen Erlebens und Handelns“ (Beck 1986, 44). Natürlich lässt sich in diesem Zusammenhang fragen, ob diese Risikoorientierung des Entscheidens ein typisches Merkmal der „zweiten Moderne“ ist oder ob schon nicht immer Entscheidungen risikobehaftet waren. Hier wäre zumindest die gegenwartsdiagnostische Überpointierung von Becks Ansatz zu befragen. Beck geht jedenfalls „objektivistisch“ davon aus, dass die Risikoträchtigkeit des Entscheidens in der „zweiten Moderne“ an Bedeutung gewonnen hat. Für ihn ist klar, dass mit der Zunahme der Wirkmächtigkeit des Menschen die Risiken objektiv zugenommen haben. Eine letzte objektive Begründung bleibt er aber schuldig.

Wir können diese Frage umgehen, wenn wir mit Martin Hafen nicht von der „Risikogesellschaft“ sondern von der „Risikowahrnehmungsgesellschaft“ (Hafen 2007, 132) sprechen. Unabhängig von der Frage der Zu- oder gar Abnahme von „objektiven“ Risiken können wir konstatieren, dass in der „zweiten Moderne“ die Risiko-Sensibilität zugenommen hat. Selbst wenn das tatsächliche Risikopotential in traditionellen und modernen Gesellschaften gleich war, so können wir feststellen, dass die Wahrnehmung dieser Risiken in modernen Gesellschaften sprunghaft zugenommen hat. Mit Bezug zu Luhmann können wir sagen, dass die Zukunft der Gesellschaft heute als enorm kontingent und insofern als riskant wahrgenommen und beobachtet wird, als die Gesellschaft heute wie keine vor ihr künftige Zustände in Bezug zu gegenwärtigen Entscheidungen setzt. Die moderne Gesellschaft ist durch ein hohes Maß an „Selbstalarmierung“ gekennzeichnet, sie besitzt „eine intensive und schnell reagierende Empfindlichkeit der gesellschaftlichen Kommunikation für neue Probleme“ (Luhmann 1997, 1096). Dieser Charakterzug hängt freilich eng mit der Wahrnehmung und Selbstwahrnehmung der Gesellschaft zusammen. Daher kann man auch von einer „Risikothematisierungsgesellschaft“ sprechen (Hafen 2007, 133).

Da die Risiken in der Zukunft liegen, sind sie nur latent vorhanden. Sie werden erst sichtbar, wenn man sich um die Sichtbarmachung bemüht. Es braucht Szenarien, die gleichsam

¹⁷³ In der philosophischen Ethik ist diesem Zusammenhang H. Jonas, Das Prinzip Verantwortung. Versuch einer Ethik für die technologische Zivilisation, Frankfurt/Main 1979 bereits deutlich vor dem Befund der Risikogesellschaft, bzw. Risikowahrnehmungsgesellschaft, nachgegangen.

die Zukunft in die Gegenwart implantieren. „Modernisierungsrisiken müssen, um als solche wahrgenommen werden zu können, zuallererst einmal als solche definiert werden, d.h. ihre Latenz muss aufgebrochen werden. Und da es sich über die Tatsache ihrer Unsichtbarkeit hinaus zumeist um hochgradig vielschichtige Ursache-Wirkungskomplexe handelt, die jenseits des Alltagswissens liegen, verfügt allein die Wissenschaft über die Definitionsmacht im Hinblick auf Risiken“ (Volkmann 2000. 28). Die Risikowahrnehmungsgesellschaft ist also in besonderem Maße auf die Zuträgerfunktion von Wissenschaft und Massenmedien (Meier, Schanne 1996) angewiesen. Nur sie können die Latenz aufbrechen. Im Alltag der Menschen bleiben die meisten Risiken unerfahrbar (Radioaktivität sieht man nicht). Risiken entstehen im Wesentlichen durch die Randbedingungsblindheit der ausdifferenzierten Funktionssysteme. Die Funktionssysteme erfüllen ihre Funktion, ob und wie sie Nebenfolgen außerhalb ihrer Funktionserfüllung produzieren, ist für sie zunächst irrelevant. Die Akteure sind von jeglicher Verantwortung für alle Folgen ihres Handelns außerhalb ihres speziellen Teilsystems enthoben. So entsteht nach Beck ein System der institutionalisierten Nichtzuständigkeit und organisierten Unverantwortlichkeit (Beck 1988). Dies hat einen sozialphilosophisch klar namhaft zu machenden Grund: Die Risiken liegen quer zu den Funktionsaufgaben der Funktionssysteme, sie werden von keinem System als Bearbeitungsgegenstand erkannt und aufgefasst. „Die Bewältigung der Risiken zwingt zum Überblick, zur Zusammenarbeit über alle sorgfältig etablierten und gepflegten Grenzen hinweg. Risiken liegen quer zu der Unterscheidung von Theorie und Praxis, quer zu den Fach- und Disziplinargrenzen, quer zu den spezialisierten Kompetenzen und institutionellen Zuständigkeiten [...] und quer zu den scheinbar institutionell abgetrennten Bereichen von Politik, Öffentlichkeit, Wissenschaft und Wirtschaft. Insofern werden in der Risikogesellschaft die Entdifferenzierung der Subsysteme und Funktionsbereiche, die Neuvernetzung der Spezialisten, die risikoeindämmende Vereinigung der Arbeit das systemtheoretische und –organisatorische Kardinalproblem“ (Beck 1986, 93). Beck plädiert vor diesem Hintergrund für eine Aufhebung der funktionalen Differenzierung. So müsse sich über ein gewandeltes Politikverständnis und eine „Entgrenzung“ die Politik aus dem Zuständigkeitsbereich des politischen Systems befreien und in eine Gesellschaft mündiger politischer Bürger münden. Über Bürgerinitiativen und sozialen Bewegungen müsse sich die Gesellschaft „politisieren“. Auf diese Weise müsse die Politik gleichsam aus engen Grenzen des politischen Systems gehoben werden. Risiken

werden so zum „Motor der Selbstpolitisierung“ der Gesellschaft. „Sein Appell richtet sich somit nicht an die Systeme, sondern an die Individuen, die lernen müssen, sich selbst als gesellschaftliche Akteure wahrzunehmen. Sie müssen die Handlungsspielräume, die die moderne Gesellschaft ihnen bietet, erkennen und nutzen“ (Volkman 2000, 40).

Angesichts der massenmedialen Aufbereitungszwänge zur Sichtbarmachung von Risikoprofilen und Risikoszenarien erscheint die Beck'sche Lösung des Problems über eine gesamtgesellschaftliche und basisdemokratische Selbstpolitisierung als äußerst fragwürdig. Die Gefahr einer risikoorientierten Hysterisierung der Politik ist damit nicht von der Hand zu weisen. Im Übrigen würde eine Rücknahme der funktionalen Differenzierung der Gesellschaft, worauf Luhmann immer wieder hingewiesen hat (Luhmann 1992, 42), die Eigenständigkeit der gesellschaftlichen Systeme, ein wesentliches Moment der Selbstdifferenzierung in der Moderne, in einem nicht hinnehmbaren Maße zurücknehmen. Für uns besteht die sachadäquate Antwort auf die Risiken der „zweiten Moderne“ nicht in der (partiellen) Rücknahme der funktionalen Differenzierung. Diese liefe letztlich auf eine Steigerung der Globalsteuerung hinaus. Wir sehen sie vielmehr in der Steigerung der Umweltsensibilität der Funktionssysteme durch eine dauerhafte und in den Systemen institutionalisierte Kompossibilitätserwartung. Die Fremdreferenz der Kompossibilitätserwartung muss unter den Bedingungen der „zweiten Moderne“ in die Eigenlogik und Programmierung des jeweiligen Systems eingebaut sein.¹⁷⁴

Die Risikowahrnehmungsgesellschaft ruft so nach unserem Verständnis nicht nach Aufhebung der funktionalen Differenzierung. Vielmehr müssen sich die funktional ausdifferenzierten Systeme auf verstärkte Kooperationen und auf eine neue Risikoorientierung und Risikosemantik einstellen. Sie müssen von Anfang an ihre eigenen selbstreflexiv

¹⁷⁴ Beck liest in diesem Punkt das Luhmann'sche Konzept der funktionalen Differenzierung falsch. Dadurch, dass Luhmann die codegesteuerte Eigenlogik der Funktionssysteme betont, glaubt Beck, dass keine Koordination zwischen den Funktionssystemen möglich sei. Er übersieht, dass Funktionssysteme autark und umweltabhängig gleichzeitig sind, sie bedienen als Solitär ihre Funktion, tun dies aber als umweltoffene Systeme immer in Beobachtung und Berücksichtigung ihrer Umwelt. Insofern sticht sein angebliches Hauptargument gegen Luhmann nicht: „Funktionale Differenzierung erzeugt fundamentale Folgeprobleme, die ihrerseits nicht durch funktionale Differenzierung (auf)gelöst werden können...Das heißt, Differenzierung selbst wird zum gesellschaftlichen Problem, das nicht mehr durch Differenzierung bewältigt werden kann“ (Beck 1996, 46). Das genau ist die Frage. In systemtheoretischer Sicht ist es durchaus vorstellbar, dass sich ein Spezialesystem konstituiert, das sich auf die Bearbeitung der Nebenfolgen anderer Funktionssysteme spezialisiert. Im Grunde trifft diese Funktion, wie im ersten Kapitel dieser Arbeit dargestellt, ja auch für das Gesundheitswesen zu. Daneben gibt es einen Zwang zur verstärkten Kooperation der Systeme über Kompossibilitätsbewertungen, deswegen muss aber nicht, wie Beck glaubt, die funktionale Differenzierung „an sich“ aufgegeben werden.

zum Bestandteil ihrer Eigenlogik machen. Und sie müssen das Ausmaß ihrer möglichen nicht-intendierten Nebenfolgen für sich selbst thematisieren und versuchen, Nebenefekte, wenn sie denn unerwünscht sind, zu minimieren.¹⁷⁵ Für das Gesundheitswesen und die Gesundheitspolitik konstatiert Sebastian Bechmann einen Paradigmenwechsel in der Gesundheitssemantik. Von einer überkommenen wohlfahrtsstaatlichen Risikosemantik (der „ersten Moderne“) hin zu einer reflexiven Risikosemantik der „zweiten Moderne“. „War die vornehmliche Aufgabe der Gesundheitspolitik bislang der Versuch, auf gesundheitspolitische Probleme der außerhalb des Gesundheitssystems (Unfall- oder krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit bzw. Krankheit) eine Antwort zugeben, gerät sie heute zu einer reflexiven Bearbeitung gesundheitspolitischer Probleme im Sinne der Selbstkonfrontation mit den Folgen des eigenen vergangenen Handelns. In der gesellschaftlichen Auseinandersetzung [...] um die Frage, wie viel finanzielle Mittel zur Absicherung des Krankheitsfalls eine Gesellschaft sich leisten könne, zeigt sich die gesundheitspolitische Realität als ein soziales Konstrukt und mithin in ihrer Kontingenz. Gerade in der Bestimmung der Folgen des eigenen Handelns als Problem oder als Nicht-Problem offenbart sich der gesellschaftliche Definitionsprozess gesundheitspolitischer Probleme“ (Bechmann 2007, 15). Für Bechmann ist klar, dass dieser Wandlungsprozess nur mit den Begrifflichkeiten und Denkfiguren der reflexiven Moderne erfasst werden kann: „Gesundheitspolitik wäre nicht mehr eine Politik, welche die Risiken der industriegesellschaftlichen Moderne, Krankheit oder Unfall- oder krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit kompensieren will, sondern eine Politik, die auf die Probleme der eigenen Risikokompensation reagiert“ (Bechmann 2007, 207). Wir würden diesen von Bechmann angesprochenen Paradigmenwechsel weniger ausschließlich und etwas weicher formulieren: Natürlich bleibt das Gesundheitswesen an dem außer-sozialen Sachverhalt der Krankheit orientiert und das Gesundheitssystem muss weiterhin auf die „alten“ Probleme von Krankheit und Arbeitsunfähigkeit reagieren.

¹⁷⁵ Unter den Bedingungen von funktionaler Differenzierung und Polykontextualität wird „automatisch“ jede Entscheidung zum Risiko, denn: Kein Ereignis erscheint auf dem Monitor der Gesellschaft unverwaschen, mit nur einer Identität. „Man produziert sehr schöne, kostbare Möbel aus Tropenholz und wird damit konfrontiert, dass man ein Verbrechen an der Menschheit begeht“. Polykontextualität impliziert das Problem „der nichtprognostizierten Beobachtungsmöglichkeiten der eigenen Leistungen durch andere Teilsysteme“ (Fuchs 1992, 105),

Aber diese alte Außenorientierung alleine reicht nicht mehr: Auch das Gesundheitssystem muss sich neuen Kontingenten stellen, es muss die Risiken der eigenen Entscheidungstätigkeit, die selbst-induzierten Nebenfolgen bei der eigenen Programmgestaltung einkalkulieren. Die Übernahme der Risikosemantik bedeutet, dass auch das Gesundheitssystem im Sinne einer Risikowahrnehmungsgesellschaft zunehmend reflexiv wird und sich mit den Folgen der eigenen Modernisierung auseinandersetzen muss. Wie gesagt: Damit verliert die alte Prägung nicht ihre Bedeutung. Es kommt aber eine neue Prägung mit ins Spiel.

Die Funktionssysteme müssen sich in diesem Zusammenhang mit zwei unterschiedlichen Typen von Nebenfolgen im Rahmen der reflexiven Modernisierung auseinandersetzen. Bei dem ersten Typus handelt es sich um direkte soziale Nebenfolgen (also beispielsweise auf andere Funktionssysteme). Wenn zum Beispiel das Gesundheitswesen unkontrolliert expandiert, entzieht es den anderen Funktionssystemen die finanziellen Ressourcen und belastet als soziale Nebenfolge des eigenen Prozessierens andere Funktionssysteme. Die Politik greift dann über Kostendämpfungsmaßnahmen ein, um Kompossibilitäten wiederherzustellen. Die klassische Kostendämpfungspolitik ist so ein Beispiel, wie versucht wird, soziale Nebenfolgen eines Systems auf andere soziale Systeme einzuschränken und zu minimieren. Hier handelt es sich um soziale Interdependenzen zwischen dem Gesundheits- und Wirtschaftssystem. Ähnliche Zusammenhänge finden wir auch in der Beziehung zwischen Gesundheitswesen und Politik. Wenn beispielsweise die Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen ungleich verteilt ist (Stichwort: Zwei-Klassen-Medizin), so führt dies im politischen System zu unerwünschten Resonanzen. Das politische System gerät unter solchen Umständen in Erklärungs- und Legitimierungsnot und versucht dementsprechend Einfluss auf das Gesundheitssystem zu nehmen, um solche Ungleichheiten in der medizinischen Versorgung auszugleichen. Der zweite Typus von Nebenfolgen ist im Rahmen der Risikowahrnehmungsgesellschaft allerdings der dominante. Hier handelt es sich um nicht-gesellschaftliche Nebenfolgen des gesellschaftlichen Prozessierens. So hat auch Beck in seiner Risikogesellschaft im Wesentlichen außer-soziale Nebeneffekte im Visier, die Nebeneffekte auf Mensch und Natur. „Die fortschreitende Modernisierung der Gesellschaft geht einher mit einer zunehmenden Externalisierung von nichtgesellschaftlichen aber gleichwohl durch das gesellschaftliche Prozessieren ver-

ursachte Begleitprozesse. Die Natur wird verschmutzt, die Tierwelt ausgerottet, die Menschennatur angegriffen. Diese Nebeneffekte gesellschaftlichen Prozessierens außerhalb der Gesellschaft produzieren wiederum gesellschaftsinterne Nebeneffekte, die den Fortlauf gesellschaftlichen Prozessierens gefährden: Die Krankheitslast steigt, die Lohnnebenkosten steigen, der Prozess gesellschaftlicher Reproduktion erscheint gefährdet. Wenn man so will, besteht die von Beck beschriebene reflexive Modernisierung der modernen Gesellschaft darin, dass die Gesellschaft sich zunehmend mit den gesellschaftlichen Nebenfolgen ihrer ungesellschaftlichen Nebenfolgen (der Risikoakkumulation bei Natur und Mensch) befassen muss, weil sie ihre Reproduktion sicherstellen muss. Die zunehmende Bedeutung des Gesundheitsdiskurses wäre dann, um unsere Ausgangsfrage aufzunehmen, eine Folge dieser wachsenden Beachtung der gesellschaftlichen Nebenfolgen der Externalisierung gesellschaftlicher Effekte auf Mensch und Natur“ (Bauch 1996, 15). Es geht mithin um die gesellschaftlichen Folgen ungesellschaftlicher Nebenfolgen. Auch Beck sieht in dieser Nebenfolgen-Verkettung den entscheidenden Punkt der reflexiven Modernisierung. „Darin liegt vielleicht eine der markantesten Aussagen der Theorie reflexiver Modernisierung. Es geht gerade nicht nur um die externen Nebenfolgen, sondern um die internen Nebenfolgen der Nebenfolgen industriegesellschaftlicher Modernisierung. Diese erzeugen nicht außerhalb („Naturzerstörung“), sondern innerhalb gesellschaftlicher Institutionen Turbulenzen, stellen Gewissheiten in Frage und politisieren die Gesellschaft von innen her“ (Beck 1996, 10).

Wie Peter Fuchs dargelegt hat (Fuchs 2006, 23), ist das Gesundheitssystem u.a. auf die Bearbeitung von nicht-gesellschaftlichen Folgewirkungen gesellschaftlicher Prozesse spezialisiert. Es bearbeitet nämlich u.a. die Nebenwirkungen, die Gesellschaften auf die Körperlichkeit des Menschen ausüben.

Insofern ist zu erwarten, dass dem Gesundheitswesen in einer Risikowahrnehmungsgesellschaft ganz besondere Bedeutung zukommt. Als sekundärem Primärsystem kommt ihm die Aufgabe der Absorption von Unsicherheiten zu. Es richtet sich damit auch auf den Menschen als Ganzen („Komplettadressabilität“), der sonst unter den Vorgaben verschiedener Systeme steht (siehe das erste Kapitel unserer Arbeit). Das Gesundheitswesen hat in Bezug auf die Folgen der funktionalen Differenzierung eine Art „Ausputzerfunktion“, es ist ein Funktionssystem, das auf die Nebenfolgenabsorption für andere Funktionssysteme

spezialisiert ist. Damit werden hohe Anforderungen an dieses Funktionssystem gesamtgesellschaftlich gestellt. Soweit und so kostengünstig wie möglich hat es den Menschen in seiner Integrität im Ganzen wiederherzustellen, indem es Krankheiten bekämpft oder deren Folgewirkungen soweit abmildert, dass die erkrankte oder behinderte Person wieder sozial adressabel ist und damit zumindest teilweise am sozialen Leben wieder teilnehmen kann. Kann das Gesundheitswesen diese gesamtgesellschaftlich eingeforderte Leistung nicht oder nur unzureichend für bestimmte Krankheitsformenkreise erbringen, so bekommt es Probleme. Anhand der relativen Hilflosigkeit im Umgang mit Suchterkrankungen lässt sich das gut erläutern. Zunächst sind Suchtkrankheiten weitgehend gesellschaftlich verursacht. Gerade Jugendliche stehen in der modernen Gesellschaft vor ernsthaften Identitätsproblemen (Maturity-Gap zwischen biologischer Reifung und später sozialer Rollenübernahme) (Bauch 2002, 18), zumal in einer funktional differenzierten Gesellschaft Identität nicht mehr als „identitas“ („Wesens-Einheit“) sondern als „Collage von Fragmenten“ (Sennett 1998, 182) verstanden wird. Diese Probleme führen zumeist zur Ausbildung des Suchtverhaltens mit den entsprechenden körperlichen Folgeerkrankungen (Kamerer 2002, 12). Diese weitgehend gesellschaftlich verursachten körperlichen Erkrankungen produzieren wiederum intolerable gesellschaftliche Folgewirkungen, indem die betroffenen Jugendlichen nicht mehr gesellschaftlich integrationsfähig sind. Das bislang primär kurativ ausgerichtete Gesundheitswesen steht angesichts dieser komplexen Verursachungszusammenhänge relativ hilflos da und gerät unter Legitimationsdruck. Da diese Krankheiten in einer individualistisch-kurativen Perspektive nicht zu „behandeln“ sind, greift das Gesundheitswesen zunehmend auf das Mittel der Prävention zurück (wobei die Erfolge der Suchtprävention eher bescheiden sind). Aber dieser Rückgriff des Gesundheitswesens auf Prävention macht Sinn, weil Prävention in einer Risikowahrnehmungsgesellschaft die Funktion der „Beruhigung der Gesellschaft“ hat. „Prävention ist in dieser Hinsicht [...] als spezifische Form von Kommunikation zu verstehen, die in bestimmten Funktionssystemen [...] gehäuft und institutionalisiert zur Anwendung kommt, um auf gesellschaftlich konstruierte Risikolagen zu reagieren und diese Risiken zu reduzieren. Die daran anschließende These lautet demnach, dass die Hauptfunktion der Prävention in der Beruhigung der risikosensibilisierten Gesellschaft liegt“ (Hafen 2007, 135). Prävention produziert die (mal mehr, mal weniger berechtigte) Illusion, dass man die Probleme, wenn nicht jetzt, so doch in Zukunft in den Griff bekommt, wenn man nur den

Focus von Behandlung systematisch auf Prävention umstellt. Dies scheint eine geradezu typische Reaktion der Funktionssysteme zu sein, wenn sie mit der Bewältigung aktueller Probleme im Augenblick überfordert sind und die Anforderungen der Problembewältigung nicht erfüllen können. Unter den gesellschaftlichen Bedingungen einer risikosensiblen Gesellschaft wird nicht nur die Funktionserfüllung des „Ausputzer-Systems“ Gesundheitswesens erwartet, es wird erwartet, dass es seine Funktion auch „nachhaltig“ erfüllt. Nachhaltige Funktionserfüllung bedeutet, dass die Funktionssysteme ohne große Folgeprobleme und grundsätzlich problembereinigend operieren. Bekämpft das Gesundheitswesen Krankheiten ohne die Inzidenzraten zu reduzieren, so operiert es nicht nachhaltig, weil die Krankheiten gleichsam ungebremsst „nachwachsen“, es bedient die aktuelle Krankheitslast, ohne Anstalten zu machen, die Vorkommenshäufigkeit von Neuerkrankungen zu reduzieren. Das System wird erst ex post aktiv, wenn Krankheiten (Probleme) vorliegen, ohne an den Verursachungszusammenhängen etwas zu ändern. Diese „klassische“ Orientierung des Gesundheitswesens, die Reaktion auf den eingetretenen Krankheitsfall, ist unter den Bedingungen einer Risikowahrnehmungsgesellschaft nicht mehr vertretbar.

Dies hat, wie wir sahen, nicht nur mit objektiven Faktoren, sondern auch mit der Risiko-Selbstzuschreibung der risikosensiblen Gesellschaft zu tun. So können die Neuerkrankungsraten nicht mehr dem Schicksal, bzw. dem Verhalten des Patienten oder sonst wem fremd-zugeschrieben werden. Hohe Inzidenzraten zeigen, dass das bisherige System in seiner Problembewältigung falsch programmiert ist. Es orientiert sich an Spät- und nicht an folgerichtiger Frühversorgung. Es muss seine Versorgungsformen so umstellen, dass es auch auf die Krankheitsverursachung Einfluss nimmt und da ist Frühversorgung und Prävention die richtige „kausale Therapie“. Der Fehler liegt nicht außerhalb des Systems, er liegt im System. Das System muss ihn sich selbst zurechnen lassen. Genau mit dieser typischen Argumentation der langfristigen Nachhaltigkeit wurde in den 80iger Jahren die Zahnmedizin konfrontiert. Diese war bis in die 80iger Jahre hinein „Spätversorgungs-orientiert“. Die Prothetik und die Füllungstherapie standen im Vordergrund. Hier wurde massiv die Forderung laut, das System auf Prävention und Frühversorgungsformen umzustellen. Der Kampf gegen die Kariesentstehung und nicht die Kariesbehandlung sollte vorrangig sein, nur mittels dieser Umstellung der Versorgungsformen könnten Zahn-,

Mund- und Kieferkrankheiten nachhaltig bekämpft werden. In den achtziger Jahren setze so auch langsam aber stetig dieser Umbau der Versorgungsstrukturen ein.

Im folgenden Unterkapitel soll dieser Veränderungs- und Umbauprozess genauer nachgezeichnet werden. Festzuhalten bleibt schon hier die These, dass ohne die Berücksichtigung der Transformationen hin zu einer Risikowahrnehmungsgesellschaft diese Fokusverlagerung auf Frühversorgung und Prävention im Gesundheitswesen insgesamt und in der zahnmedizinischen Versorgung im speziellen nicht verstanden werden kann.

Abschließend stellt sich die Frage, wie es der Risikowahrnehmungsgesellschaft gelingt, dass sich die einzelnen Funktionssysteme zunehmend auf Risikosemantik und Risikosenibilität umstellen. Wie ist es möglich, dass sich das Gesundheitswesen (und mit ihm die zahnmedizinische Versorgung) im Gefolge der 80iger Jahre wie alle anderen Funktionssysteme auch in seiner Programmstruktur auf Risikosemantik und reflexiver Modernisierung umstellt? Der Schlüssel zur Beantwortung dieser Frage liegt nach Swen Körner in der gesellschaftlichen Tragweite von „Krisenkommunikation“. „Uns interessiert hier vor allem, von welcher besonderen Beschaffenheit jene Themen sind, die die Gleichgültigkeitsschwellen einer relevanten Anzahl gesellschaftlicher Teilsysteme leichtgängig passieren lassen und das diskursive Potential gesellschaftsweiter Relevanz besitzen. Mit anderen Worten: Welche Qualität besitzen Themen, die zugleich politische, wirtschaftliche, massenmediale, wissenschaftliche und andere teilsystemische Resonanzen zu erzeugen vermögen und jeweils intern die Dynamik von Beiträgen und Beitragssequenzen stimulieren und dirigieren?“ (Körner 2008, 86). Bei begrenzter Resonanzfähigkeit der Funktionssysteme binden und bündeln Krisenkommunikationen Aufmerksamkeit, dort, wo Aufmerksamkeit generell knapp ist. „Sie bilden gleichsam die Vorzugsware im Markt möglicher Themen der Kommunikation“ (Körner, 2008, 88). Gerade weil funktional ausdifferenzierte Systeme nur eine Funktion als Solitär bedienen, sind sie auf ihre eigene Umweltbeobachtung in besonderem Maße angewiesen. So kann Luhmann die moderne funktional differenzierte Gesellschaft als Ensemble Krisen beobachtender, sich selbst alarmierender Systeme beschreiben (Luhmann 2004, 213). „Krisenthemen bezeichnen in der Sache Probleme, die relevante Bereiche der Gesellschaft mittelbar oder unmittelbar betreffen, ihren Bestand nachhaltig bedrohen und dementsprechend kompromisslos Entscheidungs- und Handlungsnotwendigkeiten unter Zeitaspekten vor Augen führen“ (Körner

2008, 92). In sachlicher Hinsicht bedrohen Krisen den Systembestand in „seinem eingelebten Anspruchsniveau“ (Körner 2008, 88), in zeitlicher Hinsicht markiert die Vergangenheit den Sollwert, die Krise die Gegenwart des Nichterreichens dieses Sollwertes und die Zukunft das Wiedererreichen des Sollwertes oder die Verschärfung der Differenz von Ist- und Sollwert. In sozialer Hinsicht löst die Krise massenhafte Krisenerfahrung und Betroffenheit aus, die die Funktionssysteme in Legitimationsnöte bringen (Körner 2008, 90). Krisenkommunikation löst also in besonderem Maße Aufmerksamkeit und Anschlussfähigkeit aus. Sie macht in einer hochgradig individualistischen Gesellschaft kollektive Erfahrungen möglich als „hohe Betroffenheit vieler Akteure“ und bedient das Bedürfnis nach moralischen Urteilen. Als Teil der Krisenkommunikation kann die Risikosemantik und Risikokommunikation aufgefasst werden. Risikodiskurse und Risikokommunikation sind Kommunikationen, die Krisen für die Zukunft prognostizieren. Wenn man in der Gegenwart nicht jenes tut oder jenes unterlässt, dann verdichtet sich das gegenwärtige Risiko zu einer zukünftig erfahrbaren manifesten Krise. Zumeist werden diese Diskurse durch wissenschaftliche Forschungen initiiert, um dann massenmedial Verstärkung zu finden. Typisch für diese Diskurse ist ihr „eventartiger“ Charakter. Ob Aids-Diskurs, Amalgam-Diskurs in der Zahnmedizin, BSE-, Elektrosmog-Diskurs etc. etc., sie beherrschen eine Zeit lang die Medien und die veröffentlichte Meinung, um dann wieder – meist ohne große Folgen – in den Hintergrund zu treten. Dabei sind ihre Botschaften widersprüchlich, so dass der Bürger bei Befolgung aller risikodiskursiven Verhaltensappelle den sicheren Boden des risikoaversiven Lebens gar nicht erreichen kann.

Wie Jost Bauch schreibt, gibt es offensichtlich eine Tiefenstruktur von Risikodiskursen, die bei allen mehr oder weniger mit leichten Modifikationen zu finden ist. „Die Gefahr und das Risiko muss möglichst universell sein, also potentiell alle Menschen betreffen, es sollte möglichst für das Individuum unmittelbar nicht wahrnehmbar sein, so steigt das Bewusstsein einer globalen Bedrohung und die Strategien der Risikovermeidung oder Minimierung müssen die Beachtung von Ratschlägen von Experten erforderlich machen. Diese drei Komponenten müssen mindestens vorliegen, wenn ein Risikodiskurs gesellschaftlich erfolgreich sein will. Bricht eine Komponente in einer Gefahrenkommunikation und einem Risikodiskurs aus diesem Triumvirat heraus, verliert der Diskurs sofort erheblich an gesellschaftlicher Relevanz, seine gesellschaftliche Bedeutung ist gefährdet. So ist

beispielsweise am Aids-Diskurs sehr deutlich zu exemplifizieren, wie seine Konjunktur mit einem universellen Gefährdungsbewusstsein der Bevölkerung zusammenhängt“ (Bauch 1997,322). Auch für Risikodiskurse gilt, dass sie gesellschaftliches Engagement erlauben, ja regelrecht auf sich ziehen, weil sie mit „Angst“ operieren und damit Moral- und Entrüstungsbedürfnisse bedienen. „Sie ermöglichen es, innerhalb der Gesellschaft sich von dieser zu distanzieren“ (Bauch 1997,327).¹⁷⁶

Gerade weil Risikodiskurse so moralisch aufgeladen sind, also mit Achtung und Missachtung operieren und diese auf Personen beziehen (mit den entsprechenden polemogenen Konsequenzen), ist es nicht verwunderlich, dass sie eine enorme gesellschaftliche „Durchschlagskraft“ entwickeln, die auch die Funktionssysteme berücksichtigen müssen. Als Verstärker dient hier das politische System, das die einzelnen Funktionssysteme zwingt, risikoaversiv zu operieren, also die Risikosemantik zu internalisieren und damit die Folgen des eigenen Operierens selbstbezüglich ins Kalkül zu ziehen. In der Zahnmedizin setzte dieser Transformationsprozess von der Wohlfahrtssemantik der ersten Moderne zur Risikosemantik der zweiten Moderne in den 80iger Jahren ein.

¹⁷⁶ Peter Fuchs bezeichnet die Risikosemantik als „raffiniert“. Einerseits betreibt sie eine Einheitssemantik der Gesellschaft (eine Gesellschaft, die sich selbst gefährdet), andererseits, und hier setzt die Moralisierung ein, sucht sie Zurechnungspunkte für Schuld, unterscheidet also Täter und Opfer (Industrielle, Techniker, Wissenschaftler etc.). Fuchs formuliert es auf seine Art paradox: „Alle sitzen in einem Boot, indem nicht alle in einem Boot sitzen“ (Fuchs 1992, 137).

6. Kompossibilität mit der Gesellschaft: Ethik in der Zahnheilkunde

Wir sahen: Die Zahnmedizin steht zunehmend vor dem Problem, nicht nur Kompossibilitäten mit den anderen Funktionssystemen herzustellen, sie muss auch Kompossibilitäten mit der Gesamtgesellschaft produzieren. Es reicht nicht, mit den Anforderungen der Ökonomie durch Kostendämpfung oder mit den Ansprüchen der Politik durch Qualitätssicherung und Evidenzbasierung kompossibel zu sein. Die Zahnmedizin steht auch in einer Verantwortung zur Gesamtgesellschaft, die sich insbesondere in moralischen Anforderungen Ausdruck verleiht. Die Zahnmedizin reagiert auf diese gesamtgesellschaftlichen, moralischen Anforderungen neuerdings mit einer dezidierten Ethik in der Zahnheilkunde. Der Realismus gebietet, deskriptiv diesen Zustand der Moral in modernen Gesellschaften zu analysieren und dabei zunächst von dem normativ Wünschenswerten abzusehen.

6.1. Entzentrierung der Moral in funktional differenzierten Gesellschaften

Bevor wir diese Funktion der Kompossibilitätsherstellung durch Ethik in der Medizin und Zahnheilkunde darstellen können, müssen wir zunächst einige Anmerkungen zur Sonderstellung der Moral in einer funktional differenzierten Gesellschaft machen. Denn nach Luhmann ist es ein spezifisches Problem der Ausdifferenzierungen der Moderne, dass die Moral ihre integrative Sonderstellung für die Gesamtgesellschaft verloren hat. „Aus Niklas Luhmanns systemtheoretischer Sicht regelt Moral in der Moderne hingegen nur noch den zwischenmenschlichen Bereich, und zwar allein durch Achtungsentzug. Die Gesellschaft als Ganze moralisch zu integrieren sei weder möglich noch nötig. Es fehlen Spitze und Zentrum, die Normen setzen könnten; die eigengesetzlich operierenden Teilsysteme orientieren sich ausschließlich an dem für sie jeweils relevanten Output der anderen Teilsysteme“ (Nunner-Winkler 2008, 202). Jedenfalls lassen sich nach Luhmann Integrationsprobleme moderner, funktional differenzierter Gesellschaften alleine über Normen, Werte und Moral nicht mehr lösen. Mit der Entwicklung der Sprache und damit der Ermöglichung von Kommunikation verfügt der Mensch mit dem Ja/Nein Code über die grundsätzliche Möglichkeit der Annahme oder der Verweigerung der Annahme eines Kommunikationsangebotes. Das Problem gesellschaftlicher Integration besteht darin, möglichst viele „Jas“ zu produzieren. Bei massenhaften Verneinungen also bei gesell-

schaftlicher Totalverweigerung ist schlecht von gesellschaftlicher Integration zu sprechen. Bereits mit der Verschriftlichung der Gesellschaft und dem Übergang zu einer von pluralen, publizistischen Möglichkeiten geprägten Öffentlichkeit ist dabei eine Lage entstanden, in der die Wahrscheinlichkeit des Neins, also die Verweigerung der Annahme eines Kommunikationsangebotes erheblich ansteigt. An dieser Stelle kommt u.a. die Moral ins Spiel: Sie hat die Funktion, die Wahrscheinlichkeit der Annahme von Kommunikationsofferten zu erhöhen.

Wenn in der gesamten Gesellschaft als verbindlich gilt, was gut und böse ist, dann kann man mit moralisch sauberen Kommunikationsofferten die Annahmefähigkeit drastisch erhöhen.¹⁷⁷ Voraussetzung dafür ist, dass in der Gesellschaft klare Regularien darüber bestehen, was gut und böse ist und dass die Gesellschaft über (hierarchische) Institutionen verfügt, die den spezifischen Moralcode auch gesellschaftsweit durchsetzen können. In diesem Fall wird die Moral zu einem gesamtgesellschaftlichen „Super-Code“, der die gesellschaftlichen Integrationsprobleme regelt. In den hierarchischen Gesellschaften bis zum auslaufenden Mittelalter war dies der Fall. Mit der Umstellung auf funktionale Differenzierung der modernen Gesellschaft hat die Moral allerdings Konkurrenz bekommen. Vieles spricht dafür, dass sie damit ihre Allgemeinverbindlichkeit verlor: In den ausdifferenzierten Funktionssystemen wird die Annahmefähigkeit von Kommunikationsofferten überwiegend durch Kommunikationsmedien erstellt, die spezifisch für ein gesellschaftliches Subsystem in Geltung sind. Solche „Kommunikationsmedien“ sind, wie schon dargestellt, für die Wirtschaft das Geld, für die Politik die Macht, für die Wissenschaft die Wahrheit, für die Intimsysteme die Liebe usw. Diese Kommunikationsmedien steigern die Annahmefähigkeit von systemspezifischer Kommunikation. Sie haben die Funktion „Unwahrscheinlichkeit in Wahrscheinlichkeiten oder wahrscheinliche Neins in wahrscheinliche Ja zu transformieren“ (Luhmann 2005, 154). Das, was eine zentrale, zu meist auf Glauben begründete Moral geleistet hat, wird in einer funktional differenzierten Gesellschaft durch die Kommunikationsmedien der Funktionssysteme geleistet. Doch damit tritt eine Diversifizierung ein. Luhmann schreibt in diesem Zusammenhang: „Ich glaube, dass die Codewerte der Medien [sc. der Kommunikationsmedien der verschiede-

¹⁷⁷ Auch hier zeigt sich der Vorrang einer intuitionistisch-realistischen Ethik. Vgl. R. Shafer-Landau, *Whatever Happened to Good and Evil?*, Oxford 2004.

nen Funktionssysteme H. R.] immer eine Neutralisierung moralischer Codewerte erfordern. Das ist eine scharfe These, die sich insbesondere gegen die Vorstellung richtet, dass die Gesellschaft moralisch integriert werden könne, das heißt gegen die Vorstellung, dass Moral der letzte Code ist, der alle positiven und negativen Werte auf gut oder auf schlecht hin sortiert und Gesellschaft dadurch in einer Art Supercode moralisch integriert werden könnte. Ich möchte das bestreiten“ (Luhmann 2005, 167). Die Kommunikationsmedien neutralisieren dieser These zufolge die Moral. Die Moral wird für die Funktionsweise der Systeme sogar hinderlich und letztlich dysfunktional. „Kurz, die Durchsetzung einer Medienstruktur bedeutet eine Abdankung der Moral als eines generellen Instruments der gesellschaftlichen Koordination. Und das reduziert die Moral [...] auf die Behandlung pathologischer Fälle, alarmierender Fälle oder Fälle, die strukturgefährlich werden können, aber gerade nicht auf die Behandlung dieser Codes, die die Struktur generell tragen“ (Luhmann 2005, 168). Waren bis ins Mittelalter Wahrheit, Schönheit und Moral eng miteinander verknüpft (noch nach Augustinus konnte die Wahrheit einer Aussage daran erkannt werden, dass der Mensch, der sie machte, ein moralisch integrierender Mensch war), so bricht diese Trinität des Wahren, Guten, Schönen, der Transzendentalien des Mittelalters, in der Neuzeit auseinander. Es wird die These verfochten und begründet, dass man Wahrheit sprechen kann, obwohl man ein schlechter Mensch ist. Auch die Liebe zu einem Menschen gilt seiner Individualität, nicht seinen moralischen Qualitäten. Eigentum erwerben ist nicht unmoralisch, über keines zu verfügen, auch nicht. Das Funktionssystem des Eigentums ist zunächst nämlich moralisch neutral. Die Medienelemente regeln das Prozessieren der Systeme. „Die Durchsetzung der Medienstruktur bedeutet, dass die Moral als generelles Medium der gesellschaftlichen Koordination nicht mehr wirksam ist“ (Horster 1997, 139). Für die Funktionssysteme wird Moral geradezu lästig. Würde eine Seite der Leitunterscheidungen der Funktionssysteme als schlecht oder böse beurteilt, so wäre der Übergang von einem Wert zum anderen erschwert und könnte den Bestand eines Systems gefährden. Eigentum zu haben hat genauso moralisch neutral zu sein, wie kein Eigentum zu haben. Wäre Eigentum haben moralisch schlecht, wären die Transaktionen des Wirtschaftssystems äußerst gefährdet und man würde letztendlich in einer Art Steinzeitkommunismus landen. Würde Opposition, also keine Macht haben, im politischen System als böse angesehen, wäre die Demokratie schnell am Ende. Jedenfalls für die Funktionssysteme gilt, was Luhmann in einem Fernsehinterview sagte: „Ethik müsste lehren, vor Moral

zu warnen“. Für Luhmann ist die Entmoralisierung der Gesellschaft ein Evolutionsgewinn. Denn Moral ist systemtheoretisch betrachtet nichts anderes als die soziale Regulierung der Verteilung von Achtung und Missachtung, sie ist hochgradig Streit-evozierend und polemisch. „Moral vollzieht sich im Einsatz der Unterscheidung von Achtung und Missachtung. Sie ist im genauen Sinne Beobachtung erster Ordnung. Sie legt das Gute und Schlechte in einem Zuge fest“ (Fuchs, Würz 2004, 161). Und damit verstrickt sie sich in Paradoxien.

Damit ergibt sich das Paradoxon, dass die strikte Anwendung der Moral selber unmoralisch wird. So ist es unmoralisch, andere zu diskriminieren. Es ist aber nicht unmoralisch, die zu diskriminieren, die andere diskriminieren. Peter Fuchs und Michael Würz verdeutlichen dies anhand einer Szene in „Der Name der Rose“: „Schwörst Du dem Bösen ab! Ruft der Inquisitor dem Opfer auf dem Scheiterhaufen zu. Dessen Antwort: Das Böse, dem ich abschwöre, seid Ihr‘. Das Böse wäre danach die ihrer selbst absolut sichere Zurechnung der Unterscheidung von gut und böse“ (Fuchs, Würz, a.a.O., 160). Es ist die moralische Selbstsicherheit, die die moralische Verteilung von Achtung und Missachtung letztlich unmoralisch macht. Da hilft nach Luhmann auch nicht der Einsatz einer „normativen Ethik“, die die Moral daraufhin durchtestet, ob sie unter übergeordneten Gesichtspunkten als wirklich gut oder böse angesehen werden kann. „Dabei hat man dann das Problem, dass die Reflexion gleichsam von einer Instanz vorgenommen werden muss, die ihrerseits als gut oder schlecht, als achtenswert oder missachtenswert beurteilt werden muss, so dass eine weitere Instanz gedacht werden muss, die die Ethik auf sich selbst anwendet, und so weiter“ (Fuchs, Würz, 170).

Mit der Durchsetzung der Leitdifferenzen als zugrundeliegende Medien in den einzelnen gesellschaftlichen Funktionssystemen verliert die Moral ihre institutionelle Verankerung in der Gesellschaft. Es gibt keine zentrale oder dezentrale externe, allgemein anerkannt und durchgehend wirksame Absicherung (Gott, Offenbarung etc.). Moral beginnt, gesellschaftlich zu vagabundieren. In Teilen der Philosophie ist man nach Nietzsche zu der Überzeugung gekommen, dass nach dem Tode Gottes die Ethik als Lehre vom rechten Handeln ihr Fundament verloren hat (Vonessen 1988, 14). So pluralisiert sich die Ethik selbst in verschiedene Richtungen und Formen und man kann unterschiedliche Ethik-Formen unterscheiden wie gemeinhin die utilitaristische Ethik, die formalistische Ethik des Sittengesetzes (Kant), die naturalistische Ethik, eine existentialistische Ethik usw.

(McGlynn, Toner 1962). Zumindest ist Moral nicht mehr an ein System gebunden. Sie läuft parallel in den Kommunikationen mit und wird meistens nicht eigens thematisiert. „Moral ist eine gesellschaftsweit zirkulierende Kommunikationsweise. Sie lässt sich nicht als Teilsystem ausdifferenzieren, nicht in einem dafür bestimmten Funktionssystem derart konzentrieren, dass nur in diesem System und nirgendwo außerhalb moralisch kommuniziert werden kann“ (Luhmann 1989, 434). Sie reproduziert sich in der alltäglich stattfindenden Kommunikation und stattet den Kommunikationspartner als Person insgesamt mit Achtung oder Nichtachtung aus. „Es kann nur eine Moral geben, die sich auf einzelne Personen als Moralobjekte bezieht und in der die Moralsubjekte in jeder Situation entscheiden, ob sie ihrem Gegenüber Achtung und Anerkennung gewähren“ (Horster 1997, 109). Sie tun dies allerdings nicht (nur) ad hoc. Die moralischen Einschätzungen sind an Voraussetzungen gebunden. Zunächst sind da die Moralvorstellungen der einzelnen Menschen. Da Moral in einer heterarchischen Gesellschaft nicht mehr von Oben (vom Staat, von der Religion etc.) dekretiert werden kann, kann man vordergründig von einer Liberalisierung der Moralvorstellungen sprechen, es gibt mithin viele „Moralen“. Gerhard Schulze hat die verschiedenen Wertebindungen sich zunehmend diversifizierender sozialer Milieus in der „Erlebnisgesellschaft“ beschrieben (Schulze 1992, Schulze 2003). Er unterscheidet dabei fünf Kernmilieus, die einen eigenen Lebensstil und damit auch eigensinnige Wertvorstellungen ausbilden.

6.2. Öffentliche Moral als „Hypermoral“ und Unmoral

Offensichtlich ist auf diese Weise eine Leerstelle entstanden. Denn darüber hinaus haben sich die Medien geradezu als „Moralwächter“ der öffentlichen Meinung herausgebildet. Eine ganze Meinungsindustrie ist damit befasst, die gesellschaftlichen Funktionssysteme samt ihrer Repräsentanten auf ihre moralische Integrität hin zu beobachten. Dabei neigen Massenmedien dazu, Nachrichten und Informationen zu personalisieren. Die Massenmedien bevorzugen eine Zurechnung auf Handeln, also auf Personen als Handelnde, wobei gerade Normverstöße rechtlich, moralisch oder politisch ihre besondere Aufmerksamkeit finden (Berghaus 2003, 196, 197). Durch mediale Inszenierung werden politische Sachverhalte, so der Politologe Thomas Meyer „intimisiert“. „Diese Verengung des Öffentlichen

auf die Maßeinheiten privater Personenverhältnisse, Handlungsformen und Bewertungsmaßstäbe entzivilisiert das öffentliche Leben, weil am Ende an den öffentlichen Akteuren nur noch das Motiv und die Lebensführung interessieren und nicht die politischen Handlungsziele und Aktionsformen“ (Meyer 1994, 76). Da die Prozesslogik der selbstreferentiell agierenden Systeme für das Publikum immer undurchschaubarer wird, bleibt am Ende nur noch die Moral, um einen Restbestand von Partizipation und Teilhabe des laisierten Publikums zu erhalten. Versteht man die Funktionsweise der Systeme nicht mehr, kann man immer noch auf eine Moral zurückgreifen, die aber keinen objektiven Grund hat. Sie ist auf Politische Korrektheit, auf Konventionen und die Auffassung des „Durchschnitts“ bezogen.

Zwar befindet man sich mit dieser Moral als subjektivem Meinen lediglich „auf der Talsohle der Wirklichkeit“ (Gehlen), aber man kann immerhin mitreden, moralische Kommunikation hat so eine Kompensationsfunktion für den Mangel an wirklicher Tiefenunterscheidung zwischen „Gut“ und „Böse“.

6.3. Kompossibilität als Moralforderung

Die gesellschaftlichen Funktionssysteme stehen so unter besonderer „moralischer“ Beobachtung durch die öffentlichen Meinungsmedien und es macht für sie Sinn, diese moralischen Beobachtungen selbst zu beobachten und der veröffentlichten Meinung keinen Anlass zu geben, mit der „Moralkeule“ auf Repräsentanten des jeweiligen Funktionssystems einzuschlagen. Denn das Auftreten von moralisch fragwürdigem Verhalten von Personen innerhalb eines Funktionssystems, das öffentliche Beachtung findet, wird im Sinne der Personalisierung und Reduktion von Komplexität als Zeichen für Strukturdefekte eines Funktionssystems gedeutet. Die Krise von Personen wird so leicht zur Krise eines Systems.

Moralische Kommunikation, so rudimentär sie ist, hat so auch und gerade für die Funktionssysteme eine kathartische Funktion. Sie sorgt dafür, dass die systemspezifische codegeprägte Kommunikation eingehalten wird. Das Wirtschaftssystem muss sicherstellen, dass Eigentumsübertragungen der Codierung entsprechend über Zahlungen erfolgen, Diebstahl ist dementsprechend unmoralisch. Die Durchsetzung der jeweiligen Systemra-

tionalität hängt mit der Akzeptanz des Publikums zusammen. Codes und Kommunikationsmedien bringen das Verhalten der inkludierten Personen auf eine sozial akzeptierte und lizenzierte Spur. „Wer in der Wissenschaft erwischt wird, dass er Gedanken geklaut oder Daten gefälscht hat, wird von der Zunft geächtet. Wer als Regierungspolitiker seine Entscheidungen von Geldzuwendungen abhängig macht, zieht sich Schimpf und Schande zu. Also wird Moral als Selbstalarmierung bei dieser Art der Funktionsstörung eingesetzt. Es kommt zur Exklusion des Problems, zur persona non grata“ (Fuchs, Wörz 2004, 179). Mit der Ächtung einer Person, also der Personalisierung eines Problems, kann das System zu seinem Alltagsgeschäft wieder zurückkehren. Zwar muss das System institutionelle Vorkehrungen treffen, dass der moralisch zu verwerfende Fehltritt einer Person erschwert wird, grundsätzlich ist aber mit der Exklusion der Person aus dem System die Situation bereinigt. Gleichwohl: Wenn in einem System moralische Verfehlungen gehäuft auftreten, ist damit zu rechnen, dass von der systemrelevanten Öffentlichkeit die Struktur- und Systemfrage gestellt wird, was in einem System zu erheblichen Turbulenzen führen kann.

Es macht also für die Funktionssysteme Sinn, sich mit Fragen der Ethik als präventive Gefahrenabwehr vor Turbulenzen durch gesellschaftliche Ächtung erst wichtiger Mandatsträger und später des ganzen Systems zu schützen. Vertreter des Gesundheitswesens haben in besonderem Maße die Erfahrung des personellen sowie systemischen Achtungsentzugs erfahren können. Spätestens seit Anfang der 70iger Jahre hat sich eine ganze Literatur-Gattung herausgebildet, die sich auf die mangelnde moralische Integrität der Akteure im Gesundheitswesen und auf die dadurch zum Vorschein kommenden Strukturdefekte des Systems selbst, eingeschossen hat.¹⁷⁸ So merkt Heinrich Schipperges an, dass das Tun des Arztes zunehmend als Geschäft mit der Krankheit angesehen wird und resümiert: „Der Arzt, zum blassen Funktionär einer omnipotenten Medizinalverwaltung geworden, er spielt eine höchst zweifelhafte Figur im Rollenspiel eines sich rasch verändernden Gesellschaftsgefüges“ (Schipperges 1989, 6). Auch die Vertreter der Zahnheilkunde standen von Anfang an nicht in einem besonders guten Ruf. Als Barbieri und fahrende Heiler gehörten sie nicht unbedingt zu den moralisch besonders integren Personen

¹⁷⁸ Die Literatur dazu ist unübersichtlich groß. Beispielhaft seien genannt: Die Titelstory vom „Stern“ vom 5.2.1976 „Die Beutelschneider“, Hehn, Lang, Hansen, Mögliche Nebenwirkung Tod, Reinbek 1980, Waller, Habgier in Weiß. Die Ärzte-Mafia. Wie schwarze Schafe einen ganzen Berufsstand in Verruf bringen, München 1997.

(Probst o. J.), als Quacksalber und Zahnreißer wurde ihnen oft Inkompetenz und Gewinn-sucht unterstellt (Lässig, Müller 1984, 64 ff). Bis in die Gegenwart hinein wurden die Zahnärzte als Profiteure eines Systems der Spätbehandlung von Zahnkrankheiten dargestellt, wobei sofort die Forderung nach einer präventiven Neuausrichtung des Systems nachgeschoben wurde, weil den hohen Ausgaben kein guter Mundgesundheitszustand entgegenstand (Strippel 2004, 256). Auch für den Bereich der Medizin und Zahnmedizin gilt: Das „äußere“ Verhalten des Arztes und Zahnarztes unterliegt in besonderem Maße der Beurteilungsfähigkeit durch den Laien. Die moralische Dimension des Verhaltens ist gleichsam ein Einfallstor, um sich ein Bild von dem ganzen Medizinsystem zu machen. Es macht somit für das System Sinn, diese äußere, dem Patienten und Laien zugewandte Seite durch eine Ethik der Medizin und Zahnmedizin nicht alleine den Zufallsbedingungen des Individualverhaltens des einzelnen (Zahn)Arztes zu überlassen. Dabei steht die Verhaltensseite von Ärzten und Zahnärzten immer schon unter moralischer Beobachtung durch die Laien (Patienten), weil sie in die persönliche (körperliche oder seelische) Integrität des Patienten eingreifen und damit Intimitätsschwellen überspringen. Die besondere Abhängigkeit vom ärztlichen Eingriff machte so explizite Regeln erforderlich, um Missbrauchsmöglichkeiten einzuschränken. Seit alters her verfügt deshalb der Ärztestand über eine eigene Standes- und Berufsethik (so der bekannte Eid des Hippokrates), um die Grundregeln im Umgang mit dem Patienten festzulegen. Dominik Groß definiert entsprechend die Medizinethik: „Medizinethik oder Ethik in der Medizin ist das Teilgebiet der Ethik, das sich spezifisch mit den moralischen Wertvorstellungen in Medizin und Gesundheitswesen auseinandersetzt. Sie ist gewissermaßen die Wissenschaft vom moralischen Urteilen und Handeln aller im Gesundheitswesen tätigen Personen (Heil- und Pflegepersonal, Gesundheitspolitiker), Organisationen, Institutionen, aber auch der Patienten und deren Vertreter bzw. Organisationen“ (Groß 2012, 1). Groß vertritt dabei eine „expansionistische“ Ethik-Vorstellung. Ethik gilt ihm als „Optimierung professioneller Fähigkeiten“ (Groß 2012, 14) und seine „Ethik in der Zahnmedizin“ behandelt fast alle Bereiche des zahnärztlichen Berufsalltags. Für ihn ist klar, dass der Bedarf an ethischen Fragestellungen in der Zahnmedizin u.a. durch die Werteerosion in der Gesellschaft gewachsen ist. „Auch die Erosion traditioneller Werthaltungen und der Verlust gemeinsamer moralischer Überzeugungen oder –positiv formuliert- die neue Vielfalt der in unserer Gesellschaft anzutreffenden Wertvorstellungen (Wertepluralismus) und kulturellen Prägungen

haben zu einem erhöhten ethischen Diskussionsbedarf und zu einer merklichen Zunahme ethischer Konfliktsituationen geführt“ (Groß 2012, 12). Neben diesen Außenverursachungen aus der Umwelt des Medizinsystems gibt es aber auch endogene Faktoren gerade in der Zahnmedizin. Die Komplexität der Zahnheilkunde, ihre Vernetzung mit der Allgemeinmedizin ist nach Groß derart gewachsen, dass sich der Möglichkeits- und Optionspielraum des Faches enorm erweitert hat. Dadurch entstehen vielfach „ethische Dilemmata“, wo einer ethisch gebotenen Option (mindestens) eine ethisch ebenfalls gebotene, aber unvereinbare Option entgegensteht, ohne dass klare Vorrangregeln existieren. Die „Professionalisierung“ der zahnärztlichen Tätigkeit durch das Aufstellen und Befolgen von ethischen Regeln dient dabei dem Zweck, das Handeln des Zahnarztes, soweit es moralisch beurteilbar ist, vor möglichen moralischen Attacken aus der Umwelt zu schützen und innerhalb des Berufsstandes einen geregelten Umgang miteinander zu gewährleisten. Die Moralvorstellungen des Systems müssen dabei mit den „Moralen“ der Außenwelt relativ kompatibel ausgestattet sein. Groß konstatiert für die Zahnmedizin in diesem Feld einen gewissen Renovierungsbedarf. Bedingt durch die „strukturelle Asymmetrie“ zwischen Arzt und Patient hat sich in der Medizin und Zahnmedizin traditionell ein „paternalistisches Beziehungsmodell“ (Groß 2012, 69) entwickelt, das bis in modernere Compliance-Konzepte der Patientenführung Geltung beanspruchte. Der moderne, informierte Patient erstrebt dagegen interaktive Modelle, wo sich Zahnarzt und Patient auf Augenhöhe im „shared decision making“ begegnen und die „Compliance“ (der Patient befolgt die Regeln des Arztes) durch „Adhärenz“ ersetzt wird (der mündige Patient wirkt aus eigener Ansicht beim Genesungsprozess mit). Moralisch gesehen wird so die Hierarchie durch Egalität ersetzt und der Patient tritt als „Co-Therapeut“ auf. Das Subsystem Zahnmedizin reagiert so auf den Mainstream einer egalitären Gesellschaft und schafft Kompossibilität zwischen sich und den (auch moralischen) Erwartungen der Gesellschaft, wie sie sich in den Erwartungen der Patienten und der veröffentlichten Meinung Ausdruck verschaffen.

6.4. Moralphilosophischer Ausblick

Diese deskriptive Analyse von Moral in der ausdifferenzierten Gesellschaft hat keineswegs die normative Folge, dass eine objektive Moral unmöglich wäre. Ganz im Gegenteil:

Dem Druck der medialen Hypermoral und der moralischen Aufladung des Kompossibilitätsanspruchs können Medizinal- und Dentalwesen am besten entgegentreten, wenn sie der Sachlogik ihres Subsystems entsprechen und sich auf dessen Kernaufgaben begrenzen. Damit ist ein minimales Standesethos auf den Begriff „das Seine tun“ zu bringen¹⁷⁹. Dieses steht unter der Maßgabe nicht eines invarianten Guten, aber des unter den gegebenen Situationen „möglichen Besten“¹⁸⁰. Jene beiden Begriffe verweisen nicht nur ideengeschichtlich auf den Anfang der europäischen Ethik zurück: Auf Platon und Aristoteles. Sie markieren systematisch die Rückkehr zu einer objektiven Ethik, in der das Angemessene und das Nicht-Angemessene intuitiv erfasst und von Außendruck befreit wird.¹⁸¹ Der argumentative Aufbau einer solchen objektiven Moral würde allerdings das Thema dieser Untersuchung sprengen.

¹⁷⁹ Dies ist bekanntlich Platons Minimaldefinition von Gerechtigkeit, Platon, *Politeia* 441c4.

¹⁸⁰ Auf diese Formulierung verweist Aristoteles in Buch I seiner Politik nachdrücklich – auch in Abgrenzung von der Platonischen ‚Idee des Guten‘.

¹⁸¹ Vgl. beispielhaft für die heutigen Bemühungen um eine intuitionistische Plausibilisierung objektiver Ethik: M. Huemer, *Ethical Intuitionism*, Hampshire 2005, ferner: H. J. Gensler, *Ethics. A Contemporary Introduction*, New York 2011.

7. Welche Ökonomie erforderlich ist: Systemtheorie und Österreichische Schule der Nationalökonomie

7.1. Globalsteuerung und Gesundheitssystem

Die vorausgehenden Überlegungen zu den Veränderungen im Gesundheitssystem im Allgemeinen und im „primären Sekundärsystem“ der Dentalmedizin im Besonderen haben den Befund ergeben, dass und warum politische Globalsteuerung im Gesundheitssystem notwendigerweise zumindest langfristig scheitern muss. Die wesentliche Begründungslinie sei noch einmal wiederholt: Die Dentalmedizin erwies sich in systemtheoretischer Sicht als funktionales Subsystem des Gesundheitssystems, das, wie alle gesellschaftlichen Systeme, zunächst davon lebt, dass es seine eigene zentrale Funktion hypostasiert.¹⁸² Dies bedeutet Konzentration auf die eigene Funktionserfüllung und deren permanente Optimierung.¹⁸³ Andere, auch übergeordnete, gesellschaftliche Systeme wie das der Politik fungieren demgegenüber als ‚Umwelt‘. Zu konstatieren war von hier her in der zweiten Phase eine Tendenz permanenten Wachstums im Gesundheits- und Dentalbereich. Es ergeben sich dann aber in einer dritten Phase Nebenfolgen: Steigende Krankheitslast ist, wie Krämer in Bezug auf das Gesundheitssystem insgesamt gezeigt hat, durch die Optimierungserfolge ihrerseits mitbedingt.¹⁸⁴

Alle Erfahrungen mit den politischen Interventionsversuchen der letzten Jahrzehnte zeigen, dass auf diese Weise nur kurzfristige Bremseffekte, aber keineswegs eine langfristige erfolgreiche Steuerung erreicht werden kann. Die systemtheoretische Rekonstruktion zeigt klar, warum die Eingriffs- und Einflussmöglichkeiten des politischen Systems keineswegs überschätzt werden dürfen: das politische System ist ein soziales System neben anderen. Es ist lediglich mit der Zusatzfunktion ausgestattet, sich selbst durch Steuererhebungen und ähnliche Maßnahmen ohne Zusatzleistungen Geld beschaffen zu können.

¹⁸² Dazu N. Luhmann, *Ökologische Kommunikation. Kann die moderne Gesellschaft sich auf ökologische Gefährdung einstellen?* Opladen 1988.

¹⁸³ Dazu im Blick auf das Gesundheitssystem J. Bauch, *Gesundheit als sozialer Code. Von der Vergesellschaftung des Gesundheitswesens zur Medikalisierung der Gesellschaft.* Weinheim, München 1996 und D. Nord, *Steuerung des Gesundheitswesens.* Frankfurt/Main 1979.

¹⁸⁴ Dazu W. Krämer, *Wir kurieren uns zu Tode. Die Zukunft der modernen Medizin.* Frankfurt/Main, New York 1993.

Budgetierung und Deckelung erwiesen sich daher als die – nur sehr begrenzt und kurzfristig zur Steuerung tauglichen – Eingriffsmöglichkeiten des politischen Systems. Funktionssysteme wie das Gesundheitssystem im Allgemeinen und das Dentalsystem im Besonderen geben auf solche Steuerungseingriffe Resonanz. Sie erweisen sich dabei aber per definitionem in hohem Maße umweltignorant. Daher ist keineswegs vorauszusehen und es erwies sich sogar als unwahrscheinlich, dass die gewünschte Resonanz eintritt. Resonanzen können nicht- oder sogar konter-intentional, also gegen die beabsichtigte Wirkung ausfallen. Budgetierungen können zum Beispiel durch vorweggenommene Ausgabenexpansionen unterlaufen werden. Dies zeigte sich in unserem Bereich exemplarisch durch den Ansturm auf Zahnersatz unmittelbar vor Inkrafttreten des GRG. Es besteht auch die zweite Möglichkeit, dass eine Übersteuerung eintritt, die das Gesundheitssystem daran hindert, seiner genuinen Funktion, der Behebung von Krankheit, nachzukommen. Auch hier werden Rückkoppelungseffekte zu erwarten sein, die das politische System aufgrund seiner versuchten Weichenstellung im Gesundheitssystem in Bedrängnis bringen und daher auf es zurückwirken. Der Vorwurf der „Zwei Klassen-Medizin“ hat regelmäßig in diesem Sinn gewirkt.¹⁸⁵

Ich vertrete hier die These, dass der Determinismus und Konsequentialismus, der ein bestimmtes Ergebnis planbar festlegt, als philosophische Vorannahme globalsteuernden Eingriffen zugrunde liegt. Damit verbunden, wird dem Staat eine zentrale Rolle zugewiesen.

In Übereinstimmung mit der Systemtheorie wurde der Überbegriff des Staates nicht verwendet. Der Staat hat in einer funktional differenzierten Gesellschaft die Schiedsrichterfunktion verloren, die ihm noch Hegel zuwies. In seinen operationalen Vollzügen betrachtet, bleiben von ihm die Systeme des Rechts und der Politik, die regulierend auf ein Subsystem wie Medizinal- bzw. Dentalsystem einwirken.

Die Instrumentarien staatlicher Regulierungsmacht erweisen sich allerdings als grundsätzlich ungeeignet, um in die fragilen und wandelbaren Fließgleichgewichte des Gesundheitssystems einzugreifen. Daher kann ein Gegenmodell vorgeschlagen werden, das seinerseits, wie zu zeigen ist, eng mit dem Staatsverständnis der Österreichischen Schule

¹⁸⁵ Dazu J. Bauch, Das Gesundheitsreformgesetz – ein Paradigma symbolischer Politik, in: Medizin, Mensch, Gesellschaft, Jg. 14, Heft 1, S. 59 ff., sowie ders., Lässt sich das Gesundheitswesen politisch steuern? Die Gesundheitsreform in systemtheoretischer Sicht, in: Sozialwissenschaften und Berufspraxis 19 (1996), S. 242 ff.

korreliert ist. Helmut Wilke nannte dieses Modell „prozedurale Kontextsteuerung“. Sie bestehe darin, „dass Gesellschaftssteuerung in Form verbindlicher Kontextregelungen nicht mehr von einem Teilsystem des Ganzen – von der Politik – allein formuliert werden (muss), sondern aus der interdependenzgesteuerten Interaktion aller betroffenen Akteure“ hervorgeht.¹⁸⁶ Grundlegende Voraussetzung dafür ist allerdings, dass Geschlossenheit und Autonomie der Teilsysteme anerkannt werden. In Konformität mit der Logik des Marktes, wird auf diese Weise nicht eine Globalsteuerung favorisiert, sondern die indirekte Stärkung jener Mechanismen, die zu Selbststeuerung und Selbstdisziplinierung beitragen.

7.2. Paradigmen materialer Realisierung: Die Denkansätze von Hayek, Mises und Rothbard

7.2.1. Plädoyer für eine Verfassung der Freiheit – gegen staatliche Regulierung

An dieser Stelle ist eine deutliche Konvergenz mit dem Neoliberalismus der Österreichischen Schule der Nationalökonomie zu beobachten.¹⁸⁷ Deren verschiedene Vertreter haben konsistent herausgearbeitet, dass globalsteuernder Interventionismus nicht nur dysfunktional ist, sondern das System der offenen Gesellschaft selbst gefährdet. A. von Hayek hat in seinem programmatischen Werk ‚The Road to Serfdom‘ (E.A 1944) gezeigt, dass der Interventionismus die der offenen Gesellschaft zugrundeliegenden Individualrechte zu zerstören droht. Von Interesse ist dabei, dass Hayek, auch aufgrund einer Diskussion mit Walter Eucken,¹⁸⁸ der ihn auf eine stärkere Differenzierung zwischen ordnungspolitischen Rahmenvorstellungen und Globalinterventionen drängte, seine Kritik nicht nur gegen den sozialistischen Interventionismus richtete, sondern auch gegen versteckte Inter-

¹⁸⁶ H. Wilke, Systemtheorie. Stuttgart, Jena 411993, S. 275, dazu auch Bauch (1996), S. 245 ff.

¹⁸⁷ Vgl. R. Neck, Die Österreichische Schule der Nationalökonomie. Frankfurt/Main, Wien 2008.

¹⁸⁸ Walter Osswald, Offene Fragen zur Rezeption der Freiburger Schule in: Nils Goldschmidt, Michael Wohlgemuth, Grundtexte zur Freiburger Tradition der Ordnungsökonomik. Tübingen 2008, hier S. 128.

ventionen. Diese stellen zwar die Marktwirtschaft nicht grundsätzlich in Frage. Sie unterlaufen sie aber implizit doch.¹⁸⁹ Der nervus probandi für Hayek ist der Freiheitsbegriff. Er argumentiert dafür, dass der Freiheitsbegriff nur dann sinnvoll und trennscharf ist, wenn er auf individuelle Freiheit eingeschränkt wird. „Politische Freiheit im Sinne von Demokratie, ‚innere‘ Freiheit, Freiheit im Sinne des Fehlens von Hindernissen für die Verwirklichung unserer Wünsche oder gar ‚Freiheit von‘ Furcht und Mangel haben wenig mit individueller Freiheit zu tun und stehen oft in Konflikt mit ihr [...]. Die Freiheit, um die es sich hier handelt, die allein als allgemeines Prinzip der Politik dienen kann und die auch das ursprüngliche Ziel aller freiheitlichen Bewegungen war, besteht ausschließlich in der Abwesenheit von willkürlichem Zwang.“¹⁹⁰ Dieses Minimalkonzept von Freiheit lässt, im Blick auf die Gesellschaft als Ganze, das Interagieren der verschiedenen selbständigen Systeme zu.

In seinem sozialphilosophischen Hauptwerk ‚Die Verfassung der Freiheit‘ (1960) entwickelte Hayek von diesem Freiheitskonzept her eine Art ‚monokratischer Verfassung‘, die das Legitimationsproblem der neuzeitlichen politischen Philosophie radikal umformuliert. In Frage stehe nicht, wer über wen Herrschaft ausüben darf, sondern lediglich, wieviel Regierungskompetenz sinnvoll ausgeübt werden kann und darf. Eine solche Konzeption nähert sich deutlich der „prozeduralen Kontextsteuerung“ an. Politik ist nämlich mit Hayek nicht als Metainstanz zu denken, sondern als Spieler in einem polyzentrischen Interaktionsraum. Dies bestimmt den Kern- und Minimalbegriff von Staatlichkeit.

Diese Position unterscheidet sich aber markant von einem bloßen Laissez-faire-Liberalismus. Die beiden Axiome, die die Interaktion erlauben, setzen klare Rahmenbedingungen. Es ist (1) die Schaffung einer elementaren Rechtsordnung, die Vertragsfreiheit, Eigentum und Haftung sichert. (2) Die Bereitstellung derjenigen Güter, die öffentlichen Charakter haben. (3) Zertifizierungen und Informationen, die Sicherheit und Gesundheit dienen.

Man wird sich aber fragen müssen, ob damit nicht der Bereich der Staatlichkeit schon überdehnt ist. Unter dem Maßstab von (1-3) kommt es dem Staat nämlich zu, Steuern zu erheben und ein Mindesteinkommen zu definieren und auch zu sichern.

¹⁸⁹ Dazu v.a. Hayek, *Choice in Currency*, London 1976; siehe zu diesen Auseinandersetzungen auch A. Ebbstein, *Friedrich Hayek. A Biography*. Chicago 2003.

¹⁹⁰ Hayek, in: *Ordo. Jahrbuch für die Wirtschaft und Gesellschaft* (1960/61).

7.2.2. Ethische und erkenntnistheoretische Begründungen der Entstaatlichung

Hayek formulierte, vor allem in seinen späteren Arbeiten, über die gezeigte Argumentationskette hinausgehend auch eine präzisierende kognitions- und informationswissenschaftliche Begründungslinie gegen die Möglichkeiten der Globalsteuerung. Ökonomische und gesellschaftliche Interaktionen interpretiert er dabei als dezentral und pluralistisch. In seiner Abhandlung ‚Die Anmaßung von Wissen‘ (1974) widerspricht er daher den Ambitionen von Sozialingenieuren, gesellschaftliche Weichenstellungen auf dem Reißbrett zu entwerfen. Aber auch das gegenläufige Extrem, die Fixierung auf mikroökonomische Modelle, ist nach Hayek nicht in der Lage, die „unorganisierte Komplexität“ in der Pluralität der Variablen adäquat abzubilden.

Die Entwicklung staatlicher Eingriffsversuche in die Immanenz des dentalmedizinischen Systems belegt die Berechtigung dieser Skepsis. Man kann davon ausgehen, dass es ein reduktionistischer Determinismus ist und damit ein letztlich untauglicher Szientismus ist, der die ‚Sozialingenieure‘ antreibt. Sie übertragen ein physikalistisches Weltbild auf die Sozialwissenschaften; ein Verfahren, das in keiner Weise zu überzeugenden Resultaten führen kann.¹⁹¹

Freilich besteht ein wesentlicher Unterschied zu den Ergebnissen unserer Analyse: Hayek hat nicht die funktionale Differenzierung einer modernen Gesellschaft vor Augen, sondern den freien Markt. Dessen Preisstrukturen und -entwicklungen könnten am ehesten soziale Realität abbilden. In Hayeks Begrifflichkeit überlagert die spontane Ordnung, die er ‚Kosmos‘ nennt und in der einzelne Faktoren ihre Zielsetzungen aus der Eigengesetzlichkeit ihres Handelns, im Sinn der ‚invisible hand‘ von Adam Smith, verfolgen, eine geplante Organisation (taxis), die aus bewusstem Entwurf und Planung hervorgeht.

Die Nähe zu einem dezentral, polyzentrischen systemtheoretischen Gesichtspunkt zeigt sich besonders im Blick auf seinen Begriff der Gerechtigkeit. Hayek hat vor allem in seinen Studien ‚Recht, Gesetz und Freiheit‘ (1973-1979) betont, dass die Gerechtigkeit (justitia) nicht zufällig als blind allegorisiert wird. Sie stellt sich nebenher ein. Frei gewählte Verhaltensnormen sind, so kann man mit Hayek argumentieren, die Voraussetzung von Ge-

¹⁹¹ Hayek, *The Counter-Revolution of Science* (1955), S. 145 ff., und pass.

rechtheit. Wenn diese freien Handlungen durch ‚Anweisungen‘ und Globalsteuerungsversuche ersetzt werden, wird dieses Gleichgewicht gestört. Deshalb heble der Gedanke einer ‚sozialen Gerechtigkeit‘ die Selbstregulierungskräfte des Marktes insgesamt aus. Hayek hat dies an prominenter Stelle so formuliert: „Wir verdanken den Amerikanern eine große Bereicherung der Sprache durch den bezeichnenden Ausdruck weasel-word. So wie das kleine Raubtier, das auch wir Wiesel nennen, angeblich aus einem Ei allen Inhalt herausaugen kann, ohne dass man dies nachher der leeren Schale anmerkt, so sind die Wiesel-Wörter jene, die, wenn man sie einem Wort hinzufügt, dieses Wort jedes Inhalts und jeder Bedeutung berauben. Ich glaube, das Wiesel-Wort par excellence ist das Wort sozial. Was es eigentlich heißt, weiß niemand. Wahr ist nur, dass eine soziale Marktwirtschaft keine Marktwirtschaft, ein sozialer Rechtsstaat kein Rechtsstaat, ein soziales Gewissen kein Gewissen, soziale Gerechtigkeit keine Gerechtigkeit – und ich fürchte auch, soziale Demokratie keine Demokratie ist.“¹⁹²

Ein auf Anhieb gravierender Differenzpunkt zwischen einer systemtheoretischen Beschreibung und jener der Österreichischen Schule ist aber unverkennbar. Hayek handelt dezidiert von Individuum und Subjekt. Damit steht er nicht allein. Die Österreichische Schule insgesamt versteht die Wirtschaftstheorie als Sonderfall einer umfassenden Theorie menschlichen Handelns. Die Systemtheorie dagegen geht von vorne herein von der Kommunikation von Systemen, nicht von Subjekten aus. Dennoch sollte man auch die Systemtheorie gerade nicht in einem auf den postmodernen Topos vom „Tod des Subjektes“ orientierten Sinn als Ausschließung der Subjektperspektive missverstehen.¹⁹³ Es ist vielmehr so, dass Subjektivität selbst nur im Bezugsrahmen von Systemen zur Geltung kommt. Systeme und ihre Kommunikation bilden die tieferliegende, fundamentale Manifestation. Sozialphilosophisch ist gerade eine systemtheoretische Rekonstruktion geeignet, den von der Österreichischen Schule behaupteten Ansprüchen des Individuums zu entsprechen und gerecht zu werden.

¹⁹² Hayek, Wissenschaft und Sozialismus. In: Gesammelte Schriften in deutscher Sprache: Abt. A, Aufsätze; Bd. 7. Mohr Siebeck, 2004, S. 61f

¹⁹³ Die Rede vom ‘Tod des Subjektes’ war ein Topos der Postmoderne-Diskussion und ging wesentlich auf Lyotard und Foucault zurück. Vgl. demgegenüber den Versuch Robert Spaemann, Paradigm lost. Anlässlich des Hegel-Preises an Niklas Luhmann. Frankfurt/Main 1991; siehe ferner P. Fuchs, Niklas Luhmann- beobachtet. Wiesbaden 2006.

7.2.3. Rothbard und das Plädoyer für strikte Deregulierung

Eine weitere Argumentationslinie ergibt sich aufgrund der Herleitung von Entstaatlichung durch Murray Rothbard. Er rekurrierte bekanntlich auf einen sich von John Locke und von der Stoa herschreibenden naturrechtlichen Grundansatz, der zwei unverrückbare Axiome zur Folge hatte. Dass Rothbard gemäß einem bestimmten Verständnis von Naturrecht argumentiert, versteht sich keineswegs von selbst und führte innerhalb der Österreichischen Schule zu weitreichenden Auseinandersetzungen. Die meisten ihrer prominenten Vertreter verfolgen einen eher utilitaristischen Ansatz. Von Mises etwa lehnt jeglichen Rekurs auf das Naturrecht strikt ab.¹⁹⁴ Auch Hayek lehrte eine Konzeption kultureller Evolution und Traditionsbildung, die keineswegs die immer –währende naturrechtliche Rationalität in Anspruch nehmen muss.¹⁹⁵

Die folgenden Axiome hat Rothbard als grundlegend formuliert:

1. Jeder Mensch, welcher Religion, welchen Geschlechtes und welcher Herkunft auch immer, hat das unveräußerliche und absolute Eigentumsrecht auf sich selbst, das Rothbard als „Selbsteigentum“ bezeichnet.
2. Jeder Mensch hat das unverrückbare Recht auf eine Heimstatt (homestead), die von ihm in Nutzung zu nehmen ist. In der Folge votiert Rothbard für eine konsequente ‚Entstaatlichung‘. Er geht damit viel weiter als Hayek. Der Staat dürfe demnach weder Besteuerung noch Schulpflicht noch Freiheitseinschränkungen wie das Verbot von Schusswaffenbesitz, erlassen. Dies seien unzulässige „paternalistische“ Eingriffe, die auch gegen einen Minimalstaat mit Gewaltmonopol gerichtet sind.¹⁹⁶ Die kritischen Einwände, die gegenüber Rothbards ‚Anarchokapitalismus‘ vorgebracht wurden, sind nicht ohne weiteres von der Hand zu weisen. Ob eine politische Ordnung ohne jedwede staatliche Eingriffsmacht überhaupt denkbar ist, muss man fragen. Und diese Frage wird umso drängender, je weniger auf eine verbindliche Moral zurückgegriffen werden kann.

Rothbards These ist aber grundsätzlich durchaus im Recht – und dies gerade, wenn man eine angemessene standespolitische Reaktion auf die neuen Kompossibilitätserwartungen

¹⁹⁴ Dazu P. Boettke (Hg.), *The Elgar Companion to Austrian Economics*. Cheltenham 1998, S. , siehe auch Hayek-Institut (Hg.), *Von Menger bis Mises*. Wien 2000 und dasselbe (Hg.), *Von Hayek bis White*. Wien 2000.

¹⁹⁵ Dazu Hayek, *Recht, Gesetz und Freiheit*. Tübingen 2003, S. 14 ff.

¹⁹⁶ Vgl. M. Rothbard, *Das libertäre Manifest* (pdf). Dazu die Wikipedia-Seite zu Rothbard.

gen der „Nachhaltigkeit“ und des „Risikos“ bedenkt. Jeder staatliche Eingriff in die prozessierenden Systeme erweist sich langfristig als paternalistische Verkürzung, die gerade die subjektiv individuellen Vorsorgewege beschneidet und überdies dem System selbst abträglich ist.

7.3. Komplementaritäten: Systemtheorie und Österreichische Schule

Die systematische Verbindung von Systemtheorie und Österreichischer Nationalökonomie reicht noch tiefer und betrifft methodologische und erkenntnistheoretische Grundauffassungen, die für die Formulierung einer Sozialphilosophie des eigenständigen Menschen von großem Wert sind. Der Gründer der österreichischen Schule, Carl Menger, verwies nachdrücklich darauf, dass die Geldschöpfung der Zentralbanken zu Wettbewerbsverzerrungen führt und durch zu niedrige Zinsen überdehnte Investitionen anregt. Dies bewahrheitete sich bereits in der Weltwirtschaftskrise der späten zwanziger Jahre. Es war aber bekanntlich auch eine der zentralen Ursachen der Finanz- und Wirtschaftskrise seit 2008. Für Menger sind Konjunkturzyklen durch solche Eingriffe bedingt. Sie sind keineswegs naturgegeben.

Menger entwickelte zudem den Begriff des Grenznutzens, mit dessen Hilfe er das klassische ökonomische Werteparadoxon, oder Wasser-Diamanten-Paradoxon, behandelte, dass erstmals John Law ins Gespräch gebracht hatte.¹⁹⁷ Es besagt, dass Güter von höchstem Nutzen für den Menschen oftmals einen viel geringeren Wert aufweisen als Güter von niedrigem Nutzen. Wasser und Diamanten bezeichnen Extrempunkte auf dieser Skala. Menger verweist darauf, dass sich der Wert aus einer individuell subjektiven Wertschätzung herleitet, und anders als der Nutzen gerade nicht objektiv zu fassen ist. Wert ist damit definiert als „subjektive Wertschätzung für die Befriedigung menschlicher Bedürfnisse“; Nutzen hingegen als „Tauglichkeit eines Gutes, der Befriedigung menschlicher Bedürfnisse zu dienen“. Diese subjektive Zuschreibung kann und wird je nach subjektiver Perspektive variieren. Damit aber kann der Wert nicht definitiv festgestellt werden. Bestätigt werden kann dies durch eine systemtheoretische Betrachtung, die als sachliche Grundlage moderner Gesellschaften die dezentralen Funktionssysteme begreift.

¹⁹⁷ Vgl. Menger, Grundsätze der Volkswirtschaftslehre. Wien 1871, S. 50 ff. u.ö. Siehe auch die konzise Darstellung: J. Huerta de Soto, La Escuela Austriaca. Madrid 2000, S. 51 ff.

Wie lässt sich dann aber das Gemeinwohl verstehen? In einem größeren Zusammenhang, den er in seinen Wegweisenden und zahlreiche Diskussionen auslösenden ‚Untersuchungen über die Methode der Sozialwissenschaften‘ (1883) vertiefte, fragte sich Menger, wie ‚Sozialerscheinungen‘ überhaupt zu denken seien. Die Fragestellung ist konkret: „Wieso vermögen dem Gemeinwohl dienende und für dessen Entwicklung höchst bedeutsame Institutionen ohne eine auf ihre Begründung gerichteten Gemeinwillen zu entstehen?“¹⁹⁸ Die Unmöglichkeit paternalistischer Lenkung setzt Menger an dieser Stelle voraus. Soziale Erscheinungen, die dem Gemeinwohl dienen, sind spontan und evolutiv entstanden. Sie gingen gerade nicht aus Planung hervor. Sie sind, hält er mit einem auch bei Hayek wiederkehrenden Begriff fest, „unbeabsichtigte Resultate“.¹⁹⁹

Ludwig von Mises führte die Argumentationslinie zugunsten einer immanenten Sachlogik der Ökonomie zumindest in zweifacher Hinsicht weiter: Einerseits legte er in seiner ‚Theorie des Geldes und der Umlaufmittel‘ (1912) dar, dass Preise, wenn sie nicht durch Interventionen verfälscht werden, am treuesten Informationen über Knappheit geben. Aufgrund der Geldschöpfung von Zentralbanken und Regierungen, eine versuchte Form von Globalsteuerung, werde ‚ex nihilo‘ Geld geschöpft. Dieses ‚Fiat money!‘-Verfahren und die Ausgabe von Krediten, die gegen alle Marktvernunft niedrig gehalten werden, bewirkt zunächst eine Verzerrung des Preissystems; in zweiter Hinsicht wird aber der Effekt hervorgerufen, dass unproduktiv gewordene Produktionsweisen künstlich am Leben gehalten werden. Die Umwandlung von subjektiven Wertschätzungen in Marktpreisen („Kardinalzahlen“) und damit, systemtheoretisch gesprochen, die Selbstemergenz des ökonomischen Systems, wird auf diese Weise gestört. Seine gesamte Monographie ‚Die Gemeinwirtschaft‘ (1922), die Hayek, der bis dahin Sozialist im Sinn der Fabian Society gewesen war, nach eigenem Bekunden die Augen öffnete, widmete von Mises der Kritik an dem sozialistischen Modell einer zentralen Lenkung. Diese könne und werde niemals über die erforderlichen Informationen verfügen.

In seinem systematischen Hauptwerk ‚Human action‘ (1949) erklärt von Mises Handeln und Interaktion im Sinn einer Praxeologie, die sich nicht im mathematischen Sinne formalisieren lasse, die daher auch nicht auf die Übernahme mathematisch probabilistischer

¹⁹⁸ Menger, Untersuchungen über die Methode der Sozialwissenschaften. Wien 1883, S. 163.

¹⁹⁹ Ibid., S. 182.

Risiken hin zu beschreiben ist. Sie bemisst sich vielmehr nach bestmöglicher Voraussesbarkeit künftiger Bedürfnisstrukturen. Damit hängt sie von Informations- und Wissensschöpfung ab. Nur für einzelne Handlungen in einem bestimmten Funktionssystem lässt sich daher die Frage stellen und beantworten, ob sie die „gewünschten Konsequenzen“ haben.²⁰⁰ Handeln tariert sich durch die Wahl zwischen verschiedenen Zielen aus. Durch Versuche einer Globalsteuerung würde die immanente Ordnung, die sich durch die Handlungsfreiheit einstellt, verfehlt.

Als weiterführendes Konzept ist in diesem Zusammenhang die Konkurrenz- und Unternehmenstheorie von Israel Kirzner zu nennen.²⁰¹ Unvollständige Informationen liegen dem Handeln immer zugrunde. Sie sind aber nicht einfach ein Mangel. Sie sind geradezu die Voraussetzung für unternehmerischen Erfolg. Der Unternehmer bedarf einer gewissen „Findigkeit“ („alertness“), die unentdeckte Gelegenheiten aufspürt.

Kirzner hat dies so formuliert: „Für mich sind die durch den Unternehmer eingeleiteten Veränderungen immer auf den hypothetischen Gleichgewichtszustand ausgerichtet; es sind Veränderungen, die als Reaktion auf die vorhandenen Fehlentscheidungen, die durch verpasste Gelegenheiten gekennzeichnet sind, hervorgebracht werden.“²⁰² Der Unternehmer zeigt sich darin, dass es ihm gelingt, nicht zusammenpassende Elemente zur Deckung zu bringen. Hayeks Theorie des unzureichenden Wissens geht offensichtlich in diese Konzeption ein, die daher auch eine strikte Absage an Globalsteuerungen und Eingriffe in den Marktzusammenhang enthält.

7.4. Ergebnis

1. Zunächst ist es offensichtlich, dass die Österreichische Schule und die systemtheoretisch argumentierende Konzeption in der Diagnose der eng begrenzten Wirkungen von Globalsteuerung miteinander konvergieren. Das Verhältnis ist dabei so zu beschreiben, dass eine systemtheoretische Fallstudie wie diese exemplarisch für unterschiedliche Systeme der Gesellschaft und ihre Phasen zeigen kann, weshalb solchen Eingriffen kein Erfolg

²⁰⁰ L. von Mises, *Human Action – A Treatise on Economics*. London 1948, S. 15 ff.

²⁰¹ I. Kirzner, *Competition and Entrepreneurship*. Chicago 1978.

²⁰² *Ibid.*, S. 73.

beschrieben sein dürfte. Dagegen zeigt die Österreichische Schule, was solche Eingriffe in der Eigenlogik der Ökonomie bewirken.

2. Damit konvergiert die normative Forderung, solche Eingriffe auf ein Minimum zu begrenzen. Eine sozialphilosophisch- systemtheoretische Fallstudie wie diese, kann die objektiven, in der Interaktion und Kommunikation von Systemen liegenden Begründungen dafür liefern. Die Österreichische Schule der Nationalökonomie konzentriert sich dagegen stärker auf die subjektive Entscheidungsfähigkeit der Agenten. Beide Betrachtungsweisen sind aber keineswegs ausschließend. Sie markieren unterschiedliche Beobachtungsebenen, und verhalten sich damit zueinander komplementär.

3. Der materialen entspricht eine methodische Komplementarität: Der systemtheoretische Zugriff kann Bereiche, die in der Österreichischen Nationalökonomie unverbunden nebeneinanderstehen, insbesondere zeitliche und geschichtliche Entwicklung einerseits, zeit-invariante Theoriebildung andererseits in ihrer Interaktion zeigen. Darin liegt ein großer explikativer Vorzug (1). Darüber hinaus ist der systemtheoretische Blickpunkt auf einer Metaebene angesiedelt, so dass Entscheidungen zwischen unterschiedlichen Begründungsoptionen wie Naturrecht bzw. Utilitarismus hier gar nicht fällig werden (2). Beide Gründe könnten methodologisch über die Streitfragen innerhalb der Österreichischen Schule hinausführen. Diese Differenzen reichten sehr weit. Auch innerhalb der Mont Pélerin-Society brachen immer stärkere Debatten auf. Dies hat ihre öffentliche Wirksamkeit stark eingeschränkt. In der Konvergenz mit dem systemtheoretischen Ansatz würde die Richtigkeit ihrer Befunde auch über den Zusammenhang der Nationalökonomie hinaus zeigen und damit der anti-etatistischen Konzeption weitere Resonanz geben können.

8. Thesenhafte Zusammenfassung

1. Ziel der Arbeit war es vor diesem Hintergrund, den zahnmedizinischen Versorgungs- und Leistungsbereich mit den Mitteln der soziologischen Systemtheorie sowie der Organisations- und Professionalisierungstheorie sozialphilosophisch und soziologisch zu erschließen. Dabei wird der zahnmedizinische Versorgungsbereich als Subsystem des Funktionssystems „Gesundheitswesen“, als Teilsystem im Gesundheitssystem, aufgefasst. Eine solche Betrachtungsweise eröffnet neue Perspektiven auf das Gesundheitswesen mit seinen Untergliederungen, insbesondere aber auf die zahnmedizinische Versorgung. Zum einen wird mit einer solchen Untersuchung eine Lücke geschlossen, weil der zahnmedizinische Versorgungsbereich bisher allenfalls peripher in der Gesundheitssystemforschung Beachtung findet (Schwartz, Busse 1997) und eher nur deskriptive Betrachtungen ohne dezidierten sozialphilosophischen, soziologischen und normativen Bezug vorliegen (Tiemann, Klingenberger, Weber 2003).²⁰³

Zum zweiten wird mit dieser Betrachtungsweise der zahnmedizinische Versorgungsbereich als Teil des Gesundheitssystems in toto aufgefasst. Dabei sind umgekehrt durch diese Einordnung des zahnmedizinischen Versorgungssystems in das Funktionssystem Gesundheitswesen die Bestimmungen dieses Funktionssystems auch für die zahnmedizinische Versorgung von Einfluss. Die in dieser Arbeit verfolgte These ist mithin, dass man die Entwicklung des zahnmedizinischen Versorgungssystems (seine Organisationsentwicklung, die Entwicklung der zahnärztlichen Standespolitik, die Entwicklung der Zahnmedizin als Wissenschaft etc.) gar nicht ohne Berücksichtigung der makrosozialen Entwicklung und Strukturvorgaben des übergeordneten und den zahnärztlichen Versorgungsbereich inkludierenden Gesundheitssystems als Funktionssystem verstehen und soziologisch erschließen kann. Eine Betrachtung des zahnmedizinischen Versorgungssystems ohne Berücksichtigung seiner Inklusion in das Funktionssystem Gesundheitswesen greift schlicht zu kurz. Sie überspringt gleichsam die Ebene der Funktionssysteme und muss entweder so tun, als sei die zahnmedizinische Versorgung ein eigenes Funktionssystem (außerhalb des Gesundheitswesens!). Auch die entgegengesetzte Position wäre

²⁰³ Innerhalb des zahnmedizinischen Versorgungsbereichs liegen natürlich diverse Studien besonders aus dem angelsächsischen Raum vor. Diese betrachten allerdings weitgehend nur Teilaspekte und nicht den zahnmedizinischen Versorgungsbereich als Ganzes in seinen Verflechtungen zum Gesundheitswesen. Als Überblick zur Anwendung der Sozialwissenschaft in der Zahnmedizin siehe Lois K. Cohen, Zahnmedizin und Sozialwissenschaft, in: A. Schuller, B. Bergmann-Krauss, E. Witt (Hg), Zahnarzt im Wandel, München Wien 1989, 18-37.

verfehlt, dass nämlich der zahnmedizinischen Versorgung der Status als System abgesprochen würde. Wir kamen also in dieser Arbeit nicht umhin, uns auch mit der Gesamtfunktion und Gesamtentwicklung des Gesundheitswesens insgesamt zu befassen. Denn wenn die zahnmedizinische Versorgung ein Teilsystem des Gesundheitswesens ist, dann gelten für das Teilsystem auch die speziellen Funktionsbedingungen des Gesamtsystems. Will man sich mit dem „Schicksal“ der zahnmedizinischen Versorgung und der Standespolitik im Einzelnen befassen, so muss man zunächst die Funktionsweise und strukturellen Bedingungen des Gesundheitswesens insgesamt darstellen, weil diese nachhaltig auf das Subsystem Einfluss nehmen und es in seinem Prozessieren strukturell und funktional imprägnieren.

Unsere These dabei ist, dass die großen Entwicklungslinien zahnärztlicher und zahnmedizinischer Berufs- und Standespolitik nur vor dem Hintergrund der Entwicklung des Gesundheitswesens als eigenständiges Funktionssystem zu verstehen und nachzuvollziehen sind. Die Entwicklung des Gesundheitssystems gab und gibt den Rahmen und Entwicklungspfad vor, innerhalb dessen sich das Subsystem überhaupt bewegen kann. Erst wenn wir die elementaren Systementwicklungen des Funktionssystems Gesundheitswesen ermittelt haben, können wir Entwicklungen des Subsystems zahnmedizinische Versorgung, die im Gleichschritt und Nachvollzug der Systementwicklung des Muttersystems erfolgen, von eigenen Sonderentwicklungen unterscheiden.

2. Dies führte auf die zweite These, dass die zahnärztliche und zahnmedizinische Standes- und Berufspolitik in weiten Teilen, ohne es oftmals selbst zu wissen, die Entwicklung des Gesamtsystems lediglich nachvollzieht. Die systemtheoretische Betrachtung zahnärztlicher Berufs- und Standespolitik relativiert somit die Einschätzung der Akteure, die Entwicklung aus eigenem Vollzug heraus bestimmt und vorgegeben zu haben. Vielmehr haben die Akteure in weiten Teilen vollzogen, was systemisch an Entwicklungsmöglichkeit vorgegeben war. Auch hier lässt sich der Anspruch der „soziologischen Aufklärung“ im Sinne Niklas Luhmanns im Rahmen der Systemtheorie einlösen, dass man vor zu schnellen „voluntaristischen Schlüssen“ der Akteure warnen muss.

Um den Anspruch der ersten beiden Thesen einzulösen, mussten in einem ersten Schritt die Funktionsweise und die Strukturbedingungen des übergeordneten Funktionssystems

herausgearbeitet werden, die auch für das Subsystem der zahnmedizinischen Versorgung in weiten Bereichen konstitutiv sind. Erst danach war zu prüfen, inwieweit das Subsystem diese Struktur- und Funktionsvorgaben des übergeordneten Funktionssystems nachvollzieht und welche Freiheitsgrade es institutionalisiert hat, um Sonderentwicklungen zu realisieren. Bei der Betrachtung des Funktionssystems Gesundheitswesen folgen wir in weiten Teilen den Ausführungen von Niklas Luhmann, Peter Fuchs und Jost Bauch, die das Gesundheitswesen aus systemtheoretischer Sicht analysiert haben.²⁰⁴ Im ersten Kapitel wurden daher die Strukturen und Funktionsbestimmungen des Gesundheitswesens insgesamt herausgearbeitet und überprüft, ob und wie diese sich auf das Subsystem der zahnmedizinischen Versorgung im Einzelnen auswirken.

Zunächst geht es darum, zu prüfen, ob es sich beim Gesundheitswesen um ein eigenständiges Funktionssystem handelt. Wir hielten uns dabei an die von Luhmann herausgearbeiteten 3 Prüfkriterien, die entscheiden, ob ein System vorliegt oder nicht. Legen wir diese drei Prüfkriterien an, so können wir ohne Zweifel feststellen, dass es sich beim Gesundheitswesen um ein eigenständiges Funktionssystem handelt. Diese Trias sei noch einmal wiederholt:

1. Das Gesundheitswesen ist gekennzeichnet durch ein hohes Maß an Autonomie. Systemtheoretisch gesprochen operiert es in hohem Maße selbstreferentiell und autopoietisch, die Operationsweise des Systems wird vom System selbst bestimmt.
2. Zum Zweiten kann seine Funktion nirgendwo sonst erfüllt werden (es sei denn, man wird von selber gesund). Für Krankheit und Gesundheit ist nur und ausschließlich das Gesundheitswesen zuständig, alle Überdeterminierungen anderer Systeme (der Religion, der Politik, der Moral usw.) hat es im Rahmen der funktionalen Differenzierung der Gesellschaft abgestreift.
3. Zum Dritten verfügt es über eine eigene Codierung, die es trennscharf von der Funktionsweise anderer Funktionssysteme abhebt. Codes ermöglichen eine Engführung der Kommunikation und erlauben so die Herausbildung von speziellen Kommunikations-

²⁰⁴ Dazu siehe beispielsweise N. Luhmann, Der medizinische Code, in: Ders., Soziologische Aufklärung 5, Opladen 1990, Peter Fuchs, Das Gesundheitswesen ist niemals verschnupft, in: Bauch, J. (Hg), Gesundheit als System. Systemtheoretische Beobachtungen des Gesundheitswesens, Konstanz 2006, 21-38 und Jost Bauch, Gesundheit als sozialer Code. Von der Vergesellschaftung des Gesundheitswesens zur Medikalisierung der Gesellschaft, Weinheim/München 1996.

semantiken, sie dienen als Erkennungsregel und Leitdifferenzen der einzelnen Funktionssysteme. Wir zeigten auch hier die Plausibilität der Luhmann'schen Argumentation, der den „medizinischen Code“ mit krank/gesund spezifizierte und bestimmen die Codierung des Subsystems der zahnmedizinischen Versorgung mit „mundkrank/mundgesund“.

3. Eine Besonderheit des Gesundheitssystems ist weiterhin, dass es sich um ein „sekundäres Primärsystem“ handelt. Diese Feststellung ist von außerordentlicher Bedeutung für unsere Untersuchung, leiten sich durch diese Feststellung doch im Wesentlichen die Funktionen und Strukturen des Gesundheitssystems sowie die spezifische Systemgeschichte ab, die weitreichende Folgen für das Subsystem der zahnmedizinischen Versorgung haben. „Sekundäres Primärsystem“ heißt, dass es sich beim Gesundheitswesen um die eigenständige „Nachentwicklung“ eines Funktionssystems handelt. Wir folgten hier im Wesentlichen der Argumentation von Peter Fuchs²⁰⁵. Funktional differenzierte Primärsysteme wie Wirtschaft, Politik, Recht, Wissenschaft, Intimsysteme etc. produzieren durch die der funktionalen Differenzierung geschuldeten Randbedingungsblindheit ihres Operierens ein so großes Ausmaß von nicht-intendierten Nebenfolgen, dass gleichsam diesen Systemen sekundäre Systeme zur Seite gestellt werden müssen, die diese Folgeprobleme extra bearbeiten müssen. Die funktionale Differenzierung der Gesellschaft produziert als Resultat selbstinduzierter Probleme Systeme, wie Fuchs schreibt, aus „zweiter Hand“, die selber funktional differenziert sind, aber in ihrer Aufgabenstellung ganz auf die Folgebearbeitung der funktionalen Differenzierung konzentriert sind. Funktional differenzierte Gesellschaften reagieren auf Probleme der funktionalen Differenzierung mit funktionaler Differenzierung von Hilfssystemen. Diese Hilfssysteme (wie Gesundheitswesen oder Sozialarbeit) reagieren auf Probleme, die mit dieser Differenzierungstypik erst auftreten. Wir unterschieden dabei 3 Problembereiche, in denen sich die Nebenfolgen funktionaler Differenzierung zu gesellschaftlichen Problemen steigern, die dann im Rahmen der funktionalen Differenzierung der Gesellschaft selbst gelöst oder zumindest abgemindert werden müssen.

²⁰⁵ Peter Fuchs, Das Gesundheitswesen ist niemals verschnupft, a.a.o.

1. Einmal können durch das Prozessieren eines Funktionssystems un intendierte Resonanzprobleme in einem anderen Funktionssystem auftreten. Wenn man so will, behindern sich in diesem Fall die Funktionssysteme gegenseitig (beispielsweise, wenn durch die Steuergesetzgebung der Politik notwendige ökonomische Investitionen unterbleiben). Wir haben es in diesem Fall mit gesellschaftlichen Folgeproblemen funktionaler Differenzierung zu tun. Das Gesundheitssystem produziert solche negativen Folgewirkungen in anderen Funktionssystemen, wenn es so teuer wird, dass die Lohnnebenkosten in der Wirtschaft die Konkurrenzfähigkeit einschränken.
2. Neben diesen gesellschaftlichen Nebenwirkungen kann ein Funktionssystem aber auch nicht-gesellschaftliche Folgewirkungen produzieren, die wiederum gesellschaftliche Folgewirkungen nach sich ziehen. So, wenn die Wirtschaft die Umwelt verschmutzt und damit die Lebensbedingungen negativ tangiert werden. Neben der Natur stellt der Mensch als psychisches System eine relevante Umwelt des Gesellschaftssystems und seiner Funktionssysteme dar. Dabei stellt sich gerade unter den Bedingungen der funktionalen Differenzierung die Art und Weise, wie Personen (als soziale Adressen von Menschen) in die einzelnen Funktionssysteme integriert werden als Problem heraus. Der Mensch mit sozialer Adresse (also als Person) liegt dabei quer zur funktionalen Differenzierung. Er wird bei funktionaler Differenzierung nicht mehr als Gesamtperson in das Sozialsystem inkludiert, sondern immer nur ausschnittsweise. Das Individuum ist gleichzeitig Mitglied verschiedener Funktionssysteme. In der Systemtheorie spricht man deshalb von der „multiplen Teilinklusion“ des Individuums, es hat mehrere soziale Adressen. Diese multiple Teilinklusion erhöht einerseits die Freiheit des Individuums, erhöht auf der anderen Seite aber auch die Exklusionswahrscheinlichkeiten. Bei funktionaler Differenzierung sind die Inklusionsbedingungen für das Individuum mehr oder weniger kontingent und optional, man ist schnell beispielsweise aus dem Wirtschaftssystem exkludiert und damit arbeitslos. Dabei ist die Gefahr groß, dass es zu „Exklusionsverkettungen“ kommt, d.h. die Exklusion aus einem Funktionssystem zieht die Exklusion aus anderen Funktionssystemen nach sich. Luhmann hat die Exklusionsverkettung anhand der brasilianischen Favelas dargelegt (Luhmann 1997, 630). Peter Fuchs spricht in diesem Zusammenhang vom „Hauptmann-von-Köpenick-Syndrom“. Ohne Ausweis keine Arbeit, ohne Arbeit keine Wohnung, ohne Wohnung keinen Ausweis (Fuchs, Schneider 1995, 209). Die Exklusion aus einem Funktionssystem zieht die Exklusion aus anderen Funktionssystemen nach

sich. Tritt dieses Phänomen der Exklusionsdrift massenhaft auf, ist das Prinzip der funktionalen Differenzierung insgesamt gefährdet. Um diesen Ernstfall zu verhindern, haben funktional differenzierte Gesellschaften Sicherungen eingebaut: Sie entwickeln sekundäre Primärsysteme, die solche Exklusionsverkettungen verhindern oder deren Folgen abmildern. Zu diesen Systemen zählt Peter Fuchs neben der Sozialarbeit insbesondere das Gesundheitswesen. Krankheiten größeren Ausmaßes führen dazu, dass das Individuum seine gesellschaftlichen Rollenverpflichtungen nicht mehr erfüllen kann, es kommt zu krankheitsbedingten Exklusionsverkettungen. Die Funktion des Gesundheitswesens als sekundärem Primärsystem besteht mithin darin, wie Fuchs schreibt, virtuelle Vollinklusion und potentielle Komplettdressabilität im Krankheitsfalle herzustellen. Das Gesundheitswesen hat dabei sicherzustellen, dass für das Gros der Bevölkerung die Vollinklusion in die diversen Funktionssysteme erreichbar bleibt und krankheitsbedingte Exklusionen sich nicht zu einer Vollexklusion aufschaukeln. Zu diesem Aufgabengebiet gehören alle finanziellen Hilfen im Krankheitsfall, die für das Wirtschaftssystem hilfreich die Konsumentenrolle trotz Krankheit aufrechterhalten, dazu zählen alle prothetischen und medikamentösen Versorgungen (vom Rollstuhl bis zum Beta-Blocker), die eine Teilnahme am gesellschaftlichen Leben trotz Krankheit oder Behinderung ermöglichen.

Das Gesundheitssystem ist ein sekundäres Primärsystem, weil es in seiner Funktion an der Verhinderung von Exklusionsverkettungen der primären Funktionssysteme orientiert ist. Erkennbar wird diese „dienende“ Sonderstellung dieses Funktionssystems auch durch die absonderliche Vertauschung von Positivwert und Negativwert des systemeigenen Codes „krank/gesund“. Die Codierung ist an „Negativitäten“ der gesellschaftlichen Entwicklung orientiert, also sozialer Ungleichheit im Falle der Sozialarbeit und Krankheit im Falle des Gesundheitscodes. In primären Funktionssystemen ist immer der Positivwert Anschlusswert der systemeigenen Operationen (so bei „wahr/unwahr“ im Wissenschaftssystem, „recht/unrecht“ im Rechtssystem etc.). Der Negativwert hat hier die Funktion einer Reflexionskategorie, weil man beispielsweise im Wissenschaftssystem nur wissen kann, was wahr ist, wenn man eine Vorstellung von unwahr hat (Bauch 2000, 395). Wir können somit feststellen, dass sekundäre Primärsysteme wie das Gesundheitswesen im Wesentlichen daran zu erkennen sind, dass sie Positivwert und Negativwert ihrer Codierung im Vergleich zu den primären Funktionssystemen vertauscht haben, weil sie in ihrer

Ausputzerfunktion ja an Negativitäten für die gesellschaftliche Entwicklung zunächst orientiert sein müssen. Diese Vertauschung der Werte ist mithin ein untrügliches Zeichen, dass wir es beim Gesundheitssystem mit einem sekundären Funktionssystem zu tun haben.

4. Eine weitere für unsere Analyse folgenreiche Besonderheit des Gesundheitssystems ist die für nachentwickelte sekundäre Primärsysteme typisch gesteigerte Kompossibilitäts-erwartung. Bei funktionaler Differenzierung entstehen im besonderen Maße Kompossibilitätsprobleme, weil funktional differenzierte Systeme autonom operieren. Sie bedienen ihre codegesteuerte Funktion als Folge ihrer operativen Geschlossenheit zunächst ohne Rücksicht auf mögliche Resonanz- und Folgewirkungen in anderen Funktionssystemen. Auf der anderen Seite sind diese Systeme von Anfang an „strukturell gekoppelt“. „Strukturelle Kopplung meint für ein gesellschaftliches Teilsystem [...] nichts anderes als den Tatbestand, dass es, sofern und solange es fortbesteht, immer schon angepasst an seine gesellschaftliche Umwelt ist – und dies einfach dadurch, dass die Umwelteinwirkungen, sofern sie vom System noch verarbeitbar sind und es nicht zerstören, in dessen Programmstrukturen eingehen. Strukturelle Kopplung sorgt so für das erforderliche Minimum an gesellschaftlicher Systemintegration (Schimank 1995, 82). Gleichwohl ist die von Anfang an gegebene strukturelle Kopplung der Funktionssysteme kein Garant dafür, dass sich nicht durch das Prozessieren eines Funktionssystems in einem anderen (Nachbar-)System gerade dadurch Probleme aufschaukeln, die dann das politische System auf den Plan rufen, um durch ordnungspolitische Maßnahmen wieder Kompossibilitäten zwischen den Systemen herzustellen. Sehr schön lässt sich das anhand der vom politischen System für das Gesundheitssystem erlassenen Kostendämpfungsgesetze nachvollziehen. Die Kostenexpansion des Gesundheitswesens produziert im Wirtschaftssystem Lohnnebenkosten, die die Konkurrenzfähigkeit negativ tangieren. Dies war Grund genug, das Gesundheitssystem politisch „an die Leine zu nehmen“ und das Ausgabenwachstum in Form von Kostendämpfungsgesetzen zu begrenzen. Dabei folgten die politischen Entscheidungsträger der Illusion, dass eine Globalsteuerung möglich sei. Funktionssysteme sind durch ihre Codierung autopoietisch und geschlossen. Auf Programmebene sind sie gleichzeitig umweltoffen und umweltsensibel, sie zeichnen sich durch eine gleichzeitige codierungsgeprägte Indifferenz und programmatisch konditionierte Umweltoffenheit aus.

Durch diese Umweltoffenheit können sie überprüfen, ob ihre Systemleistungen, ihr „Output“ für andere Systeme kompossibel sind. Für die Überprüfung der Kompossibilität ist somit die Leistung für andere Funktionssysteme von großer Bedeutung. Im Einzelnen sind die großen primären Funktionssysteme der Gesellschaft durch gegenseitige Kompossibilitätserwartungen geprägt: Die Wirtschaft erwartet als Funktionserfüllung der Politik, günstige Rahmenbedingungen für Investitionsentscheidungen zu schaffen. Die Politik erwartet von der Wirtschaft Vollbeschäftigung. Vom Bildungssystem wird erwartet, für die anderen Funktionssysteme gut ausgebildete Personen zu „produzieren“. Von der Wissenschaft werden Innovationen erwartet, die sich technisch, wirtschaftlich und sozial verwerten lassen, usw. Unsere These ist nun, dass sekundäre Funktionssysteme wie das Gesundheitssystem unter einem besonders hohen Kompossibilitätsdruck stehen. Da diese Funktionssysteme keine der großen gesellschaftlichen Funktionsbereiche als Solitär bedienen, sondern die Funktionserfüllung der großen gesellschaftlichen Systeme unterstützend sicherstellen und daraus ihre Legitimation beziehen, lastet auf diesen Systemen wegen ihrer „dienenden“ Funktion ein erhöhter Kompossibilitätsdruck. Wir können feststellen, dass sekundäre Funktionssysteme anders als die primären Funktionssysteme in ihrem Drang der Optimierung und Steigerung der eigenen Funktion Einschränkungen unterworfen sind. Während die Optimierung der Funktion bei den primären Funktionssystemen vorbehaltlos begrüßt wird, wird eine Funktionsoptimierung und Leistungssteigerung beispielsweise im Gesundheitswesen nur toleriert, wenn diese nicht mit einer Kostenexpansion verbunden ist. Die für Funktionssysteme typische „Hypostasierung der eigenen Funktion“ (Luhmann 1983, 31) gilt nur eingeschränkt für sekundäre Funktionssysteme wie dem Gesundheitswesen, die auf dem gesellschaftlichen Monitor wegen ihrer Orientierung an Negativitäten nur als Kostenfaktor auftreten. Gerade das Gesundheitswesen wurde und wird dabei einem besonderen Kompossibilitätsdruck ausgesetzt: Kein gesellschaftliches Funktionssystem wurde so politisch „durchreguliert“ und bürokratisch drangsaliert wie das Gesundheitswesen. Wir werden sehen, wie auch und gerade im zahnmedizinischen Versorgungsbereich diese Kompossibilitätserwartungen die Politik bestimmt haben und wie zahnärztliche Standespolitik im Wesentlichen darin besteht, diesen Kompossibilitätsdruck abzumindern, um ihn für das System erträglich zu machen.

Wir haben das Gesundheitssystem als ein „sekundäres Primärsystem“ begriffen, dass aus seiner „dienenden“ Funktion heraus für andere Funktionssysteme mit gesteigerten Kompossibilitätserwartungen konfrontiert ist. Diese von seiner Funktion her erklärbaren Kompossibilitätserwartungen erklären den fortdauernden, sich sogar steigernden politischen Zugriff auf dieses System, und jede Betrachtung ärztlicher oder zahnärztlicher Standespolitik hat diese systemische Grundsituation zu berücksichtigen. Nur vor dem Hintergrund der Kompossibilitätserwartungen werden die Kostendämpfungsgesetze Ende der 70iger und die Gesundheitsreformgesetze Mitte der 80iger Jahre bis heute verständlich. Sowohl ärztliche als auch zahnärztliche Standes- und Berufspolitik ist somit nur vor der Kulisse der in Politik gegossenen Kompossibilitätszumutung, die sich aus der speziellen Stellung des Gesundheitssystems „im Chor der Funktionssysteme“ (Kraft 2006, 39) ergibt, rekonstruierbar.

5. Die Stellung des Gesundheitssystems im Kontext der anderen Funktionssysteme als „sekundäres Primärsystem“ und seine spezifischen Funktionsanforderungen geben den Rahmen vor, in dem von kollektiven Akteuren im Gesundheitswesen gehandelt werden kann. Das Gesundheitswesen als Funktionssystem kann selbst kein kollektiver Akteur sein. Funktionssysteme haben niemals eine zuschreibbare soziale Adresse. Man kann mit dem Funktionssystem der Wirtschaft nicht kommunizieren, wohl aber mit Wirtschaftsverbänden. D. h., wenn wir die Standes- und Berufspolitik einer Berufsgruppe wie der Zahnärzteschaft beobachten wollen, dann müssen wir die Ebene der Funktionssysteme verlassen und die „untere“ Ebene der Organisationsbildung in unsere Betrachtung einbeziehen. Hier treten kollektive Akteure mit sozialen Adressen auf, Kommunikationen werden zu-rechenbar, die Differenzierung von Erleben und Handeln wird möglich. Gleichwohl agieren diese Organisationen immer innerhalb ihres Funktionssystems und die codegeprägten Funktionsanforderungen werden auf die Organisationsebene „durchgereicht“. Deswegen ist eine allein organisationssoziologische Betrachtung von Standes- und Berufspolitik unzureichend, weil die übergeordneten Funktionsanforderungen des Funktionssystems dann nicht berücksichtigt werden können.

Bereits auf der Ebene ihrer Programme sind Funktionssysteme auf die Hilfe von Organisationsbildung angewiesen, weil Organisationen die richtige Zuordnung von Codewerten

festlegen. Was im Einzelfall als Krankheit zu gelten hat, entscheidet nicht das Funktionssystem insgesamt (weil ein Funktionssystem gar nicht entscheiden kann). Es wird auf Organisationsebene beispielsweise durch die wissenschaftliche Gesellschaft zur Bekämpfung der Tuberkulose entschieden. D. h. sobald in einem Funktionssystem Entscheidungen getroffen werden müssen, kommt die Organisationsbildung ins Spiel. Wir folgen Luhmann, indem wir betonen, dass ohne Organisationsbildung der Prozess der funktionalen Differenzierung gar nicht hätte stattfinden können. Wie im historischen Kapitel über die Professionalisierung der Zahnärzteschaft im Einzelnen gezeigt wird, haben die Ärzte und Zahnärzte mit ihren Professionalisierungsbestrebungen und den damit einhergehenden Organisationsbildungen einen ganz wesentlichen Beitrag zur „Autonomisierung“ des Gesundheitswesens und damit der Genese zum eigenständigen Funktionssystem geleistet. Auch hier zeigt sich, wie Funktionssystem- und Organisationsbildung wechselseitig aufeinander angewiesen sind und sich gegenseitig durchdringen ohne allerdings ihre Differenz aufzuheben.

6. Haben sich Funktionssysteme im Wesentlichen über Organisationsbildung herausgebildet (was wir anhand der zahnärztlichen Organisationsgeschichte nachzuzeichnen hatten), so werden auf der anderen Seite die Organisationen in einem Funktionssystem ganz erheblich von den Funktionsanforderungen und der übergeordneten Funktionssystemgeschichte des jeweiligen Funktionssystems imprägniert. Wir unterscheiden dabei 3 Phasen der Funktionssystementwicklung,²⁰⁶ die insbesondere für das Gesundheitssystem konstitutiv sind und der Entwicklung der ärztlichen und zahnärztlichen Berufspolitik sowie der Organisationsentwicklung im Gesundheitswesen nachhaltig ihren Stempel aufgedrückt hat.

Die erste Phase wollen wir die Entstehungsphase der funktionalen Differenzierung eines Funktionssystems durch Organisationsentwicklung nennen. „Ausgehend vom Wirtschaftsbereich schieben sich mit der Entwicklung der bürgerlichen Gesellschaft in alle gesellschaftliche Funktionsbereiche Organisationssysteme, die sich auf die Bedienung einer

²⁰⁶ Luhmann selber hat keine größeren Ausführungen zur Geschichte von Funktionssystemen vorgelegt. Wir finden dazu allerdings in den Beschreibungen der einzelnen Funktionssysteme diverse Anmerkungen. So merkte er an, dass das Prinzip der funktionalen Differenzierung in die Jahre gekommen sei (Luhmann 1987, 516). Wir nehmen an, dass die hier beschriebenen 3 Phasen der Funktionssystementwicklung mehr oder weniger für alle Funktionssysteme gültig sind.

bestimmten Funktion spezifizieren und ihre Legitimation aus der Bedienung eben dieser einen Funktion und nicht aus gesamtgesellschaftlichen Sinnzusammenhängen herleiten. Dieser Prozess der Umstellung der gesellschaftlichen Innendifferenzierung von einer primär hierarchischen und stratifikatorischer Differenzierung auf primär funktionale Differenzierung lief im späten Mittelalter an, um gegen das 18. Jahrhundert eine nicht mehr rücknehmbare Lage einzunehmen“ (Bauch 1996, 54).

Diese Umstellung auf funktionale Differenzierung erreichte auch das Medizinalwesen. Wir zeigen auf, wie mit der Durchsetzung der zahnärztlichen Standesinteressen die Zahnärzte (wie natürlich die Ärzte) einen wesentlichen Beitrag zur Autonomisierung des Medizinalwesens (und der Herausbildung eines zahnmedizinischen Subsystems) leisteten, die dann letztlich in einem selbstreferentiell operierenden Gesundheitssystem mündete. Wir folgen dabei den Ausführungen von Bauch (1996), Maretzky/Venter (1974) und Groß (2006). In der Konstitutionsphase des Funktionssystems Gesundheitswesen bestand die zahnärztliche Standes- und Berufspolitik im Wesentlichen darin, die zahnmedizinische Wissenschaft als eigenständige Wissenschaft voranzubringen, sich professionsmäßig von den Ärzten zu separieren und sich gegenüber den Laien und dem Staat durch eigene Organisationsbildung zu professionalisieren. Diese Konstitutionsphase (die Herausbildung des Subsystems der zahnmedizinischen Versorgung innerhalb des Gesundheitssystems) begann im frühen 19. Jahrhundert und endete erst mit dem Zahnheilkundengesetz im Jahre 1952.

Nachdem die Konstitutionsphase eines Funktionssystems abgeschlossen ist, beginnt das System seine Systemleistungen zu perfektionieren und versucht möglichst viel gesellschaftliche Resonanz zu erzeugen. Das System beginnt mit der „Hypostase der eigenen Funktion“.

Wir bezeichnen diese zweite Phase der Funktionssystementwicklung auch als Phase der Aufgabensummutation und Hypostase der eigenen Funktion. In dieser zweiten Phase bläst sich das Funktionssystem auf, es versucht, möglichst große gesellschaftliche Bereiche in seinen Zuständigkeitsbereich zu integrieren und seine Funktion als die gesellschaftlich wichtigste in Szene zu setzen. So will die Politik möglichst ein Mandat für die völlige Durchregulierung aller Lebensbereiche, die Wirtschaft verlangt die Rationalisierung aller

gesellschaftlicher Institutionen und die völlige Durchsetzung marktkonformer Vergesellschaftungsmuster, das Erziehungssystem verlangt die Pädagogisierung des Alltags und das Gesundheitssystem will die Medikalisierung aller Lebensbezüge. Angetrieben wird diese Hypostase der eigenen Funktion durch inflationäre Ansprüche des Publikums und durch innere Prozesse der Leistungsoptimierung. Die Funktionssysteme werden von innen und außen gleichermaßen angetrieben, sich auf ihre Funktion zu konzentrieren und diese damit zu optimieren, und gleichzeitig eine Aufgabensummutation zu betreiben. So werden im Gesundheitssystem immer neue Krankheiten „erfunden“ (Lenzen 1991), werden alltägliche Probleme der Lebensführung medikalisiert, werden in der Hochleistungsmedizin immer neue Technologien entwickelt, die die Handlungsmöglichkeiten des Medizinbetriebes immens erweitern. Im Bereich der Zahnmedizin beginnt diese zweite Phase der Funktionssystementwicklung mit der Verabschiedung des Kassenartrechts im Jahre 1955 und dauert bis 1977, als das erste Kostendämpfungsgesetz erlassen wurde. In dieser Zeit fand eine enorme Steigerung des Leistungsumfanges zahnärztlicher Tätigkeit statt. Prothetische Leistungen wurden in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung übernommen, Parodontologie, Gnathologie, Implantologie, Kieferorthopädie und Prävention wurden ausgebaut und zumindest teilweise in die kassenzahnärztliche Versorgung übernommen. Es war die „goldene Zeit“ der Zahnheilkunde. Die Zahnärzteschaft entwickelte das Modell des „Oral Physician“ und nahm damit in Anspruch, nicht nur für Zähne, sondern für den ganzen Mundraum und seinen Interdependenzen zur Allgemeingesundheit zuständig zu sein.

Die dritte Phase der Funktionssystementwicklung nennen wir die Phase der gesteigerten Kompossibilitätserwartungen. Im Laufe der Jahre werden zunehmend die negativen Konsequenzen des Systems der „funktionalen Differenzierung“ sichtbar. Die Funktionssysteme haben im Verlaufe ihrer Entwicklung ein solches Eigenleben und eine solche Komplexität entwickelt, dass sich in ihren Umwelten ein hohes Maß von Nebenfolgen summiert hat, die ein verstärktes Akkordieren und Abstimmen der Funktionssysteme erforderlich machen. Denken wir an ökologische Probleme, die das Wirtschaftssystem produziert, denken wir an Inklusionsprobleme von Menschen in Sozialsysteme, deren Zeittakt sich permanent beschleunigt, denken wir an negative Resonanzen der Funktionssysteme untereinander. Der Rationalitätsgewinn und die enorme Effektivitätssteigerung in der

Frühphase der funktionalen Differenzierung scheinen durch das Auftürmen von nicht-intendierten Nebeneffekten in der Spätphase funktionaler Differenzierung in Frage gestellt. Die Phase der gesteigerten Kompossibilitätserwartung kann auch mit Ulrich Beck als Entstehungsphase der „Risikogesellschaft“ und als „zweite Moderne“ bezeichnet werden (Beck 1986). Modernisierung heißt nicht mehr Entfaltung der Produktivkräfte um jeden Preis, sondern deren Zügelung, Modernisierung kann nur noch darin bestehen, sich mit den Folgeproblemen der Modernisierung als „reflexive Modernisierung“ zu befassen. Die massenmedial institutionalisierte Öffentlichkeit fordert eine Sozialverträglichkeit und Nachhaltigkeit der Leistungen der Funktionssysteme untereinander: Die Wirtschaft hat ökologisch zu produzieren, die medizinische Biotechnologie hat ethische Fragen zu berücksichtigen, die Politik hat nachhaltig soziale Gerechtigkeit zu produzieren, kurz: die Risikogesellschaft zeichnet sich dadurch aus, dass sie alle Funktionssysteme einem gesteigerten Kompossibilitätsdruck aussetzt. Vom Gesundheitswesen wird in dieser Phase verlangt, nicht nur Gesundheit an erkrankten Körpern herzustellen. Es soll dies auch möglichst kostengünstig, nichtdiskriminierend und sozialverträglich tun. Das sind neue Kriterien für ein System, das mit der Traditionscodierung krank/gesund einzelfallorientiert und kasuistisch orientiert war und ist. Das Gesundheitswesen kann nicht mehr wie in Phase 2 seiner Funktionssystementwicklung seine Funktion ohne Nebenblicke auf die Folgen in anderen Funktionssystemen hypostasieren. Es muss die Kompossibilitätserwartungen anderer Funktionssysteme und der organisierten Öffentlichkeit in eigene Programme umsetzen. Gesundheitspolitik ist in dieser Phase als das Ergebnis der kommunikativen Umstellung von der wohlfahrtsstaatlichen Semantik (Phase 2 in unserer Typisierung) auf die reflexive Risikosemantik, so Sebastian Bechmann (Bechmann 2007, 205 ff.) zu verstehen. Der Klinik des Subjekts und des Einzelfalles wird eine populationsorientierte, epidemiologische Klinik zur Seite gestellt. Die Leistungen des Gesundheitssystems werden abgewogen und solche Leistungsbereiche favorisiert, die auf der Ebene der Population den höchsten Gesundheitszugewinn versprechen. Dazu werden prioritäre Gesundheitsziele formuliert, wobei die Leistungen des Systems effektiv und wissenschaftlich vertretbar sein müssen (Evidenz-basierte-Medizin). Management-Systeme mit Vernetzung der Einzelleistungen werden in der Medizin eingeführt, Ethikkommissionen überwachen den medizinischen Fortschritt und evaluieren die Nebenfolgen, Qualitätssicherungsprogramme in Prozess- und Outcome-Orientierung sichern die medizinischen

Interventionen ab und letztlich sorgt eine rigide Kostendämpfungspolitik dafür, dass die Kosten des Systems das Prozessieren des Wirtschaftssystems (Stichwort Lohnnebenkosten) nicht negativ tangieren. Auch das Subsystem der zahnmedizinischen Versorgung wird dieser Umstellung unterworfen. Der steigende Kompossibilitätsdruck setzt mit den Kostendämpfungsgesetzen Ende der 70iger Jahre ein und findet seine Fortsetzung in den Gesundheitsstruktur- und Gesundheitsreformgesetzen bis heute (Tiemann, Klingenberg, Weber 2003). Die damit einhergehende Umstellung auf die von Bechmann beschriebene „Risikosemantik“ erfolgt mit der zunehmenden epidemiologischen Evaluation der zahnmedizinischen Versorgung in den 80iger Jahren, findet seine Fortsetzung im verstärkten Ausbau der präventiven Zahnheilkunde, in den Evidenz-Basierungskonzepten der Zahnmedizin und den unterschiedlichen Programmen der Qualitätssicherung.

Wir haben 3 Großphasen der Funktionssystementwicklung beschrieben, die der zahnärztlichen Standes- und Berufspolitik ihren Stempel aufdrücken und ohne deren Berücksichtigung diese Politik schlechterdings nicht erklärbar wäre:

(1) Die Phase der Systemkonstitution und Ausdifferenzierung. Das Gesundheitswesen streift Fremddeterminierungen durch Politik und Religion ab. Es entsteht ein eigenes Feld des Wissens, die Zahnärzteschaft professionalisiert sich und baut eine eigene Standes- und Berufsorganisation auf.

(2) Die Phase der Aufgabensummutation und Hypostase der eigenen Funktion. Das Gesundheitswesen baut seine Stellung im Chor der Funktionssysteme aus. Der Leistungskatalog der GKV wird sukzessive erweitert. Die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten der (Zahn)Medizin erweitern sich. Die Zahnärzte bauen ihre unabhängige Position aus und optimieren ihren politischen Einfluss.

(3) Die Phase der gesteigerten Kompossibilitätserwartung an das Funktionssystem Gesundheitswesen. Politischer und massenmedialer Druck führen dazu, dass die Funktionssysteme ihre Operationsweise zunehmend aufeinander abstimmen und akkordieren müssen. Im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung manifestiert sich dies insbesondere in der Kostendämpfungspolitik und in der Umstellung des Leistungsspektrums (mehr Konservierung, mehr Prävention, weniger Prothetik).

Zahnärztliche Standes- und Berufspolitik kann, so die These der Arbeit, nur dann soziologisch beschrieben und sozialphilosophisch angemessen reflektiert werden, wenn die

Funktionsanforderungen und die Entwicklung des Gesundheitssystems als Funktionssystem systematisch angemessene Berücksichtigung finden. Nur so sind die Friktionen und Veränderungen in der zahnärztlichen Standes- und Berufspolitik interpretierbar. Sie sind bei aller bemühten Eigenständigkeit Ausfluss der Entwicklungspfade des Gesundheitssystems als eigenständiges Funktionssystem. Und als Subsystem des Gesundheitssystems bleibt die zahnmedizinische Versorgung bei aller modifizierenden Eigenentwicklung doch Teil des Ganzen.

7. Zu konstatieren ist mit dem Aufkommen der Nachhaltigkeits- und Risikosemantik seit Mitte der achtziger Jahre, dass der wachsende Kompossibilitätsdruck auf das Gesundheits- und Dentalsystem moralischen Druck ausübt. Dies wird umso wirkungsvoller, als ein objektives Moralkonzept, das klar zwischen „gut“ und „böse“ unterscheidet, in der funktional differenzierten Gesellschaft seine Orientierungskraft verloren hat. Nur im Sinn einer berufsspezifischen Moral, die im Systemzusammenhang „das Ihre tut“, ist dem zu begegnen.

8. Weiterhin wurde deutlich, dass alle Versuche einer Globalsteuerung und staatlichen Regulierung langfristig fehlschlagen. Im Sinn einer objektiven systemtheoretischen Betrachtung der Gesellschaft erweist sich „der Staat“ als Fiktion. Fassbar sind die Systeme von Politik und Recht. Politik ist aber nicht Übersystem und Schiedsrichter. Sie agiert selbst als ein System unter anderen. Die Begrenzung staatlicher Eingriffe ist deshalb der Sache nach geboten. Hier ergeben sich weitreichende Ergänzungen zwischen unserem systemtheoretischen Befund und der Österreichischen Schule der Nationalökonomie.

Henning Richter, Köln

Literatur- und Quellenverzeichnis

I: Allgemeine Forschungsliteratur

Arrow, K.J., Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care, The American Economic Review, Vol.LII, No.5 (1961), 960-968.

Baecker, D., Soziale Hilfe als Funktionssystem der Gesellschaft, ZfS H.2 (1994), 93-110.

Bauch, J., Motiv und Zweck, Studien zum Verhältnis von Individuum und bürgerlicher Gesellschaft, Köln, Wien 1981.

Bauch, J., Gesundheit als sozialer Code. Von der Vergesellschaftung des Gesundheitswesens zur Medikalisierung der Gesellschaft, Weinheim/München 1996.

Bauch, J., Selbst- und Fremdbeschreibung des Gesundheitswesens. Anmerkungen zu einem absonderlichen Sozialsystem, in: J. Bauch (Hg.), Gesundheit als System. Systemtheoretische Beobachtungen des Gesundheitswesens, 1. Aufl., Konstanz 2006, 1-20.

Bauch, J., Selbst- und Fremdbeschreibung des Gesundheitswesens, in: de Berg, H.,

Schmidt, J. (Hg), Rezeption und Reflexion. Zur Resonanz Niklas Luhmanns außerhalb der Soziologie, 1.Aufl., Frankfurt 2000, 387-410.

Bauch, J., Soziales, Psyche, Soma. Wie reagieren Sozialsysteme auf menschliche Alterungsprozesse?, in: Dallinger, U., Schroeter, K. R. (Hg), Theoretische Beiträge zur Alterssoziologie, Opladen 2002, 263-274.

Bauch, J., Medizinsoziologie. Lehr- und Handbücher der Soziologie, München, Wien 2005.

Bauch, J., Pflege als soziales System, in: Schroeter K. R., Rosenthal, Th., (Hg), Soziologie der Pflege, Weinheim/München 2005, 71-84.

Bauch, J. (Hg), Gesundheit als System. Systemtheoretische Beobachtungen des Gesundheitswesens, Konstanz 2006.

Bauch, J., Vorwort, in: Hafen, M., Mythologie der Gesundheit. Zur Integration von Salutogenese und Pathogenese, 1. Aufl., Heidelberg 2007, 3-7.

Bauch, J., Die Krankheitslehre der Medizin in soziologischer Perspektive, In: EWE 18 (2007) 1, 91-93.

Bauch, J., Gesundheit als das höchste Gut. Aporien einer materialistischen Ethik, Die neue Ordnung 4 (2008), 262-274.

Bauch, J., Taugt die Rationalitätenfalle zur Erklärung der Krise des Sozialstaates und der gesetzlichen Krankenversicherung? MMG 9 (1984), 138-143.

Bauch, J., Medizinischer Code und Krankenversicherung. Die Entmedizinierung der GKV, in: J. Bauch, Krankheit und Gesundheit als gesellschaftliche Konstruktion. Gesundheits- und medizinsoziologische Schriften 1979-2003, Konstanz 2004, 74-84.

Bauch, J., Gesundheit als das höchste Gut. Aporien einer materialistischen Ethik, die Neue Ordnung 4 (2008), 262-274.

Bauch, J., Zwischen Gesinnungsethik und Verbandszwang, Ärzteverbände als Korrektiv der soziologischen Organisationstheorie, Soziale Welt 2 (1982), 221-135.

Bauch, J., Lässt sich das Gesundheitswesen politisch steuern? Die Gesundheitsreform in systemtheoretischer Sicht, Sozialwissenschaften und Berufspraxis Heft 3 (1996), 242-247.

Bauch, J., Gesundheit und Gefahrenkommunikation. Vom Risiko gesundheitsgerechten Verhaltens, in: Sozialwissenschaften und Berufspraxis, Heft 4 (1997), 319-328.

Bauch, J., Risikogesellschaft und Gesundheitsdiskurs, in: J. Bauch, G. Hörnemann (Hg.), Gesundheit im Sozialstaat. Beiträge zum Verhältnis von Gesundheit und Politik, Konstanz 1996, 14-42.

Bauch, J., Suchtverhalten ist normal. Suchtverhalten zwischen Soziofunktionalität und Ächtung, in: B. Kammerer, K. Kretschmar, R. Rumrich (Hg.), Zukunft der Suchtprävention. Suchtprävention der Zukunft, Nürnberg 2002, 15-26.

Bauch, J., Gesundheit als sozialer Code, Weinheim, München 1996.

Bauch, J., Selbst- und Fremdbeschreibung des Gesundheitswesens, in: de Berg, H.,

Schmidt, J. (Hg), Rezeption und Reflexion. Zur Resonanz Niklas Luhmanns außerhalb der Soziologie, 1. Aufl., Frankfurt 2000, 387-410.

Bauer, J., Neumann, Th., Saekel. R., Die zahnmedizinische Versorgung in Deutschland. Mundgesundheit und Versorgungsqualität – eine kritische Bestandsaufnahme, 1.Aufl., Bern 2009.

Bauch, J., Gesundheit als sozialer Code. Von der Vergesellschaftung des Gesundheitswesens zur Medikalisierung der Gesellschaft, Weinheim, München 1996.

Bechmann, S., Gesundheitssemantik der Moderne. Eine Diskursanalyse der Debatten über die Reform der Krankenversicherung, Berlin 2002.

Bechmann, S., Gesundheitssemantiken der Moderne, Berlin 2007.

Bechmann, S., Gesundheitssemantiken der Moderne. Eine Diskursanalyse der Debatten über die Reform der Krankenversicherung, Berlin 2007.

Bechmann, S., Gesundheitssemantiken der Moderne. Eine Diskursanalyse der Debatten über die Reform der Krankenversicherung, Berlin 2007.

Beck, U., Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne, 1.Aufl., Frankfurt 1986.

Beck, U., Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne, 1.Aufl., Frankfurt 1986.

Beck, U., Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne, 1. Aufl., Frankfurt 1986.

Beck, U., Gegengifte. Die organisierte Unverantwortlichkeit, Frankfurt 1988.

Beck, u., Giddens, A., Lash, S., Reflexive Modernisierung. Eine Kontroverse, 1. Aufl., Frankfurt 1996.

Bengel, J., Strittmacher, R., Willmann, H., Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionstand und Stellenwert, BZgA, Köln 1998.

Berghaus, Margot, Luhmann leicht gemacht, Köln, Weimar, Wien 2003.

Beske, F., Neubestimmung des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenversicherung, Kiel 2006.

Beske, F., Zalewski, Th., Gesetzliche Krankenversicherung. Systemerhaltung und Finanzierbarkeit, IGSF, Kiel 1984.

Bette, K.H., Theorie als Herausforderung. Beiträge zur systemtheoretischen Reflexion der Sportwissenschaft, Aachen 1992.

Bleker, J., Biedermeiermedizin – Medizin der Biedermeier? Tendenzen, Probleme, Widersprüche 1830-1850, Medizinhistorisches Journal Bd.23 (1988), 5-22.

Bollinger, H., Hohl, J., Auf dem Weg von der Profession zum Beruf. Zur Deprofessionalisierung des Ärztestandes, Soziale Welt (1981), 440-464.

Cohen, L.K., Zahnmedizin und Sozialwissenschaft, in: Schuller, A., Bergmann-Ktauss, B. (Hg.), Zahnarzt im Wandel, München, Wien 1989, 18-37.

Droege, G., Deutsche Wirtschafts- und Sozialgeschichte, Frankfurt, Berlin, Wien 1972.

Faure, O., Der Arzt, in: Frevert, U., Haupt, H. G. (Hg.), Der Mensch des 19. Jahrhunderts, Essen 2004.

Freidson, E., Der Ärztestand, Stuttgart 1979.

Frevert, U., Krankheit als politisches Problem 1770-1880, Göttingen 1984.

Frevert, u., Krankheit als politisches Problem 1770-1880, Göttingen 1984.

Fuchs, P., Die Erreichbarkeit der Gesellschaft. Zur Konstruktion und Imagination gesellschaftlicher Einheit, 1.Aufl., Frankfurt 1992.

Fuchs, P., Schneider, D., Das Hauptmann-von-Köpenick-Syndrom. Überlegungen zur Zukunft funktionaler Differenzierung, in: Soziale Systeme H.2 (1995), 203-224.

Fuchs, P., Wörz, M., Die Reise nach Wladiwostok. Eine systemtheoretische Exkursion, Weil der Stadt 2004.

Fuchs, P., Das Gesundheitswesen ist niemals verschnupft, in: Bauch, J. (Hg.), Gesundheit als System. Systemtheoretische Beobachtungen des Gesundheitswesens, Konstanz 2006, 21-38.

Gensler, H.J., Ethics. A Contemporary Introduction, New York, London 1998.

Göckenjan, G., Kurieren und Staat machen, 1.Aufl., Frankfurt 1985.

Gripp-Hagelstange, H., Niklas Luhmann. Eine Einführung, München 1995

Groß, D., Beiträge zur Geschichte und Ethik der Zahnheilkunde, Würzburg 2006.

Groß, D., Ethik in der Zahnmedizin, Berlin 2012.

Gross, P., Die Multioptionsgesellschaft, Frankfurt 1994.

Gülzow, H.J., Präventive Zahnheilkunde, München, Wien 1995.

Hadrich, Die Arztfrage in der deutschen Sozialversicherung, Berlin 1953.

Hafen, M., Grundlagen der systemischen Prävention, 1. Aufl., Heidelberg 2007.

Hehn, Adam, Lang, Paul-Helmut, Hansen, Eike, Mögliche Nebenwirkung Tod. Zeugnisse aus dem Innern der Pharmaindustrie, Reinbek 1980.

Herder-Dorneich, Ph., Der Sozialstaat in der Rationalitätenfalle. Grundlagen der sozialen Steuerung, Stuttgart 1982.

Herder-Dorneich, Ph., Sich selbst verstärkende Anspruchsdynamik und ihre Einordnung in sich selbst steuernde Regelkreissysteme, in: Ph. Herder-Dorneich, A. Schuller (Hg.), Die Anspruchspirale, Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1983, 10-27.

Hörnemann, G., Die Selbstverwaltung der Ärztekammern. Spannungen und Wechselwirkungen von Fremd- und Selbstkontrolle des Arztberufes, 2. Aufl., Konstanz 1995.

Hörnemann, G., Die Selbstverwaltung im Gesundheitssystem, Konstanz 1997.

Hohm, H. J., Das Pflegesystem. Seine Organisationen und Karrieren, Freiburg 2002.

Horster, D., Niklas Luhmann, München 1997.

Huemer, M., Ethical Intuitionism, Hampshire 2005.

Huerkamp, Chr., Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert, Göttingen 1985.

Illich, I., Die Enteignung der Gesundheit. Medical Nemesis, 1. Aufl., Reinbek 1975.

Kaufhold R. et al., Ökonomische Effekte der Individualprophylaxe, IDZ Materialienreihe Bd.22, Köln, München 1999.

Kopfsgruter, K., Gefahren und Risiken in Organisationen. Eine systemtheoretisch konstruierte Perspektive, Konstanz 1998.

Kraft, V., Unwissenheit schmerzt nicht oder: Gesundheits- und Erziehungssystem in vergleichender Perspektive, in: Bauch, J. (Hg.), Gesundheit als System. Systemtheoretische Beobachtungen des Gesundheitswesens, Konstanz 2006, 39-64.

Körner, S., Dicke Kinder revisited. Zur Kommunikation juveniler Körperkrisen, Bielefeld 2008.

Krämer, W., Bedarf, Nachfrage und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, in: H.H. Andersen, K. D. Henke, J. M. Graf v. d. Schulenburg (Hg.), Basiswissen Gesundheitsökonomie, Bd. 1, Berlin 1992, 63-82.

Krämer, W., Wir kurieren uns zu Tode. Die Zukunft der modernen Medizin, Frankfurt, New York 1993.

Krause, D., Luhmann-Lexikon. Eine Einführung in das Gesamtwerk von Niklas Luhmann, Stuttgart 1996.

Labisch, A., Medizin und soziale Kontrolle. Zur (historischen) Soziologie der Medizin, Soziologische Revue, Jg.9 (1986), 257-266.

Labisch, A., Homo Hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit, Frankfurt, New York 1992.

Lachmund, J., Die Profession, der Patient und das medizinische Wissen. Von der kurativen Medizin zur Risikoprävention, ZfS, H.5 (1987), 353-366.

Laising, Heinz E., Müller, Rainer A., Die Zahnheilkunde in Kunst und Kulturgeschichte, Köln, 1. Aufl. 1984.

Lauer-Kirschbaum, Th., Rüb, F.W., Politik mit dem Risiko. Der politische Risikoausgleich bei Krankheit, in: B. Blanke (Hg.), Krankheit und Gemeinwohl. Gesundheitspolitik zwischen Staat, Sozialversicherung und Medizin, Opladen 1994, 37-44.

Lennartz, M., Der Zahnarzt am Tropic, ZM Nr.19 (1.10.2009), 16-18.

Lenzen, D., Krankheit als Erfindung. Medizinische Eingriffe in die Kultur, Frankfurt 1991.

Luhmann, N., Geschichte als Prozess und die Theorie sozio-kultureller Evolution, In: Ders., Soziologische Aufklärung 3, Opladen 1981, 178-197.

Luhmann, N., Liebe als Passion, Frankfurt 1982.

Luhmann, N., Medizin und Gesellschaftstheorie, in: Medizin, Mensch, Gesellschaft 8 (1983), 168-175.

Luhmann, N., Anspruchsinflation im Krankheitssystem. Eine Stellungnahme aus gesellschaftstheoretischer Sicht, in: Herder-Dorneich, Ph., Schuller, A. (Hg), Die Anspruchsspirale, Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1983, 28-49.

Luhmann, N., Ökologische Kommunikation. Kann die moderne Gesellschaft sich auf ökologische Gefährdungen einstellen? Opladen 1986.

Luhmann, N., Ökologische Kommunikation, Opladen 1986

Luhmann, N., Soziale Systeme. Grundriss einer allgemeinen Theorie, 1.Aufl., Frankfurt 1987.

Luhmann, N., Neuere Entwicklungen in der Systemtheorie, in: Merkur 42 (1988), 294.

Luhmann, Niklas, Gesellschaftsstruktur und Semantik. Studien zur Wissenssoziologie der modernen Gesellschaft, Bd.3, Frankfurt 1989.

Luhmann, N., Der medizinische Code, in: Ders., Soziologische Aufklärung 5, Opladen 1990, 183-195.

Luhmann, N., Interaktion, Organisation und Gesellschaft, in: Ders., Soziologische Aufklärung 2, 4. Aufl., Opladen 1991, 9-20.

Luhmann, N., Symbiotische Mechanismen, in: Ders., Soziologische Aufklärung 3, 3. Aufl., Opladen 1993, 228-244.

Luhmann, N., Distinctions directrices. Über Codierung von Semantiken und Systemen, in: Ders., Soziologische Aufklärung 4, 2.Aufl., Opladen 1994, 13-31.

Luhmann, N., Die Gesellschaft der Gesellschaft, Bd.1, 1.Aufl., Frankfurt 1997.

Luhmann, N., Die Gesellschaft der Gesellschaft, 1. Aufl., Bd.2, Frankfurt 1997.

Luhmann, N., Die Politik der Gesellschaft, 1.aufl., Frankfurt 2000.

Luhmann, N., Einführung in die Theorie der Gesellschaft, Heidelberg 2005.

Luhmann, N., Die Gesellschaft der Gesellschaft Bd. 2, 1. Aufl., Frankfurt 1997.

Luhmann, N., Anspruchsinflation im Krankheitssystem. Eine Stellungnahme aus gesellschaftstheoretischer Sicht, in: Ph. Herder-Dorneich, A. Schuller (Hg.), Die Anspruchspirale. Schicksal oder Systemdefekt? Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1983, 28-49.

Luhmann, N., Soziale Systeme, Grundriss einer allgemeinen Theorie, Frankfurt 1984.

Luhmann, N., Die Politik der Gesellschaft, 1. Aufl. Frankfurt 2000.

Luhmann, N., Beobachtungen der Moderne, Opladen 1992.

Luhmann, N., Anspruchsinflation im Krankheitssystem. Eine Stellungnahme aus gesellschaftstheoretischer Sicht, in: Ph. Herder-Dorneich, A. Schuller (Hg.), Die Anspruchspirale, Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1983, 28-49.

Luhmann, N., Die gesellschaftliche Differenzierung und das Individuum, in: N. Luhmann, Soziologische Aufklärung 6, Opladen 1987, 125-141.

Luhmann, N., Die Gesellschaft der Gesellschaft, 2. Band., Frankfurt 1997.

Luhmann, N., Einführung in die Theorie der Gesellschaft, 1. Aufl., Heidelberg 2005.

Luhmann, N., Ökologische Kommunikation, 4. Aufl., Wiesbaden 2004.

Lutze, K., Der Mundarzt hat Geschichte, ZM 98, Nr.18, 16.09.08, 130-134.

Manow, Ph., Der historische Weg der sozialen Krankenversicherung. Von der Behebung sozialer Not zur umfassenden Daseinsfürsorge – ein umgekehrter Weg? In: H. Höfner (Hg.), Gesundheit unser höchstes Gut? Berlin, Heidelberg, New York 1999, 145-165.

Maretzky K., Venter, R., Geschichte des deutschen Zahnärztestandes, Köln 1974.

Mc Glynn, James V., Torner, Jules J., Modern Ethical Theories, The Bruce Publishing Company, Milwaukee 1962

Meier, W. A., Schanne (Hg.), Gesellschaftliche Risiken in den Medien, Zürich 1996.

Meyer, Thomas, Die Transformation des Politischen, 1. Aufl., Frankfurt 1994

Musgrave, R. A., Finanztheorie, Tübingen 1969.

Neumann, Th., Zur praktischen Umsetzung der Gruppenprophylaxe, in: Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf, Kariesprävention in der Gruppe, Bd.13, 1995, 7-16.

Nord, D., Steuerung im Gesundheitswesen. Systemanalyse der Arzneimittelversorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Frankfurt 1979.

Nunner-Winkler, Gertrud, Moral, in: Sina Farzin, Stefan Joden (Hg.), Lexikon zur Soziologie und Sozialtheorie. Hundert Grundbegriffe, Stuttgart 2008, 201-203.

Olson, M., Die Logik des kollektiven Handelns, Tübingen 1968.

Peters, H., Die Geschichte der sozialen Sicherung, 3. Aufl., Sankt Augustin 1978.

Penschke-Hartmann, Chr., Die doppelte Reform. Gesundheitspolitik von Blüm zu Seehofer, Opladen 1994.

Pfaff, A. B., Busch S., Rindsfüßer, Chr., Kostendämpfung in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Auswirkungen der Reformgesetzgebungen 1989 und 1993 auf die Versicherten, Frankfurt, New York 1994.

Probst, Chr., Fahrende Helfer und Heilmittelhändler. Medizin von Marktplatz und Landstraße, Rosenheim 1992.

Reese-Schäfer, W., Niklas Luhmann zur Einführung. Hamburg 2011

Riege, F., Gesundheitspolitik in Deutschland, Sozialpolitische Schriften, H. 63, Berlin 1993.

Rothschuh, K. E., Deutsche Biedermeiermedizin. Epoche zwischen Romantik und Naturalismus (1830-1850). Gesnerus 25 (1968), 167-187.

Ruffie, J., Sournia, J. C., Die Seuchen in der Geschichte der Menschheit, 2. Aufl., Stuttgart 1987.

Sarfatti-Larson, M., The Rise of Professionalism, A Sociological Analysis, Berkeley 1977.

Schimank, U., Teilsystemevolutionen und Akteurstrategien: Die zwei Seiten struktureller Dynamiken moderner Gesellschaften, in: Soziale Systeme 1 (1995), 73-100.

Schimank, U., Teilsystemevolutionen und Akteurstrategien: Die zwei Seiten struktureller Dynamiken moderner Gesellschaften, in: Soziale Systeme 1 (1995), 73-100.

Schimank, U., Theorien gesellschaftlicher Differenzierung, Opladen 1996.

Schimank, U., Ökologische Gefährdungen, Anspruchsinflationen und Exklusionsverkettenungen – Niklas Luhmann Beobachtung der Folgeprobleme funktionaler Differenzierung, in: Schimank, U., Volkmann, U. (Hg.), Soziologische Gegenwartsanalysen 1, Opladen 2000, 125-142.

Schimank, U., Ökologische Gefährdungen, Anspruchsinflationen und Exklusionsverkettenungen – Niklas Luhmanns Beobachtungen der Folgeprobleme funktionaler Differenzierung, in: Schimank, U., Volkmann, U. (Hg.), Soziologische Gegenwartsanalysen 1, Opladen 2000, 125-142.

Schimank, U., Teilsystemevolutionen und Akteurstrategien: Die zwei Seiten struktureller Dynamiken moderner Gesellschaften, *Soziale Systeme* 1 (1995), 73-100.

Schimank, U., Ökologische Gefährdungen, Anspruchsinflationen und Exklusionsverketungen – Niklas Luhmann Beobachtung der Folgeprobleme funktionaler Differenzierung, in: U. Schimank, U. Volkmann (Hg.), *Soziologische Gegenwartsdiagnosen I*, Opladen 2000, 125-142.

Schmeink, W., Krankenversicherung und Sozialhilfe, in: H. Schaefer, Ch. Birr (Hg.), *Umwelt und Gesundheit. Aspekte einer sozialen Medizin* 2, Frankfurt 1982, 273-303.

Schnapp, F. E., Die Sozialgerichtsbarkeit als anspruchsbildende Instanz, in: Ph. Herder-Dorneich, A. Schuller (Hg.), *Die Anspruchsspirale*, Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1983, 78-95.

Schulenburg, J. M. Gf., Moral Hazard and its Allocative Effects under Market Insurance and Compulsory Insurance, *Social Science Review* 4 (1978), 83-93.

Schulenburg, J.M. Graf, Kostenexplosion im Gesundheitswesen – Folgen eines fehlerhaften Steuerungsmechanismus?, Köln 1981.

Schulze, G., *Die Erlebnisgesellschaft. Kultursoziologie der Gegenwart*, Frankfurt 1992.

Schulze, G., *Die Beste aller Welten. Wohin bewegt sich die Gesellschaft im 21. Jahrhundert?* München, Wien 2003.

Schulze, H., *Staat und Nation in der europäischen Geschichte*, 2. Aufl., München 2004.

Schipperges, H., *Moderne Medizin im Spiegel der Geschichte*, Stuttgart 1970.

Schipperges, Heinrich, Das Bild des Arztes – gestern, heute, morgen, in: *Das Bild des Arztes*, Schriftenreihe der Bezirksärztekammer Südwürttemberg, Bd.11, Tübingen 1980, 5-9.

Siegrist, J., *Medizinische Soziologie*, 5.Aufl., München, Wien, Baltimore 1995.

Shafer-Landau, R., *Whatever Happened to Good and Evil?* New York, Oxford 2004.

Simon, M., *Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise*, 2. Aufl., 2008.

Strippel, Harald, Prävention in der Zahnmedizin, in: Klaus Hurrelmann, Theodor Klotz, Jochen Haisch (Hg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*, 1. Aufl., Bern 2004, 255-263.

Stroß, A. M., Gesundheit als Obsession? Über den Umgang mit Kranksein in der Geschichte der Gesundheitserziehung, *Aktion Jugendschutz Landesarbeitsstelle Baden-Württemberg* (Hg.), *Hauptsache gesund?* Stuttgart 2005, 33-50.

Strübig, W., *Geschichte der Zahnheilkunde*, Köln 1989.

Sennett, R., Der flexible Mensch. Kultur des neuen Kapitalismus, Berlin 1998.

Tiemann, B., Klingenberg, D., Weber, M., System der zahnärztlichen Versorgung in Deutschland, Köln 2003.

Tiemann, B., Herber, R., System der zahnärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, FVDZ, Köln 1980.

Tiemann, B., Tiemann, S., Kassenarztrecht im Wandel, Berlin, Chicago, London, Rio de Janeiro, Tokio 1983.

Tiemann, B., Herber, R., System der zahnärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Köln 1980.

Tiemann B., Klingenberg D., Weber, M., System der zahnärztlichen Versorgung in Deutschland, Köln 2003.

Trüb, C. L. P., Die geschichtliche Entwicklung des ärztlichen Standeswesens in Deutschland. Ein Rückblick vom Jahre 1832 bis zum Jahre 1932, Med. Mschr. 15. Jg., 332-341 u. 478-488.

Virchow, R., Ueber den Werth des pathologischen Experiments, Berlin 1899.

Volkman, U., Das schwierige Leben in der zweiten Moderne, in: U. Schimank, U. Volkman (Hg.), Soziologische Gegenwartsanalysen 1, Opladen 2000, 23-40.

Vonessen, F., Krise der praktischen Vernunft. Ethik nach dem „Tod Gottes“, Heidenheim 1988.

Walter, W., Micheelis, W. (Hg), Evidence-Based-Dentistry, Köln, München 2000.

Wanek, V., Machtverteilung im Gesundheitswesen, Struktur und Auswirkungen, Frankfurt 1994.

Wasem J., Die Erfahrungen mit Kostendämpfungsstrategien und Gesundheitsreformen in der Bundesrepublik Deutschland, in: Institut für Gesundheitssystemforschung, Künftige Finanzierung der Gesundheitsversorgung bei steigenden Kosten und begrenzten Ressourcen, Kiel 1993, 119-170.

Weller K., Habgier in Weiß. Die Ärzte-Mafia, München 1997.

Wiesenthal, H., Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Ein Beispiel für Theorie und Politik des modernen Korporatismus, Frankfurt, New York 1981.

Willke, H., Systemtheorie entwickelter Gesellschaften, 2. Aufl., Weinheim, München 1993.

Zedelmaier, H., Zur Empirie der Anspruchsspirale bei der zahnärztlichen Versorgung, in: Ph. Herder-Dorneich, A. Schuller (Hg.), Die Anspruchsspirale, Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1983, 149-151.

II: Dentalmedizinische Forschungsliteratur

Berger, Christian: 50 Jahre Zahnheilkundegesetz. Professionalisierung der Zahnärzte, in: Bayrisches Zahnärzteblatt (BZB) April 2002, S. 8f.:
http://www.bzb-online.de/apr02/stand08_09.pdf, Abruf 5/2009.

Groß, Dominik: Zwischen Anspruch und Wirklichkeit: Der Stellenwert zahnbehandelnder Maßnahmen in den Anfängen der Gesetzlichen Krankenversicherung (1883-1919). In: Ders.: Beiträge zur Geschichte und Ethik der Zahnheilkunde, Würzburg 2006, S. 129-148.

Groß, Dominik: Vom ‚Gebissarbeiter‘ zum ‚staatlich geprüften Dentisten‘: Der Berufsbildungsprozess der nichtapprobierten Zahnbehandler (1869-1952). In: Ders.: Beiträge zur Geschichte und Ethik der Zahnheilkunde, Würzburg 2006, S. 99-125.

Groß, Dominik: Vom Handwerker zum Bildungsbürger: Die Auseinandersetzung um die Akademisierung des Zahnarztberufes in Deutschland. In: Ders.: Beiträge zur Geschichte und Ethik der Zahnheilkunde, Würzburg 2006, S. 65-76.

Groß, Dominik: Die Handwerkschirurgen als Gründer des Zahnarztberufs: Legendenbildung oder historische Realität? In: Ders.: Beiträge zur Geschichte und Ethik der Zahnheilkunde, Würzburg 2006, S. 13-29.

Groß, Dominik: Titel ohne Wert? Zur Debatte um den Stellenwert des ‚Doctor medicinae dentariae‘ von den Anfängen bis zur Gegenwart. In: Ders.: Beiträge zur Geschichte und Ethik der Zahnheilkunde, Würzburg 2006, S. 77-96.

Groß, Dominik: Zwischen Wissenschaft und Interessenpolitik: Die Doppelfunktion des Central-Vereins deutscher Zahnärzte (1859-1890). In: Ders.: Beiträge zur Geschichte und Ethik der Zahnheilkunde, Würzburg 2006, S. 31-63.

Groß, Dominik: Die schwierige Professionalisierung der deutschen Zahnärzteschaft (1867 – 1919). Europäische Hochschulschriften/03, Frankfurt am Main 1994.

Lang, Max T.: Dentistische Rechtskunde. Bd. 1, München 1930.

Lutze, Kay: Zum professionellen Selbstverständnis. Der Mundarzt hat Geschichte, aus: Zahnärztliche Mitteilungen 98, Nr. 18, 16.09.2008, S. 130-134:
http://www.zm-online.de/m5a.htm?/zm/18_08/pages2/hist1.htm, Abruf 5/2009.

Maretzky, Kurt/ Venter, Robert: Geschichte des deutschen Zahnärzte-Standes, Köln 1974.

Sander, Sabine: Bader und Barbieri. In: Reith, Reinhold (Hrsg.): Lexikon des alten Handwerkes. Vom späten Mittelalter bis ins 20. Jahrhundert, München 1991, S. 17-22.

Schnelle, Hildegard: Berufsgruppenprobleme im Zahnarztberuf. In: Kaupen-Haas, Heidrun (Hrsg.): Soziologische Probleme medizinischer Berufe, Köln und Opladen 1968, S. 51-84.

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

Tiemann, Burkhard/ Klingenberger, David/ Weber, Michael: System der zahnärztlichen Versorgung in Deutschland, Köln 2003.

III: Quellen

Abkommen vom 28. September 1920, abgedruckt in: Marezky, Kurt/ Venter, Robert: Geschichte des deutschen Zahnärzte-Standes, Köln 1974, Anhang: Dokumente zur Zahnarzt-Dentistenfrage, Anlage 1, S. 283f.

Die Anerkennung der Zahnärzte als Medizinalpersonen im Preußischen Medizinalreglement von 1825, in Auszügen abgedruckt in: Groß, Dominik: Die schwierige Professionalisierung der deutschen Zahnärzteschaft (1867 – 1919). Europäische Hochschulschriften/03, Frankfurt am Main 1994, Anhang, Anlage 1, S. 453-45.

Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde. Organ des Central-Vereins Deutscher Zahnärzte, Leipzig 1883-1933, hier: 1883.

Deutsche Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde. Organ des Central-Vereines Deutscher Zahnärzte, Leipzig 1861-1882, hier: 1862, 1878.

Deutsche zahnärztliche Wochenschrift. Organ der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, München, Berlin 1898/99-1944, hier: 1939.

Abkürzungsverzeichnis

BEMA	= Bewertungsmaßstab zahnärztlicher Leistungen
BDZ	= Bundesverband der Deutschen Zahnärzte
CVdZ	= Centralverein deutscher Zahnärzte
d.h.	= das heißt
DM	= Deutsche Mark
etc.	= et cetera
GKV	= Gesetzliche Krankenversicherung
GKAR	= Gesetz über das Kassenarztrecht (von 1955)
GMG	= GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (von 2007)
GRG	= Gesundheitsreformgesetz (von 1988)
GSG	= Gesundheitsstrukturgesetz (von 1992)
H. R.	= Henning Richter
KAiG	= Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen
Kazgo	= Kassenzahnärztliche Gebührenordnung
KFO	= Kieferorthopädie / kieferorthopädisch
KHNG	= Krankenhausneuordnungsgesetz (von 1984)
KV	= Kassenärztliche Vereinigung
KVEG	= Kostendämpfungsergänzungsgesetz (von 1981)
KVG	= Krankenversicherungsgesetz (von 1883)
KVKG	= Krankenversicherungskostendämpfungsgesetz (1977)
KZBV	= Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
KZVD	= Kassenzahnärztliche Vereinigung Deutschlands
Morbi-RSA	= Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich
NOG	= Neuordnungsgesetz
o.g.	= oben genannt(e)
PA	= Parodontitis (-Behandlung)
Preugo	= Preußische Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte
RSA	= Risikostrukturausgleich
RV	= Reichsverband der Zahnärzte Deutschlands e.V.
RVO	= Reichsversicherungsordnung (von 1911)
SGB	= Strafgesetzbuch
u.a.	= unter anderem
usw.	= und so weiter
VdZ	= Verein deutscher Zahnkünstler
WVdZ	= Wirtschaftlicher Verband Deutscher Zahnärzte

WSG = Wettbewerbsstärkungsgesetz
ZHG = Zahnheilkundengesetz (von 1952)
ZulO = Zulassungsordnung für Zahnärzte und Dentisten (von 1933)