

Einleitung

1

1.1 Forschungsfeld und Grundinteresse der Arbeit

Die vorliegende Arbeit¹ beschäftigt sich mit der Professionsentwicklung in der Zahnmedizin anhand des Gutachterwesens. Die systematische Auseinandersetzung mit dem Gutachterwesen ist ein vom Verfasser gewählter institutioneller Ansatz, in dem die Berufsidee durch die Professionellen reflexiv gehandhabt wird, um Impulse zur Professionsentwicklung zu setzen. Anhand unterschiedlicher Zugänge soll das Thema der Professionsentwicklung im Kontext des Gutachterwesens ausgelotet werden, da die professionstheoretische Bedeutung der Begutachtungsmedizin weitgehend unentdeckt ist. Dies geschieht deshalb anhand der Profession der Zahnärzte, da gerade das professionelle Handeln in der Profession Zahnmedizin als vermeintlicher Handwerksberuf einer kritischen Selbstreflexion bedarf und der Verfasser als Fachzahnarzt für Oralchirurgie und zahnärztlicher Sachverständiger selbst Angehöriger der untersuchten Profession ist. Somit eröffnet sich die Möglichkeit, eigene berufliche Erfahrungen und gutachterliche Tätigkeiten für eine Bestandsaufnahme und Weiterentwicklung bewusst zu nutzen, um das Thema systematisch zu bearbeiten und Ergebnisse in die eigene Profession zurückspiegeln zu können.

Gutachten werden in der Zahnmedizin in allen Fachbereichen und auf verschiedenen Stufen benötigt. So werden im von der Profession autonom aufgestellten Vertragsgutachterwesen bei gesetzlich versicherten Patienten sehr häufig Versorgungsplanungen im Auftrag der Kassenzahnärztlichen Vereinigung² und der Gesetzlichen Krankenversicherungen von Vertragsgutachtern³ begutachtet und bei Patientenbeschwerden können Vertragsgutachten zur Ausführung von Zahnersatzleistungen eingeholt werden. Von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung wurden insgesamt 223.174 Vertragsgutachten für das Jahr 2011 und 217.683 Gutachten für das Jahr 2012 gezählt.

¹ Zur Erhöhung der Lesbarkeit wurde auf die Verwendung von weiblichen und männlichen Personenbezeichnungen verzichtet. Die männliche Version steht stellvertretend für beide Geschlechter.

² Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZV) sind Körperschaften des Öffentlichen Rechts, in denen die Vertragszahnärzte Pflichtmitglieder sind. Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sind bei der Honorierung der Leistungen bei gesetzlich versicherten Patienten zwischen Gesetzlichen Krankenkassen und den Vertragszahnärzten zwischengeschaltet (sogenannter Kollektivvertrag)

³ Die Vertragsgutachter werden von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung bestellt. Umgangssprachlich werden diese auch „Kassengutachter“ genannt.

Ein anderer Kernbereich des Gutachterwesens sind Sachverständigengutachten, die von Gerichtsgutachtern⁴ überwiegend im Auftrag von Zivilgerichten⁵ erstellt werden. Arzthaftungsprozesse werden in den Medien häufig als „Ärztepfusch“ bezeichnet. Eine aktuelle Auswertung medizinischer Behandlungsfälle, die vor Gericht entschieden wurden, zeigt nach medizinischen Fachdisziplinen folgende Verteilung (Knaak/Parzeller 2014):

- 30,2% Unfallchirurgie und Orthopädie,
- 16,4% Zahnmedizin,
- 12,1% Chirurgie,
- 7,8% Gynäkologie und Geburtshilfe und
- 38,8% übrige medizinische Fachbereiche.

Es ist festzustellen, dass Zivilstreitigkeiten zwischen zahnärztlichen Behandlern und Patienten zugenommen haben, insbesondere nach prothetischen Rehabilitationen (Hapcook 2006), oralchirurgischen Behandlungen (z.B. Komplikationen nach Weisheitszahnentfernung) (Brauer 2009) und implantologischen Eingriffen (Brauer et al. 2008; Wanner et al. 2013). Valide Daten liegen hierfür jedoch nicht vor, da weder Klagen vor Gericht gegenüber Zahnärzten/Ärzten noch Zahnarzt-haftpflichtfälle/Arzthaftpflichtfälle zentral erfasst werden, jedoch gibt es für diese Annahme eine Reihe vielschichtiger und plausibler Gründe. Dazu gehören eine gestiegene Erwartungshaltung der Patienten, eine zunehmende Zahl von Patienten mit Rechtsschutzversicherungen, die Einführung der anwaltlichen Gebietsbezeichnung Fachanwalt für Medizinrecht im Jahr 2005, die vorherrschende Rechtsprechung zur Verletzung der Aufklärungs- und Dokumentationspflicht mit Beweislastumkehr für den Patienten und gegebenenfalls auch Beweislastumkehr⁶ sowie die gestiegene finanzielle Eigenleistung der Patienten (Brauer et al. 2009).

Häufig wird bei dem kleinsten Verdacht auf einen ärztlichen Behandlungsfehler mit Gesundheitsschaden nach einem ärztlichen Sachverständigen gerufen (Rumler-Detzel 1999). Gerade „Fernseh-erfahrene Patienten“ vermuten „Fehler bei der Diagnostik oder der Therapie, wenn die von den Medien oder die vom Arzt selbst versprochenen guten Resultate nicht erzielt werden konnten“ (Liebermeister 2010, S. 1). Da der zahnärztliche Eingriff häufig durch technische Parameter beschreibbar ist, wird angenommen, dass das Therapieergebnis tatsächlich planbar und vorhersehbar sei und daher auch einzuklagen (Uhrig 2008). Auslösende Bedin-

⁴ In der Arbeit werden die Bezeichnungen Gerichtsgutachter und Sachverständiger synonym gebraucht. Gutachter wird als Oberbegriff für Vertragsgutachter und Gerichtsgutachter verwendet.

⁵ Vergleichsweise selten im Auftrag von Sozialgerichten und in Einzelfällen von Strafgerichten.

⁶ In Arzthaftungsprozessen sind die beweisrechtlichen Grundsätze durch die Rechtsprechung mittels der Rechtsfigur der Beweislastumkehr deutlich modifiziert, d.h. abweichend von der allgemeinen Beweislastverteilung wird mit der Beweislastumkehr das Bestehen einer anspruchsbegründeten Tatsache vermutet und in diesen Fällen obliegt es dem Beklagten einen Entlastungsbeweis zu erbringen (Müller/Wedlich 2013). Nach gefestigter Rechtsprechung führt ein grober Behandlungsfehler (vom Bundesgerichtshof beschrieben als „Fehlverhalten, das schlechterdings nicht unterlaufen darf“) zu einer Umkehr der Beweislast.

gungen für einen Rechtsstreit sind häufig nicht erfüllte Erwartungshaltungen, sichtbar als ästhetische Unzulänglichkeit (Brauer 2007; Uhrig 2008), präsent als aufgetretener Gesundheitsschaden (Seltrecht 2004) oder unsichtbar als mehr oder weniger verdeckte Unzufriedenheit des Patienten mit der Kommunikation und der Beratung (Seltrecht 2004). Allgemein wird dabei davon ausgegangen, dass die Anzahl der Zahnarzthaftungsprozesse zunimmt (Brauer 2007; Schaefer 2013; Uhrig 2008). Weidinger (2008) berichtet aus Sicht des Haftpflichtversicherers, dass in allen medizinischen Fachgebieten die Häufigkeit von „Großschäden“ und der Schadensaufwand progredient zugenommen haben. In einem Arzthaftpflichtfall befinden sich sowohl der Patient als auch der Arzt in einer Ausnahmesituation: Der Patient geht von einem vermeidbaren Gesundheitsschaden aus und der Mediziner hat entweder nach seiner Auffassung mit großer Fürsorge das bestmögliche Ergebnis erreicht oder ihm ist tatsächlich ein Fehler unterlaufen (Weidinger 2008). Gerichtliche Auseinandersetzungen kosten viel Zeit, Geld und Nerven für beide Parteien, führen in aller Regel zu erheblicher Schreibtischarbeit und sorgen häufig für den betroffenen Arzt für ein negatives Echo in den regionalen Medien (Hapcook 2006; Hart 2009; Liebermeister 2010). Aus den genannten Gründen ist das Gutachterwesen ein Bereich, dessen Bedeutung zugenommen hat und in dem professioneller Handlungsbedarf besteht.

In der Struktur des Gutachterwesens zeigt sich, inwieweit die Handlungsfähigkeit der Profession im Umgang mit Krisen erhalten bleibt (Jacob 2013). Das Gerichtsverfahren markiert sowohl für die Richter als auch für die Zahnmediziner eine Grenze der eigenen professionellen Kompetenz. Für Professionen ist es von zentraler Bedeutung, ob sie individuell und als Berufsstand in der Lage sind Grenzerfahrungen produktiv und im Sinne ihres gesellschaftlichen Auftrags zu bearbeiten (Dick/Jacob 2010). Der medizinische Sachverständige wird häufig mit Schlagworten wie „Richter im weißen Kittel“ oder für die Zahnheilkunde passender als „Richter in Weiß“ bezeichnet (Brauer 2008). Gleichwohl sieht die gesetzliche Regelung eine autonome Stellung des Richters gegenüber dem Sachverständigen vor, in der der Sachverständige lediglich Informationsquelle für den Richter, ein Hilfsmittel richterlicher Wahrheitsfindung, bleibt (Kater 2008). Im Gutachterwesen werden ohne Zweifel Fälle bearbeitet, die Grenzen der professionellen Handlungskompetenz abstecken. Es werden vermeintliche ebenso wie tatsächliche Behandlungsfehler sichtbar und zudem Konfliktfälle im Zusammenhang mit der gesamten Behandlungssituation, die unter Beteiligung der Profession der Zahnärzte entstanden bzw. in deren Tätigkeitsfeld aufgetreten sind. Das Gutachterwesen gilt als Gradmesser der Professionalisierung (Brauer 2011). Es zeigt sich nämlich nicht nur, ob der Sachverständige im Einzelfall professionell arbeitet, sondern auch, ob die Sachverständigen durch fachlich überzeugende, fundierte Gutachten mit dazu beitragen, verlorengegangenes Vertrauen der Klienten in die Profession zurückzugewinnen, ob die Profession Zahnmedizin durch transparente Strukturen des Gutachterwesens das notwendige intra- und innerprofessionelle Vertrauen für die Bearbeitung des Gutachterauftrags herstel-

len kann und ob die Zahnärzteschaft die Chance nutzt, aus den Ergebnissen der Begutachtung zu lernen. Eine Reflexion und Rückspiegelung der bearbeiteten Fälle hilft die lange Zeit gehegte Null-Fehler-Kultur in der Zahnmedizin/Medizin endgültig abzulegen. Andererseits müssen die im Konfliktfall sich manifestierenden Problemlagen der Dyade Zahnarzt/Patient von der Profession aufgearbeitet werden. Auch der Patient sollte als konfligierende Partei nach Abschluss eines Gerichtsverfahrens die Fähigkeit besitzen den Prozess zu reflektieren, um sich einem Zahnarzt neu anvertrauen zu können (Schaefer 2013).

Die im Jahr 1991 im *The New England Journal of Medicine* veröffentlichte und viel zitierte Harvard Medical Practice Study (HMPS) untersuchte in einer retrospektiven, randomisierten Studie mit einer Stichprobe von 30.121 Krankenakten mit abgeschlossenen stationären Behandlungen aus 51 Kliniken im Bundesstaat New York das Vorliegen behandlungsbedingter Schäden und Sorgfaltpflichtverletzungen (Brennan et al. 1991)⁷. Die Rate behandlungsbedingter Gesundheitsschäden einschließlich Sorgfaltpflichtverletzungen wurde auf 3,7% geschätzt sowie die Rate der Sorgfaltpflichtverletzungen insgesamt mit 1,0% angegeben⁸. Ein anderer aufsehenerregender Bericht stammt aus dem Institute of Medicine der American National Academy of Sciences (Kohn et al. 1999), in dem die Zahl von Todesfällen für die USA aufgrund medizinischer „Fehler“ von 44.000 bis 98.000 pro Jahr geschätzt wurde (Kohn et al. 1999). Für Deutschland gibt es eine entsprechende Hochrechnung, bei der nach einem systematischen Review bei 0,1% aller Krankenhauspatienten aufgrund eines unerwünschten Ereignisses bzw. vermeidbaren unerwünschten Ereignisses eine Todesfolge zugrunde gelegt wurde und demnach in Deutschland von ca. 17.000 Todesfällen pro Jahr nach Behandlungen im Krankenhaus ausgegangen wird (Aktionsbündnis Patientensicherheit 2007). In den Medien wurde diese Zahl publikumswirksam ins Verhältnis (5:1) zu den Verkehrstoten gesetzt⁹. Auch wenn diese Zahlen für die stationäre Krankenhausbehandlung hochgerechnet wurden und nicht für die ambulante Tätigkeit der Zahnärzte gelten, führen derartige Zahlen zu Angst vor ärztlichen Eingriffen und allgemein zu einem großen Misstrauen in die professionelle Arbeit ärztlicher Behandler und sollte auch daher von der Profession aufgegriffen und offensiv bearbeitet werden.

Die vorliegende Arbeit soll den Stand im zahnärztlichen Gutachterwesen vorstellen und einen Beitrag zur Erforschung der Konfliktverarbeitung in der zahnärztlichen Profession leisten. Ziele für den Patienten sind die Verbesserung der Patien-

⁷ Die genannte Studie wurde 13 Jahre später, im Jahr 2004, in der Zeitschrift *Quality & Safety in Health Care* (seit 2011: *BMJ Quality & Safety*) nochmals veröffentlicht und kommentiert.

⁸ Nach den Definitionen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS) müsste man korrekt von „unerwünschten Effekten“ und „vermeidbaren unerwünschten Effekten“ sprechen (vgl. Kapitel 2.2).

⁹ In der Pressemitteilung der AOK zum Krankenhaus-Report 2014, dessen Schwerpunkt im Jahr 2014 die Patientensicherheit war (Klauber et al. 2014), wurde medienwirksam die Zahl von 19.000 Toten pro Jahr durch Behandlungsfehler in Deutschland herausgestellt. Dieser „neuen“ Zahl lag keine neue Untersuchung zugrunde, sondern die aus früheren Schätzungen bekannten 0,1% Behandlungsfehlertoten wurden in Relation zu den gestiegenen stationären Behandlungen gesetzt. Es handelte sich also lediglich um eine Hochrechnung anhand der im Jahr 2007 veröffentlichten Daten.

tenversorgung durch Erhöhung der Patientensicherheit, der Versorgungsqualität und des „Verbraucherschutzes“. Für das Gutachterwesen ist das Ziel, die Qualität im Gutachterwesen zu steigern, und für die Profession Zahnmedizin sollen Perspektiven zur Professionsentwicklung aufgezeigt werden (vgl. Erkenntnisinteresse Kapitel 1.4 und empirische Fragestellung Kapitel 3.4).

1.2 Fallsynopse

Um weiter in das Forschungsthema einzusteigen, wird eine Fallvignette eingeführt, in der das Fallerleben und die Erwartungen an das Verfahren der Konfliktbearbeitung aus Sicht eines praktizierenden Zahnarztes, der in einen Gerichtsprozess verstrickt war, geschildert werden. Basis dieser Darstellung ist eine Rekonstruktion von Auseinandersetzungen zwischen Zahnärzten und Patienten in realen Konfliktfällen (Reiß 2011). Dabei wird die Perspektive des Zahnarztes eingenommen, dessen Erleben im Streitfall dargestellt und dadurch indirekt Erwartungen und Ansprüche an ein funktionierendes Gutachterwesen abgebildet.

„Fallstudienansätze“ eignen sich zur Vorbereitung, Spezifizierung oder Ergänzung von Annahmen. Fallstudien¹⁰ können eine Problematik in unterschiedlichen Facetten darstellen, wobei es keinen Konsens über Grundmerkmale einer Fallstudie gibt (Blatter 2008)¹¹. Varianten von Fallstudien sind Intensivfallstudien, vergleichende Fallstudien, anekdotische Verweise auf eigene Erfahrung und Kurzfallstudien (Dick 2011). Zur Einführung wird die Fallsynopse im Sinne einer exemplarischen „Kurzfallstudie“ verwendet. Diese wurde der empirischen Datenbasis entnommen, die eine Stichprobe von acht narrativen und leitfadengestützten Interviews¹² mit Zahnärzten als Interviewpartner umfasst, die im Rahmen einer Masterarbeit zum Erleben des Gerichtsverfahrens aus der Perspektive des betroffenen Behandlers durchgeführt wurden (Reiß 2011). Aus den Interviews wurde derjenige Fall exemplarisch verdichtet, in dem der Beginn einer Behandlung bis zum Abschluss der gerichtlichen Auseinandersetzung geschildert wurde und gleichzeitig der Streitfall verschiedene Problemfelder zutage brachte. Es ging nicht um eine detaillierte Prozessanalyse aus mehreren Perspektiven, sondern um die kurze Schilderung anhand der Realität im Stil einer sachlichen Reportage, leicht typisiert und verfremdet. Daher wird hier der Begriff Fallsynopse verwendet und im Weiteren nicht mehr von einer Kurzfallstudie gesprochen.

¹⁰ In der Lehre wurde die Fallstudie in den Rechtswissenschaften von Christopher Columbus Langdell an der Harvard Law School 1870 eingeführt (Garvin 2003; Langdell 1871).

¹¹ Zentral sind jedoch Kontextbezug, Methodenkombination, Multiperspektivität und Offenheit.

¹² Narrative Interviews gehen auf den Soziologen Fritz Schütze zurück. Das narrative Verfahren besteht aus dem Erhebungsinstrument narratives Interview und dem Auswertungsverfahren Narrationsanalyse (Schütze 1977). Das narrative Interview ist eine Interviewkommunikation, die dem Befragten die Ausgestaltung der vereinbarten Thematik überlässt, ihm zugleich aber auch heikle Informationen entlockt und anwendbar ist, wenn der Informant selbst handelnd oder erleidend in den Vorgang involviert war (Küsters 2009). Der Interviewte wird anhand einer erzählgenerierenden Eingangsfrage zum Wiedererleben eines Geschehens in einer autonomen Stegreiferzählung, in der Zugzwänge des Erzählens wirksam werden, gebracht (Bohnsack 2010; Küsters 2009).

Inhaltliche Fallsynopse „Der frisch niedergelassene Zahnarzt“

Ein Zahnarzt berichtet über einen bereits zehn Jahre zurückliegenden Behandlungsfall, der sich drei Monate nach seiner Niederlassung in eigener Praxis ereignet hat und der vor Gericht landete. In der Praxis stellte sich damals ein älterer Herr vor, den der Zahnarzt als ein bisschen extrovertiert beschreibt und der ihm auf Anhieb irgendwie sympathisch war. Der Patient hatte seinen Zahnersatz im Unterkiefer verloren und brauchte daher eine neue Prothese im Unterkiefer. Bei der klinischen Untersuchung stellte sich heraus, dass die Versorgung im Oberkiefer insuffizient war. Diese sollte auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten jedoch belassen werden, sodass lediglich im Unterkiefer ein neuer Zahnersatz geplant und dann auch hergestellt wurde. Beim Eingliedern der Arbeit, so erinnert sich der Zahnarzt, schaute der Patient ihn kritisch an und bemerkte, dass ja alles schief und krumm sei. Der Zahnarzt erklärte, dass dies so sein müsse und eine ideale Aufstellung der Zähne deswegen nicht möglich sei, da dies ja an die Oberkieferzähne angepasst werden müsse, damit man richtig kauen könne. Beim Kontrolltermin äußerte der Patient, dass er zwar optisch nicht ganz so zufrieden sei, aber er gut kauen könne. Daraufhin schickte der Zahnarzt dem Patienten die Rechnung über den vereinbarten Eigenanteil von etwa 300 Euro. Der Zahnarzt registrierte, dass der Patient nicht zu einem weiteren Kontrolltermin erschienen war und die Rechnung nicht beglichen wurde. Daraufhin schickte er eine erste Mahnung, dann eine zweite und er beauftragte, da beides nicht erfolgreich war, schließlich einen Rechtsanwalt, um das Geld einzutreiben. Hierauf äußerte der Patient nun, dass die Prothese für ihn unbrauchbar sei und er diese nicht tragen würde. Aufgrund des ausstehenden Honorars reichte der Zahnarzt Klage ein.

Das Gericht beauftragte den ehemaligen Prothetik¹³-Professor des Zahnarztes mit der Erstellung eines Sachverständigengutachtens. Dies sei für den Zahnarzt zusätzlich eine heikle Situation gewesen. Er sei extrem angespannt gewesen und habe sich gefragt, ob er etwas übersehen und irgendeinen Fehler gemacht hätte. Bei der gutachterlichen Untersuchung, so erfuhr der Zahnarzt, solle er anwesend sein. Dies habe ihn weiter aufgewühlt und beschäftigt. Dazu kam, dass der Untersuchungstermin bereits wochenlang vorher feststand und er sich fragte, was der Gutachter eigentlich von ihm wolle. Es stellte sich heraus, dass dieser nur wissen wollte, ob der angefertigte Zahnersatz auch tatsächlich von ihm angefertigt wurde, da es wohl schon vorgekommen sei, dass ein anderer Zahnersatz bei der Begutachtung im Patientenmund vorhanden war. Er hätte dann längere Zeit vor der Tür gewartet, da sich die Untersuchung durch den Professor unendlich lange hingezogen habe. Was bei der Begutachtung einer einfachen Prothese solange dauerte, konnte er sich nicht erklären. Eine Auskunft nach der Untersuchung, was mit der Arbeit nun sei, habe er vom Gutachter nicht bekommen. Es hätte nur den üblichen Smalltalk zwischen Hochschullehrer und ehemaligem Studenten

¹³ Das Fachgebiet Prothetik umfasst festsitzenden und herausnehmbaren Zahnersatz.

gegeben. Vier Monate später kam schließlich das Sachverständigengutachten, das insgesamt 25 Seiten umfasste. Im Gutachten, so schildert der Zahnarzt, wurde seine Arbeit sehr gelobt, keine Mängel seien feststellbar, alles sei in Ordnung, alle Mängel, die der Patient angab, seien eben nicht besser herstellbar gewesen, weil ja im Oberkiefer die Versorgung belassen werden sollte. Da sei ihm ein Stein vom Herzen gefallen. Die Sicherheit im Praxisalltag sei schon etwas verloren gegangen gewesen, das permanente Nachdenken über den Fall habe ihn sehr belastet und es habe ihn immer gefreut, wenn er eine Behandlung durchführte, in der er abschalten konnte.

Das Gericht ist der Bewertung im Sachverständigengutachten gefolgt. Der Patient bekam eine Zahlungsaufforderung, zahlte jedoch wieder nicht. Der Patient teilte dem Gericht mit, er hätte kein Geld. Daraufhin gab es einen erneuten Gerichtsbeschluss, in dem nun explizit festgehalten wurde, dass der Patient Raten von 15 Euro monatlich ohne irgendwelche Zinsen zahlen müsse. Der Patient zahlte nun einen Monat und dann wiederum einen Monat nicht. Bei Schreiben wegen ausbleibender Zahlung hatte dieser dann ebenfalls wieder schriftlich geantwortet, warum er diesen Monat nicht zahlen könne. Schlussendlich hatte es drei Jahre gedauert, bis die Raten vollständig gezahlt waren. Die letzte Summe kam dann sogar per Verrechnungsscheck, sodass dem Zahnarzt beim Einlösen auch noch Kosten entstanden seien. Aus der klitzekleinen Behandlung mit dem geringen Eigenanteil sei ein vierjähriger Prozess entstanden, an den er noch heute hin und wieder denken müsse. Es stellte sich nun noch die Tragik ein, dass der Patient sechs Wochen nach der letzten Zahlung verstorben war. Der Zahnarzt reflektiert, dass das jahrelange Beschäftigen mit dem Fall diese 300 Euro definitiv nicht wert

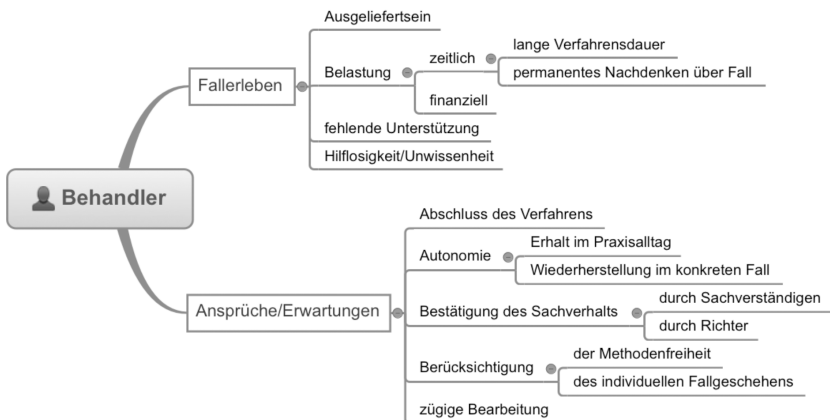


Abbildung 1
Fallerleben und Ansprüche/Erwartungen des prozessbeteiligten Zahnarztes gegenüber dem Verfahren in der Fallsynopse

war und dass nicht nur ihn, sondern vermutlich auch den Patienten die Auseinandersetzung belastet habe. Da sich dieser Vorfall zur Zeit der Praxiseröffnung ereignet hatte, war er damals in großer Sorge, der Patient würde den Vorfall verbreiten. Beim Anwalt fühlte er sich wie ein dummer Junge behandelt bzw. gar wie ein Schwerverbrecher, für den man erst etwas tut, wenn klar ist, wie bezahlt wird. Genauso empfand er es mit seiner Rechtsschutzversicherung, der er erst darlegen musste, warum der Erfolg der Klage wahrscheinlich war.

Die Fallsynopse lässt sich wie folgt kommentieren¹⁴: Ein Zahnmediziner, der in seiner Praxis einige Monate niedergelassen ist, schildert seinen allerersten Fall als Behandler, der zu einer Auseinandersetzung vor Gericht führte. Während häufig Patienten primär Beschwerden vortragen und es beispielsweise dann zu einer Zivilklage kommt, wenn der Zahnarzt trotz Nachbesserungen keine Abhilfe schaffen konnte und die Zahlung der Rechnung im Raum steht, klagt im vorgestellten Fall der Zahnarzt wegen ausstehendem Honorar, erst dann werden vom Patienten konkrete Beschwerden vorgetragen. Charakteristisch ist an dem Fall hingegen, dass es um Zahnersatz geht (Brauer et al. 2008; Schmedes 2014). Auch ist typisch, dass der Behandler als jüngerer Professionsangehöriger kurz nach der Niederlassung wenig Ahnung hat, wie der Verfahrensablauf in der Begutachtung und vor Gericht ist. Das Verhalten des Patienten im Rechtsstreit ist dagegen nicht als typisch anzusehen. Den Rechtsstreit erlebt der Zahnarzt als belastend. Einerseits empfindet er den langen Zeitraum und das ständige Nachdenken über den Fall als sehr belastend, andererseits hat er Sorge, dass der Patient gegen ihn und seine Praxis „Stimmung macht“. Durchaus repräsentativ für den Bereich Gerichtsgutachten ist, dass das Gericht den Gutachtenauftrag an einen Universitätsprofessor vergibt, und ebenso ist charakteristisch, dass das Gericht dem Sachverständigengutachten vollumfänglich folgt (Schaeffer 2013; Schmedes 2014). Man spürt im geschilderten Verfahrensablauf, dass der Zahnarzt außerordentlich unsicher ist, etwa wie das richtige Verhalten in einem Konfliktfall bzw. einem Rechtsstreit ist. Beispielsweise war ihm die Vorgehensweise mit der Rechtsschutzversicherung und dem Rechtsanwalt unbekannt. Genauso war ihm der Ablauf der gutachterlichen Untersuchung nicht geläufig. Es ist auffällig, dass sich der Behandler stark verunsichern lässt, da der Fall auch in seine tägliche Praxis mit hineinspielt. Die Sorge davor, einen Fehler begangen oder etwas übersehen zu haben, ist groß. Insgesamt ist das Verhalten des Zahnarztes nicht von Selbstbewusstsein geprägt und zeugt von großer Unsicherheit. Erstaunlich ist die Betroffenheit noch nach so langer Zeit genauso wie die massiven Auswirkungen auf den Alltag. Dem Zahnarzt fehlt die innere Distanz. Er empfindet es als belastend sich vor Gericht entblößen zu müssen und fürchtet den Kontrollverlust. Ebenso ist für ihn sehr belastend, dass das Verfahren kein Ende findet. Auch heute noch scheint der Fall für ihn nicht abgeschlossen. Durch Verlust der Autonomie, Angst durch

¹⁴ Das Interviewtranskript wurde inhaltsanalytisch ausgewertet und entlang des realen Prozessverlaufs verdichtet. Einige Kommentare wurden im ZSM-Methodenworkshop 2012 in Magdeburg erarbeitet und Ergebnisse aus der Masterarbeit Reiß (2011) berücksichtigt.

Unwissenheit und das Gefühl, dass es einem den Boden unter den Füßen wegzieht, fühlt sich der Zahnarzt dem Verfahren ausgeliefert. In der Selbstreflexion überlegt er, wann bzw. ob ein Verfahren sich überhaupt lohnt. Insgesamt stellen sich aus Sicht der Profession Fragen wie beispielsweise: Was bedeutet es „Fehler“ zu machen und funktioniert das Gutachterverfahren zuverlässig und adäquat? Die Schilderung gibt erste Hinweise auf Probleme im Gutachterwesen, die von der streitbefangenen Profession bisher ungenügend bearbeitet wurden. Anhand der acht Interviews fassten Reiß et al. (2013, S. 297-298) zusammen:

„Die Verfahren wurden von allen Interviewten als belastend empfunden. Als Belastungen wurden ‚großer Zeitaufwand‘ (87,5%), ‚lange Dauer des Verfahrens‘ (87,5%), ‚finanzielle Belastungen‘ (75,0%), ‚fehlende Unterstützung‘ (62,5%) und ‚das Gefühl, ungerecht behandelt worden zu sein‘ (50,0%), genannt. Einzelne Interviewte nannten emotionale Betroffenheiten wie ‚Angst‘, ‚Verzweiflung‘, ‚Wut‘, ‚Hilflosigkeit‘, ‚Enttäuschung‘, ‚Ausgeliefertsein‘ und ‚schlaflose Nächte‘.“

Offensichtlich ist, dass Konflikte Zeit kosten und die emotionale Belastung sich auch auf die Motivation sowie Konzentration der Konfliktparteien auswirkt und auf diese Weise zusätzliche Kosten entstehen (Tries/Reinhardt 2008). Aus der Konfliktforschung ist ferner bekannt, dass selbst professionelle Konfliktmanager Stress ausgesetzt sind, wenn sie selbst von einem Konflikt betroffen sind (Tries/Reinhardt 2008). Diese Befunde zeigen nun auch aus der Perspektive des prozessual involvierten Behandlers deutlich die Relevanz einer systematischen Konfliktbearbeitung durch die „streitverursachende“ Profession.

1.3 Zusammenfassung und Modell

Das Prozessmodell zum Scheitern der Arzt-Patienten-Beziehung (Reiß 2011) beschreibt:

„Patient und Zahnarzt gehen als Laie und Experte ein Aktionsbündnis ein, das vom asymmetrischen Wissensstand über Ausgangsbefund, Therapiemöglichkeiten und die geplante Behandlung geprägt ist. Nach anfänglichem Einvernehmen kommt es im Behandlungsverlauf zu Differenzen und unterschiedlichen Bewertungen des Behandlungsergebnisses, diese nehmen wiederum Einfluss auf die Arzt-Patienten-Beziehung. Die Differenzen wirken nicht nur auf der Ebene des Aktionsbündnisses, sondern im Laufe der Zeit verstärkt auch auf der alltäglich-informellen Ebene. Im Verlauf können diese Spannungen größeres Gewicht erhalten für die Psychodynamik des Falles, als das in der zahnärztlichen Behandlung entstandene ungelöste Problem, die Beziehungsebene überlagert die Sachebene. Beschwerden, für die keine organische oder im zahnärztlichen Bereich verortbare Erklärung bzw. Lösung

gefunden werden können, wirken sich mit ihrer Fortdauer erheblich belastend auf die Arzt-Patienten-Beziehung aus. Wird die Beziehung ein- oder beidseitig als gescheitert angesehen, wird die juristische Profession eingeschaltet. Von nun an unterliegt der Konfliktfall den ‚Spielregeln‘ der Juristen. Er entgleitet Zahnarzt und Patient gleichermaßen, und die Arzt-Patienten-Beziehung geht durch die kontradiktorische Konstellation vor Gericht zwangsläufig zu Bruch. Erst der formale Abschluss des Verfahrens bietet für den Zahnarzt eine Chance, das Geschehen aus der Distanz zu reflektieren um daraus als Arzt zu lernen“ (Reiß et al. 2013, S. 299).

Das Modell ist in der Abbildung 2 dargestellt. Schaefer (2013) entwickelte dieses Muster etwas weiter, indem sie die Krise, die professionell zu bearbeiten ist, auf drei Stufen identifizierte, und zwar als Krise erster Ordnung, die den Patienten zum Zahnarzt führt, als Krise zweiter Ordnung, in der die Arzt-Patienten-Beziehung häufig durch Vertrauensverlust des Patienten belastet wird und meist auf weitere Personen ausgedehnt wird, und als Krise dritter Ordnung, in der der entstandene Konflikt schließlich unter Hinzuziehung der juristischen Profession im Zusammenspiel mit dem Sachverständigen weiter bearbeitet wird (Schaefer 2013). Ausgehend von diesem Modell wird das Forschungsthema bearbeitet.

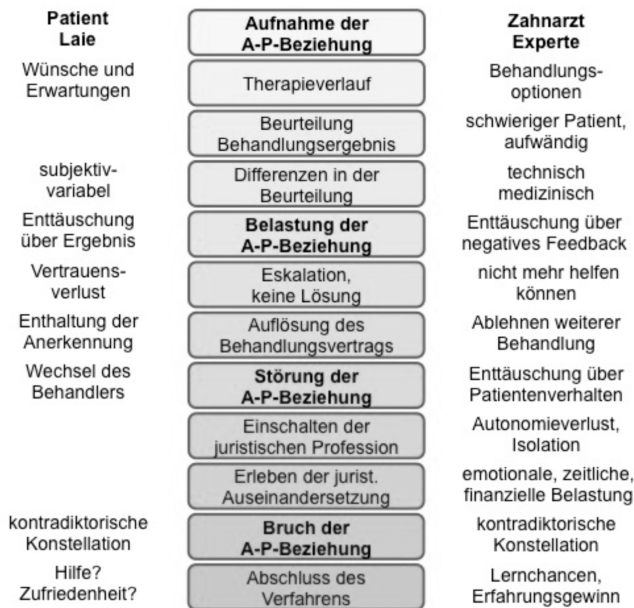


Abbildung 2
Modell zum Scheitern der Arzt-Patienten-Beziehung nach Reiß (2011)

1.4 Erkenntnisinteresse

Wie aus den einleitenden Ausführungen ersichtlich, gibt es gute Gründe, anzunehmen, dass das Gutachterwesen professionsrelevant ist und eine fortschreitende Professionalisierung des Gutachterwesens dazu eignet ist, Entwicklungsimpulse für den Berufsstand zu setzen. Diese Impulse können über eine Verbesserung des Gutachterwesens hinausgehen und eine Professionsentwicklung bewirken mit den Zielen Vertrauenserhalt in die Profession, Erhöhung der Patientensicherheit sowie Sicherstellung und möglicherweise auch Verbesserung der Versorgungsqualität. Die Arbeit verfolgt somit ein berufsständiges Interesse und soll konkret einen Beitrag zur Forschung in der Konfliktverarbeitung in der Zahnmedizin leisten, Perspektiven für das Gutachterwesen aufzeigen und eine Hilfe für Entscheidungsprozesse der Profession sein. Das Erkenntnisinteresse lässt sich wie folgt beschreiben:

- Welche Maßnahmen sind geeignet, um das Gutachterwesen voranzubringen?
- Wie kann das Vertrauen der Gesellschaft in die Profession Zahnmedizin im Gutachterwesen erhalten und gestärkt werden?
- Was können der einzelne Zahnarzt und die Profession entlang von Konflikten lernen?
- Was kann und will das zahnärztliche Gutachterwesen gewährleisten?

Um dieses Thema überhaupt bearbeiten zu können, die Forschungsfragen gegebenenfalls entsprechend zu präzisieren und in eine empirische, beantwortbare Fragestellung zu überführen, sind im nachfolgenden Kapitel 2 die theoretischen Grundlagen der Professionstheorie, die zahnärztliche Profession und die Professionsentwicklung dargestellt. Im Kapitel 3 wird die Konfliktbearbeitung in der Arzt-Patienten-Beziehung vorgestellt und das Gutachterwesen als ein wesentliches Instrument zur professionellen Entwicklung eingeführt.

Theoretische Grundlagen

2

2.1 Professionstheorie

Im Kapitel Professionstheorie wird nach einem Aufriss zur Professionstheorie, in dem Professionalisierung, Professionen und professionelle Tätigkeit erläutert werden, die Profession Zahnmedizin vorgestellt. Daran schließt sich ein weiteres Kapitel zur Professionsentwicklung und zum Konzept Continuing Professional Development an.

2.1.1 Professionalisierung, Professionen und professionelle Tätigkeit

Während der Übergang von einer einfachen Tätigkeit zu einem Beruf als Verberuflichung bezeichnet wird, bedeutet Professionalisierung im lexikalischen Sinne den Prozess der Entwicklung einer Berufsgruppe in Richtung einer Profession (Mieg 2005; Nittel/Seltrecht 2008). Professionalisierung muss daher nicht zwangsläufig in einer Profession münden. Sozialwissenschaftlich bedeutet Professionalisierung im weiteren Sinne „den Übergang von Tätigkeiten zu bezahlter Arbeit, die gewissen einklagbaren Qualitätsstandards unterliegt“ (Mieg 2005, S. 342). In der Umgangssprache bezeichnet Professionalisierung dagegen den Übergang vom Amateur zum Profi. Unter Professionalisierung werden alltagssprachlich auch eine Standardisierung, Systematisierung, Formalisierung, Qualitätsverbesserung, Spezialisierung und Verwissenschaftlichung verstanden. Professionalität dagegen meint eine besondere Form der Qualität, mit der man eine berufliche Leistung oder einen Kompetenzvorsprung beschreibt, die den Akteuren im Sinne des Expertentums zugeschrieben werden, oder aber auch die Einnahme einer distanzierten Ausübung einer beruflichen Rolle (Dick/Wasian 2011, S. 50). Das Gegenteil von Professionalität wäre als Dilettantismus zu bezeichnen. Unschuld (2005) beschreibt dagegen Deprofessionalisierung als komplexen gesellschaftspolitischen Vorgang und als Begriff für den Rückgang der Entscheidungsbefugnis einer Berufsgruppe über die von ihr zu leistenden Tätigkeiten.

Unter einer Profession ist nun als eine mögliche Definition zu verstehen (Dick 2008, S. 146): „Eine Profession ist eine Berufsgruppe, die eine eigenständige, gesellschaftlich bedeutsame Leistung erbringt und dazu ein besonderes Maß an Autonomie besitzt. Der Status einer Profession gilt weithin als privilegiert.“ Die professionelle Tätigkeit ist folglich eine spezifische und herausgehobene Strukturvariante beruflichen Handelns (Helsper et al. 2000).

„Professionelles Handeln lässt sich in (mindestens) zweierlei Hinsicht begreifen: zum einen als Handeln von Professionellen (wer handelt?), zum anderen als Handeln einer bestimmten Qualität (wie, auf welche Art und Weise wird etwas getan?)“ (Pfadenhauer 2005, S. 7).

Eine häufig zitierte Definition für Professionen ist der Teilaspekt, dass die Professionellen „die Berufsidee reflexiv handhaben, also das Wissen und das Ethos eines Berufs bewusst kultivieren, kodifizieren, vertexten und damit in die Form einer akademischen Lehrbarkeit überführen“ (Stichweh 1996, S. 51).

Professionen sind ein klassischer Gegenstand der Soziologie, wobei sich als Teildisziplin der Soziologie die Professionssoziologie etabliert hat (Helsper et al. 2000). In der angloamerikanischen Berufswelt sind die „professions“ die Bezeichnung für organisierte Berufsgruppen mit einer relativ großen Autonomie (Mieg 2003, 2005). Mit dieser Bezeichnung werden die „professions“ gegenüber den Berufen („occupations“) abgegrenzt, und diesen „professions“ entsprechen in der deutschsprachigen Arbeitswelt am ehesten die freien Berufe (Mieg 2003, 2005). „Die Bezeichnung ‚frei‘ bezieht sich ursprünglich auf das Studium der sieben freien Künste: Grammatik, Rhetorik, Dialektik, Arithmetik, Geometrie, Astronomie und Musik“ (Mieg 2005, S. 343).

Zur Begriffsbestimmung von Professionen sind die freien Berufe jedoch ungeeignet. Die oben genannte Autonomie der Professionen äußert sich in der Kontrolle über die Arbeitsbedingungen (Freidson 1983). Im Speziellen sind dies die Definitionsmacht für die Berufsausbildung und die Kontrolle über den Marktzutritt sowie die Macht über die Definition, Organisation und Bewertung bestimmter Leistungen (Mieg 2003; Mieg 2005). Als klassische Professionen (Leitprofessionen) gelten vielfach die Ärzte, Juristen und die Theologen. Diese Professionen repräsentierten als sogenannte gelehrte Stände die wesentlichen gesellschaftlichen Problembezüge der Person, nämlich das Verhältnis zu sich selbst, zu anderen Menschen und zu Gott (Combe/Helsper 1996).

Mit dem umfangreichen Werk *The Professions* der Engländer Carr-Saunders & Wilson (1933), in dem der Werdegang und Stand von 26 „professions“ erörtert wurde¹⁵, und dem Beitrag von Parsons (1939)¹⁶ nahm die angloamerikanische Professionssoziologie ihren Anfang. Für Amerika sind ergänzend die beiden Vertreter Robert E. Park und Everett C. Hughes zu erwähnen (Nittel/Seltrecht 2008). Abgegrenzt wird die angloamerikanische Professionssoziologie von der kontinentaleuropäischen Situation¹⁷ der deutschsprachigen Professionssoziologie.

¹⁵ Darunter sind auch die Zahnärzte vertreten.

¹⁶ Das Original ist erschienen unter Parsons, T. (1939). The professions and social structure. *Social Forces*, 17 (4), 457-467; herangezogen wurde die deutsche Übersetzung bei Parsons (1964).

¹⁷ So ist in Deutschland die Berufsausbildung weitgehend staatlich reguliert und die Rückbindung auf die drei auf ein bestimmtes Berufsbild bezogenen Fakultäten der mittelalterlichen Universität (Theologie, Recht und Medizin) trifft nur für die kontinentaleuropäische Situation zu (Mieg 2003).

Die Unterschiede der beiden Theorien liegen im historisch begründeten Ausmaß¹⁸ der Autonomie von Professionen (Mieg 2003). Freidson schlug daher vor, ein ausbildungsorientiertes Professionskonzept (umfasst eine ganze Bandbreite von Berufsgruppen mit statushoher Ausbildung) von einem Konzept von Professionen im engeren Sinne, die sich durch besondere institutionelle und ideologische Merkmale gegenüber anderen Berufen auszeichnen, zu unterscheiden (Freidson 1983, zit. nach Mieg 2005).

Ein gewisser Konsens besteht über die charakteristischen Rahmenbedingungen von Professionen (vgl. Mieg 2003). So gibt es einen gesellschaftlich relevanten Problembereich und einen zugehörigen Bereich von Handlungs- und Erklärungs-wissen. Es gibt den Bezug zu einem gesellschaftlichen Zentralwert (z. B. Gesundheit und Gerechtigkeit). Professionen zeichnen sich zudem durch eine gewisse Gemeinwohlorientierung aus (Parsons 1964). Es gibt eine akademische Sozialisation, also eine akademische Ausbildung (d. h. einen theoretisch fundierten Ausbildungsgang auf akademischem Niveau, und zwar häufig in staatlich lizenzierter Form), die abstraktes Wissen (Sonderwissen mit spezieller Fachterminologie) zur Verfügung stellt, das für die professionelle Berufstätigkeit unverzichtbar scheint (Abbott 1988; Mieg 2005). Die Professionsangehörigen arbeiten in einem temporären Arbeitsbündnis in direktem Kontakt (persönliche Exponiertheit) mit den Klienten, die in zentralen Fragen des Lebens Rat und Hilfe suchen (Klientenbezug) (Dick/Wasian 2011). Die Anwendung des erworbenen Wissens der Professionellen „erschöpft sich nicht in der Anwendung von Regeln und Routinen, sondern jeder Einzelfall erfordert eine eigene Analyse und Handlungsbegründung“ (Dick 2008, S. 147). Diese Einzelfallarbeit lässt sich nicht bzw. nur in begrenzten Teilbereichen standardisieren (sonst wäre sie an Nichtprofessionelle delegierbar) oder anderweitig automatisieren (vgl. Dick/Wasian 2011). Die „Inferenz“ ist der Raum des autonomen, selbstverantworteten Entscheidens des Professionellen (siehe Abbildung 3). Diese Entscheidung des professionellen Akteurs kann nicht delegiert werden, die Routinen der Analyse und der Intervention hingegen schon (Dick 2008).



Abbildung 3
Inferenz als Kernkomponente der professionellen Tätigkeit
(Abbott 1988; vgl. Mieg 2005 und Dick 2008)

¹⁸ Während in England und Amerika sich die Professionen „aus sich selbst heraus“ entwickelten, wurden in Deutschland und Frankreich die Professionen durch „staatlich regulierte Ausbildungsgänge und Berufsordnungen“ definiert (Mieg 2003, S. 342).

Aus dem gesellschaftlich relevanten Problembereich mit dem dazu gehörigen Handlungs- und Erklärungswissen erwächst der Profession eine Monopolstellung, d.h. die Ausbildung und Ausdehnung eines berufsspezifischen Marktes, und die Gesellschaft räumt ihr hierzu ein hohes Maß an Autonomie in der Berufsausübung ein (gesellschaftliches Mandat). Dies bedingt wiederum eine Habitualisierung der Selbstkontrolle des einzelnen Berufsinhabers (Combe/Helsper 1996). Häufig gibt es in einer Profession einen Berufsverband bzw. eine berufsständische Interessensvertretung. Die Selbstverwaltung regelt den Zugang zur Berufsgruppe, die Lizensierung der Tätigkeit und die Kontrolle der Einhaltung von Qualitätsstandards (Dick 2008). Vielfach verankert die Profession innerprofessionell einen Ethikcode. Die Vergütung ist von der Erbringung der professionellen Leistung weitgehend abgekoppelt (Borchert 2003). An dieser Stelle muss man festhalten, dass die Professionsangehörigen ihre Privilegien als Grundlage für eine helfende Beziehung erhalten (Dick/Wasian 2011).

Zur Differenzierung verschiedener Handlungsfelder in der Pädagogik fanden Nittel & Seltrecht (2008) einen einleuchtenden Wirkungs- und Ableitungszusammenhang zur Berufsform Profession (vgl. Abbildung 4). Die entscheidenden fünf aufeinander aufbauenden Faktoren sind demnach: Erstens existiert „für die Gesellschaft und das Individuum eine existenziell bedeutsame und historisch weitgehend invariante, objektive Problemstruktur“, zweitens erzeugt diese Problemstruktur „eine sozial allseits gebilligte Relevanzstruktur“, drittens kann diese Relevanzstruktur „in eine berufliche Aufgabenstruktur [...] transformiert werden“, viertens kann die Aufgabenstruktur durch eine „Reflexions-, Analyse-, Legitimations- und Handlungsgrundlage durch eine akademische Fachdisziplin“ mit korrespondierender „Wissensstruktur“ sichergestellt werden, und fünftens erwächst aus der Wissensstruktur „eine an Personen gebundene problemlösungstaugliche, auf Wissen und Können basierende Kompetenzstruktur“ (Nittel/Seltrecht 2008, S. 125).



Abbildung 4
Systematischer Wirkungs- und Ableitungszusammenhang zur Berufsform Profession
nach Nittel & Seltrecht (2008, S. 125)

Ein definitorischer, merkmalsorientierter Ansatz als Attributemodell (auch als indikationstheoretisches, indikatorisches oder berufsstrukturelles Modell bezeichnet) bezieht sich auf die äußeren Merkmale einer Profession. Prominente

Vertreter der merkmalsbezogenen Professionsforschung sind Robert K. Merton und William H. Goode. Dieser Ansatz hilft für ein tieferes Verständnis von Professionen jedoch alleine nicht weiter. Dennoch wird unmittelbar daraus verständlich, dass sich Forschungsarbeiten zunächst darum zentrierten, welcher Beruf überhaupt einer Profession zuzurechnen sei. Hieraus entsprang die bekannte Fragestellung der Arbeit¹⁹ *The Professionalization of Everyone?* von Wilensky (1964) und auch die Entstehung des etwas zweifelhaften Etiketts einer „Semiprofession“ wird begreiflich (z.B. Cassier-Woidasky 2012). Beispiele für Semiprofessionen sind die Soziale Arbeit und die Pflege. Beispielsweise ist bei der Pflege eine Gemeinwohlorientierung unmittelbar ableitbar. Trotz Akademisierung als formalem Professionsattribut (z.B. Einführung von Pflegestudiengängen, Aufnahme von Forschungsaktivitäten und Einführung von Promotionen und Habilitationen) und der Erklärung der Selbstpflegefähigkeit zum Zentralwert des „Wundmanagers“ und trotz Kompetenzzuwachses durch Übernahme „ärztlicher“ Tätigkeiten (mit der zweifelhaften Begründung des Kostenvorteils) fehlt der Pflege die für Professionen wesentliche Autonomie (Cassier-Woidasky 2012).

Während der Begriff Profession auf der Makroebene eher statisch verortet ist und Professionalisierung auf der Mesoebene anzusiedeln ist, betrifft Professionalität die Mikroebene zwischen Professionellem und Klienten. Es wird daraus verständlich, dass neue oder aufstrebende Berufe sich insbesondere auf die Professionalität beziehen. Spezifische Professionstheorien erklären allgemein die Entstehung von Professionen. Wie schon angeführt, wird die angloamerikanische von der kontinentaleuropäischen Situation unterschieden. Miege (2003) unterteilt in die drei angloamerikanischen Theorieansätze: funktionalistischer Ansatz, machtheoretischer Ansatz und interaktionistischer Ansatz. In Anlehnung an diese Zusammenfassung bei Miege (2003, S. 29-32) werden diese kurz vorgestellt:

- **Funktionalistischer Ansatz:** In diesem auch als klassisch zu bezeichnenden Professionsansatz übernehmen Professionen als akademische Berufe zentrale gesellschaftliche Aufgaben bzw. Funktionen (z.B. Sorge um Gesundheit und Rechtssystem) und erhalten hierzu gewisse Rechte (z.B. Autonomie und überdurchschnittliches Einkommen) sowie Pflichten. Professionen üben Autorität (z.B. Arzt stellt „Verordnungen“ aus) durch fachliche Kompetenz in ihrem speziellen „funktionalen Feld“ aus (Parsons 1964). Prominenter Vertreter dieses Ansatzes ist Talcott Parsons. Parsons (1964) betont die Gemeinwohlorientierung (Kollektivitätsorientierung und Integrationsleistung) von Professionen. Zudem enthält die professionelle Tätigkeit das Risiko des Scheiterns.
- **Machtheoretischer Ansatz:** Bei diesem Ansatz werden Professionen als wirtschaftlich-gesellschaftliche Machtträger (Monopolträger) angesehen, da sie bestimmte Berufsfelder kontrollieren. Die Gemeinwohlorientierung dient dabei als Ideologie und zur Legitimation eines kollektiven Aufstiegsprojekts

¹⁹ Auch hier wurde das Berufsbild Zahnmedizin unter die etablierten Professionen eingeteilt (Wilensky 1964, S. 143).

von Mitgliedern der Mittelschicht (vgl. Johnson 1972; Larson 1977, beide zit. nach Borchert 2003). Insgesamt besteht beim machttheoretischen Ansatz eine Art „Verschwörungscharakter“.

- Interaktionistischer Ansatz (Chicagoer Schule): In den Vordergrund tritt bei den Vertretern der Chicagoer Schule (u. a. Eliot Freidson und Andrew Abbott) die Interaktion zwischen Professionellem und Klient. Professionelle Leistung besteht in Verändern und Unterstützen von Personen. Das Anliegen wird über abstraktes Sonderwissen bearbeitbar. Kritisiert wird bei diesem Ansatz, dass das besondere Vertrauensverhältnis zwischen Professionellem und Klient verstehbar ist, die Entstehung und Bedeutung von Professionen als historischer Prozess jedoch unklar bleiben.

Der kontinentaleuropäische Professionalisierungsansatz wird unterteilt in die professionstheoretischen Zugänge Systemtheorie, Strukturtheorie und interaktionistischer Ansatz. In Anlehnung an die Einführungen bei Combe & Helsper (1996), Helsper et al. (2000) und Mieg (2003) werden diese Ansätze skizziert:

- Systemtheoretischer Ansatz: Im systemtheoretischen Ansatz wird die Bildung von Professionen im Rahmen der funktionalen Ausdifferenzierung der Gesellschaft gesehen, und zwar für Teilsysteme, in denen es nicht gelingt die Tätigkeit zu formalisieren und zu technisieren (Helsper et al. 2000). In der professionellen Arbeit sieht daher einer dieser Theorievertreter, Niklas Luhmann, eine nicht technisierbare Vermittlungsfunktion der professionellen Praktiker zwischen zwei Dualen (binäre Schematismen, z.B. Recht/Unrecht). Der andere prominente Vertreter, Rudolf Stichweh (1996), vertritt die These, dass in Funktionssystemen sich Leistungsrollen (z.B. Juristen im Rechtssystem) und zugehörige Komplementärrollen herausbilden. Bei der professionellen Tätigkeit besteht bei der Vermittlung zwischen den beiden Dualen eine Riskanz und Unsicherheit hinsichtlich der Zielerreichung (vgl. Helsper et al. 2000).
- Strukturtheoretischer Ansatz: Der strukturtheoretische Ansatz wird auch als Oevermannscher Ansatz oder neofunktionalistischer Professionsbegriff bezeichnet und beschreibt das Verhältnis zwischen Professionellen und Klienten als Arbeitsbündnis. Ulrich Oevermann (1996) sieht die Funktion von Professionen in der stellvertretenden Generierung des Neuen und der Krisenbewältigung. Die Professionellen sorgen für die stellvertretende Lösung von Problemen ihrer Klienten. Die drei funktionalen Foci der Logik des professionellen Handelns sind nach Oevermann (1996) die Aufrechterhaltung und Gewährleistung von Recht und Gerechtigkeit, die Aufrechterhaltung und Gewährleistung der leiblichen und psychosozialen Integrität und die überprüfbare Bearbeitung von Geltungsfragen. Die professionelle Praxis ist beim strukturtheoretischen Ansatz stellvertretend deutend und damit in hohem Maße verantwortlich für die Stärkung der Autonomiepotenziale der Lebenspraxis anderer (vgl. Helsper et al. 2000). Für die Bearbeitung ist spezifisches Wissen und Beherrschung der professionsspezifischen Interak-

tionslogik in einem idealtypischen, therapeutischen Setting notwendig. Das professionelle Arbeitsbündnis unterliegt dabei Riskanz und Anfälligkeit und muss daher reflexiv gehandhabt werden.

- Interaktionistischer Ansatz (nach Fritz Schütze): Dieser Ansatz geht nicht von einem idealtypischen Konstrukt wie bei Oevermann (1996) aus, sondern orientiert sich stärker an der empirischen mikrosoziologischen Erschließung (Schütze 1996) der professionellen Praxis selbst (vgl. Helsper et al. 2000). Im Vordergrund steht die empirische Rekonstruktion von professionellen Handlungsproblemen und -paradoxien. Nach Fritz Schütze (1996) fördert die interaktionistische Analyse das Paradoxe, das Zerbrechliche und das Fehlerhafte des professionellen Handelns zutage. Paradoxien professionellen Handelns als Sinnwiderstreitigkeiten sind nach Schütze (1996, S. 187): „auf unsicherer empirischer Basis Prognosen über die Fall- bzw. Projektentwicklung anstellen zu müssen“, „die allgemeinen Typenkategorien des professionellen Wissens auf die Spezifität des konkreten Projekts bzw. Falls anwenden zu müssen“ und „den richtigen Zeitpunkt zum Eingreifen zu finden zwischen Zuwarten und Intervention in die Entwicklung eines Falles.“ Das professionelle Handeln ist demnach durch Unwägbarkeiten, Risiken und Ungewissheiten gekennzeichnet, die im Grunde nicht aufhebbar sind, aber durch Instanzen der (Selbst-)Reflexion kontrolliert werden müssen (Schütze 1996).

Nach Helsper et al. (2000) verbinden trotz der theoretischen Unterschiede die genannten Professionsansätze grundlegende Gemeinsamkeiten:

- Einbettung der Professionen und der professionellen Praxis in modernisierungstheoretische Diagnosen und makrosoziale Zusammenhänge,
- Strukturkern professionellen Handelns ist durch Riskanz, Ungewissheit, paradoxe oder antinomische Anforderungen, Fehleranfälligkeit und eine spezifische Strukturlogik gekennzeichnet und
- professionelles Handeln ist ein eigener Handlungstypus, „dessen Spezifik in prekären Vermittlungsleistungen bzw. Relationierungen zwischen verschiedenen, teilweise widersprüchlichen Handlungsanforderungen zu konzipieren ist“ (Helsper et al. 2000, S. 8-9).

Neuere Professionsmodelle versuchen Berufen (z.B. Soziale Arbeit, Erwachsenenbildung oder Physiotherapie), die mit ihrer Akademisierung ein explizites Selbstverständnis als Profession entwickelt haben, sich nach den vorgenannten Modellen aber nicht oder nicht eindeutig als Professionen etikettieren lassen, jedoch berechtigten Professionsanspruch stellen, Rechnung zu tragen (vgl. Dick/Wasian 2011).

Aus den genannten Professionstheorien erscheinen für die Zahnmedizin der strukturtheoretische und der interaktionistische Professionsansatz in besonderem Maße passend. Der strukturtheoretische Ansatz deshalb, da in der Zahn-

medizin das beschriebene, therapeutische Setting in der Zahnarzt-Patienten-Beziehung idealtypisch verwirklicht ist und der interaktionistische Ansatz daher, weil die beschriebenen Antinomien in hohem Maße zutreffend sind. Durch die dynamische Wissensentwicklung und immerwährende Veränderungen der Praxis sind professionelle Akteure besonders gefordert. Das Zahnarzt-Patienten-Verhältnis als Ausgangslage und die Bearbeitung im Konfliktfall werden im Kapitel 3.2 aufgegriffen. An dieser Stelle soll aber das für ein Arzt-Patienten-Verhältnis notwendige Vertrauen als Ausgangslage eingeführt werden.

Vertrauen kann definiert werden als „subjektive Überzeugung von der Richtigkeit, Wahrheit und Redlichkeit von Personen, deren Handlungen, Einstellungen und Aussagen“ (Dick 2013, S. 5). In Abgrenzung zur Zuversicht setzt Vertrauen aktives Handeln in Erwartung eines bestimmten Verhaltens voraus (Di Luzio 2005; Luhmann 2014²⁰). Soziale Beziehungen haben ein Zeitproblem (d.h. diese sind verzögert und sequenziell) und daraus resultiert ein damit zusammenhängendes Informationsproblem (Preisendörfer 1995). Es ergibt sich die Unsicherheit bzw. das Risiko, ob die Interaktionspartner sich an die impliziten und expliziten Vereinbarungen halten (Preisendörfer 1995). Derjenige, der Vertrauen schenkt, tritt daher einseitig in Vorleistung. Vertrauen nimmt nach Luhmann (2014) Zukunft vorweg und riskiert eine Bestimmung der Zukunft. In der Zahnmedizin ist die Leistungsbeziehung ganz überwiegend als Hilfebeziehung (einseitige „Notlage“, asymmetrisches Wissen und Krisenbearbeitung) charakterisiert und keine Markt- oder Machtbeziehung (Dick 2013). Diese Beziehung erfordert als funktionalen Mechanismus Vertrauen. Klientenvertrauen überbrückt in dieser asymmetrischen Komplementärbeziehung zwischen Klienten und Professionellen:

„[...] die Kluft zwischen der Angewiesenheit auf Hilfeleistung sowie Inkompetenz des Klienten auf der einen und der so gut wie unmöglichen Kontrollierbarkeit professionellen Handelns auf der anderen Seite“ (Di Luzio 2005, S. 71).

Vertrauen kann, wie bereits geschrieben, durch subjektive Überzeugung von der Richtigkeit, Wahrheit und Redlichkeit von Personen, deren Handlungen, Einstellungen und Aussagen entstehen. Vertrauen reduziert Komplexität (Luhmann 2014). In der Arzt-Patienten-Beziehung könnte es aus Klientensicht von den Patienten eine zulässige Strategie sein, das „Risiko“ zu streuen, indem sie zusätzlich eine Zweitmeinung einholen und somit die Expertise des Professionellen absichern (Preisendörfer 1995; vgl. auch hierzu Kapitel 3.2).

Aus den Einführungen zu den Professionsansätzen ist ersichtlich, dass für die Klienten einerseits durch den staatlich lizenzierten Zugang zur Profession ein Mindestmaß an Wissen der Professionsmitglieder gesichert ist (Wissenshorizont) und andererseits der innerberuflich verankerte Ethikcode vertrauensbildend

²⁰ Die Erstauflage ist bereits 1968 erschienen.

wirkt (Gemeinwohlorientierung als Wertesystem). Beides kann man als versachlichtes Vertrauen (Systemvertrauen) bezeichnen (Dick 2013).

„[...] gibt es eine traditionsreiche ärztliche Standesorganisation, die mit einer Vielzahl von freiwilligen oder staatlich verordneten intraorganisationalen Kontrollmechanismen und diversen unabhängigen Kontrollorganen arbeitet [...]“ (Preisendörfer 1995, S. 265-266).

Die Einhaltung von Standards ist durch eine professionsinterne und professionsfremde Kontrolle gesichert:

„Andererseits ermöglichen auch Vorstellungen von der Funktionsfähigkeit professioneller und nichtprofessioneller Kontrollverfahren und entsprechender Sanktionen bei Verstößen ein Vertrauen auf die Einhaltung von Standards durch einzelne Professionelle“ (Di Luzio 2005, S. 78).

Auch diese Kontrolle wäre im Gegensatz zum personalen Vertrauen (etwa in die Kompetenz des einzelnen Professionellen und die Orientierung am Wohl des einzelnen Klienten) dem versachlichten Vertrauen zuzurechnen. Derartige Absicherungen reduzieren den Bedarf an Vertrauen zwar in mancher Hinsicht, da unpersönliches Vertrauen hinsichtlich der Kompetenzen und Vertraulichkeit in der interpersonalen Beziehung (Behandler agiert als Stellvertreter der Profession) gesetzt wird (Di Luzio 2005), lösen aber nicht das Grundproblem, dass für die Aufnahme (Überantwortung des Falles) und im weiteren Verlauf (Inanspruchnahme professioneller Leistungen) einer Arzt-Patienten-Beziehung ein hohes Maß an Vertrauen von Seiten des Klienten nötig ist. Klientenvertrauen ist nach Di Luzio (2005, S. 75) „immer unpersönliches Vertrauen“ und würde auf der Annahme basieren, dass das System funktioniere. Es sei also demnach ein Vertrauen in die Institution der Profession, verwandte Institutionen und das Wissenschaftssystem. Eine Ausnahme macht Di Luzio (2005) etwa bei dem Hausarzt, den man regelmäßig aufsucht; hier vertraut man daher unter Umständen in die Persönlichkeit des Professionellen. Folglich sei entscheidend, dass in der „Begegnung zwischen Professionellem und Klienten die Grundlagen für Klientenvertrauen durch die professionelle Rolle abgestützt“ werden (Di Luzio 2005, S. 78). Die Erwartungen an die Rolle des Professionellen zeichnen sich dadurch aus, „dass er über die notwendige fachliche Kompetenz verfügt, sich uneingeschränkt für seinen Fall einsetzt und professionelle, insbesondere ethische Standards einhält“ (Di Luzio 2005, S. 79). Hier wird nun wiederum aber auch verständlich, dass es in der konkreten Entscheidungssituation in der Konsultation eben nicht nur auf das versachlichte Vertrauen ankommt, sondern darüber hinaus auch der Verlauf der Interaktion zwischen Professionellem und Klienten entscheidend dafür ist, ob Vertrauen geschenkt wird, es also zu einer Vertrauensleistung des Klienten kommt. Anders ausgedrückt: Im Falle der Zahnmedizin/Medizin rückt der Aufbau einer entsprechenden Arzt-Patienten-Beziehung ganz entscheidend in den Vordergrund (vgl.

auch Kapitel 3.2). Es kommt nun ausdrücklich nicht nur auf das unpersönliche Vertrauen in die Profession an, als deren Stellvertreter der Behandler agiert, sondern auf das Gelingen eines vertrauensvollen Aufbaus einer helfenden Beziehung durch die Schaffung personalen Vertrauens zwischen Zahnarzt und Patienten. Diese Zahnarzt-Patienten-Beziehung ist lediglich institutionell gerahmt. Dies zeigt sich beispielsweise auch daran, dass die Patienten überwiegend mit ihrem Zahnarzt und der zahnärztlichen Versorgung zufrieden sind (Micheelis/Süßlin 2012; vgl. Kapitel 2.1.2), das Gesundheitswesen als Ganzes aber häufig negativ etikettiert wird.

Zwei weitere Gründe verlangen in der Arzt-Patienten-Dyade zusätzlich nach Vertrauen: erstens die grundsätzliche Ungewissheit des Ausgangs bei der Bearbeitung des Problems, da abstraktes, generalisiertes Fachwissen auf den individuellen Einzelfall adaptiert werden muss, und zweitens die Tatsache, dass der Professionelle oftmals Vertrauliches erfährt und in Bereiche des Vertraulichen und Intimen eingreift, was wiederum die Informationsasymmetrie in der Arzt-Patienten-Beziehung unterstreicht (Di Luzio 2005). Tiefel (2016) stellt fest, dass Vertrauen lange Zeit eine unhinterfragte Basis von Professionen war und erst vor kurzer Zeit begonnen wurde Vertrauen als möglichen Mechanismus von Professionalisierung zu thematisieren. Demnach rückt für Professionen zunehmend die Frage ins Blickfeld, wie es gelingt, Mechanismen der Vertrauenswürdigkeit zu generieren (Giddens 1996, zit. nach Tiefel 2016). Beispielsweise werden als ein Vertrauen generierender Aspekt für die Medizin Instrumente der Qualitätssicherung ausgemacht (vgl. auch Kapitel 2.3).

Während der vergleichsweise jungen und wenig professionstheoretisch erschlossenen zahnärztlichen Profession ein eigenständiges Kapitel gewidmet ist (Kapitel 2.1.2), wird, da zur Bearbeitung des aus der zahnärztlichen Behandlung resultierenden Rechtsstreits eine „interprofessionelle Arbeitsteilung“ (Abbott 1988) zwischen Richter und zahnärztlichem Sachverständigen notwendig ist, die juristische Profession angerissen. Für die Profession der Juristen proklamiert Luhmann (1976, S. 68, zit. nach Hesse 2004, S. 137):

„[...] treffen viele der für alle Professionen typischen Merkmale [...] zu. Sie sind mit einer kognitiv anspruchsvollen Problembearbeitung betraut. Sie verfügen über eine Spezialausbildung. Sie leisten Hilfe für Personen, die sich in akuten Problemlagen befinden [...]. Sie stehen bei alledem unter einem Zeitdruck, der die volle Ausschöpfung aller Wissensquellen nicht erlaubt. Deshalb sind sie angewiesen auf Kooperation und belastet mit dem Risiko des Misserfolgs. Notwendig folgt daraus Autonomie als weiteres Merkmal.“

Bei der klassischen Profession der Juristen sieht Hesse (2004) derweil die Einheit der Profession in Frage gestellt, sowohl in Bezug auf alle Juristen als auch auf die Richter. Als Dilemma der juristischen Profession wird professionsintern

angesehen, dass die die Autonomie begründende Methodengewissheit und der überlieferte Wissenschaftsanspruch im Schwinden begriffen sind und an deren Stelle von Luhmann eine juristische Rationalität gesetzt wurde (Hesse 2004). Professionsextern wird diese Krise durch gewachsene politische Ansprüche verschärft: „Demokratie und Wohlfahrtsstaat sind bei uns heute politische Konzepte ohne Gegner, und beiden wohnt eine Tendenz inne zur Auflösung formalistischer Legalität und begrifflicher Könnerschaft“ (Luhmann 1981a, S. 190, zit. nach Hesse 2004, S. 138). Ein anderer Aspekt ist die in Teilbereichen stattfindende Ablösung des „klassischen“ Rechtsstreits durch alternative Formen der Streitschlichtung (vgl. auch Kapitel 3.2.2):

„[...] das Recht als Problemlösungsmittel durch ‚Kommunikation‘ zu ersetzen oder doch zumindest in seiner Bedeutung erheblich zurückzustufen. Mehr oder weniger lautstark wird propagiert, im Streitfall zu ‚verhandeln‘, bis der Streit ‚befriedet‘ ist: möglichst so, dass das Recht dafür nicht herangezogen wird, mindestens aber so, dass das Recht nur noch als Formalie dafür genutzt wird, das Ende des Streits zu dokumentieren“ (Hesse 2004, S. 13-14).

Kehren wir wieder zu allseitigen Aussagen zu Professionen zurück. Neuere Forschungsansätze zu Professionen beschäftigen sich in ganz unterschiedlichen Fachdisziplinen mit dem Thema der Professionsentwicklung (Dick 2016). Da die Autonomie der Profession in ihrer Tätigkeit eine Voraussetzung für die Realisierung ihrer Leistung ist, kann auch die reflexive Bearbeitung dieser Tätigkeit nicht von äußeren Instanzen strukturiert und reguliert werden (Dick/Wasian 2011). Demnach muss die „Weiterentwicklung von Wissensbeständen, Regelwerken und Standards als Teil ihrer eigenen Aufgabe verstanden werden, damit sich Integrität und Autonomie einer Profession aus sich heraus weiterentwickeln können“ (Dick/Wasian 2011, S. 51). Für die Zahnmedizin ist vor diesem Hintergrund das Fortbildungskonzept Continuing Professional Development (CPD) als ein richtungsweisender Ansatz (vgl. Kapitel 2.1.3) und für den kollegialen Austausch beispielsweise der ärztliche Qualitätszirkel und als besondere Form des interkollegialen Austauschs die Visitation zu nennen (vgl. Kapitel 2.3). Das folgende Kapitel soll nun die Profession Zahnmedizin näher vorstellen.

2.1.2 Die zahnärztliche Profession

Im Vergleich zu den klassischen Professionen Theologie, Recht und Medizin ist die Zahnmedizin eine junge Profession. Der merkmalsorientierte Ansatz zur Definition einer Profession bietet sich an, um anhand dieses Attributmodells markante Eckpfeiler des Berufsstandes für die Zahnmedizin sozialwissenschaftlich einzuführen. Dieser Logik folgend wird in diesem Kapitel anhand der klassischen Professionsmerkmale die Zahnmedizin erschlossen. Die Ausbildung und Ausdehnung eines berufsspezifischen „Marktes“, einer beruflichen Vormachtstellung und

eines „Behandlungsmonopols“ gelang den Zahnärzten in Deutschland erst in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts durch die Verdrängung der Dentisten (vgl. Kuhlmann 1996; Schäfer/Groß 2007, S. 725-727). Auch die Einführung der Selbstverwaltung erfolgte deutlich später als bei den Medizinern (Schäfer/Groß 2007). Geprägt war der Prozess der Professionalisierung durch den Dualismus zwischen Zahnärzten und Dentisten²¹, wobei die Dentisten zunächst deutlich in der Mehrheit waren (Groß 1994; Kuhlmann 1996). Die Anfänge der Professionalisierung gehen auf Mitte des 19. Jahrhunderts zurück. Im Jahr 1850 gab es in Preußen lediglich 103 Zahnärzte und im Gebiet des späteren Deutschen Reichs nur 250 Zahnärzte (Anonym 1851, zit. nach Kuhlmann 1996). Die erste Fachzeitschrift wurde 1847 gegründet. Eingeführt wurde 1869 die Kurierfreiheit²², die die Entwicklung der Zahnheilkunde hemmte und als das Ansehen der Zahnärzte schädigend eingeschätzt wurde, jedoch positive Einflüsse auf die berufliche Geschlossenheit hatte und sich damit langfristig betrachtet auf den Professionalisierungsprozess positiv auswirkte (Kuhlmann 1996). Der Prozess der Professionalisierung dauerte lange und gelang durch zunehmende Organisation, Aufbau eines Verbandswesens, einer Fachpresse, Initiativen gegen die „Nicht-Approbierten“, Akademisierung des Berufes, Verwissenschaftlichung der Ausbildung und staatliche Privilegierung (Groß 1994; Kuhlmann 1996). Kuhlmann (1996, S. 63) beschreibt den Zeitraum von 1919 bis 1952²³ als „Konsolidierungsphase der Profession [...], an deren Ende die vollständige Kontrolle über die Berufsausübung und die Beseitigung des Dualismus standen.“

Der gesellschaftlich relevante Problembereich lässt sich als Abwenden von oral bedingtem Leidensdruck überschreiben. Dies sind die Beseitigung von Zahnschmerzen und die Sicherstellung der Kaufunktion, die Erhaltung und Herstellung einer ansprechenden orofazialen Ästhetik (Frontzahnästhetik, Erscheinungsbild beim Lachen und ein harmonisches Lippenbild) sowie die Sicherstellung der Phonetik und präventiv orientierte Maßnahmen. Das Ziel professionellen Handelns sind die Aufrechterhaltung bzw. Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit des Kauorgans und ein damit einhergehendes Wohlbefinden (Wolowski/Figgener 2010). Insgesamt könnte man das Vorgenannte als mundgesundheitsbezogene Lebensqualität zusammenfassen mit der zugrundeliegenden Vorstellung, dass Zähne erhaltenswert sind. Übereinstimmend wird der bestmögliche Erhalt oraler Strukturen bzw. die Wiederherstellung als Zielvorstellung qualitätssichernder Maßnahmen beschrieben (Boehme 2000). Dentogene Schmerzen und Erkrankungen der Mundhöhle fallen in ihrer Wichtigkeit für den Einzelnen naturgemäß zurück im Vergleich zu potenziell todbringenden Erkrankungen, allerdings betreffen die beiden wichtigsten Zahnerkrankungen Karies und Parodontitis addiert nahezu die gesamte Bevölkerung in Deutschland und unterstreichen so die gesellschaft-

²¹ Auch Zahnbehandler und Zahnkünstler genannt.

²² Kurierfreiheit bezeichnete das Recht, dass jeder unabhängig von seiner Ausbildung die Heilkunde ausüben darf.

²³ Am 31.03.1952 wurde ein umfassendes Gesetz verabschiedet, das den Dualismus Zahnarzt/Dentist endgültig beseitigte (Kuhlmann 1996).

liche Relevanz. Ein signifikanter Unterschied gegenüber der ärztlichen Profession ist, dass die Ästhetik mehr im Mittelpunkt steht. Der Behandlungserfolg ist genauso wie der Misserfolg dem Auge des Klienten damit scheinbar zugänglich (siehe Tabelle 1, S. 34).

Dass der Erfolg/Misserfolg dem Klienten eben nur scheinbar zugänglich ist, wird betont, da professionstheoretisch bekannt ist, dass „eine Berufsgruppe in ihrem Status auch dann bedroht [ist], wenn es Experten [die der professionellen Berufsgruppe nicht angehören] leicht fällt, die Arbeitsergebnisse zu bewerten und zu messen“ (Heisig 2005, S. 43). Es wird in der Literatur speziell darauf verwiesen, dass aufgrund der „Nichtbeurteilbarkeit professioneller Leistungen durch Laien“ die Professionen einer autonomen Selbstkontrolle unterliegen, die „auf Ebene des einzelnen Professionellen über eine internalisierte professionelle Ethik“ und „auf Ebene der Gruppe über kollegiale Kontrolle, die in Verbänden und Kammern institutionalisiert ist“ (De Sombre/Mieg 2005, S. 55). Dabei wird „jedes Urteil von Nichtprofessionellen über das Wissenssystem und die Arbeit der Profession als Eingriff in die monopolisierte Zuständigkeit der Profession und als ein Einmischung von Unverständigen, eben von Laien, zurückgewiesen“ (Di Luzio 2005, S. 71). Borchert (2003, S. 276) stellt jedoch zutreffend fest, dass „die Klienten sich in aller Regel zutrauen, die Qualität professioneller Arbeit – als Produkt wie als Prozess – bewerten zu können.“

Den gesellschaftlichen Zentralwert bildet für die Zahnmedizin die Zahn- und Mundgesundheit mit dem Zusatz Ästhetik. Für die Aufnahme des Studiums ist die allgemeine Hochschulreife Voraussetzung²⁴. Die Zulassung ist über die Stiftung für Hochschulzulassung (SfH) und die Universitäten geregelt. Das Studium besteht aus zehn Fachsemestern und endet mit dem Staatsexamen. Es schließt sich eine zweijährige Assistenzzeit an. Neben einzelnen Fortbildungskursen und strukturierten Fortbildungsreihen besteht die Möglichkeit der Weiterbildung zum Fachzahnarzt für Oralchirurgie oder Kieferorthopädie. Diese Weiterbildung teilt sich in ein allgemein Zahnmedizinisches Jahr und drei fachspezifische Weiterbildungsjahre, die in ermächtigten Weiterbildungspraxen bzw. Kliniken durchlaufen werden. In den letzten zehn Jahren wurden im Zuge des Bologna-Prozesses berufs begleitende Masterstudiengänge inauguriert (Tabelle 1).

Der Central-Verein deutscher Zahnärzte wurde 1859 gegründet (Schäfer/Groß 2007), aus dem später die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) als allen zahnärztlichen wissenschaftlichen Fachgesellschaften übergeordnetes Organ entstand. Die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) wurde 1953 gegründet und ist die Berufsvertretung der deutschen Zahnärzte auf Bundesebene. Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) wurde zwei Jahre später im Jahr 1955 gegründet und ist Körperschaft des öffentlichen Rechts.

²⁴ Ausnahmen sind in § 49 Abs. 6 Hochschulgesetz und durch die Verordnung über den Hochschulzugang für in der beruflichen Bildung Qualifizierte geregelt.

Tabelle 1
Die zahnärztliche Profession in Deutschland nach dem Attributemodell

Problemereich, Handlungs- und Erklärungswissen	Primär	• Beseitigung von Zahnschmerzen • Sicherstellung der Kaufunktion
	Sekundär	• Sicherstellung der Phonetik • Prävention • Ästhetik (Frontzahnästhetik, Lachen und Lippenbild)
Gesellschaftlicher Zentralwert	Abwendung oral bedingten Leidensdrucks	• Zahn- und Mundgesundheit • Ästhetik und orales Erscheinungsbild
Akademische Ausbildung	Studium	• Allgemeine Hochschulreife mit Zulassungsbeschränkungen • Zehn Semester und Abschluss mit Staatsexamen
	Promotion	• Dr. med. dent. (seit 1919)
	Habilitation	• 1923 eingeführt
	Fortbildungsinstitute (z. B.)	• Akademie für Zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe (seit 1960) • Erwin-Reichenbach-Fortbildungsinstitut der Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt, Magdeburg (seit 1995) • Philipp-Pfaff-Institut Berlin (seit 1989)
	Weiterbildung	• Fachzahnarzt für Kieferorthopädie • Fachzahnarzt für Oralchirurgie • Fachzahnarzt für Parodontologie (nur Westfalen-Lippe)
	Masterstudiengänge (z. B.)	• „Master Online Parodontologie & Periimplantäre Therapie“, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg (seit 2007) • „Oral Implantology“, Steinbeis-Hochschule Berlin (seit 2003) • „Wissensentwicklung und Qualitätsförderung – Integrated Practice in Dentistry“, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg (seit 2004)
Berufsverband	Bundesebene	• Bundeszahnärztekammer (BZÄK) (seit 1953) • Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) (seit 1859) • Freier Verband Deutscher Zahnärzte e.V. (FVDZ) (seit 1957) • Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) (seit 1955)
	Landesebene	• Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV) • Landeszahnärztekammer (LZK)
Ethikcode	Bundesebene	• Musterberufsordnung
	Landesebene	• z. B. Berufsordnung für Zahnärzte der Landeszahnärztekammer Baden-Württemberg vom 10.09.2010