

Aus dem Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Die Entwicklung der Stomatologie der DDR im Transformationsprozess im
gesundheitspolitischen Kontext der deutschen Wiedervereinigung und Fragen zu
resultierten Errungenschaften und verpassten Chancen

Inauguraldissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der
Zahnmedizin
der Universitätsmedizin
der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Vorgelegt von

Heinrich Dettmann
aus der Hansestadt Wismar

Mainz, 2022

Wissenschaftlicher Vorstand:

1. Gutachter:

2. Gutachter:

Tag der Promotion: 06. Dezember 2022

Widmung

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	III
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	IV
1 Einleitung	1
2 Literaturdiskussion	4
3 Material und Methoden.....	6
4 Die deutsche Wiedervereinigung 1990.....	8
4.1 Überblick der Ausgangssituation.....	8
4.2 Der Zusammensturz des Ostblocks und der DDR	10
4.3 Die Nationale Wende im internationalen Kontext.....	11
4.4 Der Beitritt der DDR zur Bundesrepublik Deutschland.....	12
5 Gesundheitspolitik im Einigungsprozess.....	15
5.1 Die unterschiedlichen Gesundheitswesen von Ost- und Westdeutschland. 16	
5.1.1 Sozialversicherungs- und Krankenversicherungssysteme, Sozialpolitik und Finanzierungsstrukturen.....	16
5.1.2 Versorgungsformen, Verbände, Gesellschaften	22
5.2 Gesundheitspolitischer Reformbedarf und Übernahmebestrebungen der DDR	27
5.3 Verlauf, Akteure und Ergebnis der Transformation des ostdeutschen Gesundheitswesens	29
6 Zahnheilkunde im geteilten Deutschland.....	32
6.1 Wortherkunft und Bedeutung des Begriffs „Stomatologie“	32
6.2 Dualismus in der Zahnheilkunde.....	35
6.3 Stomatologie in der Deutschen Demokratischen Republik	38
6.3.1 Stomatologische Ausbildung	38
6.3.2 Zahnärztliche Versorgung in der DDR.....	45
6.3.3 Kinderzahnheilkunde	49

6.3.4	Gleichberechtigung in der Zahnmedizin	50
6.3.5	Fachgesellschaften und Fachpresse	51
7	Die Stomatologie im Transformationsprozess	53
7.1	Neue gesetzliche Rahmenbedingungen und Wiederherstellung der zahnärztlichen Selbstverwaltung	53
7.2	Der Weg in die freie Niederlassung.....	56
7.3	Auswirkungen auf das Hochschulwesen, die Berufsabschlüsse und die Fachgesellschaften	59
8	Ergebnisse	61
9	Diskussion.....	63
10	Zusammenfassung	66
11	Quellenverzeichnis	LXVIII
11.1	Literatur.....	LXVIII
11.2	Interviews.....	LXXII
11.3	Abbildungen	LXXII
12	Anhang	LXXIII
12.1	Studienplan für die Grundstudienrichtung Stomatologie 1982	LXXIII
12.2	Gesetz über die vertraglichen Beziehungen der Krankenversich- erungen zu den Leistungserbringern – Krankenkassen-Vertragsgesetz – vom 13.09.1990	LXXX
12.3	Gekürzter Lebenslauf von Prof. Dr. med. dent. Dietmar Oesterreich ...	LXXXII
12.4	Gekürzter Lebenslauf von Prof. Dr. med. dent Wolfgang Sprekels	LXXXIII
13	Danksagung	LXXXIV
14	Curriculum Vitae	LXXXV

Abkürzungsverzeichnis

AO	Approbationsordnung
BRD	Bundesrepublik Deutschland
BMA	Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BZÄK	Bundeszahnärztekammer
DDR	Deutsche Demokratische Republik
DGZMK	Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
DGfS	Deutschen Gesellschaft für Stomatologie
DZZ	Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift
FDGB	Freier Deutscher Gewerkschaftsbund
GfSt	Gesellschaft für Stomatologie der DDR
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HNO	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
Jh.	Jahrhundert
K. d. ö. R.	Körperschaft des öffentlichen Rechts
K(Z)V	Kassen(zahn)ärztliche Vereinigung
Min.	Minute
MfG	Ministerium für Gesundheitswesen (der DDR)
MKG	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
MV	Mecklenburg-Vorpommern
PKV	Private Krankenversicherung
SBZ	Sowjetische Besatzungszone
SED	Sozialistische Einheitspartei Deutschlands
SHF	Staatssekretariat für Hochschulwesen und Fachschulwesen
SU	Sowjetunion
VEB	Volkseigener Betrieb
WHO	Weltgesundheitsorganisation
Wo.	Woche
WR	Weimarer Republik
ZÄK	Zahnärztekammer
ZK	Zentralkomitee

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abb. 1: Die Organisation des Gesundheitswesens in der DDR.....	20
Abb. 2: Georg Axhausen (1877-1960).....	33
Abb. 3: Zahnarztpraxis von Fritz Bodenstern in Wismar (Datum vermutlich zwischen 1970 und 1975). Er war einer der wenigen verbliebenen Zahnärzte in eigener Niederlassung zum Ende der DDR.	45
Abb. 4: Bezirkspoliklinik für Stomatologie in der Graf-Schack-Allee, Schwerin. Datum unbekannt	46
Abb. 5: Prof. Dr. Sprechels im Juni 1990 in Neubrandenburg, Mecklenburg-Vorpommern.....	54
Abb. 6: 2012 auf dem Hamburger Zahnärztetag: Prof. Dr. Sprechels (links) und Prof. Dr. Oesterreich (rechts)	55
Abb. 7: „Eine großartige Sache – echte Kollegialität“	58

1 Einleitung

Die Wiedervereinigung Deutschlands stellt eine der bedeutendsten Ereignisse der deutschen Geschichte dar, denn nach 45 Jahren der Teilung in zwei gänzlich unterschiedliche Staatensysteme kam es infolge friedlicher Protestbewegungen zur Auflösung der Deutschen Demokratischen Republik (DDR) und schließlich am 3. Oktober 1990 zur deutschen Einheit. Darüber hinaus war sie Auslöser für den Zusammenbruch des weltpolitischen Gefüges zwischen Ost und West des 20. Jh., welches sich besonders im Nachkriegseuropa ausgeprägt hatte. Der deutschen Wiedervereinigung, die mit der Unterzeichnung des Einigungsvertrages vollzogen wurde, ging ein langer Prozess voraus – angefangen bei dem nicht erloschenen Gedanken der Zusammengehörigkeit, über Bürgerbewegungen in Ost und West bis hin zu harten politischen Verhandlungen. Taktgeber dieser Beitrittsverhandlungen war die Bundesrepublik Deutschland (BRD), deren politisches, wirtschaftliches sowie kulturelles System auf das Gebiet der DDR übertragen werden sollte. Vollkommen reibungslos gingen diese Verhandlungen jedoch nicht vonstatten, da die ostdeutschen Redensführer darauf bedacht waren, entweder ihr politisches „Erbe“ mit in den Einigungsvertrag einfließen zu lassen oder zumindest den Beitritt auch nach ihren Vorstellungen mitzugestalten. Ein wichtiger gestalterischer Bereich der Staatentransformation war das Sozialsystem, u.a. weil sie die ökonomischen Folgen der Wendejahre, die mit der Umstrukturierung und Arbeitslosigkeit im Osten des Landes einhergingen, kompensieren sollte. Es galt, einen sozialistischen Staat mit zentralistisch-planwirtschaftlichem Wirtschaftssystem in einen Staat mit einem gemischten, aus sozialstaatlichen und privaten Elementen bestehenden Ordnungssystem zu überführen. So unterzog sich auch das ostdeutsche Gesundheitswesen einem großen Wandel, indem beispielsweise die ärztliche Versorgung durch neugegründete Praxen übernommen und staatliche Einrichtungen, die die ambulante medizinische Betreuung in der DDR innehatten, sogenannte Polikliniken und Ambulatorien, aufgelöst wurden.

Auch die Zahnmedizin in der DDR, die dort allgemein als „Stomatologie“ bekannt war, glich sich an die des Westens an. Zwar besteht die Annahme, dass sich eine Fachrichtung der Medizin sich nicht von einem zum anderen politischen System unterscheiden würde oder Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten unterschiedlich behandelt werden würden, dennoch unterliegen auch Bereiche wie das

Gesundheitswesen sehr stark dem übergeordneten politischen System und dessen Ausrichtung. So sind es nicht die Krankheiten und ihre Verläufe, die sich unterscheiden, sondern vielmehr die Herangehensweisen, Mittel und Möglichkeiten sie zu behandeln sowie die Auffassungen der vorherrschenden Wissenschaft. Die medizinische Versorgung, als Teil der Gesundheits- und Sozialpolitik ist stets mit dem gesamten politischen System verwoben und unterscheidet sich von Land zu Land. Umso interessanter erscheint ein analytischer Blick auf die Entwicklung der Fusion zweier Staaten, die zudem sehr unterschiedlich strukturiert und konstituiert sind, wie rückblickend auf die Wiedervereinigung Deutschlands.

Während das allgemeine Gesundheitswesen während des Wiedervereinigungsprozesses in den vergangenen 30 Jahren bereits umfangreicher Bestandteil der Forschung war, soll das Blickfeld nun auf die ostdeutsche Stomatologie gelegt werden. Denn diese, so eine der Thesen, hatte durchaus Vorzüge gegenüber der Zahnmedizin, wie sie in der BRD bestand und wurde bisher wenig untersucht. Ziel der Dissertation soll sein, die Entwicklung der Stomatologie im Wiedervereinigungsprozess im gesundheitspolitischen Kontext zu skizzieren und die Fragen zu beantworten, ob sich gegebenenfalls Errungenschaften für die Zahnmedizin ergaben oder ob Chancen ausblieben, die beispielsweise aufgrund der unterschiedlichen Interessen der Akteure in der Gesundheitspolitik verpasst wurden, weil die Möglichkeiten und Bedarfe für Reformen fehlten oder es nichts „Erhaltenswertes“ von der ostdeutschen Zahnmedizin gab.

Die gesundheitspolitischen Entscheidungen aus den Wendejahren bezüglich der Zahnmedizin im Detail zu rekonstruieren ist bewusst nicht Ziel dieser Arbeit, da es zum einen den Umfang dieser Arbeit sprengen würde und zum anderen sehr wenig zitierfähiges Material überliefert ist, wie z.B. gesetzliche Verfügung oder interne Festlegungen. Um die Umstände und Geschehnisse, wie es schließlich zur Transformation der Zahnmedizin kam, zu verstehen, muss ein makroskopischer Blick auf die gesundheitspolitischen Zusammenhänge in Ost und West erfolgen. Vermutlich lassen sich Parallelen mit den Veränderungen in anderen medizinischen Bereichen ziehen oder Verläufe des Gesundheitssektors auf die Spezialisierung der Zahnmedizin übertragen. Zudem soll eine Betrachtung der geschichtlichen Entwicklung der Zahnmedizin vorgenommen werden – vom Beginn der „Professionalisierung“ des Zahnärztestandes in Deutschland bis zur Wiedervereinigung nach 40 Jahren getrennter Fortentwicklung in Ost- und West-

deutschland um positive als auch negative Veränderungen des Berufsstandes im gesamthistorischen Kontext ausmachen und die neuen Geschehnisse während der Wiedervereinigung einzuordnen zu können.

Bis heute begleitet die Zahnmedizin der Ruf, einen zu objekthaften, statt systemischen Blick auf die Zähne zu legen, ob berechtigt oder unberechtigt. Dabei entwickelte sich die Zahnmedizin, anders als die Humanmedizin, aus einem Handwerksberuf heraus, erst 1869 wurde eine universitäre Prüfungsordnung für Zahnärzte im Norddeutschen Bund erlassen und seit 1919 erst besteht die Möglichkeit für Zahnärzte zu promovieren (Groß 2019: S. 45 ff.). Bestrebungen, die zahnmedizinische und humanmedizinische Ausbildung weiter zu verbinden bestehen seit längerem. Die aktuelle zahnärztliche Approbationsordnung stammt noch aus dem Jahr 1955, soll jedoch durch eine neue Novelle am 1. Oktober 2021 ersetzt werden (Stand: Dezember 2020). Auch in Hinblick auf Reformen der heutigen Zahnmedizin können Rückschlüsse aus der Historie gezogen werden und sollen Teil dieser Arbeit sein, um unter Umständen die Ausbildung oder Ausrichtung der heutigen Zahnmedizin ins Positive mitzugestalten.

In der vorliegenden Arbeit wird allein aus Gründen des Leseflusses größtenteils das generische Maskulinum verwendet; es sind jedoch stets beide Geschlechter gemeint.

2 Literaturdiskussion

Die Recherchen für diese Promotionsarbeit ergaben eine Vielzahl an umfangreichen Untersuchungen der deutschen Wiedervereinigung und den vorangegangenen Prozessen auf gesellschaftlicher und politischer Ebene. Die DDR weckte nach ihrer Auflösung ein sehr starkes Interesse der geschichtlichen Aufarbeitung bis in verschiedenste Bereiche hinein. Dabei wurde die Geschichtsschreibung häufig zum Ausgangspunkt für Kontroversen aufgrund der fehlenden, einheitlichen Methodiken und vielen divergierenden subjektiven Erfahrungen und Einschätzungen, die die deutsche Teilung und die Vereinigung mit sich brachten. Der Direktor des Instituts für Hochschulforschung an der Universität Halle-Wittenberg Prof. Dr. Pasternak kam 2016 zu dem Ergebnis, dass keine isolierte „Herrschaftsgeschichte“ betrieben werden sollte, sondern dass vergleichende Forschungen stattdessen mehr Erkenntnisse liefern würden als „isolierte DDR-Studien“ (Pasternak 2016: S. 128-129).

In vielen Quellen lassen sich Darstellungen bzw. Gegenüberstellungen der unterschiedlichen Gesundheits- und Sozialsysteme der DDR und BRD finden, die teilweise auch die Transformationsprozesse der deutschen Wiedervereinigung thematisieren (Henke 1990, Deppe 1993, Manow 1994, Wasem 1997, Simon 2017). Der Bereich Gesundheits- und Sozialpolitik, zu dem die Zahnmedizin zählt, wurde vielfach untersucht.

Auch die ostdeutsche Zahnmedizin und die zahnmedizinische Versorgung ist vereinzelt Bestandteil der DDR-Geschichtsbetrachtung. Allerdings ist dieses Fach häufig an größeren Untersuchungen des gesamten Gesundheitswesens „angegliedert“ und selten eigenständiger Untersuchungsgegenstand. Zwar nahmen sich in den Nachwendejahren manche Vereine wie beispielsweise die „Interessengemeinschaft Medizin und Gesellschaft e.V.“ oder der „Gesundheitsladen München e.V.“ zur Aufgabe, einen differenzierten Diskurs in der Aufarbeitung des ostdeutschen Gesundheitswesens zu finden und damit Verbesserungen herbeizuführen, jedoch blieb die Stomatologie, als ein Teilgebiet neben vielen, meistens außen vor und wurde nur selten tiefergehend untersucht und bewertet.

In den Forschungsarbeiten, in denen sie eigenständiger Untersuchungsgegenstand war, wurde häufig ein sehr spezifischer Sachverhalt untersucht (Di Lorenzo 2008, Mansour 2008). Neben manchen qualitativen Quellen, wie z.B. Kommentare oder Berichte ehemaliger DDR-Zahnärzte, finden sich dokumentierende Veröffentlichungen mit Statistiken und anderen Kennziffern über die ostdeutsche Zahnmedizin (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1991, Bardehle 1994).

In den vergangenen Jahrzehnten publizierte der Aachener Leiter des Instituts für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin Prof. Dr. Dominik Groß eine Vielzahl an Büchern, Forschungsarbeiten und Fachbeiträgen u.a. zur Geschichte der Zahnmedizin und geht dabei auch auf heutige Probleme des Berufsstandes ein (Groß 2006, Groß 2019).

Auffällig bei der Sichtung der Quellen ist das lückenhafte Bild, was sich bei der Geschichtsbetrachtung der ostdeutschen Zahnmedizin vor, während und nach dem Wiedervereinigungsprozesses ergibt und welche Konsequenzen daraus für die ostdeutsche Zahnmedizin, die ostdeutschen Zahnärzte und die zahnmedizinische Versorgung im Gebiet der ehemaligen DDR resultierten.

3 Material und Methoden

Die vorliegende Arbeit beruht in hohem Maße auf der Auswertung und Zusammentragung unterschiedlicher Literatur zur Geschichte der Zahnmedizin und zur Geschichte der deutschen Wiedervereinigung, insbesondere der Gesundheits- und Sozialpolitik in Ost- und Westdeutschland. Nach einer gründlichen Sichtung einiger Online-Datenbanken wie Google Scholar, PubMed, der Bestände des Bundesarchivs oder der Datenbank der Nationalbibliothek sowie der Bibliotheken der Universität Mainz und anderen deutschen Universitäten, erfolgte eine literaturbasierte Auswertung in Bezug auf die ausgewählten Fragenzuschnitte. Darüber hinaus führte die Recherche zu gezielten Anfragen bei Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, Landes Zahnärztekammern (vorwiegend der neuen Bundesländer) und anderen Fachgruppierungen (z.B. beim Arbeitskreis Geschichte der Zahnheilkunde der DGZMK) nach geeignetem Material.

Zudem wurden telefonische Interviews mit zwei Zeitzeugen, die zu damaliger Zeit standespolitisch aktiv waren (und es z.T. bis heute noch sind), geführt und diese anschließend manuell mit dem Transkribier-Programm „FOLKER“ verschriftlicht und kategorisiert. Eine mündliche Einverständniserklärung zur Aufzeichnung und zur Verwertung der Interviews sowie das Recht, die Interviewten namentlich nennen zu dürfen, ist eingeholt worden. Beide Interviews fanden telefonisch statt, um infolge der Covid-19-Pandemie persönliche Kontakte einzuschränken.

- Das Telefonat mit Herrn Prof. Dr. Dietmar Oesterreich wurde am 03. April 2020 von 14 bis ca. 15:30 Uhr geführt. Aufgrund einer kurzen Unterbrechung ist es in die Teile I und II gegliedert.
- Das Telefonat mit Herrn Prof. Dr. med. dent. Wolfgang Sprechels wurde am 27. Mai 2020 von 14 bis ca. 15:15 Uhr geführt.

Die Lebensläufe der beiden Zahnärzte sind im Anhang in zusammengefasster Form einzusehen.

Auf die Auswertung archivalischer Quellen und Gesetzestexte wurde bewusst verzichtet, da der Promovend dafür keine weitere Qualifizierung besitzt und es den Rahmen dieser Arbeit übertreffen würde.

Zuletzt wird überprüft, ob die vorhandenen Quellen und Interviews homogene Rückschlüsse auf die Entscheidungsprozesse bezüglich der ostdeutschen Zahnmedizin im Wiedervereinigungsprozess ziehen lassen oder sich Widersprüche ergeben. Eine Quellenkritik wird fortlaufend vorgenommen, um die Einschätzungen und Erfahrungen differenziert in den gesamthistorischen Kontext einzuordnen.

In der Diskussion wird eine wertende Betrachtung der Ergebnisse vorgenommen und versucht, Erkenntnisse aus der Geschichtsforschung zu ziehen und somit einen „benefit“ für die heutige Zahnmedizin und Lösungsansätze für heutige Problemfelder zu erzielen. Dazu werden nochmals die Erkenntnisse aus bereits bestehender Literatur mit einbezogen und gegenübergestellt.

4 Die deutsche Wiedervereinigung 1990

Die deutsche Wiedervereinigung stellt neben den beiden Weltkriegen eine der großen Zäsuren der deutschen Geschichte im 20. Jh. dar, denn mit ihr ist nicht nur die Nachkriegszeit nach 45 Jahren der Teilung vorüber, sondern sie zeugt auch von dem friedlichen Willen eines Volkes nach Freiheit und Selbstverantwortung, Demokratie und nationaler Einheit. Ihr unvorhergesehener Verlauf entwickelte eine derartige Dynamik, wie sie in keinem „Drehbuch“ (Kohl 1989) besser hätte geschrieben werden können. Denn mit dem allmählichen Zusammenbruch des Ostblocks, der Strukturkrise in der DDR und dem hartnäckigen Drang des Westens, die deutsche Teilung aufzuheben und den kalten Krieg zu beenden, eröffnete sich eine einmalige, historische Gelegenheit („window of opportunity“), welches die friedliche Wiedervereinigung im angespannten internationalen Gebilde überhaupt möglich machte. Jedoch eröffneten sich im Laufe der Wiedervereinigungsbestrebungen bald komplexe nationale Problemfelder, die es im Zuge des Zusammenschlusses der beiden deutschen Staaten zu lösen gab.

In diesem Kapitel wird der Prozess der deutschen Wiedervereinigung bis hin zum Tag der Deutschen Einheit am 3. Oktober 1990 in seinen wesentlichen Aspekten dargestellt, um den Inhalt dieser Arbeit in einen gesamthistorischen Kontext der damaligen Zeit zu setzen.

4.1 Überblick der Ausgangssituation

Wie war die Ausgangslage der internationalen Hauptakteure im diplomatischen Prozess, der das Ende des Ost-West-Konfliktes herbeiführte? Zum einen gab es Michail Gorbatschow, der ab 1985 Generalsekretär des Zentralkomitees der Kommunistischen Partei der Sowjetunion (SU) war und mit seiner innen- und außenpolitischen Reformpolitik zur Modernisierung und demokratischen Umgestaltung („Perestroika“) sowie der politischen Öffnung und Informations- und Pressefreiheit in der Sowjetunion („Glasnost“) einen Prozess in Gang setzte, der in der Revolution von 1989 mündete (Rödter 2010: S. 20). Dies war keineswegs Gorbatschows Plan, denn selbst bis in den Herbst 1989 war er weiterhin „optimistisch, sein Herkuleswerk [die Rettung und Verbesserung des

Kommunismus] vollbringen zu können“ (Rödter 2010: S. 19). Im Zuge der innenpolitischen Reformen verfolgte er auf außenpolitischer Ebene die Entspannung im Ost-West-Konflikt und suchte die Annäherung an den Westen. Durch militärische Abrüstung, wie den Truppenabzug aus Afghanistan, sparte er auf der einen Seite finanzielle Mittel ein und verschaffte sich andererseits große internationale Anerkennung und Akzeptanz. Nicht zuletzt gaben die SU und ihre Verbündeten aus dem Warschauer Pakt die Breschnew Doktrin auf, die ein militärisches Einschreiten bei möglichen Systemwechseln im sowjetischen Einzugsgebiet rechtfertigen würde (Ritter 2006: S. 55).

Die SED-Führung in der Deutschen Demokratischen Republik (DDR) betrachtete diese Entwicklung im Land des „Großen Bruders“ mit skeptischer Zurückhaltung, denn auch die DDR hatte mit innenpolitischen Problemen zu kämpfen und musste auf diese reagieren, entschied sich allerdings gegen eine solche Reformpolitik. Allen voran stand die schwache Wirtschaft, die sich auch in alltäglichen Bereichen des Lebens widerspiegelte. So waren Produktionsanlagen überaltert, Bausubstanzen sowie Straßen- und Schienennetze marode und der Anschluss an das digitalisierte Dienstleistungszeitalter, u.a. durch Kommunikationsnetze auf Vorkriegsniveau, verpasst worden (Rödter 2010: S. 21). So wuchs die Unzufriedenheit in der Bevölkerung über die vorherrschende Misswirtschaft und auch über das System aus Privilegien und Benachteiligungen, wie es dieses in Westdeutschland nicht gab. Mit der Zeit kam es zu Massendemonstrationen, bei denen die Umwandlung der DDR-Diktatur in eine basisdemokratische Ordnung, die Durchsetzung der Menschenrechte und die Einführung marktwirtschaftlicher Elemente in die zentralistische Planwirtschaft gefordert wurden (Ritter 2009: S. 9). Es kam zu steigenden Ausreiseanträgen und später zur anhaltenden Massenflucht in die BRD, welche die DDR-Führung weiter unter Druck setzte.

Wie die DDR, bestand auch die Bundesrepublik im Jahr 1989 seit nunmehr vierzig Jahren, in denen sie sich „verfassungspolitisch und politisch-kulturell, ökonomisch und gesellschaftlich, im Inneren und nach außen etabliert“ hatte (Rödter 2010: S. 30). Sie hatte sich seit Kriegsende zu einem wirtschaftlich starken und stabilen Land entwickelt, welches bereit war, Verantwortung in Europa und der Welt zu übernehmen. Die besondere Rolle lag darin, im Zentrum Mitteleuropas an der Front des Kalten Krieges zwischen den Weltmächten zu stehen. Zu Beginn des Jahres 1989 stellte sich kaum jemand die Frage nach der dt. Wiedervereinigung. Zwar stand das

verfassungsrechtlich bindende Gebot in der Präambel des bundesdeutschen Grundgesetzes, die deutsche Einheit in Frieden und Freiheit zu vollenden, doch war es über die Jahrzehnte des kalten Krieges und der ideologischen Auseinanderentwicklung ins politische Abseits geraten. Helmut Kohl vermochte es, mit dem langfristigen Ziel der Wiedervereinigung, geschickt die Stimmungen aus der Bevölkerung zu erkennen und die Chancen, die sich ihm boten, zu nutzen, um politische Brücken mit der DDR und Sowjetunion zu bauen.

Auf internationaler Ebene erhielt Kohl vor allem Rückendeckung von den USA, für die die deutsche Einheit eine Niederlage der SU und somit einen Schritt, den Kalten Krieg zu gewinnen, darstellen würde. Die Voraussetzung dafür war allerdings, dass das geeinigte Deutschland Mitglied der NATO bleiben würde (Schneider 2017: S. 81). In Frankreich fand die dt. WV unter der Bevölkerung mehrheitlich Zustimmung, jedoch fürchteten die politischen und wirtschaftlichen Eliten ein übermächtiges Deutschland, weshalb Frankreichs Präsident François Mitterrand eine intensivere Integration Deutschlands in Europa forderte, worin er bei Kohl auf Zustimmung traf (Schneider 2017: S. 26). Ähnlich war die Stimmung in der britischen Öffentlichkeit. Eine – zum Teil deutliche – Mehrheit der Briten hatte keine Bedenken an der Wieder-vereinigung Deutschlands, im Gegensatz zur Regierung unter Margaret Thatcher, die ein „antideutsches Ressentiment“ verkörperte (Rödter 2010: S. 158) und zudem sicherheitspolitische Gefahren im Erstarken der Deutschen sah. Hinsichtlich der deutschen Fragestellung isolierte sie sich zunehmend im britischen Meinungs-spektrum.

4.2 Der Zusammensturz des Ostblocks und der DDR

Bereits Anfang der 80er Jahre bildete die polnische Gewerkschaft Solidarność eine katholisch-genossenschaftliche Opposition in Polen, deren Proteste von der kommunistischen Regierung zu Beginn gewaltsam unterdrückt wurden. Mit dem Rückhalt des polnischen Papstes Johannes Paul II. und aufgrund von weiteren Preiserhöhungen brachen Anfang 1988 erneut wilde Streiks aus. Der Unterschied: dieses Mal blieb ein militärisches Einschreiten aus, denn auch die Sowjetunion, unter Gorbatschows Führung, veranlasste keine gewaltsame Intervention. So traf sich die polnische Regierung gezwungenermaßen mit der Opposition am „Runden

Tisch“. Aus diesen Gesprächen gingen u.a. Neuwahlen im Juni 1989 hervor, bei denen die wieder zugelassene Solidarność unter Lech Walesas Führung große Erfolge erzielte. Diese Entwicklungen der friedlichen Errungenschaften schlugen Wellen in ganz Osteuropa.

So kam es auch in anderen sowjetischen Satellitenstaaten zu Unruhen. In Bulgarien und der Tschechoslowakei wurden im November 1989 die Regime gestürzt. Nicht friedlich verlief der Umsturz allerdings in Rumänien, der über 1100 Menschenleben gefordert hatte (Rödler 2010: S. 58). In Ungarn dagegen, entwickelte sich seit den siebziger Jahren ein zunehmend liberaler werdender „Gulaschkommunismus“, der sich mit dem Zusammenfall des Ostblocks stärker an dem Westen orientierte (Gehler 2004). Am 11. September 1989 öffnete Ungarn die Grenze nach Österreich, sodass innerhalb weniger Stunden 12.000 DDR-Bürger den Weg in den „Westen“ fanden und somit die nächste Phase im Zusammenbruch der DDR begann.

Neben den Flüchtlingswellen begannen tausende DDR-Bürger im Spätsommer 1989 auf regelmäßigen Montagsdemonstrationen ihrer Unzufriedenheit über die vorherrschenden politischen Verhältnisse und verschärfte Reisefreiheiten, mit dem Ziel von mehr demokratischer Mitbestimmung, gewaltlos Gehör zu verschaffen. Gleichzeitig bildeten sich neue Parteien und demokratische Organisationen: die DDR wurde zunehmend politisierter. Beflügelt durch den „Gorbi-Effekt“ und der größtenteils ausbleibenden militärischen Unterdrückung nahmen die Demonstranzahlen wöchentlich zu und übte massiven Druck auf die gelähmte SED-Führung aus, die schließlich Erich Honecker absetzte. Die daraufhin folgenden Versprechungen einer „Wende“ des neuen Generalsekretärs Egon Krenz vermochten es nicht, die politische Situation der SED zu stabilisieren, sodass es schließlich zu Dialogen zwischen der Regierung und den Oppositionsgruppen kam. Es folgten weitere Rücktrittswellen innerhalb der Regierungsreihen und schließlich die Grenzöffnung an der Berliner Mauer am Abend des 9. Novembers 1989.

4.3 Die Nationale Wende im internationalen Kontext

Wie die politischen Entwicklungen fortan verlaufen würden, konnte zu dem Zeitpunkt niemand erahnen. Die Stimmung in der ostdeutschen Bevölkerung war keineswegs homogen genug, als dass es sicher war, dass Deutschland weniger als

ein Jahr später bereits wiedervereinigt sein würde. Manche Oppositionelle befürworteten weiterhin eine zwar reformierte und demokratisierte, aber eigenständige DDR, während die Massenbewegung nur noch den Anschluss an die BRD als Lösung sah.

Auch Helmut Kohl strebte ein vereintes Deutschland an und setzte die Wiedervereinigung auf die politische Tagesordnung (Schneider 2017: S. 81). Ohne Rücksprache weder mit der eigenen Partei noch mit den Staatsoberhäuptern der Alliierten und der DDR verkündete Kohl am 28. November 1989 seinen 10-Punkte-Plan zur stufenweisen Neuregelung der deutsch-deutschen Beziehungen mit dem konkreten Ziel der Wiedervereinigung. Dies stieß keineswegs nur auf positive Resonanz. Wie anfangs beschrieben, war die Gemütslage der tonangebenden Staatsoberhäupter unterschiedlich angespannt. Jedoch gelang es Kohl nach mehreren internationalen Gipfeltreffen, insbesondere von Gorbatschow die nötige Einwilligung zur deutschen Selbstbestimmung (auch bezüglich der Bündniswahl) zu erlangen. Mit dem Ausbleiben eines Vetos von französischer und großbritannischer Seite und mit der Unterstützung der Amerikaner konnte die Wiedervereinigung weiter vorangetrieben werden. Bereits im März 1990 bekundete sich die ostdeutsche Bevölkerung bei den ersten (und letzten) freien Volkskammerwahlen zur Wiedervereinigung und legte damit die Verantwortung auf die Regierung Kohl (Rödter 2010: S. 224), denn auf ihn war das starke Abschneiden der „Allianz für Deutschland“ mit 48 Prozent, hauptsächlich bestehend aus der Ost-CDU, zurückzuführen.

4.4 Der Beitritt der DDR zur Bundesrepublik Deutschland

Zwar sprach das Ergebnis der Volkskammerwahlen für den Wunsch der Ostdeutschen nach einer bundesdeutschen Ordnung und einer deutschen Einheit nach westlichen Bedingungen, jedoch gab es durchaus Meinungsverschiedenheiten am Weg zur verfassungsrechtlichen Einheit – auf beiden Seiten der deutschen Grenze. Denn es gab zwei Möglichkeiten, die für diesen Fall im Grundgesetz vorhanden waren, nämlich den Beitritt der DDR zur BRD gemäß Artikel 23 des Grundgesetzes oder die Schaffung einer neuen, gesamtdeutschen Verfassung gemäß Artikel 146, nach Auflösung des provisorischen

Zweistaatenmodells der Nachkriegszeit. Ersteres wurde von den gesamtdeutschen Christdemokraten und Liberalen bevorzugt, während Zweiteres von den ostdeutschen Oppositionellen, politisch Linken, Grünen sowie weiten Teilen der SPD favorisiert wurde (Rödter 2010: S. 283). Schließlich setzte sich die Bundesregierung durch, größtenteils aufgrund der zeitlichen Begrenzung und der fehlenden Realisierbarkeit und nicht zuletzt, aufgrund der Symbolwirkung, die durch Art. 23 ganz deutlich wurde: dass die DDR der Bundesrepublik beitrug (Rödter 2010: S. 284) und sich diese dabei keiner Veränderung unterziehen musste.

Unterdessen spitzte sich die wirtschaftliche Lage der DDR wegen der täglich anhaltenden Abwanderung über die offenen Grenzen weiter zu. Somit geriet auch die Bundesregierung in Zugzwang, die Massenimmigration zu senken und zu regulieren. Dies sowie die Grundsteinlegung für eine einheitliche Wirtschaftsordnung und soziale Sicherung, wurde mithilfe der Währungs-, Wirtschafts- und Sozialunion aus dem ersten Staatvertrag angestrebt. Am 1. Juli 1990 wurde die verheißungsvolle D-Mark im nicht unproblematischen Wechselkurs von 1:1 in der DDR eingeführt. Dies hatte für die ostdeutsche Bevölkerung anfangs den positiven Effekt, fortan genauso viel West-Mark zu besitzen, wie vorher Ost-Mark und damit eine reelle Wertsteigerung zu erfahren, jedoch hatte dieser Wechselkurs fatale Folgen für die ostdeutsche Wirtschaft. Die Schulden der Betriebe, die im Grunde verdeckte Staatsschulden waren, wurden somit schlagartig erhöht und gleichzeitig konnten die Betriebe ihren Arbeitnehmern keine erhöhten Löhne auf West-Niveau auszahlen, weil die hergestellten Ost-Produkten keinen gleichermaßen erhöhten Umsatz erwirtschafteten. Die Wirtschaftsunion, und damit die Anpassung der ostdeutschen Planwirtschaft an die freie Marktwirtschaft der BRD, führte hinzukommend dazu, dass alle 7894 volkseigenen Betriebe sukzessiv privatisiert werden mussten, indem die Treuhandanstalt, die nur zu diesem Zweck gegründet wurde, die Betriebe an private Investoren verkaufte. Eine derartig vergleichbare Mammutaufgabe war bis dato in der Geschichte unbekannt. Die Erwartungen, mit denen die Betriebe aufgekauft wurden, wurden jedoch bei weitem nicht erfüllt. Viele von ihnen waren marode sowie sanierungsbedürftig und konnten auf dem freien Markt in Zeiten zunehmender Globalisierung nicht mehr mithalten und wurden schließlich stillgelegt, ihre Mitarbeiter entlassen. Die zunehmende Massenarbeitslosigkeit hatte erneut zur Folge, dass die Abwanderung in die alten Bundesländer weiter anhielt und die DDR-Wirtschaft massive Einbrüche erfuhr.

Die Sozialunion hatte u.a. zum Ziel, die Auswirkungen der Transformationsprozesse abzufedern (Rödder 2010: S. 317), wobei die Bonner Regierung „den westdeutschen Sozialstaat [...] möglichst vollständig auf die neuen Länder zu übertragen“ anstrebte (Rödder 2010: S. 318), mitsamt der bundesdeutschen Sozialversicherungsstruktur, der Arbeitsrechtordnung und der Sozialhilfe. Auch dies geschah nicht ohne Widerstand vonseiten der westdeutschen Opposition und der DDR-Regierung, die einen möglichst großen Teil der „sozialen Errungenschaften“ beibehalten wollte. Letztlich wurde das ostdeutsche Sozialversicherungssystem in die jeweils einzelnen Versicherungssparten Renten-, Kranken-, Arbeitslosen- und Unfallversicherung aufgeteilt, das bundesdeutsche Arbeitsrecht eingeführt und das Gesundheitswesen angepasst. Letzteres sollte „nicht einmal in Teilen“ von dem ostdeutschen System erhalten werden (Rödder 2010: S. 320). Insgesamt kostete die Sozialunion Milliarden Mark, denn der Bedarf an sozialer Absicherung in den neuen Bundesländern war in den folgenden Jahren der Wiedervereinigung enorm hoch und der administrative Aufwand gewaltig.

Der zweite Staatsvertrag (Einigungsvertrag) regelte den Beitritt der DDR zum Geltungsbereich des Grundgesetzes gemäß Artikel 23, die Veränderung der Sitzverteilung im Bundesrat, die gesamtdeutsche Finanzverfassung, die Rechtsangleichung an die Europäische Gemeinschaft, die Übertragung des Sozialrechts sowie des politisch-institutionellen Systems auf die neuen Bundesländer und weitere Tatbestände. Am 3. Oktober 1990 vollzog sich schließlich der Beitritt der DDR zur Bundesrepublik Deutschland und die ersten gesamtdeutschen Wahlen folgten am 2. Dezember 1990.

5 Gesundheitspolitik im Einigungsprozess

Das folgende Kapitel stellt eine grundlegende Übersicht der Gesundheitswesen in Ost- und Westdeutschland am Ende der 1980er Jahre und wie es historisch gewachsen ist dar. Soweit nicht explizit vermerkt, sind ein Großteil der Merkmale bis heute in der Bundesrepublik unverändert. Um die Umstrukturierungen der ostdeutschen Zahnmedizin im Wiedervereinigungsprozess besser zu verstehen, ist ein makroskopischer Blick auf das Gesundheitswesen der DDR und wie dieses im Einigungsprozess an das bundesdeutsche Gesundheitssystem angeglichen wurde nötig. Denn eine Angleichung an das westdeutsche Modell war nicht ohne Kritik auf beiden Seiten vonstattengegangen, da die Regierung De Maizière das Ziel verfolgte, „soziale Errungenschaften“ der DDR in ein vereintes Deutschland zu überführen und gleichzeitig auf Seiten der BRD (am Ende der 1980er Jahre) ein Reformbedarf des zwar soliden, aber dennoch aus veralteten, historisch gewachsenen Strukturen bestehenden Gesundheitssystems bestand. Somit barg die deutsche Einheit zum einen die Möglichkeit eines Zugeständnisses an die DDR, Erhaltenswertes „mitzubringen“ und zum anderen die Chance, das bestehende westdeutsche Gesundheitssystem zu überprüfen und gegebenenfalls anzupassen und zu verbessern.

Dazu erfolgt zunächst ein Vergleich der beiden Systeme, stets beginnend mit dem der BRD und danach dem der DDR, mit anschließender Betrachtung des Transformationsprozesses mit seinen Akteuren. Die Gegenüberstellung der verschiedenen Systeme ist daher gehend von Relevanz, weil sie Aufschluss über die Zahnmedizin als Teil des Systems gibt und um die Strukturen der Zahnmedizin in beiden Ländern besser zu verstehen. Problematisch bei der folgenden Betrachtung wird sein, dass sich die beiden Gesundheitswesen in ihrer Leistungs- und Regelungsstruktur sehr stark unterschieden und dennoch alle Aspekte ineinander verwoben sind.

Im Folgenden soll der Fokus vorwiegend auf die Ärzte- und Zahnärzteschaft gelegt werden, nicht jedoch auf Apotheker, Psychologen oder andere im Gesundheitswesen tätigen Berufsgruppen.

5.1 Die unterschiedlichen Gesundheitswesen von Ost- und Westdeutschland

5.1.1 Sozialversicherungs- und Krankenversicherungssysteme, Sozialpolitik und Finanzierungsstrukturen

Entlang der historisch-politischen Entwicklungen sowie der wachsenden Aufgaben und Erwartung an Gesundheit und Staat hat sich das bundesdeutsche Gesundheitssystem zu einem gemischten, aus sozialstaatlichen und privaten Elementen bestehenden System entwickelt. In der Bundesrepublik wurden nach dem Zweiten Weltkrieg an die Entwicklung der Weimarer Republik (WR) angeknüpft und die unmittelbare Gestaltung und administrative Steuerung an selbstverwaltete Körperschaften und deren Verbände delegiert. Man spricht in diesem Zusammenhang von einem korporatistischem Steuerungsmodell.

Zur Zeit der Industrialisierung und der damit einhergehenden sozialen Verschiebungen führte Reichskanzler Otto von Bismarck im Deutschen Kaiserreich die neue Sozialgesetzgebung ein, womit erstmals ein Teil der Bevölkerung für den Eintrittsfall von Krankheit, Unfall und Invalidität gesetzlich versichert waren. Diese Gesetzgebung richtete sich ausschließlich auf Arbeiterinnen und Arbeiter in der Industrie, da sie besonderen Risiken ausgesetzt waren und um sie gleichzeitig politisch an den Staat zu binden. Ein Teil dessen war die 1883 eingeführte Krankenversicherung, die im „Gesetz, betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter“ verankert wurde und einen fortschrittlichen und wegweisenden Schritt für das deutsche Gesundheitswesen darstellte (hinzukamen 1884 die Unfallversicherung und 1889 die Rentenversicherung). Jedoch wurde nicht die gesamte Bevölkerung gesetzlich versichert, sondern nur die Arbeitergesellschaft, andere Arbeitnehmer waren davon ausgenommen, wobei sich diese untereinander auch in freiwilligen Versicherungen zusammentaten. Der Eintritt von Erkrankung der Arbeiter wurde durch die sogenannten Primärkassen, wie Gemeindekrankenversicherungs-, Orts-, Betriebs-, Innungskrankenkassen, Knappschafts- und Hilfskrankenkassen als Träger der sozialen Krankenversicherung abgesichert. Zu Beginn der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) waren 10 Prozent der Bevölkerung pflichtversichert, 1989 waren es in Westdeutschland nach Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit etwa 87 Prozent.

Noch vor der Gründung der Primärkassen gab es sogenannte „freie Hilfskassen“, bei denen verschiedene Berufsgruppen sich freiwillig versichern konnten. Ende des 19. Jh. fingen diese an, sich in überregionalen Verbänden zu organisieren und nannten sich ab 1912 Ersatzkassen. Ein Jahr zuvor wurden sie offiziell zu privaten Krankenversicherungen (PKV) erklärt, was 1937 mit der „15. Verordnung zum Aufbau der Sozialversicherung“ rückgängig gemacht wurde. Fortan waren Ersatzkassen Teil der GKV und außerdem Körperschaften des öffentlichen Rechts. Mit dieser Eingliederung zu den gesetzlichen Krankenversicherungen wurden erneut manche Berufsgruppen davon ausgeschlossen und so blieb die PKV weiterhin als paralleler Versicherungszweig bestehen. Aufgrund der Trennung zwischen Arbeiter- und Angestelltenersatzkassen während der Weimarer Republik galten beispielsweise Beamte, Mittelständler, Lehrer sowie Geistliche als sozialversicherungsfremd und blieben in den privaten Versicherungen. Durch die Pflichtversicherung von nur einem Teil der Bevölkerung durch Bismarcks Sozialgesetzgebung begann bereits die Entwicklung des gegliederten Versicherungssystems, als erst Arbeiter, dann auch andere Arbeitnehmer gesetzlich versichert waren und vorrangig Beamte und Selbstständige sich privat versicherten. Eine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung wurde in Deutschland erst 2007 eingeführt, eine allgemeine Krankenversicherungspflicht für alle Personen mit Wohnsitz in Deutschland (mit einigen Ausnahmen) im Jahr 2009.

Die PKV gab und gibt es in der Bundesrepublik Deutschland fortan in zwei Formen: als „vollwertiges Substitut der gesetzlichen Primärversicherung“ und als „Zusatzversicherung einer bestehenden GKV-Abdeckung“ (Sutor 2013: S. 197). Dabei funktioniert Ersteres nicht nach einem einkommensabhängigen Solidarprinzip (wie die GKV), sondern entsteht auf der Basis eines „versicherungsüblichen Risikoausgleiches“ zwischen dem Versicherer und dem Versicherten (Sutor 2013: S. 197). Grundsätzlich sind die PKVen stärker wettbewerbsorientiert: zum einen untereinander, aber auch in dem Nebeneinander mit den GKVen, deren „Monopsonposition“ (Sutor 2013: S. 198) dadurch abgeschwächt wird. Gemeint ist damit, dass neben dem großen „Block“ der gesetzlichen Krankenversicherungen, die sich untereinander nur marginal unterscheiden, viele private Anbieter gegenüberstehen, die etwas zielgenauer den heterogenen Ansprüchen der Versicherten entsprechen können.

Die Finanzierung des bundesdeutschen Gesundheitswesens erfolgt überwiegend über Beiträge an die Sozialversicherungsträger, die für sich stehend nicht gewinnorientiert sind (Sutor 2013: S. 170). Der Hauptteil der Beiträge wird den gesetzlichen Krankenkassen zugeführt. Zudem finanziert es sich durch einen Anteil privater Beitragszahlungen. Bereits bei der Einführung der gesetzlichen Pflichtversicherung trug der Arbeitgeber ein Drittel und der Arbeitnehmer zwei Drittel zur Finanzierung bei. Die privaten und gesetzlichen Krankenversicherungen finanzieren sich unterschiedlich. Die GKV berechnen ihre Beiträge anhand des Einkommens des Versicherten. Dieses Solidaritätsprinzip ist im Umkehrschluss auch auf die Leistungen anzuwenden, denn jeder gesetzlich Versicherte hat den gleichen Anspruch auf medizinische Versorgung und Lohnfortzahlungen während eines krankheitsbedingten Arbeitsausfalls. In der PKV besteht dagegen das Äquivalenzprinzip – es besteht ein zusammenhängendes Verhältnis zwischen Leistung und Gegenleistung. Die Beitragshöhe hängt u.a. vom Umfang der versicherten Leistungen, dem Alter des Versicherten und dem Gesundheitszustand bei Versicherungsbeginn ab. Hinzu kommen finanzielle Mittel aus dem Staatshaushalt. So erhalten Soldaten, Polizisten sowie Zivildienstleistende (letztere nur bis 2011) eine freie Heilfürsorge, auch Bedürftige werden mit Beihilfen unterstützt sowie die Übernahme der Krankenkassenbeiträge der Beamten durch den Staat. Auch die Unterhaltung von öffentlichen Krankenhäusern und öffentlichen Gesundheitsgütern wie medizinische Grundlagenforschung, Überwachung und Aufklärungsarbeit sowie die Ausbildung an medizinischen und pharmazeutischen Fakultäten gehören zu den Staatsausgaben im Gesundheitsbereich. Somit lag die Ausgabenverteilung im Jahr 1989 mit 14% beim staatlichen Haushalt und mit 62% bei den Sozialversicherungsbeiträgen (Wasem 1997: S. 70). Die übrigen Ausgaben kamen aus privaten Quellen, die einen nicht unerheblichen und seit den 1970er Jahren zunehmenden Anteil der „Selbstbeteiligung“ der Sozialversicherten an ihren Krankheitskosten darstellen (Sutor 2013: S. 184) und auch die Lohnfortzahlungen durch den Arbeitgeber miteinbeziehen.

Noch während der Weimarer Republik gab es insbesondere vonseiten der Gewerkschaften und anderen linkspolitischen Parteien die Forderungen, teils mit Erfolg, ein einkommensunabhängiges Sozialsystem aufzubauen, in dem sowohl prophylaktische als auch therapeutische Medizin allgemein zugänglich waren (Schleiermacher 2005: S. 2). Da in den westdeutschen Besatzungsgebieten, im

Gegensatz zur SBZ, am bestehenden Gesundheitswesen inklusive des gegliederten Versicherungssystems weitestgehend keine Veränderungen vorgenommen worden waren, blieb weiterhin eine von Kritikern angestrebte „Einheit“ von Sozialpolitik und Wirtschaftspolitik aus. Die Sozialpolitik korrigierte und reagierte vielmehr auf die Auswirkungen der Wirtschaftspolitik (Deppe 1993: S. 18). Auch der Gedanke einer Einheitsversicherung wurde laut Deppe stets von „hegemonialen sozialen Kräften [...] abgelehnt und politisch bekämpft“ (Deppe 1993: S. 17). Über die Kassenärztlichen Vereinigungen wurde den niedergelassenen Ärzten eine starke Stellung gegenüber den Krankenkassen eingeräumt und ihnen auch die Aufgaben der Prävention und Früherkennung übertragen, was sonst Zuständigkeitsbereiche des öffentlichen Gesundheitswesens waren (Wasem 1997: S. 50). Allerdings lag das Interesse der Ärzte mehr auf der Therapie erkrankter Personen, statt der Prävention, da schließlich jedes Individuum selbst, so der damalige Gedanke, für seine eigene Gesundheit verantwortlich war (Schleiermacher 2005: S. 2-3).

In der sowjetischen Besatzungszone und späteren DDR entwickelte sich das Gesundheitssystem systembedingt unterschiedlich. Es war ein zentralistisch-planwirtschaftliches System, welches privatwirtschaftliche Elemente nahezu komplett ausschloss und nach dem sowjetischen Vorbild des Semashko-Modells vollständig staatlich gelenkt wurde (Sutor 2013: S. 181). An der Spitze der Hierarchie stand das Ministerium für Gesundheitswesen (MfG), gefolgt von den Bezirksärzten und Kreisärzten (als den Leitern der Abteilungen „Gesundheits- und Sozialwesen“ bei den Bezirks- und Kreisverwaltungen) bis zu den einzelnen gesundheitlichen Einrichtungen (mit einem ärztlichen Direktor als Leiter der Einrichtung) (Abb. 1).

Die Organisation des Gesundheitswesens in der DDR

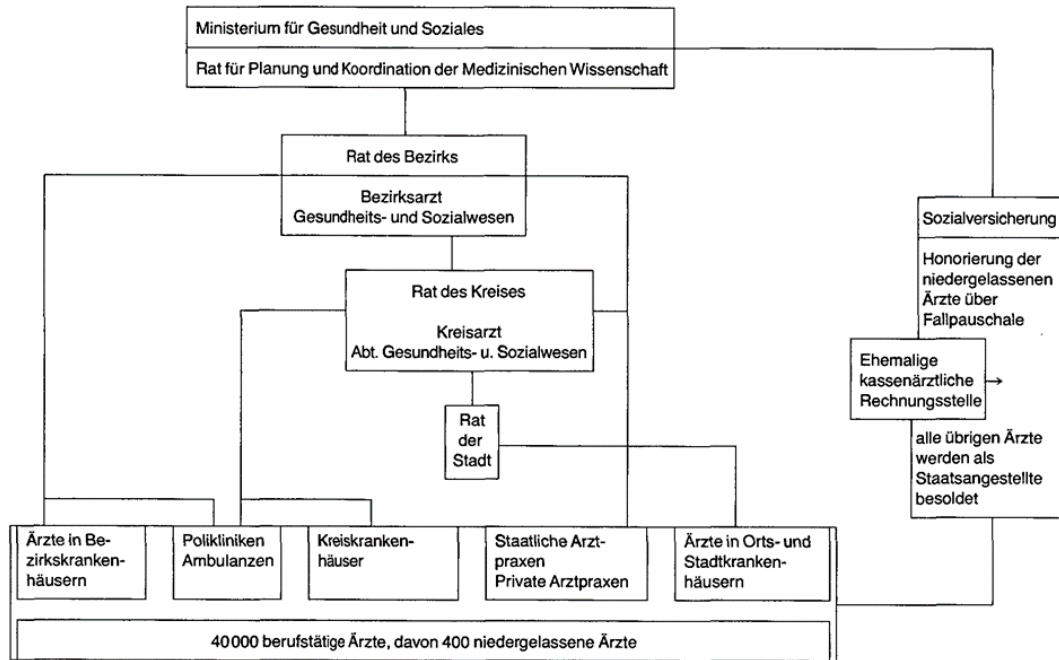


Abb. 1: Die Organisation des Gesundheitswesens in der DDR

In der DDR behielt man nach dem zweiten Weltkrieg, ähnlich wie in der BRD, das Sozialversicherungsmodell mit dem Unterschied bei, dass auch dies staatlich gelenkt wurde und direkt dem MfG unterlag. Die Sowjetische Militäradministration führte früh eine zentral gelenkte Einheitsversicherung ein, die 1951 zur Führung an den Freien Deutschen Gewerkschaftsbund (FDGB) übergeben wurde. Ab 1956 gab es neben dem FDGB, der für Arbeiterinnen, Arbeiter und Angestellte zuständig war, einen zweiten Versicherungsträger, die Staatliche Versicherung der DDR, in der Handwerkerinnen und Handwerker, Mitglieder landwirtschaftlicher Produktionsgenossenschaften, Unternehmerinnen sowie Unternehmer (mit mehr als fünf Beschäftigten) und Selbstständige sozialversichert waren (Schmidt 1998: S. 117).

Die Sozialversicherungsbeiträge ähnelten eher steuerlichen Abgaben als eigenständigen Beiträgen, weil sie, anders als beim westdeutschen Gegenüber, nicht von Krankenkassen eingezogen wurden sondern direkt in den Staatshaushalt flossen (Henke 1990: S. 353). Dies sollte die angestrebte „untrennbare Einheit“ (Keck 1975: S. 76) von Wirtschafts- und Sozialpolitik ermöglichen. So konnten die personellen und sachlichen Ressourcen ökonomischer und gezielter geplant sowie bis in die einzelnen Gesundheitseinrichtungen zugeteilt werden (Wasem 1997: S. 54). Seyfarth beschrieb das ostdeutsche Gesundheitswesen wie folgt:

„Beim Gesundheitswesen der DDR handelte es sich im Wesentlichen um einen Versuch, die Strukturen des Gesundheitswesens rationeller im Sinne eines geringeren materiellen und personellen Ressourceneinsatzes zu organisieren.“ (Seyfarth 1999: S. 128)

Wie es zu Beginn des Artikel 35 der DDR-Verfassung geschrieben stand, lag die Ausrichtung des Gesundheitswesens auf der Prävention von Krankheiten und Erhaltung der Gesundheit, so heißt es dort: „Jeder Bürger hat das Recht auf Schutz seiner Gesundheit und seiner Arbeitskraft“. Was klar erkennbar wird, ist, dass es zudem um den Erhalt der Arbeitsfähigkeit ging, was sehr im Sinne des Staates war und die wirtschaftliche Komponente von Gesundheit darstellt. Daher war es naheliegend, die Sozialpolitik in einem nicht unerheblichen Umfang in die Verantwortung der staatseigenen Betriebe zu legen, die beispielsweise für den Erhalt der Arbeitsplätze und der „Arbeitsfähigkeit“ zu sorgen hatten (Schmidt 1998: S. 118). Was zudem aus dem Art. 35 abzuleiten ist, ist das erklärte Ziel der Prävention und Prophylaxe, die einen hohen Stellenwert in der sozialistischen DDR hatten. Der Unterschied hierin zur Bundesrepublik damaliger Zeit war, dass nicht das Individuum in die Pflicht der Gesundheitserhaltung genommen wurde, sondern, dass es die Pflicht des Staates war, für die Gesundheit der Bevölkerung zu sorgen (Schleiermacher 2005: S. 3f.). Weiter nennt Schleiermacher folgende Hauptunterschiede gegenüber der BRD:

- Die gesundheitliche Betreuung der Bevölkerung war Aufgabe des Staates und in der Verfassung verankert.
- Der Einzelne hatte ein Recht auf Gesundheit.
- Der Zugang zur Gesundheitsversorgung sollte kostenfrei und das Gesundheitswesen entkommerzialisiert sein.
- Ziel gesundheitspolitischen Handelns bei gleichzeitig bestehender Verpflichtung des Einzelnen war die „vorbeugende Gesundheitsfürsorge“ zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit des Individuums und zur „Steigerung der Produktion“ sowie des „Lebensstandards des Volkes“.
- Die Therapie war diesem Ziel nachgeordnet.

- „Erziehung zur Gesundheit“ wurde verbunden mit „hygienischer Volksbildung“.
- Ein Gesetz über den Mutter- und Kinderschutz und die Rechte der Frau wurde bereits 1950 erlassen.

Damit kam das ostdeutsche Gesundheitswesen in der Theorie nah an die Ziele der WHO heran, die ein gesellschaftlich verbürgtes Grundrecht auf Gesundheitsschutz fordert, mit den Zielen, Gesundheit, Leistungsfähigkeit und Lebensfreude bis ins hohe Alter zu sichern (Spaar 1999: S. 96). Dass über das zeitliche Bestehen die Diskrepanz zwischen den Konzepten und der Realität des DDR-Gesundheitswesens immer größer wurde, wird in Abschnitt 5.2 näher betrachtet.

5.1.2 Versorgungsformen, Verbände, Gesellschaften

Mit der wachsenden Zahl an gesetzlich Versicherten am Anfang des 20. Jh. stieg auch der Bedarf an angestellten Ärzten, deren Berufsstand immer mehr in Abhängigkeiten der Krankenkassen geriet. Um die beruflichen, wirtschaftlichen sowie sozialen Interessen von Ärzten, Zahnärzten und Medizinstudenten in Deutschland standes- und berufspolitisch zu bündeln und somit ein Sprachrohr zu formen, wurde im Jahr 1900 der „Leipziger Verband“, der später nach seinem Gründer Dr. Herman Hartmann in den „Hartmannbund“ umbenannt wurde, gegründet.

Zu Beginn der Einführung der GKVen verhandelten die Ärztinnen und Ärzte direkt mit den Krankenkassen ihre Gehälter aus. Als „Ärztelhäuser“, die von den GKV betrieben wurden und wo die von ihnen angestellten Ärzte arbeiteten, dienten seit den 1920er Jahren Ambulatorien. Diese wurden allerdings als standespolitische Bedrohung angesehen, da sie aus Sicht der Ärzte den Krankenkassen eine zu große Macht einverleibte. Durch Streikandrohungen der Ärzteschaft, erstmals im Jahre 1913, und durch Verhandlungen mit den GKVen erreichten die ambulant tätigen Ärzte die Ziele, die bis heute im deutschen Gesundheitssystem zu finden sind: die freie Arztwahl, im Jahr 1931 die Einführung von Kollektivverträgen, um sich aus der individuellen Abhängigkeit von den Krankenkassen zu lösen (Wasem 1997: S. 42) und das Monopol auf die ambulante Patientenversorgung durch niedergelassene Kassenärzte. Letzteres führte zu einer föderalen Strukturierung durch

regionale kassen(zahn-)ärztliche Vereinigungen (KVen bzw. KZVen), die die Vergütungen der Mediziner durch die Krankenkassen aushandeln und für die ambulante Versorgung der Versicherten verantwortlich sind. Unter den Nationalsozialisten wurden 1933 die Ambulatorien zugunsten der niedergelassenen Ärzte abgeschafft und ihnen somit eine Monopolstellung eingeräumt (Spaar 2004: S. 20). Eine ambulante Versorgung wurde jedoch sowohl im Vorkriegsdeutschland als auch während des zweiten Weltkrieges teilweise in Krankenhäusern sowie in den in Krankenhäusern angeschlossenen Polikliniken durchgeführt (Wasem 1997: S. 42). Die KVen wurden 1936 in der nationalsozialistischen Reichsärztekammer gleichgeschaltet und nach ihrer Auflösung mit dem Ende des Krieges in der BRD mit dem Kassenarztrecht 1955 neu gegründet (KBV 2017).

In der neuen demokratischen Staatsordnung in der BRD erhielten sie den bis heute gültigen Status einer „Körperschaft des öffentlichen Rechts“ (K. d. ö. R.) und behielten ihre Doppelrolle als Gewährleistende der ambulanten medizinischen Versorgung und als Interessensvertreter der Ärzteschaft (vor der Gründung der KVen bündelte vorwiegend der Hartmannbund die Interessen). Somit erlangten die KVen verschiedene Rechte und Pflichten, da sie selbstverwaltend tätig sind aber gleichzeitig der Sozialgesetzgebung unterliegen. Zu ihren „Rechten“ zählen beispielsweise die bereits genannten Kollektivverträge der gesetzlichen Krankenkassen mit den Leistungsanbietern z.B. über die Kassenarzthonorare und die Krankenhauspflegesätze (Deppe 1993: S. 20), die Aushandlung von Honorarvereinbarungen und die eigenständigen Zulassungsbestimmungen. Außerdem bekamen sie erweiterte Aufgabenfelder wie Prävention und Früherkennung übertragen, die bis dahin Aufgabe des öffentlichen Gesundheitsdienstes waren (Wasem 1997: S. 50). Als wichtigste Pflicht – die auch gleichzeitig als Privileg anzusehen ist – erhielten die KVen den „Sicherstellungsauftrag“, nämlich die Gewährleistung der ambulanten medizinischen Versorgung und die Bereitstellung eines Notdienstes außerhalb der Sprechstundenzeiten. Darüber hinaus sind sie für die berufsständische Vertretung der Rechte ihrer Mitglieder gegenüber den Krankenkassen und die Gewährleistung einer ordnungsgemäßen Leistungserbringung und Abrechnung durch die Vertragsärzte zuständig. Die Selbstverwaltung der KVen und KZVen sowie auch der Krankenkassen, die ebenfalls K. d. ö. R. sind, wird somit als charakteristisches Element des bundesdeutschen Gesundheitswesens deutlich und als Korporatismus bezeichnet.

Mit der Monopolstellung der Vertragsärztinnen und -ärzte über die ambulante medizinische Versorgung der Bevölkerung entstand eine Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung. Eine Ausnahme stellten die poliklinischen Institutsambulanzen der Hochschulen dar, die ausschließlich für Forschungs- und Lehrzwecke ambulant tätig sein durften (Wasem 1997: S. 61-62). Da der stationäre Sektor zum Großteil von Krankenhäusern gebildet wird und diese sich ebenfalls selbst verwalten und organisieren, gehören Krankenhausgesellschaften auch zum korporatistischen System, wobei sie keine K. d. ö. R. sind. Bei den deutschen Krankenhäusern unterscheidet man zwischen öffentlichen (Kommunen, Länder), freigemeinnützigen (Kirchen, Wohlfahrtsverbände) und privaten Trägern. Die scharfe Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung birgt Probleme: der stetige Wechsel des Arztes kann sich qualitätsmindernd auswirken und bringt Unwirtschaftlichkeit und bürokratischen Mehraufwand für die Krankenkassen und somit für das gesamte Gesundheitswesen mit sich. Durch die zunehmenden Spezialisierungen seit den 1990er Jahren, die sich zunehmend auch in ambulanten Praxen wiederfanden, kam es zu Problemfeldern in der Arztdichte bzw. Versorgungsstruktur. Der Vorteil lag und liegt immer noch darin, dass dadurch die stationären Behandlungen weniger wurden und es insgesamt wirtschaftlicher war (Wasem 1997: S. 57-58).

Auch der Staat zieht Vorteile aus dem korporatistischen Modell. So ist er nicht mehr für die Ausführung der medizinischen Versorgung verantwortlich (Staatsentlastung) und behält dennoch über Gesetze und Verordnungen gestalterische Möglichkeiten, wobei dem System z.T. eine zu große Staatsnähe vorgeworfen wird. Die Kontrolle der Körperschaften erfolgt über die Sozialgerichte.

Die Ärzte- und Zahnärztekammern sind weitere Berufsvertretungen und zudem Körperschaften des öffentlichen Rechts, unterscheiden sich jedoch in der Bedeutung und in den Aufgaben zu den KVen bzw. KZVen. Diesen Kammern müssen alle Ärzte und Zahnärzte eines Landes beitreten, unabhängig von ihrem Tätigkeitgebiet und Arbeitsumfeld, da sie für alle beruflichen Belange ihrer Mitglieder zuständig sind. Zu ihren Aufgaben gehören u.a.:

- die Aufsicht der Ärzte- und Zahnärzteschaft sowie deren Berufsordnungen,
- die ärztliche Ausbildung und Fortbildung inkl. Prüfungen zu regeln,
- die Überwachung und Qualitätssicherung,

- die Errichtung von Schlichtungsstellen, Gutachter- sowie Ethikkommissionen,
- an der Gesetzgebung auf dem Gebiet des öffentlichen Gesundheitswesens mitzuwirken,
- Versorgungswerke und soziale Einrichtungen für die Mitglieder und ihre Angehörigen zu führen und
- die Organisation der Ausbildung der (zahn-)medizinischen Fachangestellten.

Die dominierenden medizinischen Versorgungsformen in der DDR waren die bereits mehrfach benannten Polikliniken und Ambulatorien im ambulanten Sektor sowie gemeinnützige und überwiegend staatliche Krankenhäuser im stationären Sektor. Der wesentliche Unterschied zur Bundesrepublik bestand darin, dass der Staat selbst die Aufgabe der Sicherstellung innehatte. Folglich wurden die KVen in der sowjetischen Besatzungszone im Jahr 1946 in den FDGB überführt (Wasem 1997: S. 47) und die Anzahl an niedergelassenen Ärzten nahm im Verlauf der DDR immer weiter ab. Zwar wurden sie nicht explizit verboten, allerdings wurden den Ärzten keine neuen Zulassungen für eine eigene Niederlassung erteilt, weswegen selbstständige Ärzte und Zahnärzte weniger und durchschnittlich älter wurden.

Dass die ambulante und stationäre Versorgung eine Einheit bilden sollte, war ein weiteres Prinzip des ostdeutschen Gesundheitswesens (Simon 2017: S. 38). Polikliniken, in denen verschiedenste Fachrichtungen unter einem Dach praktizierten, darunter Allgemeinmediziner, Internisten, Chirurgen, Gynäkologen, Pädiater sowie Zahnärzte, waren hinsichtlich dieser interdisziplinären Verzahnung weit verbreitet. Auch ein Labor, eine „physiotherapeutische Einheit“ und eine Apotheke waren ihnen angegliedert. Sie waren vielfach an Krankenhäusern errichtet worden und auch ambulante Behandlungen sind in sogenannten Fachambulanzen an Krankenhäusern durchgeführt worden (Wasem 1997: S. 65). Auch an Medizinischen Hochschulen und Akademien fand eine stärkere Integration von Polikliniken in die ambulante ärztliche Versorgung statt als in der Bundesrepublik. Außerdem wurden Polikliniken oder Ambulanzen vielfach in Betrieben eingegliedert, für die sie selbst die Räumlichkeiten stellen und die Sachkosten tragen mussten. Sie hatten nicht nur präventive Aufgaben innerhalb des Betriebes, wie es vergleichbar auch Arbeitsmediziner in der BRD innehaben, sondern in einem erheblichen Umfang auch kurative Aufgaben (Henke 1990: S. 354). Im ländlichen

Raum bestanden auch weiterhin kleine, staatliche Arztpraxen oder Außenstellen der Polikliniken, um die Bevölkerung dort medizinisch zu versorgen.

Somit etablierten sich mit den Ambulatorien und Polikliniken alte, bereits bekannte Strukturen aus der Weimarer Republik. Hinzukamen Dispensaires, ebenfalls interdisziplinäre Einrichtungen, die auf die umfassende medizinisch-rehabilitative Betreuung von Personen mit bestimmten Krankheitsbildern (wie z.B. Diabetes mellitus, Atemwegserkrankungen oder Krebs) spezialisiert waren. Allerdings mag diese Spezialisierung und ausschließliche Behandlung der jeweiligen Krankheit auch nachteilig gewesen sein, weil beispielsweise multimorbide Patienten verschiedene Dispensaires für verschiedene Grunderkrankungen aufsuchen mussten, da es den Ärzten der anderen Fachrichtung untersagt war, „fachfremde“ Erkrankungen zu behandeln (Wasem 1997: S. 66). Präventive Arbeit, wie z.B. Gesundheitserziehung und Gesundheitsdienste für Mütter und Kinder war Aufgabe der Gemeinden (Eber- Huber 2005: S. 11).

Aufgrund der beschriebenen staatlichen Organisation des ostdeutschen Gesundheitswesens war eine selbstverwaltete Organisation des medizinischen Personals und der Sozialversicherungsträger mit gestalterischen Möglichkeiten ausgeschlossen. Die Stellenplanung sowie die Personalrekrutierung wurden beispielsweise durch die Kreisärzte vorgenommen. Auch junge Studiums-Absolventen hatten keine Wahl über den Ort und teilweise auch nicht über die gewünschte Fachrichtung, dafür hingegen kaum Sorgen über Arbeitslosigkeit (Wasem 1997: S. 59).

Über die Ausrichtung der Medizin unterschied sich die DDR bereits maßgebend. Die Umstrukturierung des Gesundheitswesens nach dem zweiten Weltkrieg, die in der Bundesrepublik weitestgehend ausblieb, hatte zum Ziel, die Spannungen zwischen betriebswirtschaftlichen Herausforderungen und ärztlichem Berufsethos, die es bereits seit Bestehen der eigenständigen Verwaltung der Ärzte und Krankenkassen in der WR gab, zu beseitigen und somit eine „Demokratisierung“ bzw. Sozialisierung des Gesundheitswesens sowie die Überwindung des kapitalistischen Wirtschaftens zu erreichen (Wasem 1997: S. 43 ff.). Darüber hinaus erlangte der Staat auch die Kontrolle über einen großen und wichtigen Bereich in der gesellschaftlichen Wahrnehmung.

5.2 Gesundheitspolitischer Reformbedarf und Übernahmebestrebungen der DDR

Zum Zeitpunkt der deutschen Wiedervereinigung bestand sowohl in Ost- als auch Westdeutschland Reformbedarf der jeweiligen Gesundheitswesen. Das ostdeutsche Gesundheitswesen war jedoch nicht nur reformbedürftig, sondern litt an einem starken materiellen, personellen und finanziellem Mangel, weshalb es zunehmend schlechter im internationalen Vergleich, besonders mit westlichen Industrienationen, mithalten konnte (Busse 2005: S. 27). Nötige Medikamente fehlten und die technische Ausstattung der medizinischen Einrichtungen waren mangelhaft oder veraltet. Der „Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen“ sieht im Jahresgutachten von 1991 die Ursache der Mängel und Probleme im sozialistischen System, welches eine Zentralverwaltungswirtschaft darstellte und u.a. die Ressourcen falsch einsetzte (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1991: S. 102). Zudem war die Sozialpolitik stark verschuldet und insgesamt zu teuer für die allgemein schwache Wirtschaft, weshalb sie zunehmend zu einem wirtschaftspolitischen Risiko wurde (Schmidt 1998: S. 127). Hinzu kam, dass u.a. als Resultat auf den schlechten Stand der dortigen Medizin viele ostdeutsche Ärzte in „den Westen“ ausreisen wollten und es ihnen mit der Grenzöffnung in Ungarn zu Österreich und den darauffolgenden Grenzöffnungen auch zunehmend ermöglicht wurde (siehe Abschnitt 4.3), wodurch die Bevölkerung zum Ende der DDR zunehmend unterversorgt war. Die Diskrepanz zwischen Konzepten und der Realität wurden immer größer, so bestand beispielsweise insgeheim eine „Zweiklassenmedizin“: „staatstreue Bürger“ erhielten klare Vorzüge in der Behandlung, während die restliche Bevölkerung unter einer Mangelversorgung litt. Selbst hohe Funktionäre der DDR reisten in die Bundesrepublik, um sich dort behandeln zu lassen. Ebenso verhinderten Interessenskonflikte in den Hierarchien zwischen dem MfG und der prinzipiell stets höhergestellten SED positive Entwicklungen im Gesundheitswesen (Spaar 1999: S. 107).

Doch auch das bundesdeutsche Gesundheitssystem hatte Defizite, wenngleich nicht so gravierende wie das der DDR. Zwar wurde schon vor den Wiedervereinigungsgeschehnissen 1989/90 immer wieder Kritik, insbesondere von Seiten der SPD und Gewerkschaften, laut, das dortige Gesundheitssystem zu überarbeiten,

jedoch verstärkten sich diese Forderungen nochmals angesichts der möglichen Fusionierung der beiden Staaten. Vielfach wurde das westdeutsche Gesundheitssystem als veraltet, ineffizient sowie ineffektiv bezeichnet (Wasem 1997: S. 21, Roth 2009: S. 1192). Durch übermäßige materielle Anreize käme es zur Überdiagnostik der Patienten, Mengenexplosionen und zu überlangen Krankenhausaufenthalten, auch die präventive Medizin würde vernachlässigt (Henke 1990: S. 358).

Ebenfalls die starke Position der Kassenärztlichen Vereinigungen rückten in den Fokus der Kritik: innerhalb der ab den 1970er Jahren einsetzenden gesundheitsökonomischen Deregulierungs- und Wettbewerbsdiskussionen wurde die Konzeption des Sicherstellungsauftrags und Versorgungsmonopoles durch die KVen stärker hinterfragt (Wasem 1997: S. 51). Statt Einzelpraxen kamen nicht-gewinnorientierte Körperschaften mit fest angestellten Ärzten als alternative Organisationsformen ins Gespräch, die sehr den ostdeutschen Ambulatorien und Polikliniken ähnelten, jedoch innerhalb der Ärzteschaft und in der öffentlichen Debatte auf starke Ablehnung stießen. Auch aus ökonomischer Sicht hätten diese gegebenenfalls Vorteile gebracht, da sie umfangreichere medizin-technische Möglichkeiten als Einzelpraxen gehabt hätten.

Befreit man das damalige ostdeutsche Gesundheitssystem vom „ideologischen Überbau“ (Simon 2017: S. 44), bleiben dennoch positive Aspekte übrig, die damals wie heute das bundesdeutsche System verbessern könnten. Dazu zählen u.a. die engere Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung (wobei die Realität womöglich in Teilen eine andere war (Wasem 1997: S. 67)) mit enger interdisziplinärer Zusammenarbeit, die Dispensaire-Einrichtungen im Sinne von Disease-Management-Programmen für chronisch Kranke, die Ausrichtung der Medizin auf Krankheitsverhütung und Gesundheitsförderung sowie eine weitestgehend wirtschaftliche Unabhängigkeit der Ärzte. Erleichtert (und in anderen Aspekten wiederum erschwert) wurde die Umsetzung der genannten Struktur- und Versorgungsmerkmale der DDR offenbar durch die staatliche Steuerung des Gesundheitswesens.

5.3 Verlauf, Akteure und Ergebnis der Transformation des ostdeutschen Gesundheitswesens

Mit der deutschen Wiedervereinigung kam es schließlich zur vollständigen Übertragung des westdeutschen Gesundheitssystems auf die DDR – trotz der Reformbestrebungen auf beiden Seiten der innerdeutschen Grenze. Wie die meisten gesellschaftlichen Bereiche des Transformationsprozesses blieb auch dieser „innovationsfrei“ (Wiesenthal 1995: S. 26), ging dafür jedoch erstaunlich schnell vonstatten. Dabei ist im Einigungsvertrag ein gewisser Freiraum offengelassen worden, der zumindest eine andere Dynamik zugelassen hätte. Außerdem stellt sich die Frage, warum keine der im vorherigen Abschnitt genannten Aspekte als Innovation für das westdeutsche Gesundheitssystem im Wiedervereinigungsprozess mit eingebracht wurden.

Ein wichtiger Faktor in dem Prozess war die Zeit. Wie in Kapitel 4 geschildert, nahm die deutsche WV einen sehr schnellen Verlauf. Nicht einmal ein Jahr nach dem Fall der Mauer war Deutschland wiedervereint. Dazu kam, dass es verschiedene Erwartungshaltungen in der ostdeutschen Bevölkerung gab – auch unter der Ärzteschaft. So waren sie sich anfangs beispielsweise nicht einmal darüber einig, was sie als erhaltenswert ansahen und was nicht, ob sie den Schritt in die private Niederlassung gehen würden oder nicht. Doch bereits 1992 waren 91% der Ärzte, die vorher staatlich angestellt waren in einer eigenen Praxis niedergelassen (Busse 2005: S. 31). Insgesamt gesehen lag der „ostdeutsche Verhandlungspartner“ in mehreren Punkten zurück: sie besaßen über keine größeren Interessensgemeinschaften oder andere autonome Akteure bis auf die evangelische Kirche, die annähernd diesem Kriterium entsprechen konnte und dem FDGB, der mehr als „Belastung“ und weniger als Unterstützung anzusehen war (Manow 1994: S. 164). Auch die junge Regierung De Maizière, die bei der Volkskammerwahl im März 1990 gewonnen hatte, war politisch unerfahren (Roth 2009: S. 1249) und hatte weder klare gesundheitspolitische Vorstellungen, noch die Kapazitäten, die eigenen gesundheitspolitischen Prinzipien, Ziele sowie Organisationsformen zu sichten und zu evaluieren. Zudem wurde sie von westdeutschen Delegierten beraten und womöglich in gewisser Weise beeinflusst.

Die historischen Entwicklungen und gegebenen Strukturen hatten auch Einfluss auf die „Situationswahrnehmung, Selbstverständnis und Handlungsoptionen“ anderer

Entscheidungsträger (Wasem 1997: S. 39-40) in der BRD: auf der politischen und administrativen staatlichen Ebene und auf die verbandlichen Akteure. Die westdeutschen Verhandlungspartner gingen davon aus, dass ihr Modell mitsamt den detaillierten Normen, Institutionen sowie Akteuren übertragen werden würde (Roth 2009: S. 2). Auch eine Vermischung der Systeme kam für sie nicht infrage. Zu groß war die Furcht vor kontroversen Diskussionen über „Kleinigkeiten“ in Bezug auf das historisch wichtige Ereignis der WV in einem zu kurzen Zeitraum. Auch ein „fear of breakdown“ verhinderte womöglich Reformen (Manow 1994: S. 19). Außerdem sprach der Erfolg für sich – das Gesundheitssystem hatte seit Bismarck viele Krisen überwunden.

Allerdings war die westdeutsche Seite in dem Interessengemeinde keineswegs einer Meinung. Die politische Opposition (SPD) unter der Führung von Oscar Lafontaine und die westdeutschen Gewerkschaften zielten ebenfalls darauf ab, dass Strukturen der DDR Einzug in das Gesundheitssystem finden sollten. Tatsächlich hätte die Opposition aufgrund ihrer Mehrheit im Bundesrat nach der gewonnenen Landtagswahl in Bremen den Staatsvertrag mit der DDR (über die Wirtschafts-, Währungs- und Sozialunion) kippen bzw. Forderungen stellen können. Nicht zuletzt aufgrund der hohen Verantwortung und Bedeutung in der Geschichtsschreibung, die WV aufgrund von „Sachfragen“ platzen zu lassen, kam zu keiner Zeit eine ernsthafte Bedrohung durch ein Veto auf (Wasem 1997: S. 104-105).

Die Krankenkassen und ihre Verbände hatten womöglich ein eher geringes Interesse an Reformen. Insbesondere waren sie nicht darauf erpicht, wieder direkte Verantwortung für medizinische Versorgung durch eine Übernahme von Ambulatorien zu übernehmen, die sie bereits seit Jahrzehnten an die KVen abgegeben hatten. Darüber hinaus war der Umbau in das gegliederte Krankenversicherungssystem verhältnismäßig einfach zu gestalten, da es bereits ein Sozialversicherungssystem in der DDR gab und die Versicherten von den neuen Krankenkassen einfach übernommen werden konnten (Affeld 1995: S. 132).

Die Kassenärztlichen Vereinigungen beabsichtigten möglicherweise ebenfalls eine Ausrichtung der ostdeutschen Regelungs- und Leistungsstruktur nach westdeutschem Muster, zumindest war ihnen bewusst, dass Strukturentscheidungen in Ostdeutschland auch mittelfristig Auswirkungen auf sie haben würden (Wasem 1997: S. 111-112) und sie sehr wahrscheinlich an ihrer Monopolstellung über die ambulante Versorgung festhalten wollten.

So ist anzunehmen, dass zwischen den westdeutschen Akteuren, die offenkundig den Transformationsprozess dominierten, ein „Struktur stabilisierendes Muster“ (Manow 1994: S. 167 ff.) zwischen den korporatistischen Akteuren sowie zwischen ihnen und dem Staat entstand. Ein häufig von ostdeutschen Verhandlungsführern angestrebter „dritter Weg“ als Kompromiss, beispielsweise durch das Beibehalten der Einheitskrankenkasse für die ostdeutschen Bürger, war weder politisch, noch aus lobbyistischer Sicht erwünscht, noch war es praktikabel (Busse 2005: S. 31). So erreichte der frühere (und letzte) Minister für Gesundheitswesen der DDR Prof. Dr. Jürgen Kleditzsch lediglich eine „Schonfrist“ der Polikliniken und Ambulatorien von 5 Jahren, bis sich die neuen ambulanten Versorgungsstrukturen durch die niedergelassenen Ärzte gebildet hatten.

Letztendlich war für eine gleichzeitige Reform bestimmter Teile des bundesdeutschen Gesundheitssystems und einer Fusion mit der DDR keine Zeit geblieben, gepaart mit staatlichen als auch parastaatlichen Akteuren, die, vielleicht auch den schwierigen Umständen geschuldet, an „altbewährten“, aber verbesserungswürdigen Strukturen festhielten – das anfangs genannte „window of opportunity“ galt auch in dieser Hinsicht. Mit der Unterzeichnung der Wirtschafts-, Währungs- und Sozialunion am 18. Mai 1990 war schließlich der rechtliche Rahmen für die Umgestaltung des ostdeutschen Gesundheitswesens geschaffen. Mit dem späteren Inkrafttreten des Einigungsvertrags galt das Sozialgesetzbuch (SGB) V fortan auch in den fünf neu hinzugekommenen Bundesländern.

6 Zahnheilkunde im geteilten Deutschland

Nachdem die unterschiedlichen Gesundheitswesen und wie sie historisch gewachsen sind hinreichend dargestellt wurden, soll es in diesem Kapitel um das Fachgebiet Zahnmedizin in den beiden disparaten politischen Systemen, vor allem in der DDR, gehen. Der Fokus der Betrachtung soll vorwiegend auf der Ausrichtung und Ausübung des Faches, auf einzelnen Besonderheiten sowie auf die Einbettung in das jeweilige Gesamtsystem liegen. Anschließend wird die Transfusion der ostdeutschen Zahnmedizin im nächsten Kapitel dargestellt.

6.1 Begriffserklärung „Stomatologie“ und dessen Einzug in den DDR-Sprachgebrauch

Die Stomatologie (griech. στόμα (stóma) für „Mund“ und λόγος (lógos) für „Wort“, „Lehre“) ist die Wissenschaft und Lehre von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten (ZMK) und war der seit 1953 in der DDR gängige Terminus für Zahnmedizin bzw. Zahnheilkunde, wie sie als solche noch vor der deutschen Teilung und weiterhin in der Bundesrepublik bezeichnet wurde.

Dabei war diese Bezeichnung nicht neu: der Ursprung des Wortes geht an das Ende des 19. Jh. zurück, als europaweit über den Weg der akademischen Ausbildung zum Zahnarzt debattiert wurde. Zu dieser Zeit schlug der Pariser Arzt und Zahnarzt Emile Magitot (1843-1897) als Lösung vor, in einem eigenen Studiengang praktisch ausgebildete Zahnärzte als „Odontologen“ und solche, die ein zeitaufwendigeres universitäres Medizinstudium mit anschließender Fachspezialisierung absolvierten als „Stomatologen“ zu benennen (Künzel 2009: S. 97). Im Jahr 1884 wurde im Preußischen Berlin, wenig später in Leipzig, das erste Zahnärztliche Universitätsinstitut mit einem eigenen Studiengang für Zahnmedizin eröffnet, ohne dass es eine einheitliche, europaweite Einigung gab. Sechs Jahre später wurde Berlin zum Austragungsort des internationalen Zahnärztekongresses, wo der von Magitot vorgeschlagene Terminus „Stomatologie“ zwar vollends als Fachgebietsbezeichnung anerkannt wurde (Huszár 1971: S. 313), jedoch die Frage des Berufszugangs auf europäischer Ebene offen blieb. In Budapest nahm neben anderen Meinungsvertretern wie dem Mediziner Christian Albert Theodor Billroth

(1829-1894) und dem doppelapprobierten Julius Scheff (1846-1922) auch Joseph Árkövy (1851-1922), der Begründer der wissenschaftlichen Zahnheilkunde Ungarns, die Position ein, dass die Stomatologie „ein Zweig der Medizin, also ein medizinisches Fach, dessen Kenntnis- und Tätigkeitsgebiet die Mundhöhle umfasst“ sei (Huszár 1971: S. 313). Er benannte das dort im Jahr 1909 neu eingeweihte Klinikgebäude „Stomatologische Klinik“, dessen angegliederte Betten-



Abb. 2: Georg Axhausen (1877-1960)

station ein Novum damaliger Zeit war und für internationale Beachtung sorgte. Somit etablierte sich der Begriff „Stomatologie“ in ganz Europa zu einem geläufigen und fortschrittlichen Ausdruck für Zahnheilkunde, der als eine akademische Teildisziplin der Medizin und nicht mehr nur als Handwerksberuf anzusehen war.

Aus dem interdisziplinären Tätigkeitsfeld mit Kriegsverletzungen im Kopf- und Halsbereich, bedingt durch den zumeist in Schützengräben stattfindenden Ersten Weltkrieg, entstand in den darauffolgenden Jahren eine zunehmende, kriegsbedingte Zusammenarbeit zwischen Chirurgen und Zahnärzten (Sigron 2011: S. 94). Ab 1924 wurde für den Facharzt für Zahn-, Mund-

und Kieferkrankheiten neben der ärztlichen und zahnärztlichen Approbation auch eine dreijährige Facharztausbildung obligatorisch. Viele Kieferchirurgen damaliger Zeit, wie z.B. der Chirurg Georg Axhausen (1877-1960) (Abb. 2), sahen sich an den Universtitäten als Mittler zwischen der Zahnmedizin und der Medizin. Im Jahr 1932 gründete Axhausen zusammen mit den zwei Kollegen Bruhn und Rosenthal die „Deutsche Gesellschaft für Stomatologie“, um Kieferchirurgen und chirurgisch interessierte Zahnärzte zu vereinen, die jedoch schon drei Jahre nach ihrer Gründung in die wissenschaftliche „Arbeitsgemeinschaft für Zahn-, Mund- und Kieferchirurgie innerhalb der DGZMK“ überging (Hoffmann-Axthelm 1995: S. 279) und somit der Begriff „Stomatologie“ während der Zeit der Nationalsozialisten allmählich in den Hintergrund rückte.

In den frühen Jahren der Nachkriegszeit sollte die Zahnmedizin neu definiert und die Ausübung allein durch approbierte Zahnärzte durchgeführt werden dürfen, da

es neben Zahnärzten bis dato auch praktisch ausgebildete Dentisten und Zahnpraktiker (staatlich nicht anerkannte Dentisten (Häussermann 2010: S. 126)) gab. Diese vereinheitlichenden Bestrebungen gab es sowohl in den westlichen als auch östlichen Besatzungszonen. Dazu erließ die Hauptverwaltung Gesundheitswesen der Deutschen Wirtschaftskommission für die SBZ bereits im März 1949 die „Anordnung über die Approbation der Zahnärzte“ (Künzel 2009: S. 100). In dem Zuge der Neuausrichtung erlangte die „Stomatologie“ ihre Renaissance, insbesondere, weil sie während der NS-Zeit unbelastet blieb und ihr ganzheitlicher Charakter Fortschritt symbolisieren sollte. So wurde 1951 in der DDR die neue Monatszeitschrift „Deutsche Stomatologie“ (1974 umbenannt in „Stomatologie der DDR“) unter der Leitung des Kieferchirurgen Wolfgang Rosenthal (1882-1971) gegründet und der Studienplan für Zahnmedizin in den Jahren 1951 und 1953 neu erarbeitet und erweitert. In der zweiten Überarbeitung des Studienplans brachte der Zahnarzt und Hochschullehrer Erwin Reichenbach (1897-1973) das erste Mal 1953 die „Stomatologie“ statt der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde beim Staatssekretariat für Hochschulwesen und Fachschulwesen (SHF) ein (Künzel 2009: S. 100-101). Auch zahnmedizinische Kliniken, Polikliniken und Hochschulfakultäten wurden zunehmend mit dieser Bezeichnung versehen. Im Ausland trugen zahnmedizinische Fachzeitschriften schon länger die „Stomatologie“ im Namen, so beispielsweise seit 1903 die „Österreichische Zeitschrift für Stomatologie“, die bis heute besteht und seit 2002 nur noch „Stomatologie“ heißt. Weitere Beispiele sind die sowjetische „Stomatologija Moskwa“, die Prager „Ceskoslovenská Stomatologie“, die Warschauer „Czasopismo Stomatologiczne“ und die Bukarester „Stomatologija“.

Im Januar 1964 kamen auf dem „Symposion zur Neugestaltung des Studiums der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“ Zahnärzte und verschiedene Hochschullehrer aus allen Fachbereichen zu Wort. Obwohl über die Neustrukturierung keineswegs Einigkeit herrschte war der Konsens, dass Zahnärzte über breite medizinische Grundkenntnisse sowie über intensivierete theoretische und praktische Kenntnisse verfügen müssten (Künzel 2009: S. 105). Auch in dem vom SHF reaktivierten „wissenschaftlichen Beirat für Zahnmedizin“ war man sich 1963 relativ schnell bei der Überlegung der Umbenennung des Studiengangs „Zahnmedizin“ in „Stomatologie“ darüber einig, dass es einen fortschrittlichen Begriff für die Weiterentwicklung des Fachgebietes innerhalb der medizinischen Wissenschaft

darstellt (Künzel 2010: S. 107). Der Zahnarzt sollte mit dem Arzt auf einer Augenhöhe sein und die „Stomatologie“ fand vor diesem Hintergrund begriffliche Akzeptanz. Manchen Kritikern, wie beispielsweise Walter Hoffmann-Axthelm (1908-2001) vor seiner Emigration nach West-Berlin, entfiel jedoch nicht, dass, wie die genannten osteuropäischen Zeitschriften zeigen, mit diesem neuen Terminus ein politischer Versuch der terminologischen Angleichung (Künzel 2009: S. 103) sowie gleichzeitig eine sprachliche „Abgrenzung der ost- zur westdeutschen Zahnheilkunde“ (Künzel 2010: S. 75) vollzogen werden sollte.

6.2 Dualismus in der Zahnheilkunde

Neben der Anerkennung der Zahnmedizin als „vollwertiges Fach“ der Humanmedizin bestand auch innerhalb der Zahnheilkunde ein „Dualismus“. Neben studierten Zahnärzten gab es, wie bereits erwähnt, ebenfalls Dentisten, die eine zahntechnische Ausbildung mit Zusatzqualifikation machten, um Patienten behandeln zu dürfen. Ihr Schwerpunkt lag daher gehend auf Zahnersatz, statt auf der Behandlung von anderen Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten. Ihr Berufsstand entwickelte sich aus der „Kurierfreiheit“ im 19. Jh. heraus, nach der es jedem erlaubt war, Heilkunde zu praktizieren. Neben wenigen approbierten Zahnärzten und vereinzelt oralchirurgisch tätigen Ärzten, entwickelte sich rasch eine Berufsgruppe, die sich als „Zahnkünstler“, „Zahnoperateur“, „Spezialisten für Zahnleidende“ u.v.m. und ab 1908 offiziell als „Dentisten“ bezeichnete (Groß 2006: S. 139), in Anlehnung an den romanischen und angelsächsischen Begriff „dentist“, der für einen approbierten Zahnarzt stand. Insbesondere durch die mangelnde Qualifizierung der Dentisten und den Folgeschäden an den Behandelten wuchs die Abneigung der Zahnärzte, die ihren Ruf geschädigt sahen. Die Zahl der gelernten Zahnpraktiker stieg sehr rasch, sie wurden als eigene Berufsgruppe zunehmend organisierter und schließlich Anfang des 20. Jh. den Zahnärzten zahlenmäßig deutlich überlegen.

Um eine einheitliche Regelung über die zahnheilkundliche Tätigkeit einzuführen, begannen früh Verhandlungen zwischen den Interessensvertretungen der Zahnärzte und Dentisten, doch scheiterten sie jedes Mal. Die Dentisten fürchteten höhere Anforderungen an ihren Beruf, wie z.B. die allgemeine Hochschulreife oder ein

Weiterbildungsstudium und die Zahnärzte ökonomische Konkurrenz. Auch politisch war dieser Konflikt während der WR und der Zeit der Nationalsozialisten nicht weiter von Relevanz. Nach dem Zweiten Weltkrieg gab es nach wie vor mehr Dentisten als Zahnärzte in Deutschland (Groß 2019: S. 175).

In der Nachkriegszeit zielten die Besatzungsmächte auf eine Beseitigung der Kurierfreiheit ab, wozu auch der Dualismus in der Zahnheilkunde zählte. Im „Leipziger Abkommen“ von 1946 wurde die Verschmelzung beider Berufe nach bestandener Zusatzqualifikation der Dentisten beschlossen sowie dass der Ausbildungsweg fortan akademisch bleiben würde. Die Umsetzung dieser Beschlüsse erfolgte in den Besatzungszonen unterschiedlich und erst Jahre später. Sie verliefen abermals nicht ohne Widerspruch, jedoch musste schnell eine Lösung gefunden werden um die unterversorgte Nachkriegsbevölkerung zu versorgen, insbesondere weil die Bevölkerung vor allem auf dem Land durch Geflüchtete aus Ostpreußen, Schlesien und dem Sudetenland stark zunahm (Künzel 2010: S. 6). Dies betraf vorwiegend die ostdeutsche Besatzungszone – womöglich ein Grund, weshalb der Einheitsstand dort früher erreicht wurde als in den westdeutschen Zonen.

Am 2. März 1949, noch vor der Gründung der DDR, wurde die „Anordnung über die Approbation der Zahnärzte“ erlassen, die nicht nur unter Zahnärzten und Dentisten, sondern auch noch unter Zahnpraktikern unterschied und diese Unterscheidung fortan aufhob. Mit der Approbationsordnung (AO) von 1949 wurde der Dualismus zwischen den Berufsgruppen beigelegt, denn laut dieser neuen AO bekamen die niedergelassenen Dentisten die Möglichkeit an einem 220-stündigen Fortbildungskurs zur Behandlung von Mund- und Kieferkrankheiten teilzunehmen, um nach dessen Bestehen eine äquivalente Approbation wie ihre studierten Kollegen zu erwerben (Groß 2019: S. 177). Diejenigen, die am 2. April des gleichen Jahres bereits mindestens vier Jahre ihren Beruf ausübten, brauchten „nur“ 104 Stunden am Kurs teilnehmen (Di Lorenzo 2008: S. 26). Angehende Dentisten, die sich zu jenem Zeitpunkt in der Ausbildung befanden, konnten nach einem einjährigen Besuch eines Dentisteninstituts ein anschließendes klinisches Studium über vier Semester an einer der ostdeutschen Universitäten beginnen um abschließend die zahnärztliche Approbation zu erlangen (Künzel 2010: S. 7-8). Dies führte folglich zu erheblichen Überbelastungen an ostdeutschen zahnmedizinischen Fakultäten in den Folgejahren. Zahnpraktiker, die in „Zahnateliers“ arbeiten erhielten keine

Möglichkeit der Fortbildung. Nach Auffassung des ostdeutschen Professors Walter Künzel wurde:

„erst mit der Beseitigung der bisherigen Ausbildungs- und Qualifikationsunterschiede zwischen Zahnärzten, Dentisten und Zahnpraktikern die Ausbildung der Zahnheilkunde in vollem Maße ein der ärztlichen Tätigkeit gleichrangiger medizinischer Hochschulberuf. Mit der neuen Approbationsordnung für Zahnärzte, die das gesundheits- und intelligenzpolitisch bedeutsamste Ergebnis der antifaschistisch-demokratischen Umwälzung für die Zahnheilkunde darstellt, waren jetzt die entscheidenden Voraussetzungen für eine durchgängig qualifizierte zahnärztliche Betreuung der Bevölkerung und für eine fruchtbare wissenschaftliche Entwicklung der Zahnheilkunde geschaffen.“ (Künzel 1987: S. 28)

Daraus wird deutlich, dass neben der Angleichung und der damit einheitlichen Professionalisierung der Zahnmedizin das Fach zudem an Gleichstellung innerhalb der Medizinischen Fakultäten erlangte. Außerdem bildete sie die Grundlage für eine wissenschaftliche Weiterentwicklung.

In der Bundesrepublik Deutschland wurde im „Gesetz über die Ausbildung der Zahnheilkunde“ vom 31. März 1952 eine Einigung im Dualismus der Berufsgruppen gefunden. Das Gesetz beschloss die Anerkennung der Dentisten zum Zahnarzt nach dem Absolvieren eines 60-stündigen Fortbildungskurses mit Themen über Mund- und Kieferkrankheiten sowie über Arzneimitteln.

Bis Ende des Jahres 1953 gingen 15.000 Dentisten diesem Angebot nach und nahmen an den Kursen teil (Groß 2006: S. 118). Trotz der neu erworbenen zahnärztlichen Approbation bekamen die ehemaligen Dentisten dort jedoch nicht das Recht zu promovieren zugesprochen, womit trotzdem ein Unterscheidungsmerkmal zwischen den akademisch und nichtakademisch ausgebildeten Zahnärzten bestehen blieb.

Ein Unterschied im Vergleich zur bundesdeutschen Lösung des Dualismus bestand darin, dass die Fortbildungskurse in der DDR nur begrenzt bis zum Herbst 1954 angeboten wurden (Groß 2019: S. 177) und verbliebenen Dentisten kein weiteres Berufsrecht gewährt wurde, sodass es praktisch keine Dentisten mehr gab, während in der Bundesrepublik wenige 75 Kollegen keinen Gebrauch von der neuen Regelung machten bzw. machen mussten und bis zu ihrem Ruhestand weiter praktizieren durften.

Der zweite hauptsächliche Unterschied lag darin, dass die Approbationsvoraussetzungen in der ostdeutschen Zone, mit 220, statt 60 Fortbildungsstunden, bis auf diejenigen Dentisten, die aufgrund ihrer Berufserfahrung lediglich 104 Stunden absolvieren mussten, deutlich höher lagen und somit eine qualitativ und fachlich bessere Angleichung an die studierten Kollegen möglich war. Dazu kam, dass im ostdeutschen Gebiet eine Abschlussprüfung am Ende dieser Weiterbildung abzulegen war, die auf westdeutscher Seite fehlte. Auch das Recht zu promovieren und zu habilitieren wurden den neu ernannten Zahnärzten durch die AO von 1949 erteilt, allerdings nur denjenigen Dentistenassistenten, die nach angefangener Ausbildung in den Studiengang gewechselt sind (Künzel 2010: S. 7-8).

6.3 Stomatologie in der DDR

Wie sah die ostdeutsche Stomatologie im Detail aus? Aus den vorangegangenen Abschnitten geht hervor, dass die ostdeutsche Zahnmedizin bis 1990 schrittweise reformiert und inhaltlich weiterentwickelt wurde. Ein wesentlicher Bereich dieser Reformen war die Aus- und Umgestaltung des bisherigen zahnmedizinischen Studienganges. Auch die zahnärztliche Versorgung und die Ausrichtung des Faches wurden zunehmend umstrukturiert, eingebettet in das neu entstandene staatliche Gesundheitswesen der DDR (siehe Kap. 5).

6.3.1 Stomatologische Ausbildung

Nachdem der Dualismus rasch beigelegt wurde, indem eine einheitliche Regelung über die zahnmedizinische Versorgung auf akademischem Weg gefunden wurde

und Dentisten die Möglichkeit bekamen, sich weiterzubilden, standen Reformen im Studiengang Zahnmedizin an. Es dauerte bis in die 1960er Jahre, dass der Studiengang „Stomatologie“ eingeführt war.

„Die Umsetzung der Empfehlungen durch das SHF erfolgte mit Wirkung vom 1. März 1965 mit der Anweisung, die zahnärztlichen Einrichtungen an den Universitäten und der medizinischen Akademie Dresden nach einheitlichem Muster in Stomatologie umzubenennen.“ (Künzel 2010: S. 107)

Grundlegende Änderungen wurden in den Studiengängen Human- und Zahnmedizin gleichermaßen vorgenommen. An den Hochschulen und Universitäten der DDR (und zuvor schon der SBZ) wurden drei Hochschulreformen durchgeführt. Die erste Reform von 1946 sollte den „antifaschistisch-demokratischen“ Charakter der Hochschuleinrichtungen begründen (Seigewasser 2006: S. 6). Die Dauer des Zahnmedizin-Studiums wurde erst auf 4 Jahre und mit der zweiten Hochschulreform 1951 auf 5 Jahre erhöht. Insbesondere theoretische Fächer kamen zum sonst sehr praxisorientierten Studium hinzu. Dazu zählten für alle Mediziner der Unterricht in „Marxismus-Leninismus“, Russisch sowie Sozialhygiene und für die Zahnmediziner ab 1953 die allgemeinen Fächer Pädiatrie, HNO, Dermatologie, Venerologie und Arbeitsmedizin (Künzel 2010: S. 3). Im gleichen Jahr wurde das bereits genannte Staatssekretariat für Hochschulwesen gegründet, welches 1958 in das „Staatssekretariat für Hoch- und Fachschulwesen“ und 1967 in das „Ministerium für das Hoch- und Fachschulwesen der DDR“ überging.

Die dritte Hochschulreform erfolgte 1968/69 und umfasste neben vielen Umstrukturierungen in der Verwaltung und der Organisation der Hochschulen neue Ausbildungs- und Erziehungsprogramme für das Medizin- und Zahnmedizin-Studium. Es kamen neue Studienpläne für Human- und Zahnmediziner mit interdisziplinärem Unterricht und neuen Praktika. Bedeutend war die Einführung des „wissenschaftlich-produktiven Studiums“, welches ein durch verstärkte selbstständige Arbeit getragenes Studium fördern und fordern sollte. Auch die Wissenschaft und Forschung sollte vorangetrieben werden. Das Ergebnis war, dass jedes Universitäts- und Hochschulstudium mit einer Belegarbeit abgeschlossen werden musste. Damit wurde auch für die Human- und Zahnmedizin das Diplom eingeführt, welches der Form nach einer Promotion im kleineren Umfang ähnelte. Sie waren anfangs nicht einheitlich geschrieben worden und auch nicht

obligatorisch für den Studienabschluss. Dies änderte sich 1977 und bereits ab 1973 wurde das Diplom die Voraussetzung zu promovieren (Seigewasser 2006: S. 5). Das wissenschaftlich-schöpferische Arbeiten sollte bindender Bestandteil des Studiums werden und die wissenschaftliche Ausbildung der Studierenden somit erhöht werden. Als positiv bewertet wurde sowohl vonseiten der Hochschullehrer als auch der späteren Promovenden, dass durch die Diplomarbeit bereits Erfahrungen und Kenntnisse im Anfertigen einer wissenschaftlichen Arbeit gesammelt werden konnten (Seigewasser 2006: S. 19). Jedoch erfuhr das Diplom seit seiner Einführung stets auch Widerstand vonseiten der Mediziner, da es ein Bruch der „akademischen Gepflogenheiten“ darstellte und die Promotion ins wissenschaftliche Abseits drängte (Mros 1999: S. 209). Die Absolventen erwarben mit Abschluss des Studiums den ersten akademischen Grad Diplom-Stomatologe (Dipl.-Stom.) und Diplom-Mediziner (Dipl.-Med.).

Promotionen wurden fortan in Promotion A und B unterschieden, während letztere die Habilitation wie in der Bundesrepublik darstellte und mit dem Titel „Dr. sc.“, also dem Doktor der Wissenschaften, abgeschlossen wurde und im medizinischen Bereich durch weitere wissenschaftliche Arbeiten zum „Dr. sc. med.“ erweitert werden konnte (Di Lorenzo 2008: S. 29). Die Promotion A qualifizierte zum Doktor eines Wissenschaftszweiges („Dr.“), der für Mediziner und Zahnmediziner nach der dritten HSR fortan einheitlich „Dr. med.“ hieß und keine Unterscheidung mehr zum „Dr. med. dent.“ gemacht wurde.

Eine neue Approbationsordnung für Zahnärzte war ab dem 1. März 1977 gültig und löste die alte von 1949 ab. Die nächste Präzisierung wurde Anfang der 1980er durchgeführt – die Ausprägung der Ausbildung zielte fortan, wie der gesamte Paradigmenwechsel in der DDR-Gesundheitspolitik, vermehrt auf die Prävention ab und befand sich im internationalen Vergleich auf einem modernen Niveau (Spaar (Red.) 2003: S. 99). Außerdem war „das Anspruchsniveau der naturwissenschaftlichen Ausbildung weiter zu erhöhen, die Verbindung zwischen vorklinischer und klinischer Ausbildung zu vertiefen und die berufspraktische Ausbildung zu verbessern“, wie es in der „Direktive für das Studienjahr 1982/83“ des Ministeriums für Hoch- und Fachschulwesen vom 17.6.1982 nachzulesen ist. Vorangegangen war im Februar 1982 die wissenschaftlich-methodische Konferenz in Erfurt, auf der es u.a. darum ging, das Studium als „schöpferische Phase im Leben der Studenten“ auszubauen und die Hochschulmedizin besser in das territorial geleitete

Gesundheitswesen zu integrieren (Spaar (Red.) 2003: S. 100). Ferner wurde das Stomatologie-Studium als klar umrissene, in die Hochschulmedizin integrierte Grundausbildung definiert, die auf die im Anschluss fortführende Facharzt- bzw. Fachzahnarztweiterbildung vorbereiten sollte (Spaar (Red.) 2003: S. 100).

Weiterbildungen zum Fachzahnarzt gab es für die vier (Haupt-)Fachrichtungen Allgemeine Stomatologie, Kinderstomatologie, Orthopädische Stomatologie und Kieferchirurgie. Eine fachspezifische Weiterbildung war für jeden obligatorisch und dauerte mindestens vier Jahre mit abschließender Prüfung. Ab 1975 existierte zudem der Fachzahnarzt für Sozialhygiene (Groß 2019: S. 154). Ein Facharzt für Doppeltapprobierte, analog dem westdeutschen MKG-Chirurgen, wurde 1977 abgeschafft und „in Anlehnung an die anderen sozialistischen Länder ein Fachzahnarzt für Kieferchirurgie [...] eingeführt“ (Hoffmann-Axthelm 1995: S. 284). Ab 1983 wurde zudem eine Fachzahnarztweiterbildung in „theoretisch-experimentellen Fächern“, wie Anatomie, Biochemie, Pharmakologie o.ä. ermöglicht, die sonst nur mit einem abgeschlossenen Humanmedizinstudium machbar gewesen wären (Staehele 2010: S. 208).

Die Zulassungsbedingungen für das Stomatologie Studium waren die Hochschulreife und ein einjähriges Vorpraktikum in der Krankenpflege und als Hilfskraft in einer stomatologischen Ambulanz. Außerdem musste die „körperliche Eignung“ bescheinigt werden, bei der das beidäugige Sehvermögen, die „völlige Bewegungsfreiheit der Extremitäten“, eine „ausreichende Körperhöhe“ und das Freisein von Allergien untersucht wurden (S. 7 im „Studienplan für die Grundstudienrichtung Stomatologie“, siehe Anhang 12.1).

Das Studium war stark in ein ideologisches Muster gebettet. Neben dem Fach „Marxismus-Leninismus“ wurden auch andere fachfremde Fächer wie Sport und Russisch sowie eine weitere Fremdsprache, entweder Englisch oder Französisch verlangt (Di Lorenzo 2008: S. 27). Neben dem fachlichen Wissen stand die politische Erziehung bis hin zur Lenkung des Denkens und des Handelns des Absolventen im Studienplan: „Er unterstützt aktiv die Politik der Partei der Arbeiterklasse und der Regierung der DDR und tritt für die ständige Vertiefung der Freundschaft zur Sowjetunion und die Festigung der sozialistischen Staatengemeinschaft ein, macht sich die Errungenschaften der Sowjetwissenschaft zu eigen und übt Solidarität mit den um ihre Freiheit und nationale Entwicklung kämpfenden Völkern.“ (S. 2 im „Studienplan für die Grundstudienrichtung

Stomatologie“). Auch im Absolventengelöbnis ist neben den ärztlichen Verpflichtungen die politische Bindung an die sozialistische Gesellschaft und an die DDR verlangt worden.

Formell entsprach der Studienplan von 1982 bis auf das zu absolvierende Vorpraktikum und dem fehlenden Zahnersatzkurs in der Vorklinik weitestgehend dem Studium in der BRD. Es war auf fünf Jahre festgelegt, von denen die ersten vier Semester auf die Vorklinik und die Semester fünf bis zehn auf den klinischen Abschnitt entfielen. Praktische Kurse wurden ausschließlich in der vorlesungsfreien Zeit veranstaltet und dauerten zwischen drei und fünf Wochen. Die Berufspraktika wurden an der Hochschule oder an staatlichen Gesundheitseinrichtungen in folgenden Fächern absolviert:

- 2x3 Wo. „Einführung in die Stomatologie“ (nach dem 1. und 4. Semester)
- Praktikum nach eigener Wahl (nach dem 2. Semester)
- 3 Wo. „Präventive Stomatologie“ (nach dem 3. Semester)
- 5 Wo. „Stomatologische Propädeutik“ (nach dem 6. Semester)
- 5 Wo. „zahnärztliche Betreuung“ (nach dem 8. Semester)
- 4 Wo. „Stomatologische Diagnostik und Therapie“ (nach dem 9. Semester)
- 5 Wo. „Militärmedizinische Qualifizierung/Medizinisches Zivilverteidigungspraktikum“ (im 10. Semester neben weiteren theoretischen Lehrveranstaltungen)

Darüber hinaus mussten die Studierenden „zur Vervollkommnung praktischer Fertigkeiten und der Erziehung zu ärztlicher Einsatzbereitschaft“ über die gesamte Studienzzeit hinweg insgesamt 40 eintägige Dienste (8 pro Studienjahr) im pflegerischen, zahnärztlichen oder ärztlichen Bereich nachweisen.

Ausgenommen von den Kursen waren die vorlesungsfreien Zeiten nach dem 5. (4 Wochen) und 7. Semester (5 Wochen), die für die Erarbeitung der Diplom-Arbeit vorgesehen waren, die spätestens am Ende des 9. Semesters einzureichen und bis zum Ende des 10. Semester zu verteidigen war.

Neben den auch im westdeutschen Studienplan verankerten Fächern Biologie, Chemie, Physik, Physiologie, Biochemie und Anatomie kamen im vorklinischen Studienabschnitt hinzu:

- Sport (während allen 10 Semestern jeweils zwei Wochenstunden; mit Abschlusstestat am Ende des Studiums),
- Mathematik/Biostatistik,
- zwei Fremdsprachen (davon einmal Russisch),
- Einführung in die Notfallmedizin,
- das DDR-weite Lehrprogramm „Grundlagen des Marxismus-Leninismus an den Universitäten und Hochschulen der DDR“:
 - Dialektischer und historischer Materialismus
 - Politische Ökonomie des Kapitalismus und Sozialismus
 - Wissenschaftlicher Kommunismus/Grundlehren der Geschichte der Arbeiterbewegung (ab dem klinischen Studienabschnitt zu belegen)

Ein Kurs in mikroskopischer Anatomie (Histologie) war nicht als selbstständiges Fach vorgesehen, jedoch womöglich in den verschiedenen Fächern und Kursen integriert.

Ähnlich wie in der Bundesrepublik gefordert, mussten Kenntnisse in Latein entweder während der Schulzeit erlernt worden sein oder in einem fachbezogenen Lateinkurs bis zum Abschluss des ersten Studienjahres nachgewiesen werden.

Auffällig war die frühe Ausbildung im ärztlichen Handeln in Notfallsituationen, die mit dem interdisziplinären Kurs „Einführung in die Notfallmedizin“ bereits im zweiten Semester begann. Fortsetzend kamen die Kurse „Traumatologie/Notfallsituationen“ und „Militärmedizin“ im klinischen Abschnitt dazu.

Weitere klinische Fächer, die nicht im westdeutschen Pendant nicht isoliert gelehrt wurden waren:

- Anästhesiologie,
- Ophthalmologie,
- Pädiatrie,
- Medizinische Psychologie,
- Psychiatrie/Neurologie,
- Gerichtsmedizin,
- Sozialhygiene; Arbeitshygiene; allgemeine und kommunale Hygiene

sowie weiterer „gesellschaftsrelevanter“ Kurse wie „Arzt und Gesellschaft“ und „Kriterien der Arbeits- und Leistungsfähigkeit“.

Dazu kamen die allgemeinen Fächer Pathologie, klinische Chemie, Mikrobiologie, Pharmakologie/Toxikologie, Innere Medizin, Allgemeine Chirurgie, Radiologie, HNO, Dermatologie, Geschichte der Medizin, die ebenfalls im westdeutschen Studienplan für Zahnmedizin standen, jedoch in der DDR anders benannt wurden oder in „interdisziplinären Komplexen“ aufgeteilt bzw. anders zusammengesetzt wurden.

Fachspezifisch wurden im klinischen Abschnitt „umfassende Kenntnisse in der stomatologischen Krankheitslehre sowie Können in der Diagnostik und Therapie, Prophylaxe und Metaphylaxe stomatologischer Erkrankungen, speziell der Hartsubstanzerkrankungen einschließlich der Folgeerscheinungen und der Erkrankungen des Zahnhalteapparats vermittelt“ (S. 4 im „Studienplan für die Grundstudienrichtung Stomatologie“).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das Stomatologie Studium sehr vielschichtig gestaltet war und seit 1949 mehrfach angepasst sowie „präzisiert“ wurde, sodass nicht ausschließlich das „eigene“ Fachgebiet gelehrt wurde, sondern darüber hinaus auch viele allgemeinmedizinische Kenntnisse vermittelt wurden, um im eigenen Arbeitsgebiet medizinische Zusammenhänge herzustellen und bei der Früherkennung pathologischer Symptome ggf. Überweisungen zum jeweiligen Fachkollegen einzuleiten (Seigewasser 2006: S. 13). Unabhängig von der starken politischen Ideologisierung entwickelte sich auch unter den ärztlichen Kollegen eine breite Akzeptanz der Stomatologie als eine Sparte der Medizin.

Dies geht auch aus dem am 3. April 2020 mit Prof. Dr. Dietmar Oesterreich geführten Interview deutlich hervor. Nach seinem Studium an der ostdeutschen Universität in Rostock von 1976 bis 1981 war er zunächst an der Poliklinik für Stomatologie des Kreiskrankenhauses in Malchin tätig, bevor er sich nach der deutschen Wiedervereinigung in eigener Praxis in Mecklenburg-Vorpommern (MV) niederlies. Darüber hinaus wurde er bei der Neugründung der Landeszahnärztekammer MV im Jahr 1990 zu dessen Präsidenten gewählt und ist es neben der Vizepräsidentschaft der Bundeszahnärztekammer seit 2000 bis heute (Stand: Jan. 2021). Auch er ist der Auffassung, dass „der Eindruck vermittelt wurde, dass die Zahnmedizin als Facharztgruppe angesehen wurde, als *ein* Fachgebiet in der Behandlung des gesamten menschlichen Körpers.“ (Oesterreich 2020: ab Min. 10:40 Teil I). Dies führt er u.a. auf die vielen Hospitationen in anderen medizinischen Bereichen zurück, wie beispielsweise in der Notfallmedizin oder in der anästhe-

siologischen Abteilung, während denen persönliche Beziehungen entstanden und somit ein fachlicher Austausch, der für beide Seiten einen Mehrwert mitbrachte, entstand. Im Studienplan für Medizin-Studenten der DDR fand sich ebenso das Fach Stomatologie wieder, was im westdeutschen Humanmedizin-Studium keine weitere Beachtung fand bzw. findet.

Auch der Hamburger Zahnarzt Prof. Dr. Wolfgang Sprekels sieht die DDR-Zahnärzte in manchen Punkten besser ausgebildet als die westdeutschen Kollegen. So nennt er an erster Stelle die „gründliche Ausbildung in Allgemeinmedizin“ (Sprekels 2020: ab Min. 1:30) sowie die in der DDR ohnehin ausgeprägte präventive (Zahn-)Medizin, speziell in der Kinderzahnheilkunde, aber auch die Chirurgie, in der sie aufgrund des fundierten theoretischen Wissens, seiner Meinung nach, besser ausgebildet gewesen sein könnten (Sprekels 2020: ab Min. 14). Allerdings – und das war seines Erachtens nicht nur ein Problem während des Studiums, sondern betraf die gesamte ostdeutsche Zahnmedizin – waren die Qualitäten in der Zahnärztlichen Prothetik, insbesondere aufgrund von Materialknappheit, eine „Katastrophe“ (Sprekels 2020: ab Min. 2).

6.3.2 Zahnärztliche Versorgung in der DDR

Die zahnärztliche Versorgung in der DDR erfolgte zunehmend – wie die restliche medizinische Versorgung auch (siehe Kapitel 5) – in staatlichen Gesundheits-



Abb. 3: Zahnarztpraxis von Fritz Bodenstein in Wismar (Datum vermutlich zwischen 1970 und 1975). Er war einer der wenigen verbliebenen Zahnärzte in eigener Niederlassung zum Ende der DDR.

einrichtungen. Waren 1957 noch 74 % aller Zahnärzte in eigener Niederlassung tätig, so reduzierte sich deren Anteil immer weiter: bis 1970 auf 32% und nur noch 4% aller Zahnärzte im Jahr 1989 (Bardehle 1994: S. 30). Zwar war es in der Theorie möglich, eine Zulassung für eine eigene Praxis zu beantragen, doch wurden diese vom zu-

ständigen Kreisarzt nicht mehr erteilt. Eine Ausnahme stellte die Möglichkeit des Praxisinhabers dar, die Praxis an sein Kind zu übergeben, was jedoch eher selten der Fall war.

Der Aufbau des staatlichen Sektors in der Zahnmedizin begann früh. Bereits 1946 wurde mit der Errichtung von Polikliniken begonnen, in denen auch Fachabteilungen für Zahnerkrankungen angegliedert werden sollten. Allerdings war die Bereitschaft der Zahnmediziner sich in staatlichen Einrichtungen anstellen zu lassen sehr



Abb. 4: Bezirkspoliklinik für Stomatologie in der Graf-Schack-Alle, Schwerin. Datum unbekannt

niedrig, da sie nicht ihre Selbstverwaltung verlieren wollten und finanzielle Einbußen zu befürchten hatten. Um Ärzte und Zahnärzte zu werben, wurden finanzielle Anreize geschaffen und Polikliniken sowie Ambulatorien beispielsweise durch Materialzuweisungen systematisch bevorzugt

(Wasem 1997: S. 46-47). Aufgrund von Mängeln in der zahnärztlichen Versorgung in den 1950er Jahren wurde der Ausbau von staatlichen Einrichtungen, z.B. durch Gründung staatlicher Zahnarztpraxen im ländlichen Raum (in denen die Ärzte im Übrigen auch „selbstständig und in Eigenverantwortung“ arbeiten konnten, allerdings unter der Weisung der staatlichen Behörden standen), stark gefördert. In den folgenden Jahrzehnten entstanden darüber hinaus Polikliniken und Fachpolikliniken für Stomatologie, stomatologische Ambulanzen (an Hochschulen), stomatologische Abteilungen in Polikliniken und Ambulatorien, stomatologische Einrichtungen im Betriebsgesundheitswesen und Schulambulanzen (Bardehle 1994: S. 13). In Polikliniken als auch in Fachpolikliniken für Stomatologie wurden neben der ambulanten Tätigkeit auch Weiterbildungen von Zahnärzten vorgenommen. Fachpolikliniken verfügten laut Definition über mehr Abteilungen als die „einfache“ Poliklinik und waren für die Weiterbildung eines ganzen Bezirks, statt für nur einen Kreis zuständig.

Eine weitere Reaktion auf die angespannte zahnärztliche Versorgung in den 1950er Jahren war die ansteigende Zahl an Studienzulassungen in den darauffolgenden Jahrzehnten, woraus sich zum Ende der DDR ein, im internationalen Vergleich,

relativ hoher zahnärztlicher Betreuungsgrad ergab (Binus 2003: S. 94), wenn man vom Weggang in die alte Bundesrepublik ab 1989 absieht (7,8 % aller Zahnärzte verließen 1989 die DDR (Bardehle 1994: S. 35)). Die Auswirkung dieses Zuwachses könnte womöglich auch der Grund dafür gewesen sein, weswegen der Zahnärztestand zum Zeitpunkt der Wiedervereinigung ein sehr junger war (Oesterreich 2020: ab Min. 22:30 Teil I).

Es zeichnete sich früh ab, dass die missliche zahnmedizinische Lage in den ersten beiden Jahrzehnten des Bestehens der DDR nicht nur personellen, sondern auch materiellen Ursprungs war. Die Lebenserwartungen stiegen an und auch die Zahnmedizin machte immer weitere Fortschritte, indem neue Gerätschaften, Verbrauchsmaterialien, etc. hinzukamen und dementsprechend auch die Bedürfnisse der Bevölkerungen zunahmen (ab 1974 bestand außerdem eine volle Leistungsübernahme durch die Sozialversicherung). Daher kam es in der DDR zunehmend zu einem Paradigmenwechsel von der kurativen zur präventiven Zahnheilkunde (Binus 2003: S. 100), was sich sowohl in der zahnmedizinischen Versorgung als auch im Studieninhalt widerspiegelte. Gleichzeitig konnte dieser Wandel auch als Fortschritt verbucht werden, wurde die Prophylaxe – nicht zuletzt auch international – als ein immer wichtiger werdender Bereich angesehen (siehe Abschnitt 5.1.1).

Die zahnmedizinische Versorgung in der DDR blieb bis zum Ende sehr defizitär, wie auch das gesamte Gesundheitswesen (siehe Abschnitt 5.2). War die zahnärztliche Ausbildung mindestens gleichwertig zu der im westdeutschen Gegenüber (insbesondere im theoretischen Teil), so ergaben sich in der Praxis erhebliche Mängel. Vor allem beim Zahnersatz hinkte die DDR ca. 20-30 Jahre den internationalen Entwicklungen hinterher (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1991: S. 192). Mansour schildert diesen Zustand wie folgt:

„Anhand der Keramikmantelkronen und -verblendkronen, lässt sich eine unterschiedliche Entwicklung in der BRD und DDR erkennen. Während in der DZZ schon 1968 Artikel zum Thema der Metallkeramik erscheinen und kontinuierlich ein Forschungsbedarf besteht, beschäftigt man sich in der Deutschen Stomatologie mit altbewährten Themen wie der Schalenkeramik, zieht aber 1983 endgültig nach. Die Bedürfnisse nach ästhetisch hochwertigem Kronenersatz scheinen in beiden Teilen

Deutschlands gleich zu sein und werden auf unterschiedliche Weise erfüllt.“ (Mansour 2008: S. 51)

Doch auch in der zahnmedizinischen Grundbetreuung gab es Versorgungslücken, v.a. in Großstädten und industriellen Ballungsräumen (Binus 2003: S. 101). Die Diskrepanz zwischen den Wünschen der Patienten und den realen Möglichkeiten nahm immer weiter zu und auch die ständige Vergleichsmöglichkeit mit „dem Westen“ brachte Unzufriedenheit in der Bevölkerung und unter den Zahnärzten, Zahntechnikern und „stomatologischen Schwestern“ hervor. Nicht nur fehlten hochwertige Verbrauchsmaterialien, wie Edelmetalle (z.B. Aufbrennlegierungen und Zahn-Gold), welches Patienten selbstständig besorgen mussten oder zahnfarbene Füllungsmaterialien sowie bruch sichere Wurzelkanalinstrumente, sondern auch diagnostische und therapeutische Geräte fehlten teilweise oder waren defekt, wie beispielsweise Röntgeneinrichtungen, ergonomische Dentaleinheiten mit Absaugvorrichtung, Lichtpolymerisationsgeräte, Lichtmotoren, Autoklaven oder Ultraschall-Zahnreinigungsinstrumente (Binus 2003: S. 101). So steht im Jahresgutachten von 1991 des „Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen“, dass im Jahr 1988 für fast 13.000 Zahnärztinnen und Zahnärzte nur 11.500 Behandlungseinheiten zur Verfügung standen, weshalb es durch die Dauerauslastung im Schichtbetrieb zu noch weiteren Ausfällen der Technik und wochenlangem Stillstand kam (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1991: S. 142). Zwar wurden Gegenmaßnahmen, wie z.B. die Reparatur der Gerätschaften sowie die „Konzentration der Kräfte und Kapazitäten“ angeordnet, jedoch blieben sie häufig tatenlos.

Eine Ausnahme in dem planwirtschaftlichen Gesundheitssystem stellte dabei die zahnärztliche Behandlung in den Studentenkursen dar. Denn für diese, so Mansour, gab es lange Wartelisten, da die Universitäten, im Beispiel der Universitätszahnklinik Halle, durch eine Sonderstellung in der Versorgung bestimmter Materialien und Instrumente begünstigt wurden, um einen „vergleichsweise hohen Standard der Ausbildung zu sichern“ (Mansour 2008: S. 44).

6.3.3 Kinderzahnheilkunde

Bereits seit 1954 wurden in der DDR Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr jährlich in Reihen- und Einzeluntersuchungen zahnärztlich untersucht, ggf. kieferorthopädisch behandelt und kariespräventive Maßnahmen bei ihnen durchgeführt. Dazu wurden beispielsweise Schulambulanzen, d.h. Behandlungsräume in Schulen, Dispensaires sowie kinderstomatologische Abteilungen in Polikliniken errichtet und die Ausbildung des Faches in den Studienplan integriert. Noch vor der Gründung der DDR gab es die ersten Dozenturen für das Fach Kinderzahnheilkunde und somit deutlich eher als in der BRD (Di Lorenzo 2008: S. 28). Ab 1961 war die Weiterbildung zum Fachzahnarzt für Kinderstomatologie möglich und 1970 wurde die Gesellschaft für Kinderstomatologie gegründet. Am Ende der DDR waren immerhin fast 20% aller Zahnärzte Fachzahnärzte für Kinderstomatologie.

Kinder mit „besonders schlechtem Zahnstatus, Zahnstellungsanomalien und besonderen Gefährdungen“ wurden in die Betreuung der Dispensaires übernommen und betreut (Bardehle 1994: S. 14). Die Kieferorthopädie war integrierter Bestandteil der Kinderstomatologie und somit jeder staatlichen Einrichtung angegliedert.

Durch dieses enge „Betreuungsrastraster“ wurden im Schuljahr 1988/89 90,3% der infrage kommenden Kinder, d.h. Kinder in Schulen, Kinderkrippen und Kindergärten untersucht sowie ggf. weiterbehandelt. In dem Jahr wurden für diese Reihenuntersuchungen 2238 Zahnärztinnen und Zahnärzte einbezogen.

Zwar hatten nur 28,9% der Kinder und Jugendlichen (vom Krippenalter bis Abiturientenalter) ein primär gesundes Gebiss, 39,9% der Kinder und Jugendlichen ein behandlungsbedürftiges Gebiss und 31,3 % ein bereits saniertes Gebiss, jedoch waren die Werte des DMFT-Index im internationalen Vergleich durchaus positiv. Dieser Index, der die Zahnzustände (kariös, fehlend, gefüllt) widerspiegelt, sollte nach Vorgabe der WHO bis zum Jahr 2000 bei 3 liegen. In der DDR lag bei 12-jährigen Kindern der DMFT bei 3,28 – schlechter zwar als in der Schweiz (2,3) und Schweden (2,6), allerdings besser als in der alten Bundesrepublik (4,1) (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1991: S. 143).

Ungeachtet der umfangreichen Betreuung war die Kinderstomatologie nicht vollkommen. Dass dies trotz der Errungenschaften der DDR in diesem Gebiet nicht zu vergessen sei, betonte auch Prof. Sprekels deutlich (Sprekels 2020: ab Min. 11). Auch hier spiegelten sich Versorgungslücken wider, wie der Mangel an fluoridhaltiger Zahnpasta oder an Dosiereinrichtungen zur Fluoridierung des Trinkwassers belegen (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1991: S. 143).

6.3.4 Gleichberechtigung in der Zahnmedizin

Bemerkenswert an der ostdeutschen Zahnmedizin war der hohe Anteil an Frauen im Studium und Beruf im Vergleich zur damaligen Bundesrepublik. Bei dieser Betrachtung liefert die Untersuchung von Di Lorenzo aus dem Jahr 2008 interessante Erkenntnisse. Anhand von Lebensläufen, die den Promotionsarbeiten von Zahnärztinnen in der DDR und BRD beigefügt wurden, führt sie Rückschlüsse auf die soziale Schichtung der Doktorandinnen inkl. Schulbildung, den Familienstand etc. und bringt die Ergebnisse in den Kontext der Zeit (Di Lorenzo 2008).

Chancengleichheit wurde in den sozialistischen Ländern eher erreicht als in den westlichen Industrieländern. So war beispielsweise das Recht auf Arbeit für beide Geschlechter in der Verfassung der DDR garantiert worden, sodass der Anteil aller arbeitenden Frauen im Jahr 1985 auf über 91 Prozent lag (Di Lorenzo 2008: S. 10). Dies hatte nicht nur Vorteile für die soziale Unabhängigkeiten der Frauen, sondern war auch aus volkswirtschaftlicher Sicht gut für den Staat. Chancengleichheit bedeutete im „Arbeiter- und Bauernstaat“ DDR jedoch auch, dass es zu keiner Elitenbildung kommen sollte und somit vorrangig Nichtakademikerkindern der Zugang zu Bildung geöffnet werden sollte, weshalb die Zulassung zum Studium staatlich reguliert und kontrolliert wurde. Dass dies Willkür und Diskriminierung des SED-Staates in anderen „Auswahlkriterien“ mit sich brachte, steht dabei außer Frage.

Die Förderung der Mädchen begann bereits zu Schulzeiten, wodurch sich der Anteil an jungen Frauen mit Hochschulreife von 37 Prozent am Anfang der 1960er Jahre auf 59 Prozent im Jahr 1980 anhob (Di Lorenzo 2008: S. 17). Auch an den Hochschulen wurden Programme unternommen, um jungen Müttern das Studium

zu erleichtern bzw. zu ermöglichen, indem beispielsweise Krippen- und Kindergartenplätze aufgestockt wurden oder Stipendien vergeben wurden, sodass der Studentinnen Anteil 1974 bei 54 Prozent lag (Di Lorenzo 2008: S. 24).

Di Lorenzo kam zu dem Ergebnis, dass der Frauenanteil in der Zahnmedizin frühzeitig ausgeglichen wurde und die staatliche Lenkung zum Ausgleich der akademischen Chancen bereits seit den 1960ern an Relevanz verlor, wofür möglicherweise die fehlende Unterstützung vonseiten der Universitätsprofessoren sowie bestimmte Sonderrechte für Ärzte und Zahnärzte als Ausgleich für schlechte Karriere- und Einkommensmöglichkeiten als Gründe anzusehen sind (Di Lorenzo 2008: S. 80-81).

6.3.5 Fachgesellschaften und Fachpresse

Anders als in Westdeutschland, wo sich 1949 die frühere „Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund-, Kieferheilkunde“ (DGZMK) erneut gegründet hatte, bildete sich in der DDR keine nationale wissenschaftliche Dachgesellschaft, sondern regionale Gesellschaften in den Bezirken Leipzig, Jena, Karl-Marx-Stadt, Dresden, Potsdam, Cottbus, Berlin, Rostock und Halle/Saale (Groß 2019: S. 180 ff.). Zusammen schlossen sie sich auf dem 1. Stomatologenkongress 1964 in Leipzig zusammen zur „Deutschen Gesellschaft für Stomatologie“ (DGfS), die 1973 in die „Gesellschaft für Stomatologie der DDR“ (GfSt) umbenannt wurde, ehe es in der Wendezeit 1990 zuletzt rückgängig gemacht wurde.

Die bereits genannte Fachzeitschrift „Deutsche Stomatologie“, die der VEB Verlag Volk und Gesundheit in Berlin seit 1951 monatlich erschienen lies, wurde damit zum Organ der neu gegründeten Dachgesellschaft und wurde ebenfalls zwischen 1974-1990 namentlich geändert in „Stomatologie der DDR“. Daneben bestand weiterhin auch die 1934 als Zeitschrift der DGZMK gegründete „Deutsche Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“, die ab 1974 allerdings den geänderten Namen „Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde mit Zentralblatt“ trug.

In den 1960er Jahren gründeten sich weitere Fachgesellschaften: die „Gesellschaft für Kiefer-Gesichts-Chirurgie der DDR“ (1965), die „Gesellschaft für Konservierende Stomatologie der DDR“ (1966), die „Gesellschaft für Orthopädische Stomatologie

der DDR“ (1966), die „Gesellschaft für Periodontologie der DDR“ (1967), die „Gesellschaft für Prothetische Stomatologie der DDR“ (1969) und die „Gesellschaft für Kinderstomatologie der DDR“ (1969) (Groß 2019: S. 182).

7 Die Stomatologie im Transformationsprozess

Wie vieles, blieb auch die ostdeutsche Zahnmedizin im Wiedervereinigungsprozess 1990 nicht ohne Veränderungen. Bereits bei der Unterzeichnung des ersten Staatsvertrags und der Einführung der Wirtschafts-, Währungs- und Sozialunion legte sich die DDR fest, die westdeutschen Wirtschafts- und Gesellschaftsstrukturen zu übernehmen. Die Frage lautete in den Verhandlungen des Beitritts dabei nicht mehr ob, sondern *wie* dieser Prozess vonstattengehen sollte, daran schienen zumindest die westdeutschen Akteure wenig Zweifel zu haben. Ihr System hatte sich bewährt und wurde nicht zuletzt von vielen DDR-Bürgern gefordert (siehe Kapitel 4).

Nachdem der Beitritt der DDR zur Bundesrepublik Deutschland und dessen Entwicklung im Kapitel 4 sowie der Transformationsprozess des ostdeutschen Gesundheitswesens im Abschnitt 5.3 hinreichend dargestellt wurden, zeigt dieses Kapitel die Folgen für die ostdeutsche Zahnmedizin auf. Die Entwicklungen hier, lassen sich teilweise aus den nationalen Entwicklungen und aus denen, des gesamten Gesundheitswesens ableiten.

7.1 Neue gesetzliche Rahmenbedingungen und Wiederherstellung der zahnärztlichen Selbstverwaltung

Im Kern der Transformation stand die Auflösung des staatlichen Gesundheitssystems mit all seinen Organisations- und Versorgungsstrukturen – auch im zahnmedizinischen Bereich, wobei die Versorgung der Bevölkerung gewahrt werden sollte.

Zunächst wurden in den neuen Bundesländern äquivalent zur alten BRD Zahnärztekammern und Kassenzahnärztliche Vereinigungen als „Körperschaften des öffentlichen Rechts“ im föderalen Sinne gegründet. Dafür schaffte das „Kammergesetz“, welches am 13. Juli 1990 von der Volkskammer der DDR verabschiedet wurde, die Grundlage. Die neuen Körperschaften waren fortan auch auf der Bundesebene der Verbände vertreten und gaben den Ostdeutschen noch während des Einigungsprozesses eine Stimme in der Gesundheitspolitik.

Prof. Dr. Srekels, der damalige Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer (BZÄK), berichtete von Treffen in der ehemaligen Bundeshauptstadt Bonn mit Vertretern aus der Politik, wie beispielsweise mit Ursula Lehr, der damaligen Bundesministerin für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit oder mit der ostdeutschen Gesundheitspolitikerin und letzten Volkskammerpräsidentin der DDR Sabine Bergmann-Pohl. Die Bundeszahnärztekammer verstand sich von Beginn an als Vertreter beider Seiten der Verhandlungen und griff „beratend“ (Srekels 2020: Min. 36) in die Sozialpolitik ein. Auch Prof. Dr. Oesterreich erinnert sich, dass die Bundeszahnärztekammer „sofort veranlasst [hat], dass wir [Anm.: gemeint sind die neuen ostdeutschen Landes Zahnärztekammern] kooptierte und sprachberechtigte Mitglieder wurden, auch in den großen Versammlungen und auch am Vorstandstisch der BZÄK“. Weiter sagt er heute, habe man den ostdeutschen „sehr genau zugehört“, sie „kollegial aufgenommen“, ihnen „auch ihren Respekt gezollt“ und aus ihren Erfahrungen ein „Sprachrohr gebündelt“ (Oesterreich 2020: Min. 10 f. Teil II).

Jedoch machte Srekels den Standpunkt klar, dass die BZÄK als Vertreter der westdeutschen Sozialgesetzgebung auch in dessen Sinne gehandelt hat und nicht auf Reformen etc. bedacht war. Zwar unterstützte die Bundesregierung jegliche infrastrukturelle Aufbaumaßnahmen im Osten, allerdings hätte sich Srekels



Abb. 5: Prof. Dr. Srekels im Juni 1990 in Neubrandenburg, Mecklenburg-Vorpommern

damals mehr Gehör von den verantwortlichen Politikern gewünscht: „es hätte uns einiges einfacher gemacht“, so Srekels (Srekels 2020: Min. 49). Auch mehr finanzielle Unterstützung durch die Bundesregierung wären für die Aufbau-Prozesse im Osten hilfreich gewesen, denn so trugen die westdeutschen Zahnärztekammern selbst die Kosten. Letztlich war „die Zahnmedizin ein sehr, sehr kleiner Bereich“ und Termine bekamen sie auch nicht immer, wenn sie einen gebraucht hätten (Srekels 2020: Min. 57).

Der Aufbau der ostdeutschen Landeszahnärztekammern wurde „pragmatisch“ angegangen, indem die neuen parastaatlichen Landesverbände unter den westdeutschen Kammern aufgeteilt und als Paten-Kammern verteilt wurden (Sprekels 2020: Min. 17). Sprekels, der maßgeblich am Aufbau der neuen ostdeutschen Landeszahnärztekammern beteiligt war, spricht heute von einem starken „Sendungsbewusstsein“ der Westdeutschen und einer „großen Begeisterung“ auf beiden Seiten (Sprekels 2020: Min. 25:30). Im Überschwang kam es jedoch zu manchen Missverständnissen, da das Verständnis für das jeweils andere System recht rudimentär gewesen war und erst gemeinsame Grundlagen der Verständigungen geschaffen werden mussten. Um den Ostdeutschen bei der Neustrukturierung und Neugründung v.a. der freien Zahnarztpraxen zu helfen, kamen Justiziere sowie Banker in die neuen Bundesländer und gaben „Hilfe zur Selbsthilfe“ (Oesterreich 2020: Min. 9 Teil II). Dazu hielten die Paten-Kammern viele Vorträge und gaben fachliche Weiterbildungen, insbesondere da die prothetische Ausbildung und Ausübung, u.a. dem Materialmangel geschuldet, sehr schlecht war. Diese Weiterbildungen wurden mit großem Interesse der ostdeutschen Zahnärzte wahrgenommen und folglich kam es zu einem „Prothetik-Boom“ im Osten (Sprekels 2020: Min. 46). Defizite hätten die ostdeutschen Kollegen außerdem im Umgang mit Infektionskrankheiten wie HIV gehabt, so Sprekels. Außerdem mussten sie sich mit einer neuen berufsrechtlichen Ordnung vertraut machen.



Abb. 6: 2012 auf dem Hamburger Zahnärztetag: Prof. Dr. Sprekels (links) und Prof. Dr. Oesterreich (rechts)

Auch Prof. Dr. Oesterreich, der 1990 zum ersten Präsidenten der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommerns gewählt wurde und seit 2000 ebenfalls Vizepäsident der BZÄK ist und beide Ämter noch heute innehat (Stand: Dez. 2020), empfand in der neu gewonnenen Selbstverwaltung einen großen Gewinn – Demokratie konnte „gelebt“ werden. Nach seiner heutigen Ein-

schätzung war die Begeisterung der Neustrukturierung durch den „demokratischen Urinstinkt der Zahnärzte“ und durch die Loslösung alter Strukturen sehr groß (Oesterreich 2020: Min. 6:30 Teil II). Insbesondere die „Aussortierung“ der SED-

Kader aus den eigenen Reihen fand Sprekels bemerkenswert, wie „geräuschlos“ und ohne „Teeren und Federn“ dies gehandhabt wurde (Sprekels 2020: Min. 49:30).

Neben den Zahnärztekammern wurden außerdem die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, nach ca. 40 Jahren des Nichtbestehens in der DDR, neu gegründet. Die KZVen, die 1946 in den FDGB eingegliedert wurden, entstanden in den fünf Bundesländern neu und nahmen den Sicherstellungsauftrag der zahnmedizinischen Versorgung an und gingen mit den Krankenkassen Kollektivverträge ein. Dieser Beschluss geht aus dem Krankenkassen-Vertragsgesetz vom 13. September 1990 hervor, das zum Ziel hatte, die medizinischen Versorgungsstrukturen der DDR schrittweise an das System der Bundesrepublik anzugleichen (siehe Anhang 12.2).

Für die ostdeutsche Bevölkerung bedeutete die Umstellung auf das gegliederte Krankenversicherungssystem und die geänderte Leistungsstrukturen, dass nicht mehr alle zahnärztlichen Leistungen von den Krankenkassen übernommen wurden und somit ein nicht unerheblicher Anteil an Selbstbeteiligung auf sie aufkam. Um die Auswirkungen für die Versicherten abzumildern wurden zwischen dem 01.01.1991 und dem 30.06.1992 80% der Kosten für Zahnersatz übernommen (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1991: S. 143). Bei Kieferorthopädischen Behandlungen galt ähnliches: bis zum 30.06.1991 wurden alle Kosten übernommen, ab dem 01.07.1991 bis zum 30.06.1992 noch 90% für das erste und 95% für jedes weitere Kind übernommen. Diese Übergangsregelung endete danach und es galten fortan die Zuschussregelungen des §29 SGB V (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1991: S. 144).

7.2 Der Weg in die freie Niederlassung

Eine prägnante Veränderung im Arbeitsleben der ostdeutschen Zahnärzte stellte der Schritt in die eigene Niederlassung dar, da staatliche Gesundheitseinrichtungen schrittweise aufgelöst werden sollten und die ambulante zahnmedizinische Versorgung durch Einzelpraxen übernommen werden sollte – der Strukturwandel war im ambulanten Bereich letzten Endes am größten (Spaar 1999: S. 54).

Das Ergebnis der Verhandlungen zwischen dem Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung Dr. phil. Norbert Blüm und dem DDR-Minister für Gesundheitswesen sowie für Arbeit und Soziales (letzteres ab August 1990) Prof. Dr. med. Jürgen Kleditzsch war zumindest, auch unter der Prämisse der Aufrechterhaltung der medizinischen Versorgung, dass Polikliniken unter treuhänderischer Verwaltung einen Bestandsschutz von 5 Jahren erhielten (siehe Kapitel 5) und viele Arbeitsplätze vorerst gesichert wurden. In den Jahren nach der WV wurden viele Ambulatorien und staatliche Zahnarztpraxen aufgelöst und in private Praxen umgewandelt. Häufig wurden die vorhandenen Räumlichkeiten sowie Einrichtungen und Patienten übernommen, was staatlich gefördert und unterstützt wurde (siehe Anhang 12.2). Mit einem Plädoyer für den Erhalt von Ambulatorien machte sich die damalige brandenburgische Sozialministerin Regine Hildebrandt bei der Gründungsversammlung der brandenburgischen Zahnärztekammer hingegen unbeliebt – die meisten ostdeutschen Zahnärzte strebten die freie Niederlassung an (Häussermann 2010: S. 90). Der Umbau hin zu freien Praxen erfolgte überaus rasant, so steht im Geschäftsbericht der Bundeszahnärztekammer 1991/1992: „80 Prozent der Zahnärzte in den neuen Bundesländern sind in freier Praxis niedergelassen [...]“ (Bundeszahnärztekammer 1992: S. 25). Häussermann schreibt:

„Das Konzept der freien Niederlassung siegte fast über Nacht; die Ambulatoriums-Wirtschaft und erstarrte Großbürokratie des kommunistischen Staates brachen, in ihrer Bedeutung und Struktur völlig vermorscht und defunktionalisiert, fast ebenso schnell zusammen.“ (Häussermann 2010: S. 86-87)

Allerdings fiel der Schritt in die Selbstständigkeit nicht allen leicht, vor allen den älteren Kollegen nicht, erinnert sich Prof. Oesterreich. Er selbst habe den Schritt „nie bereut“ (Oesterreich 2020: Min. 28 Teil I), doch trotzdem waren die Unsicherheiten, Ängste und Unwissenheit bei allen groß. Geholfen hatten der gute Zusammenhalt unter den Kollegen sowie die Hilfe der westdeutschen Körperschaften und Banken, die Mut machten sowie Aufklärungs- und Unterstützungsarbeit geleistet hatten.

Auch andere Schwierigkeiten warteten auf die Zahnärzte in neuer, eigener Praxis. Zwar übernahm man in den neuen Bundesländern auch die westdeutschen Gebührenordnungen, wobei das Einkommensniveau deutlich unter dem der

westdeutschen Kollegen lag, bei 61% (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1991: S. 143). Zudem mussten sie sich gegenüber einer starken Dentalindustrie, in der eine Art „Goldgräberstimmung“ herrschte (Böhme 2013: S. 307), behaupten, was den meisten fremd gewesen sein durfte.

Aus dem vorliegenden Beitrag im „Mitteilungsblatt“ der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern vom 1. September 1990 geht noch einmal eindrücklich die bereits beschriebene Begeisterung und Dankbarkeit für die Unterstützung beim „Aufbau Ost“ hervor:

Eine großartige Sache – echte Kollegialität

Für uns Zahnärzte in der DDR bietet die politische Wende die große Chance, in freiberuflicher Tätigkeit, ohne Reglementierungen, mit modernster Ausrüstung zum Wohle unserer Patienten wirksam zu werden.

Die Erfahrungen zur Führung einer privaten Praxis liegen uns nicht vor, und so waren wir, die Kollegen des Kreises Malchin in Mecklenburg-Vorpommern froh, Kontakte zu den Kollegen des Kreises Steinburg in Schleswig-Holstein knüpfen zu können.

Dem besonders hervorzuhebenden Engagement des Vizepräsidenten der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein, Herrn Dr. Rüdiger Schultz ist es zu danken, daß eine erste gemeinsame Informationsveranstaltung bereits im Februar organisiert wurde.

Neben materiellen Hilfen, wie der Bereitstellung von einem Fotokopiergerät und einer Schreibmaschine zum besseren Informationsaustausch, wurden jedem Kollegen Patenschaften angeboten, aus denen sich viele enge, herzliche und persönliche Kontakte entwickelten.

Am 23.6.1990 waren die Zahnärzte des Kreises Steinburg nach Gielow, einem kleinen Ort im Kreis Malchin zu einer gemeinsamen Fortbildungsveranstaltung eingeladen, gedacht als Dankeschön für die geleistete uneigennützte Hilfe.

Nach einem Fachvortrag zum Thema "Vor- und Nachteile der Mukogingivalchirurgie", gehalten von Frau Dr. Ingelore Mieler, Chefärztin der Abteilung Parodontologie in der Bezirkspoliklinik für Stomatologie in Neubrandenburg, wurde den Gästen bei einer Kremserfahrt die Schönheit der Mecklenburger Landschaft nahegebracht.

Für alle Kollegen hat dieser Tag interessante fachliche und persönliche Gespräche gebracht, die lange in angenehmer Erinnerung bleiben werden. Herrn Dr. R. Schultz aus Itzehoe an dieser Stelle nochmals einen besonderen Dank für seine unermüdete Arbeit für unsere gemeinsame Sache.

Dipl. Med. Doris Pietschke

Vorsitzende des UDZ – Kreis Malchin

Abb. 7: „Eine großartige Sache – echte Kollegialität“

7.3 Auswirkungen auf das Hochschulwesen, die Berufsabschlüsse und die Fachgesellschaften

Auch für die Hochschullandschaft änderte sich einiges nach 1990. Die Fakultäten der Universitäten wurden neu strukturiert und der Begriff „Stomatologie“ verschwand aus der deutschen Fachsprache. Fortan galt die westdeutsche Approbationsordnung für Zahnärzte und die Fakultäten mussten technisch und inhaltlich ihre Lehre anpassen und erweitern, insbesondere im praktischen Teil des Studiums. Das Diplom als Voraussetzung für die ärztliche und zahnärztliche Approbation wurde 1990 abgeschafft (Seigewasser 2006: S. 63). Nach Recherchen von Seigewasser waren die Gründe hierfür womöglich, dass das Diplom seit seiner Einführung nie wirklich akzeptiert wurde und sobald der „politisch-ideologische Druck“ 1989/90 nachließ, die Gegenkräfte des Diploms sofort größer wurden. Auch sachliche Argumente, die gegen das Diplom standen und schon bei seiner Einführung in den 1960er Jahren vorgebracht wurden, nennt er als Grund für die Abschaffung. Eine andere inhaltliche Überlegung war zur gleichen Zeit, ein sechstes Jahr für Zahnmediziner einzuführen, was im politischen Umbruch jedoch nicht mehr weiter verfolgt wurde (Seigewasser 2006: S. 12).

Aufgrund der formell und inhaltlich ähnlichen Ausbildung der ostdeutschen Zahnärzte, wurden die Berufsabschlüsse vollwertig anerkannt. Als äußerliches Unterscheidungsmerkmal blieb der Titel „Dipl.-Stom.“, der bis heute noch an manchen Zahnarztpraxen zu finden ist. Nach der Wiedervereinigung gab es immer wieder darüber Debatten, ob das Diplom zum akademischen Grad „Dr.“ umgewandelt werden sollte oder nicht. Eine Einführung dieser Regelung, die auch für eine europäische Einheitlichkeit von Vorteil gewesen wäre, erfolgte bisher nicht. Kritiker sehen darüber hinaus eine „Entwürdigung“ im Diplom, als willkürliche, ideologische Anpassung durch die DDR (Markus 2004: S. A2373).

Die ostdeutschen zahnmedizinischen Gesellschaften änderten ebenfalls ihre Namen, lösten sich auf oder traten den westdeutschen Gesellschaften bei. Die „Gesellschaft für Stomatologie der DDR“ löste sich im April 1990 auf, während die Fachzeitschrift „Stomatologie der DDR“ zwischenzeitlich von 1990 bis 1991 in „Deutsche Stomatologie“ geändert wurde und schließlich ebenfalls aufgelöst wurde.

Während sich die Gesellschaften für Prothetische Stomatologie, für Konservierende Stomatologie und für Kinderstomatologie mit den westdeutschen Partnergesellschaften vereinten, lösten sich die Gesellschaften für Kiefer-Gesichts-Chirurgie, für orthopädische Stomatologie und für Periodontologie auf (Groß 2019: S. 185).

8 Ergebnisse

Die vorangegangenen Ausführungen lassen zu den Ergebnissen kommen, dass die ostdeutsche Zahnmedizin, zumindest im äußeren Erscheinungsbild, nahezu vollständig transformiert wurde. Die westdeutsche Gesetzgebung wurde vollständig auf die neuen Bundesländer übertragen und die Versorgungsformen – in Form von Einzelzahnarztpraxen – schrittweise angeglichen. Die westdeutsche „Form“ der Zahnmedizin blieb unverändert bestehen, ähnlich wie das gesamte Gesundheitssystem.

Zwar konnte der Abschluss als Diplom-Stomatologe weiterhin geführt werden, allerdings wurden sämtliche Bezeichnungen z.B. von Studiengängen, von ostdeutschen Fachgesellschaften und -zeitschriften oder Gesundheitseinrichtungen von dem Begriff „Stomatologie“ gelöst.

Laut Aussagen einiger in damaligen Prozessen beteiligter Akteure (Thomas Gerst 2009, Sprekels 2020) kam es zur „Prüfung“ des ostdeutschen Systems und der dortigen Versorgungseinrichtungen. Auch inhaltlich bessere Aspekte der Stomatologie hatte man erkannt bzw. anerkannt. Womöglich hatte die westdeutsche Öffentlichkeit jedoch ein zu „beschönigtes“ Bild des ostdeutschen Gesundheitssystems, dem „Aushängeschild“ der sozialistischen DDR. Die Problemfelder zeigten sich erst mit der Öffnung des Systems.

Viele der als positiv anzusehenden Aspekte der ostdeutschen Stomatologie passten außerdem nicht in das freiheitlich, selbstbestimmte „Setting“ der BRD. Dort besteht eine entscheidende Diskrepanz zwischen einem staatlich-hierarchischen Gesundheitssystem und einem auf selbstverwaltenden, marktwirtschaftlichen Elementen basierenden System. Eine Vermischung solcher Strukturen erfordert eine umfangreiche, differenzierte Auseinandersetzung sowie politischen Willen.

Dafür war ein weiterer wesentlicher Faktor in den Wendejahren 1989/90 allerdings limitierend: die Zeit. Der Einigungsprozess ist derart schnell abgelaufen, dass, insbesondere neben der Wahrung sowie der dringend notwendigen Verbesserung der (zahn-)medizinischen Versorgung keine Möglichkeit bestand, gleichzeitig mit der Umstrukturierung Reformen vorzunehmen. Zu diesem Schluss kommen unterschiedlichste Untersuchungen in Bezug auf die deutsche Wiedervereinigung, nicht nur im Bereich der Gesundheits- und Sozialpolitik. Eine rasche Angleichung der

Lebensverhältnisse war das vorrangige Ziel, während Reformen, sofern politisch gewollt, später durchgeführt werden konnten.

Dennoch muss festgehalten werden, dass die DDR der BRD beigetreten war und es zu keinem Zusammenschluss „auf Augenhöhe“ kam.

„Man darf auch nicht vergessen: Es war ein Beitritt, insofern gab es kaum eine Verhandlungsmöglichkeit. Wenn dann doch verhandelt wurde, dann ist das eigentlich ein Zugeständnis des Westens gewesen. Beitritt heißt ja eigentlich nichts anderes als totaler Anschluss.“ (Kleditzsch in: Thomas Gerst 2009: S. A 1559)

Eine schlichte Übertragung des bundesdeutschen Systems hatte weiterhin den Vorteil keine kontroversen politischen Diskussionen und sozialen Konfrontationen auszulösen, die das Vorhaben „Deutsche Einheit“ hätten in Gefahr bringen können (Roth 2009: S. A1244). Unabhängig davon war „die überwiegende Mehrheit der sozialpolitischen Akteure der Auffassung, dass das bundesdeutsche Sozialsystem sich insgesamt bewährt habe und dass eine Mischung von beiden Systemen zum Scheitern verurteilt [gewesen] sei“ (Roth 2009: S. A1244).

9 Diskussion

Wagt man mit den Ergebnissen über den Verlauf der Transformation im zahnmedizinischen Bereich eine wertende Betrachtung, so ist die Einordnung in den Gesamtkontext entscheidend. Über vier Jahrzehnte entwickelte sich die Zahnmedizin getrennt voneinander weiter und errichtete bzw. definierte sich neu. Als nur ein Teilgebiet der Medizin war sie den jeweiligen politischen Systemen untergeordnet. Wie eingangs umschrieben, können sich dadurch erhebliche Unterschiede in der inhaltlichen und strukturellen Ausprägung ergeben.

Versucht man jedoch, durch Ausblendung des „ideologischen Überbaus“ ausschließlich inhaltliche Punkte der ostdeutschen Zahnmedizin zu evaluieren, ergeben sich einige Aspekte, die als gewinnbringend für die gesamte Zahnmedizin betrachtet werden können. Teilweise haben in den letzten 30 Jahren bereits Entwicklungen eingesetzt, die zu positiven Prozessen geführt haben.

Bezüglich der Ausbildung kann als positiv gewertet werden, dass während des Bestehens der DDR der Studiengang Zahnmedizin (später Stomatologie) fortwährend weiterentwickelt und novelliert wurde, während bis heute (Stand Januar 2021) in Deutschland die Approbationsordnung von 1955 gültig ist. Außerdem bewirkten die vielfach vorgesehenen „Interdisziplinären Komplexe“ bzw. Kurse eine stärkere Integrierung der Zahnmedizin als äquivalentes Fachgebiet in die Humanmedizin. Auch deshalb, dass Humanmedizinstudenten im Fach Stomatologie ausgebildet wurden, kam ein intensiverer Austausch unter den Fachdisziplinen zustande. Ostdeutsche Zahnärzte wurden stärker im allgemeinmedizinischen Bereich ausgebildet und bekamen zudem eine umfangreichere Ausbildung in Notfallmedizin sowie verstärkt Einblicke in stationäre und pflegerische Tätigkeiten durch ein dem Studium vorangestelltes Vorpraktikum. Der Gedanke einer Vertiefung der wissenschaftlichen Kompetenzen durch die Integration von Fachsprachen in den Studienplan und mit der Erstellung einer obligatorischen Belegarbeit (Diplom-Arbeit) ist ebenfalls als grundlegend positiv zu bewerten, wobei zu überprüfen ist, ob hierfür nicht andere Lösungsansätze zu präferieren wären.

Die Ambulatorien und Polikliniken im ambulanten Versorgungssystem der DDR wurden häufig als erhaltenswert angesehen. Im Kern mögen sie Vorteile in der medizinischen Versorgung gehabt haben, allerdings waren sie zu ineffizient und zu

hierarchisch konzipiert. Häufig wird die Kritik laut, dass in den heutzutage zunehmenden medizinischen Versorgungszentren (MVZ) ebenfalls die Selbstverwaltung der Zahnärzte aufgegeben wird und sie somit den damaligen Ambulatorien ähneln. Klare Vorteile solcher Einrichtungen sind, teure Einrichtungen sowie Gerätschaften zu teilen und verschiedene Spezialisierungen unter einem Dach zu bündeln. Doch wer hätte diese alten Versorgungsstrukturen zur Zeit der WV übernehmen und weiter betreiben sollen? Weder die Krankenkassen (als Träger der ambulanten Versorgung wie zur Zeit der Weimarer Republik), noch der Staat selbst oder private Investoren hatten ein Interesse daran. Dass die Entwicklungen heutzutage in diesem Zusammenhang etwas rückläufig zu sein scheinen, hängt dabei mit aktuellen Tendenzen, wie beispielsweise dem zunehmenden Hang zum Angestelltenverhältnis zusammen.

Die Bereiche Präventionsarbeit und Kinderzahnheilkunde wurden ebenfalls sehr häufig als positive Elemente der ostdeutschen Zahnmedizin angesehen. Seit der Wiedervereinigung sind sehr große Fortschritte in Deutschland zu verzeichnen, was auch als „Errungenschaft“ durch die vormals starke Ausprägung in der DDR (siehe Abschnitt 6.3) gewertet werden kann. Ähnlich finden sich zunehmend „integrierte Versorgungsformen“, beispielsweise in sogenannten „Chroniker-Programmen“ wieder, die vergleichbar mit den Dispensaires damaliger Zeit sind.

Auch der Anteil an Frauen in der Zahnmedizin nahm in Deutschland durch die Wiedervereinigung erheblich zu, was zum einen eine positive Tendenz bezüglich der Gleichberechtigung und Diversifizierung des Berufsfeldes ist, zum anderen jedoch auch Probleme in anderen Bereichen birgt. So ist die Bereitschaft unter Zahnärztinnen, den Schritt in die Selbstständigkeit zu wagen geringer als bei den männlichen Kollegen. Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie spielen dabei eine zunehmend wichtiger werdende Rolle, was im staatlichen Gesundheitssystem Ostdeutschlands von vornherein gegeben war. Dies mag ein weiterer Grund für die zunehmende Akzeptanz von Medizinischen Versorgungszentren sein.

Nicht zuletzt hat sich für die ostdeutschen Zahnärzte einiges zum positiven gewandt. Abgesehen von dem politischen und gesellschaftlichen Umbruch, wurde die Qualität der zahnmedizinischen Versorgung, z.B. im Bereich Zahnersatz erheblich verbessert. Es entstanden viele neue Möglichkeiten in der fachlichen Weiterbildung, in der Auswahl an Arbeitsmaterialien und in der Dentaltechnik. Fortan konnte sich die Zahnärzteschaft, bis auf die genannten Sorgen und Pro-

bleme (siehe Abschnitt 7.2), in selbstbestimmter Arbeit individuell weiterentwickeln. Auch der Lebensstandard stieg im Zuge der Angleichung erheblich an – die Verbesserungen für die ostdeutschen Zahnärzte und die Zahnmedizin sind nicht genug zu betonen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass im Wiedervereinigungsprozess keine Übernahme zahnmedizinischer Elemente aus der DDR vorgenommen wurde. Allerdings wurden die Stärken und Schwächen des Systems, u.a. auch durch die neuen Sichtweisen sowie Erfahrungen der ostdeutschen Kollegen, deutlich und zur Lösung aktueller Problematiken mit einbezogen. Viele der als positiv zu betrachtenden Elemente sind heute integraler Bestandteil der Zahnmedizin und nicht mehr wegzudenken. Somit haben einzelne Elemente Einzug in die heutige Zahnmedizin gefunden, zwar mit zeitlicher Verzögerung, allerdings sind Reformen, wie die Ausführungen gezeigt haben, sehr zeitintensiv.

10 Zusammenfassung

Im Zuge des Beitritts der DDR zur Bundesrepublik Deutschland kam es im zahnmedizinischen Bereich zu einer vollständigen Übernahme der westdeutschen Strukturen. Ausgehend von staatlichen Versorgungseinrichtungen (z.B. staatliche Zahnarztpraxen, Ambulatorien und Polikliniken) fand ein vollständiger Umbau hin zu privaten Einzel- und Gemeinschaftspraxen statt. Da in den „neuen Bundesländern“ die westdeutsche Berufsordnung und Gesetzgebung eingeführt wurde, glich sich ebenfalls das damalige „Stomatologie“-Studium an die neue Approbationsordnung der BRD an. Fachgesellschaften und Fachpresse der DDR lösten sich auf, benannten sich um oder fusionierten mit den Partnergesellschaften der Bundesrepublik. Außerdem entstanden neue parastaatliche Berufsverbände auf Länderebene (Kassenzahnärztliche Vereinigungen, Landes Zahnärztekammern) und das gegliederte Sozialversicherungssystem auf Grundlage der deutschen Sozialgesetzgebung. Die Qualität der zahnmedizinischen Versorgung nahm im Osten Deutschlands, besonders im Bereich des Zahnersatzes, aufgrund der neuen Verfügbarkeit an Materialien, Gerätschaften und Fortbildungsmöglichkeiten erheblich zu.

Eine Prüfung der inhaltlichen Elemente der ostdeutschen Zahnmedizin (bezüglich Ausbildung, Ausrichtung, Versorgungsformen) fand statt, wobei unklar ist, wie tiefgründig diese vorgenommen wurde. Durch den Beitritts-Charakter der Geschehnisse und aufgrund der zeitlich begrenzten Möglichkeiten wurden, ähnlich wie in anderen Bereichen, kaum als positiv zu bewertende Elemente in das gesamtdeutsche System integriert. Als positiv zu erachten waren die verstärkte Ausrichtung auf präventive Zahnmedizin, die umfangreich betriebene Kinderzahnheilkunde sowie die stärkere allgemeinmedizinische Ausbildung und der interdisziplinäre Austausch mit anderen medizinischen Fachrichtungen. Diese Elemente wurden teilweise bereits im Studium stärker gewichtet. Auch die gleichberechtigtere Rolle der Frauen in der Zahnmedizin ist in diesem Zusammenhang hervorzuheben. Manche Strukturelemente (z.B. Ambulatorien und Reihenuntersuchungen von Kindern) hatten ihre Vorteile, fanden jedoch im freiheitlich-selbstbestimmten „Setting“ der BRD keine weitere Zukunft.

Um eine rasche Angleichung der Systeme und der Lebensverhältnisse, insbesondere der der Ostdeutschen sowie die Wahrung der (zahn-)medizinischen Versorgung zu gewährleisten, wurden keine gesamtdeutschen Reformen im Rahmen des Wiedervereinigungsprozesses durchgeführt. Es ist zudem zu vermuten, dass verschiedene Akteursgruppen (z.B. Krankenkassen, (Zahn-)Ärzte-Verbände) kein Interesse an solchen Veränderungen hegten.

Nicht zuletzt durch die neu hinzugekommenen Erfahrungswerte der ostdeutschen Kollegenschaft sowie durch ein stetiges Interesse an Verbesserungen kam es in den Nachwendejahren zu einer Verbesserung der gesamtdeutschen Zahnmedizin, beispielsweise in der Kinder- und Präventivzahnheilkunde oder in der Ausgestaltung der neuen Approbationsordnung mit einer stärkeren allgemeinmedizinischen Ausbildung.

11 Quellenverzeichnis

11.1 Literatur

1. Affeld, D. R., Hartmut (1995) Das Deutsche Krankversicherungssystem - ein Exportartikel? Jahrbuch für kritische Medizin. Band 25. 127-133.
2. Bardehle, D. (1994). Geschichte, Struktur und Kennziffern zur zahnärztlichen Versorgung in der ehemaligen DDR : eine kommentierte Zusammenstellung verfügbarer Daten von 1949 - 1989. IDZ-Sonderband. Köln.
3. Binus, W. (2003). Stomatologische Betreuung. Dokumentation zur Geschichte des Gesundheitswesens der DDR. H. Spaar. Berlin, Interessengemeinschaft Medizin und Gesellschaft e.V. 46/47/B.
4. Böhme, H. S., Beate (2013). Das Orale: Die Mundhöhle in Kulturgeschichte und Zahnmedizin. Leiden, Niederlande: Fink Verlag, 348 Seiten
5. Bundeszahnärztekammer (1992). Geschäftsbericht 1991/1992. Köln: Bundeszahnärztekammer.
6. Busse, R. R., Annette (2005). Gesundheitssysteme im Wandel: Deutschland. Kopenhagen: WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik.
7. Deppe, H.-U. (1993). Gesundheitssystem im Umbruch : von der DDR zur BRD. Frankfurt/Main u.a.: Campus Verlag,
8. Di Lorenzo, M. (2008). Promovierte Zahnärztinnen in der BRD und in der DDR 1949-1990: Unterschiede und Gemeinsamkeiten in der Rekrutierung, Schul- und Hochschulausbildung sowie sozialen Mobilität nach Auswertung einer empirischen Stichprobe ohne Repräsentativitätsanspruch. Charité - Universitätsmedizin Berlin.
9. Eber-Huber, A. (2005). Historische Entwicklung des Gesundheitssystems in Deutschland.
10. Gehler, M. (2004). Die Umstürzbewegungen 1989 in Mittel- und Osteuropa [Internetquelle]: 29.9.2004, zitiert am 20. August 2019. URL: <http://www.bpb.de/apuz/28060/die-umstuerzbewegungen-1989-in-mittel-und-osteuropa?p=all> Bundeszentrale für politische Bildung,
11. Groß, D. (2006). Beiträge zur Geschichte und Ethik der Zahnheilkunde. Würzburg: Königshausen & Neumann,

12. Groß, D. (2019). Die Geschichte des Zahnarztberufs in Deutschland : Einflussfaktoren - Begleitumstände - Aktuelle Entwicklungen. Berlin:
13. Häussermann, E. (2010) Das Konzept der freien Praxis siegt. Zahnärztliche Mitteilungen. 24/2010.
14. Häussermann, E. (2010) Zahnärzteschaft unter der SED-Diktatur. Zahnärztliche Mitteilungen. 18/2010.
15. Henke, K.-D. (1990). Das Gesundheitssystem im gesamtdeutschen Einigungsprozess. Wirtschaftsdienst. Hamburg: Verlag Weltarchiv.
16. Hoffmann-Axthelm, W. (1995). Die Geschichte der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie. Berlin: Quintessenz-Verlag,
17. Huszár, G. (1971) Die internationale Bedeutung der Budapester Zahnärztlichen Schule. Comm. Hist. Artis Med. 57-59. 311-318.
18. KBV. (2017). "Geschichte der Vertragsärzte." 2021, from <https://www.kbv.de/html/440.php>.
19. Keck, A. W., Kurt (1975). Leitung und Organisation im Gesundheitswesen : ausgewählte Beiträge. Schriftenreihe der Akademie für Ärztliche Fortbildung der DDR. 1. Aufl. ed Berlin: VEB Verlag Volk und Gesundheit Berlin.
20. Kohl, H. (1989). Bericht der Bundesregierung zur Lage der Nation im geteilten Deutschland, 8. November 1989. Bonn: Deutsche Bundesregierung.
21. Künzel, W. (1987). Die Stomatologie in der DDR. Medizin und Gesellschaft 31. Berlin: VEB Verl. Volk und Gesundheit,
22. Künzel, W. (2009) Stomatologie- Schicksal eines ehrenwerten Terminus im deutschen Sprachgebrauch. Zahnarzt & Praxis. 97-106.
23. Künzel, W. (2010). Die Geschichte der zahnärztlichen Gesellschaften Ostdeutschlands : 1945 - 1990. Berlin u.a.: Quintessenz Verlag,
24. Manow, P. (1994). Gesundheitspolitik im Einigungsprozeß. Schriften des Max-Planck-Instituts für Gesellschaftsforschung, Köln. Frankfurt/Main u.a.: Campus Verlag.
25. Mansour, S. (2008). Die Ausbildung in zahnärztlicher Prothetik an der Universitätszahnklinik Halle in den Jahren von 1948 bis 1998 unter Berücksichtigung der wissenschaftlichen und technischen Entwicklung. Dissertation, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.
26. Markus, L. (2004) 35 Jahre Entwürdigung ostdeutscher Ärzte. Deutsches Ärzteblatt. Heft 36.

27. Mros, B. (1999). Bewahrenswertes aus dem Gebiet der Aus-, Weiter- und Fortbildung von Ärzten, Zahnärzten und Apothekern Das Gesundheitswesen der DDR : eine historische Bilanz für zukünftige Gesundheitspolitik. A. R. Rausch, Lothar; Spaar, Horst. Berlin, Interessengemeinschaft Medizin und Gesellschaft e.V. H. 23/24.
28. Oesterreich, D. (2020). Interview zum Thema: Ostdeutsche Zahnmedizin im Wiedervereinigungsprozess. In: H. Dettmann (ed.).
29. Pasternak, P. (2016) Ein Vierteljahrhundert Erforschung und Dokumentation der akademischen Medizin in der DDR. Sichtachsen durch ein Literaturfeld. Die Hochschule : Journal für Wissenschaft und Bildung 25. 127-145.
30. Ritter, G. A. (2006). Der Preis der deutschen Einheit : die Wiedervereinigung und die Krise des Sozialstaats. München:
31. Ritter, G. A. (2009). Wir sind das Volk! Wir sind ein Volk! : Geschichte der deutschen Einigung. München: Beck,
32. Rödder, A. (2010). Deutschland einig Vaterland : die Geschichte der Wiedervereinigung. Bonn:
33. Roth, H. (2009) Deutsch-deutsche Gesundheitspolitik im Einigungsprozess (I). Deutsches Ärzteblatt. 106(23): A 1190–3.
34. Roth, H. (2009) Deutsch-deutsche Gesundheitspolitik im Einigungsprozess (II). Deutsches Ärzteblatt. 106(23): A 1242–6.
35. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1991). Das Gesundheitswesen im vereinten Deutschland. Jahresgutachten 1991. Baden-Baden: Sachverständigenrat Gesundheit.
36. Schleiermacher, S. (2005). Prävention und Prophylaxe in BRD und DDR- Eine gesundheitspolitische Leitidee im Kontext verschiedener politischer Systeme¹. 100 Jahre Geschichte der Sozialhygiene, Sozialmedizin und Public Health in Deutschland. Berlin: Udo Schagen und Sabine Schleiermacher.
37. Schmidt, M. G. (1998). Sozialpolitik in Deutschland : historische Entwicklung und internationaler Vergleich. Opladen: Leske und Budrich,
38. Schneider, J. (2017). Einigkeit, Recht und Freiheit - 25 Jahre deutsche Wiedervereinigung (1990 - 2015) : eine ordnungstheoretische Analyse. Stuttgart:
39. Seigewasser, P. (2006). Das Diplom für Mediziner und Stomatologen in der DDR, unter besonderer Berücksichtigung der Immatrikulations- und

- Absolventenzahlen der Charité. Dissertation, Charité- Universitätsmedizin Berlin.
40. Seyfarth, T. (1999). "Einige Gedanken zum Gesundheitswesen der DDR."
 41. Sigron, U. K. (2011). Voraussetzungen für die Entwicklung der Kieferchirurgie in Deutschland 1900 - 1950. Universität Zürich.
 42. Simon, M. (2017). Das Gesundheitssystem in Deutschland : eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. 6., vollständig aktualisierte und überarbeitete Auflage ed Bern.
 43. Spaar (Red.), H. (ed.) (2003). Dokumentation zur Geschichte des Gesundheitswesens der DDR, Berlin: Interessengemeinschaft Medizin und Gesellschaft e.V.
 44. Spaar, H. (1999). Bemerkungen über den Stand der Geschichtsbetrachtung zum Gesundheitswesen der DDR in Gegenüberstellung zum Zeitgeist und die weiteren Aufgaben auf diesem Gebiet. Das Gesundheitswesen der DDR : eine historische Bilanz für zukünftige Gesundheitspolitik. A. R. Rausch, Lothar; Spaar, Horst. Berlin, Interessengemeinschaft Medizin und Gesellschaft e.V. H. 23/24.
 45. Spaar, H. (1999). Das Gesundheitswesen der DDR. Quellen, Entwicklungen, Wertungen. Das Gesundheitswesen der DDR : eine historische Bilanz für zukünftige Gesundheitspolitik. A. R. Rausch, Lothar; Spaar, Horst. Berlin, Interessengemeinschaft Medizin und Gesellschaft e.V. H. 23/24.
 46. Spaar, H. (2004). Die Verdrängung gesundheitspolitisch progressiver Prinzipien und Strukturen durch ein traditionell konservatives Gesundheitssystem. Zum Verlauf der Eingliederung des DDR-Gesundheitswesens in das Gesundheitssystem der BRD im Jahre 1990 und seine Folgewirkungen. E.-A. Jeske. Berlin, Interessengemeinschaft Medizin und Gesellschaft e.V. 48/49/A.
 47. Sprekels, W. (2020). Interview zum Thema: Ostdeutsche Zahnmedizin im Wiedervereinigungsprozess. In: H. Dettmann (ed.).
 48. Staehle, H. J. (2010) Die Geschichte der Fachzahnärzte in Deutschland. Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift.
 49. Sutor, D. (2013). Markt und Staat im Gesundheitswesen : eine Systemanalyse am Beispiel von Deutschland, den USA und dem Vereinigten Königreich. Band 3, Universität Freiburg im Breisgau.

50. Thomas Gerst, N. J., Marc Meißner und Heinz Stüwe (2009) Für Reformen braucht man Zeit. Jg. 106: 1555-1559.
51. Wasem, J. (1997). Vom staatlichen zum kassenärztlichen System: Eine Untersuchung des Transformationsprozesses der ambulanten ärztlichen Versorgung in Deutschland. Frankfurt a. M. : Campus Verlag
52. Wiesenthal, H. (1995). Einheit als Interessenpolitik : Studien zur sektoralen Transformation Ostdeutschlands. In: H. Wiesenthal (ed.) Frankfurt/Main u.a.

11.2 Interviews

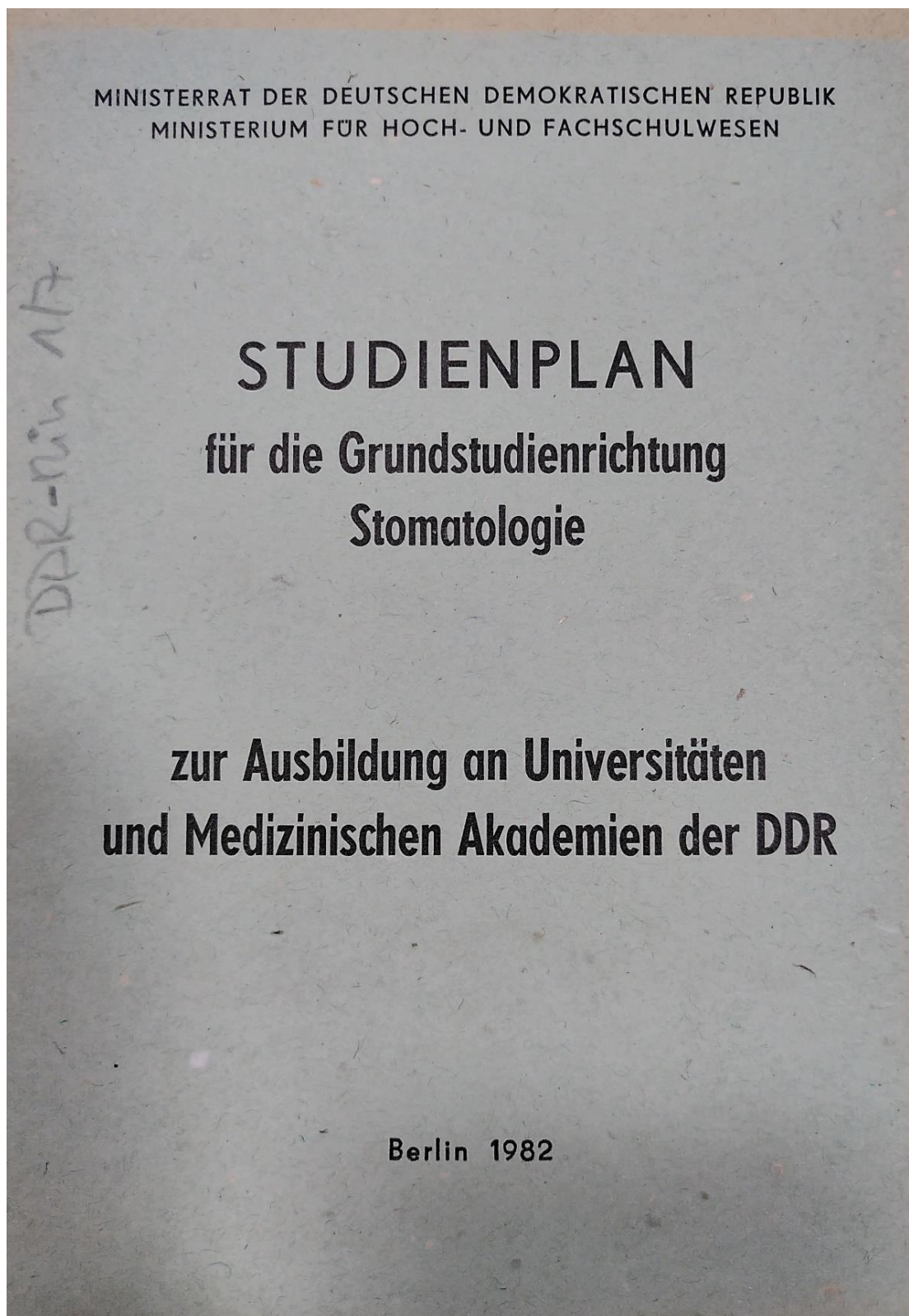
1. Oesterreich, D. (2020). Interview zum Thema: Ostdeutsche Zahnmedizin im Wiedervereinigungsprozess. *In*: H. Dettmann (ed.).
2. Sprekels, W. (2020). Interview zum Thema: Deutsche Zahnmedizin im Wiedervereinigungsprozess.

11.3 Abbildungen

- Abb. 1: Ärzte-Zeitung/DDR-Ausgabe, Jahrgang 9, 9./10. März 1990, S. 8
- Abb. 2: <http://resource.nlm.nih.gov/101409594>
- Abb. 3: Privatarchiv von Dr. Felix Bodenstein, Berlin Spandau
- Abb. 4: dens extra, Sonderausgabe zum 25. Jubiläum der Zahnärztekammer M-V, S. 3
- Abb. 5: Privatarchiv von Gerd Eisentraut
- Abb. 6: 6. Hamburger Zahnärztetag
- Abb. 7: Auszug aus „Mitteilungsblatt der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern“ vom 1. September 1990, Ausgabe 1, S. 7

12 Anhang

12.1 Studienplan für die Grundstudienrichtung Stomatologie 1982



Ministerrat der Deutschen Demokratischen Republik
Ministerium für Hoch- und Fachschulwesen

D+

S t u d i e n p l a n
für die Grundstudienrichtung
S t o m a t o l o g i e
(Nomenklatur-Nr. 31002)

2. überarbeitete Auflage 1982

Als verbindlicher Studienplan für die Ausbildung an Universitäten und
Medizinischen Akademien der DDR bestätigt.

Der Studienplan tritt
am 1. 9. 1982 in Kraft

Prof. Dr. h. c. Böhme
Minister für Hoch-
und Fachschulwesen

Der Studienplan der Grundstudienrichtung Stomatologie wurde von einer Arbeitsgruppe des Wissenschaftlichen Beirates für Medizin unter Leitung von Prof. Dr. sc. med. R. Zuhrt, Humboldt-Universität zu Berlin, erarbeitet, im Wissenschaftlichen Beirat, an Universitäten und Medizinischen Akademien sowie mit Praxispartnern diskutiert und mit dem Ministerium für Gesundheitswesen abgestimmt.

(Vorschläge und Hinweise zur weiteren Präzisierung des Studienplanes sind an das Ministerium für Hoch- und Fachschulwesen, Abteilung Medizinische Bildung, zu richten.)

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1. Ziel und Schwerpunkte der Ausbildung und Erziehung	1
1.1. Ausbildungs- und Erziehungsziel	1
1.2. Schwerpunkte der Ausbildung	3
2. Aufbau und Ablauf des Studiums	7
3. Schema des Studienablaufes	10
4. Studentafel	11
5. Gelöbnis	14

1. Ziel und Schwerpunkte der Ausbildung und Erziehung

1.1. Ausbildungs- und Erziehungsziel

Die Ausbildung und kommunistische Erziehung an einer sozialistischen Hochschule vermittelt neueste wissenschaftliche Kenntnisse, ein anwendungsreiches Wissen und Können sowie eine reiche geistig-kulturelle Bildung; sie befähigt zu selbständiger wissenschaftlicher Orientierung und zur verantwortungsbewußten Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Praxis; sie fordert, sich mit Parteilichkeit und persönlichem Engagement für das Neue, für die Stärkung des Sozialismus einzusetzen.

Das Stomatologiestudium geht von gesicherten Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft, insbesondere der Stomatologie, und ihren natur- und gesellschaftswissenschaftlichen Grundlagen aus. Der Marxismus-Leninismus ist die weltanschauliche und politische, erkenntnistheoretische und methodologische Basis der gesamten Ausbildung. Sie erfolgt in der Einheit von Theorie und Praxis sowie von fachspezifischer und interdisziplinärer Wissensvermittlung.

Der Student begreift sein Studium als gesellschaftlichen Auftrag und hat die Verpflichtung, sich mit großem Verantwortungsbewußtsein und hoher Selbständigkeit um die persönliche Erfüllung des Ausbildungs- und Erziehungszieles zu bemühen. Er identifiziert sich mit der Politik der Partei der Arbeiterklasse und der Regierung der DDR, trägt aktiv zu ihrer Verwirklichung bei und ist fähig, sich mit Erscheinungen bürgerlicher Ideologie und Politik auseinanderzusetzen. Der Student ist bereit und fähig, die DDR als Bestandteil der sozialistischen Staatengemeinschaft zu verteidigen. Er eignet sich ein solides Wissen von den Gesetzmäßigkeiten in Natur- und Gesellschaft sowie im Denken an und weiß es schöpferisch anzuwenden.

In sozialer Sicherheit und gesunder Umwelt zu leben und zu arbeiten, selbst gesund und leistungsfähig zu sein, ein hohes Alter in Wohlbefinden und mit Lebensfreude zu erreichen, bei Krankheit rechtzeitig und gut behandelt zu werden, um Gesundheit und Lebenskraft wieder zu erlangen, sind elementare Bedürfnisse des Menschen.

Deshalb gehören Erhaltung, Förderung und Wiederherstellung von Gesundheit, Leistungsfähigkeit und Lebensfreude, die Sorge um das körperliche und geistige Wohl des Menschen und das Glück des Volkes zu den edelsten Zielen der sozialistischen Gesellschaft. Mit hohem Wissen und Können setzt sich der Zahnarzt dafür ein und leistet einen spezifischen Beitrag zur Gestaltung der entwickelten sozialistischen Gesellschaft. Er ist dem sozialistischen Humanismus und den guten Traditionen der Medizin als der ethischen Basis des Arzttums eng verbunden und wird in seinem Handeln durch immerwährende Bereitschaft zur Hilfeleistung, durch Sorgfalt und Wissenschaftlichkeit sowie durch Vorausschau und Selbstkritik bestimmt.

1

Der Student erwirbt während des Studiums umfassende Kenntnisse in der Stomatologie und zahnärztliche Fertigkeiten als unmittelbare Voraussetzungen für eine spätere erfolgreiche Berufstätigkeit. Er versteht und fördert den Zusammenhang dieses Wissens und Könnens mit den im marxistisch-leninistischen Grundlagenstudium, in den naturwissenschaftlichen, medizinisch-theoretischen und medizinisch-klinischen Lehrgebieten erworbenen Grundlagenkenntnissen, Fertigkeiten und methodologischen Erfahrungen.

Das Stomatologiestudium befähigt den Studenten, den menschlichen Lebensprozeß in seiner Wechselwirkung mit der natürlichen und gesellschaftlichen Umwelt zu begreifen und den Bürgern in zunehmendem Maße die auf dem wissenschaftlich-technischen Fortschritt beruhenden Errungenschaften der Medizin in seinem Fachgebiet unter bewußter Nutzung der Vorzüge der sozialistischen Gesellschaft zugänglich zu machen. Der Student erwirbt Voraussetzungen, um in hoher Qualität einen spezifischen Beitrag zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit der Bürger zu leisten und vertrauensvolle Beziehungen zwischen ihnen und den Mitarbeitern der Gesundheitseinrichtungen zu pflegen.

Der Absolvent ist von dem Geist durchdrungen, sich für das Leben und die Gesundheit des Menschen jederzeit und überall im Sinne des von ihm abzulegenden Gelöbnisses (Abschnitt 5.) voll einzusetzen.

Nach dem Abschluß des Stomatologiestudiums verfügt der Absolvent über ein gründliches theoretisches Wissen sowie über praktische Kenntnisse und Fertigkeiten für die Aufnahme einer Tätigkeit als approbierter Zahnarzt und für die Weiterbildung zum Fachzahnarzt. Der Absolvent beherrscht grundlegende Methoden der Diagnostik und Therapie, der Prophylaxe und Metaphylaxe der in der Mundhöhle auftretenden Erkrankungen. Er ist in der Lage, wichtige allgemeine Krankheitszeichen rechtzeitig zu erkennen und eine fachgerechte Behandlung des Kranken zu veranlassen. Er erkennt akut lebensbedrohliche Zustände und ist befähigt, erste ärztliche Hilfe bei Zwischenfällen in der Praxis, bei Unfällen, bei Massenkatastrophen und bei der medizinischen Sicherstellung der Landesverteidigung zu leisten.

Der Absolvent hat sich mit der Entwicklung und den Aufgaben des Gesundheitswesens der DDR vertraut gemacht, die Tätigkeit der Zahnärzte, stomatologischen Schwestern und Zahntechniker achten gelernt und ist bereit, die sozialistische Gemeinschaftsarbeit zu fördern. Ihm sind die rechtlichen Grundlagen und Regeln seiner Berufsausübung bekannt.

Das Denken und Handeln des Absolventen wird durch seine enge Verbundenheit mit der Arbeiterklasse bestimmt. Er unterstützt aktiv die Politik der Partei der Arbeiterklasse und der Regierung der DDR und tritt für die ständige Vertiefung der Freundschaft zur Sowjetunion und die Festigung der sozialistischen Staatengemeinschaft ein, macht sich die Errungenschaften der Sowjetwissenschaft zu eigen und übt Solidarität mit den um ihre Freiheit und nationale Entwicklung kämpfenden Völkern.

2

Die Haltung des Absolventen ist durch sozialistische Lebensweise und humanistisches Berufsethos geprägt. Achtung vor der Persönlichkeit und Würde des Menschen, Einsatzbereitschaft, Verantwortungsbewußtsein, Sorgfalt und Bescheidenheit, vorbildliche Arbeit, schöpferische Anwendung wissenschaftlicher Erkenntnisse in seiner Tätigkeit, Streben nach hoher Bildung und Kultur sind charakteristisch für sein Denken und Handeln.

Der Einsatz der Absolventen der Grundstudienrichtung Stomatologie erfolgt vorwiegend als Zahnarzt im territorial geleiteten Gesundheitswesen. Weitere Einsatzmöglichkeiten bestehen als Zahnarzt in den bewaffneten Organen sowie als wissenschaftlicher Assistent an stomatologischen oder medizinisch-theoretischen Einrichtungen der Universitäten und Medizinischen Akademien.

1.2. Schwerpunkte der Ausbildung

Das Studium umfaßt das marxistisch-leninistische Grundlagenstudium, natur- und gesellschaftswissenschaftliche Grundlagen der Medizin, die für die Stomatologie wesentlichen theoretisch-experimentellen medizinischen Grundlagen, die allgemeine Krankheitslehre, die stomatologische Krankheitslehre, die klinische Stomatologie und spezielle Lehrinhalte der klinischen Medizin und der Hygiene.

Im vorklinischen Studium erfolgt die Vermittlung allgemeiner und für den Zahnarzt grundlegender Kenntnisse von der Entwicklung, Struktur und Funktion des menschlichen Organismus, wobei der Zahn-Mund-Kieferbereich umfassend dargestellt wird.

Die für das Stomatologiestudium notwendigen naturwissenschaftlichen Grundlagen werden in den folgenden Lehrgebieten vermittelt:

- Biologie,
- Chemie,
- Physik/Biophysik,
- Mathematik/Biostatistik.

Darauf bauen die theoretisch-experimentellen medizinischen Lehrgebiete

- Anatomie,
- Biochemie,
- Physiologie

auf und gestalten folgende interdisziplinäre Komplexe:

- Struktur und Funktion des Zahnschmelzes, des Pulpa-Dentinsystems und des marginalen Periodontium einschließlich Biomorphose (Anatomie mit Physiologie und Biochemie),

3

- Beziehungen von Ernährung und Verdauung zum Zahn-Mund-Kiefersystem (Biochemie mit Physiologie).
- Mastikation und Phonation (Physiologie mit Anatomie).

Die Heranführung an die zahnärztliche Praxis erfolgt in dem interdisziplinären Komplex Einführung in die Stomatologie.

Mit dem interdisziplinären Komplex

Einführung in die Notfallmedizin wird der Student im ersten Studienjahr unmittelbar auf wichtige Aufgaben ärztlichen Handelns vorbereitet.

Im klinischen Studium werden Grundlagenkenntnisse in der allgemeinen Krankheitslehre, umfassende Kenntnisse in der stomatologischen Krankheitslehre sowie Können in der Diagnostik und Therapie, Prophylaxe und Metaphylaxe stomatologischer Erkrankungen, speziell der Hartsubstanzkrankungen einschließlich der Folgeerscheinungen und der Erkrankungen des Zahnhalteapparates vermittelt.

Die allgemeine Krankheitslehre leitet von der Vorklinik zur Klinik über, bildet eine wesentliche Voraussetzung für das Verständnis der klinischen Stomatologie und wird durch folgende Lehrgebiete vermittelt:

- Pathologische Anatomie,
- Pathophysiologie,
- Pathobiochemie und Klinische Chemie,
- Medizinische Immunologie,
- Mikrobiologie,
- Pharmakologie/Toxikologie.

Zur allgemeinen und speziellen Krankheitslehre werden im 3. Studienjahr folgende interdisziplinäre Komplexe durchgeführt:

- Pathogenese der Zahnkaries, Pulpitiden und Folgezustände (Pathologische Anatomie, besonders mit Pathophysiologie und Mikrobiologie),
- Pathogenese der marginalen Periodontopathien (Pathologische Anatomie, besonders mit Pathophysiologie und Mikrobiologie),
- Pathogenese der Dyskinesien des Unterkiefers (Pathophysiologie mit Pathologischer Anatomie).

Hauptinhalt der klinischen Ausbildung ist die Vermittlung praxisorientierten stomatologischen Wissens und zahnärztlichen Könnens in den Lehrgebieten:

- Konservierende Stomatologie,
- Periodontologie,
- Kinderstomatologie,
- Orthopädische Stomatologie,

4

- Chirurgische Stomatologie,
 - Prothetische Stomatologie
- und in dem interdisziplinären Komplex
- Allgemeine stomatologische Diagnostik und Therapie.

Der Student lernt hier die grundlegenden Methoden zahnärztlicher Therapie kennen, übt diese in propädeutischen Lehrveranstaltungen an Phantomen und entwickelt seine Fähigkeiten und Fertigkeiten in angeleiteter zahnärztlicher Betreuung in der Praxis weiter. Die berufspraktische Ausbildung wird durch das stomatologische Komplexpraktikum im 5. Studienjahr abgeschlossen, in dem die grundlegenden zahnärztlichen Fähigkeiten vervollkommen und die Fertigkeiten weiterentwickelt werden.

Durch die Lehrgebiete

- Innere Medizin,
- Allgemeine Chirurgie,
- Anästhesiologie,
- Radiologie,
- Klinische Pharmakologie,
- Otorhinolaryngologie,
- Ophthalmologie,
- Dermatologie/Venerologie,
- Pädiatrie,
- Medizinische Psychologie,
- Psychiatrie/Neurologie,
- Gerichtsmedizin

sowie durch die interdisziplinären Komplexe

- Traumatologie/Notfallsituationen,
- Kriterien der Arbeits- und Leistungsfähigkeit

werden ausgewählte Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten ärztlichen Handelns vermittelt und der Student befähigt, bei akuten und lebensbedrohlichen Zuständen ärztliche Entscheidungen zu treffen und aktiv zu handeln, um Menschenleben zu retten.

In den Lehrgebieten

- Allgemeine und Kommunale Hygiene,
- Arbeitshygiene,
- Sozialhygiene

werden dem Studenten Grundkenntnisse über medizinische Aufgaben des Umwelt- und Arbeitsschutzes, allgemeine soziale Aspekte von Gesundheit und Krankheit sowie Grundlagen der Leitung, Planung und Organisation des Gesundheitsschutzes vermittelt.

5

Der Student erwirbt im Lehrgebiet

Militärmedizin

Grundkenntnisse und Fertigkeiten für den Einsatz in den bewaffneten Organen und Grundkenntnissen und Fertigkeiten zur Behandlung Geschädigter im Verteidigungszustand, in der Zivilverteidigung zur Behandlung Geschädigter im Verteidigungszustand, nach Einsatz von Massenvernichtungsmitteln sowie bei Katastrophen und Havarien. Fachspezifische militärmedizinische Kenntnisse werden in den stomatologischen und medizinischen Lehrgebieten vermittelt.

Rechtskenntnisse werden im Zusammenhang mit allen Lehrgebieten des klinischen Studiums vermittelt.

Die Ausbildung in den Lehrgebieten

- Dialektischer und Historischer Materialismus,
- Politische Ökonomie des Kapitalismus und Sozialismus,
- Wissenschaftlicher Kommunismus/Grundlehren der Geschichte der Arbeiterbewegung

erfolgt nach dem bestätigten Lehrprogramm „Grundlagen des Marxismus-Leninismus an den Universitäten und Hochschulen der DDR“.

Der Marxismus-Leninismus ist die ideologische, theoretische und methodologische Grundlage der gesamten Ausbildung.

In dem interdisziplinären Komplex

Arzt und Gesellschaft

wird die Ausbildung in den Grundlagen des Marxismus-Leninismus durch Behandlung philosophisch-ethischer Probleme der Medizin und der Biologie fortgesetzt. Weiterhin werden ökonomische Probleme des Gesundheitswesens behandelt. Kenntnisse über das Arzt-Patient-Verhältnis sowie über die historische Entwicklung und aktuellen Aufgaben der sozialistischen Gesundheitspolitik werden vertieft.

Im Lehrgebiet

Geschichte der Medizin

wird der Student mit der historischen Entwicklung seines Wissenschaftsgebietes, besonders mit dem Wechselverhältnis von Medizin, Naturwissenschaften, Technik und Gesellschaft vertraut gemacht.

Für die Ausbildung in Sport und Fremdsprachen gelten die entsprechenden Festlegungen des Ministeriums für Hoch- und Fachschulwesen. Die Fremdsprachenausbildung erfolgt in Russisch und in einer zweiten Fremdsprache. In Russisch ist die Sprachkündigenprüfung II b abzulegen.

Für das Stomatologiestudium ist in Latein der Abschluß des Einführungslehrganges Latein der EOS bzw. bis zum Ende des 1. Studienjahres der Abschluß des fachbezogenen Lateinkurses auf der Grundlage des Lehrprogramms Latein in der Grundstudienrichtung Stomatologie nachzuweisen.

Die berufspraktische Ausbildung der Studenten baut auf Kenntnissen und Fertigkeiten auf, die im Vorkursikum erworben werden. Sie erfolgt in praktischen Lehrver-

6

anstaltungen und in Praktika, die in der vorlesungsfreien Zeit durchgeführt werden. Die Vermittlung der Lehrinhalte und die Ausgestaltung der Praktika erfolgen auf der Grundlage der bestätigten Lehr- und Praktikumsprogramme.

Die Hochschullehrer und alle an der Lehre Beteiligten tragen die Verantwortung für die Verwirklichung des Ausbildungs- und Erziehungszieles in ihrem Lehrgebiet. Die Gestaltung der interdisziplinären Komplexe stellt besonders hohe Anforderungen an die Hochschullehrer. Interdisziplinäre Komplexe werden von demjenigen Hochschullehrer geleitet, dessen Fachgebiet dafür tragende Bedeutung hat.

Die Prorektoren für Medizin der Universitäten und die Rektoren der Medizinischen Akademien sind aufgefordert, in eigener Entscheidung weitere interdisziplinäre Komplexe und Lehrveranstaltungen im Rahmen der Studientafel festzulegen. Außerdem bieten die Universitäten und Medizinischen Akademien dem Studenten fakultative Lehrveranstaltungen zu speziellen medizinischen, zu natur- und gesellschaftswissenschaftlichen sowie geistig-kulturellen Problemen an.

Die Erziehung zur schöpferischen, wissenschaftlichen Arbeitsweise ist ein Grundprinzip der gesamten Ausbildung des zukünftigen Zahnarztes. Sie vollzieht sich in der Einheit von Lehre, Studieren und wissenschaftlich-produktiver Tätigkeit. Dies setzt hohe Eigeninitiative der Stomatologiestudenten sowie Mitarbeit in wissenschaftlichen Studentenzirkeln und andere Formen selbständiger wissenschaftlicher Arbeit voraus.

Im Prozeß der Herausbildung des wissenschaftlichen Denkens nimmt die Anfertigung und erfolgreiche Verteidigung der Diplomarbeit einen besonderen Platz ein. Sie trägt dazu bei, den Absolventen zur berufsbegleitenden Weiterbildung sowie zum wissenschaftlichen Arbeiten zu befähigen.

2. Aufbau und Ablauf des Studiums

Das Stomatologiestudium ist ein Direktstudium. Für die Bewerbung bzw. Zulassung zum Studium gelten die Festlegungen des Ministeriums für Hoch- und Fachschulwesen über die Bewerbung, die Auswahl und die Zulassung zum Direktstudium an den Universitäten und Hochschulen der DDR. Die körperliche Eignung für den Beruf ist ärztlich zu bescheinigen. Entscheidende Kriterien sind beidäufiges Sehvermögen, ausreichende Körperhöhe, völlige Bewegungsfreiheit der Extremitäten, Freisein von allergischen Krankheiten.

Die Aufnahme des Stomatologiestudiums setzt die Hochschulreife und ein einjähriges Vorkursikum in der Krankenpflege und als Hilfskraft in einer stomatologischen Ambulanz voraus, das in Einrichtungen des staatlichen Gesundheitswesens auf der Grundlage der hierfür getroffenen rechtlichen Regelungen¹⁾ absolviert wird.

1) Richtlinie zur Durchführung des einjährigen Krankenpflegepraktikums vor Aufnahme des Medizin- bzw. Stomatologiestudiums vom 10. 5. 1976 (Verf. u. Mitt. des Ministeriums für Gesundheitswesen 1976, Nr. 6)

7

Für Bewerber, die vor dem Studium ihren Ehrendienst in der NVA leisten, und für Studienbewerber mit einer abgeschlossenen medizinischen Berufsausbildung gelten gesonderte Festlegungen für das Vorpraktikum.

Die Gesamtdauer des Studiums beträgt 5 Jahre und gliedert sich in zwei Abschnitte:
2 Jahre vor-klinisches Studium
3 Jahre klinisches Studium.

Die Praktika werden an Hochschulen und an staatlichen Gesundheitseinrichtungen wie folgt durchgeführt:

- 3 Wochen Einführung in die Stomatologie am Ende des 1. und 4. Semesters in der Hochschuleinrichtung.
Das Praktikum macht mit zahnärztlichen Materialien sowie Labortechnologien bekannt und vermittelt für die zahnärztliche Tätigkeit grundlegende Fähigkeiten (insgesamt 6 Wochen).
- 3 Wochen Präventive Stomatologie am Ende des 3. Semesters, angeleitet durch die Hochschuleinrichtung.
Das Praktikum befähigt zur Gesundheitserziehung und macht mit Methoden der primären Prävention vertraut.
- 5 Wochen Stomatologische Propädeutik am Ende des 6. Semesters in der Hochschuleinrichtung.
Das Praktikum bildet den Abschluß des stomatologischen Propädeutik und leitet zur klinischen Tätigkeit über.
- 5 Wochen zahnärztliche Betreuung am Ende des 8. Semesters in einer Einrichtung des territorial geleiteten Gesundheitswesens.
Das Praktikum bietet die erste Gelegenheit, das bisher disziplinar erworbene Wissen und Können in dem die allgemeine Stomatologie charakterisierenden Zusammenhang anzuwenden und zu vertiefen.
- 4 Wochen Stomatologische Diagnostik und Therapie am Ende des 9. Semesters in der Hochschuleinrichtung oder in Einrichtungen des territorial geleiteten Gesundheitswesens.
Das Praktikum bereitet auf die selbständige zahnärztliche Tätigkeit nach Abschluß des Studiums vor und befähigt zur Verknüpfung der disziplinar erlernten Diagnostik- und Therapiemethoden bei der allgemeinstomatologischen Betreuung der Bürger.
- 5 Wochen Militärmedizinische Qualifizierung/Medizinisches Zivilverteidigungspraktikum im 10. Semester.
Die Militärmedizinische Qualifizierung/das Medizinische Zivilverteidigungspraktikum dienen der Vertiefung von Kenntnissen und der Übung von Fertigkeiten zur militärmedizinischen Sicherstellung der Landesverteidigung bzw. zur Gewährleistung des medizinischen Schutzes der Bevölkerung.

8

Die Aneignung stomatologischer Kenntnisse und die Übung von Fertigkeiten wird durch ein obligatorisches Praktikum eigener Wahl, für das die vorlesungsfreie Zeit am Ende des 2. Semesters zur Verfügung steht, unterstützt.

Für die wissenschaftliche Arbeit zur Erlangung des ersten akademischen Grades stehen die vorlesungsfreien Zeiten am Ende des 5. Semesters (4 Wochen) und 7. Semesters (5 Wochen) zur Verfügung. Das Thema der Diplomarbeit wird in der Regel bis Ende des 3. Studienjahres ausgegeben. Die Diplomarbeit ist spätestens bis zur Beendigung des 9. Semesters einzureichen und bis zum Ende des 5. Studienjahres zu verteidigen.

Zur Vervollkommnung praktischer Fertigkeiten und der Erziehung zu ärztlicher Einsatzbereitschaft nimmt der Student regelmäßig vom 1. bis zum 5. Studienjahr entsprechend seinen fortschreitenden Kenntnissen nachweispflichtig an insgesamt 40 pflegerischen und zahnärztlichen/ärztlichen Diensten in staatlichen Gesundheitseinrichtungen seiner Wahl teil.

Die Prüfungen und Leistungskontrollen werden auf der Grundlage der Prüfungsordnung¹⁾ und der Diplomordnung²⁾ durchgeführt.

Bestandteil der Hauptprüfung der Grundstudienrichtung Stomatologie sind Konservierende Stomatologie, Grundlagen des Marxismus-Leninismus sowie ein Kolloquium zum interdisziplinären Komplex Allgemeine stomatologische Diagnostik und Therapie, das den Nachweis zahnärztlicher Fertigkeiten einschließt.

Der Hochschulabschluß wird mit dem akademischen Grad Diplom-Stomatologe erlangt.

Der Hochschulabschluß ist die Voraussetzung für die Approbation als Zahnarzt. Diese wird auf der Grundlage der Approbationsordnung³⁾ des Ministeriums für Gesundheitswesen der DDR erteilt. Die Approbation berechtigt zur Ausübung des zahnärztlichen Berufes.

Der Absolvent legt bei Beendigung seines Studiums ein feierliches Gelöbnis ab. Auf dem Stomatologiestudium baut die obligatorische Weiterbildung zum Fachzahnarzt entsprechend den gesetzlichen Grundlagen auf.

1) Anordnung über die Durchführung von Prüfungen an Hoch- und Fachschulen sowie den Hoch- und Fachschulabschluß – Prüfungsordnung – vom 5. Januar 1975 (GBl. I Nr. 10 S. 183)

2) Anordnung über das Diplomverfahren – Diplomordnung – vom 26. Januar 1976 (GBl. I Nr. 7 S. 135)

3) Anordnung über die Approbation als Zahnarzt – Approbationsordnung für Zahnärzte – vom 13. Januar 1977 (GBl. I Nr. 5 S. 34)

9

3. Schema des Studienablaufes

	Sept.	Oktober	Nov.	Dez.	Januar	Februar	März	April	Mai	Juni	Juli	August
I.	VSt	St	15 LV	2 F	5 vfZ			15 LV		3 P	4 vfZ	
II.		St	15 LV	2 F	5 vfZ			15 LV		4 P	3 vfZ	
III.		St	15 LV	2 F	4 DA			15 LV		3 P	5 vfZ	
IV.		St	15 LV	2 F	5 DA			15 LV		2 P	5 vfZ	
V.		St	15 LV	2 F	4 vfZ	10 LV	5 M/ZV ⁺⁾			8 P		

DA Anfertigung der Diplomarbeit

F Unterbrechung im Zusammenhang mit Feiertagen

LV Lehrveranstaltungen

M/ZV Militärmedizinische Qualifizierung/Medizinisches Zivilverteidigungspraktikum⁺⁾

P Prüfungszeit

St 1. Studienwoche

vfZ vorlesungsfreie Zeit für Praktika und Selbststudium

VSt Vorbereitung 1. Studienjahr (Intensivkurs Russisch)

+) wird im Verlaufe des 10. Semesters zu unterschiedlichen Terminen durchgeführt.

(Seite 11 fehlt)

5. Absolventengelöbnis

In hoher Verpflichtung gegenüber der sozialistischen Gesellschaft und ihren Bürgern, eng verbunden mit der Deutschen Demokratischen Republik, meinem Vaterland,

gelobe ich:

All mein Wissen und alle Kraft für das körperliche und geistige Wohlbefinden des Menschen sowie für die Heilung und Verhütung von Krankheiten voll einzusetzen.

Stets bereit zu sein, medizinische Hilfe zu leisten, meine ärztlichen Aufgaben gewissenhaft zu erfüllen, mich dem Patienten gegenüber aufmerksam zu verhalten, ihm Sorge angedeihen zu lassen und das Arztgeheimnis zu wahren.

Ständig meine medizinischen Kenntnisse und mein ärztliches Können zu vervollkommen und mit meiner Arbeit zur Entwicklung der medizinischen Wissenschaft und Praxis beizutragen.

Alle Vorzüge der sozialistischen Gemeinschaftsarbeit bewußt zu nutzen, im Interesse des Patienten meine Berufskollegen zu Rate zu ziehen und ihnen selbst niemals Rat und Hilfe zu verweigern.

Die edlen Traditionen der Medizin meines Landes zu wahren und weiterzuentwickeln und mich in allen meinen Handlungen von der hohen Berufung des Arztes und seiner Verantwortung gegenüber dem Volk und dem sozialistischen Staat leiten zu lassen.

Ich erkläre feierlich, dieses Gelöbnis mein Leben lang treu zu erfüllen.

12.2 Gesetz über die vertraglichen Beziehungen der Krankenversicherungen zu den Leistungserbringern – Krankenkassen-Vertragsgesetz – vom 13.09.1990

(2) Die Schiedsstellen in den Gemeinden sind innerhalb von 2 Monaten nach Inkrafttreten dieses Gesetzes zu bilden.

§ 57

(1) Die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes bei den gesellschaftlichen Gerichten anhängigen Verfahren werden in dem Stand, in dem sie sich befinden, an das Kreisgericht abgegeben; Übergabeentscheidungen sind dem übergebenden Organ zurückzugeben.

(2) Aus zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes für vollstreckbar erklärten Entscheidungen gesellschaftlicher Gerichte findet die Zwangsvollstreckung statt.

§ 58

Dieses Gesetz tritt am Tage des Inkrafttretens des Einigungsvertrages zwischen der Deutschen Demokratischen Republik und der Bundesrepublik Deutschland in Kraft.

Das vorstehende, von der Volkskammer der Deutschen Demokratischen Republik am dreizehnten September neunzehnhundertneunzig beschlossene Gesetz wird hiermit verkündet.

Berlin, den dreizehnten September neunzehnhundertneunzig

**Die Präsidentin der Volkskammer
der Deutschen Demokratischen Republik
Bergmann - Pohl**

**Gesetz
über die vertraglichen Beziehungen
der Krankenversicherung zu den Leistungserbringern
– Krankenkassen-Vertragsgesetz –
vom 13. September 1990**

Gliederung

Abschnitt 1	Ziel des Gesetzes	§ 1
Abschnitt 2	Kassenärztliche Versorgung	§§ 2–15
Abschnitt 3	Kassenzahnärztliche Versorgung	§§ 16–17
Abschnitt 4	Versorgung mit Arzneimitteln	§§ 18–21
Abschnitt 5	Versorgung mit Hilfsmitteln	§ 22
Abschnitt 6	Versorgung mit Heilmitteln	§ 23
Abschnitt 7	Stationäre Versorgung	§ 24
Abschnitt 8	Versorgung mit Pflegeleistungen	§ 25
Abschnitt 9	Rettungseinsatz und Kranken-transport	§ 26
Abschnitt 10	Förderung der Aus-, Fort- und Weiterbildung	§ 27
Abschnitt 11	Übergangsregelung	§ 28
Abschnitt 12	Schlußbestimmungen	§ 29

Abschnitt 1

Ziel des Gesetzes

§ 1

Angleichung der Versorgungsstrukturen

Ziel des Gesetzes ist es, die auf der Grundlage des Artikels 22 des Vertrages über die Schaffung einer Währungs-, Wirtschafts- und Sozialunion zwischen der Deutschen Demokratischen Republik und der Bundesrepublik Deutschland erforderlichen Regelungen zur schrittweisen Veränderung der medizinischen Versorgungsstrukturen in der Deutschen Demokratischen Republik zu schaffen, um das Versorgungsangebot an das der Bundesrepublik Deutschland heranzuführen.

Abschnitt 2

Kassenärztliche Versorgung

§ 2

Ambulante Versorgung

Die ambulante ärztliche Versorgung der Versicherten wird im Rahmen des § 5 sichergestellt

- durch niedergelassene Ärzte und Zahnärzte (Kassenärzte)

- zur Aufrechterhaltung der ambulanten ärztlichen Versorgung entsprechend § 11 durch bestehende ärztlich geleitete kommunale, staatliche und frei gemeinnützige Gesundheitseinrichtungen einschließlich der Einrichtungen des Betriebsgesundheitswesens (Polikliniken und Ambulatorien mit angestellten Fachärzten), soweit sie ambulant tätig werden
- durch Fachambulanz an Krankenhäusern jeglicher Trägerschaft.

§ 3

Bedarfsgerechte Versorgung

(1) Den Versicherten und ihren Familienangehörigen ist eine bedarfsgerechte und gleichmäßige Versorgung in zumutbarer Entfernung unter Berücksichtigung des jeweiligen Standes der medizinischen Wissenschaft und Technik zur Verfügung zu stellen. Die Versorgung umfaßt auch einen ausreichenden Not- und Bereitschaftsdienst; die Kassenärzte und die in § 2 Nr. 2 genannten Einrichtungen sind zur Teilnahme verpflichtet.

(2) Die Tätigkeit als Kassenarzt schließt eine andere hauptberufliche Tätigkeit aus. Der Arzt muß in seiner Praxis den Patienten im erforderlichen Maße zur Verfügung stehen und die Tätigkeit persönlich ausüben.

§ 4

Förderung der Niederlassung in freier Praxis

Die Niederlassung von Ärzten in freier Praxis ist zu fördern. Der Anteil der Einrichtungen nach § 2 Nr. 2 wird bei Umwandlung dieser Einrichtungen in Gemeinschaftspraxen, Praxisgemeinschaften, Laborgemeinschaften, Apparategemeinschaften, Arzthäuser oder ähnliche Formen freier Arzt-tätigkeit entsprechend verringert.

§ 5

Kassenärztliche Vereinigungen; Sicherstellungsauftrag

(1) In jedem Land wird als Körperschaft des öffentlichen Rechts eine Kassenärztliche Vereinigung errichtet. Ordentliche Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung sind

- die vom Zulassungsausschuß nach § 6 zugelassenen Kassenärzte,
- die in den Einrichtungen nach § 2 Nr. 2 angestellten Fachärzte, die in der kassenärztlichen Versorgung tätig sind.

(2) Außerordentliche Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung können ermächtigte Ärzte und Einrichtungen gemäß § 12 und Ärzte in Weiterbildung zum Facharzt werden. Sie sind in das Arztregister nach Absatz 7 als außerordentliche Mitglieder einzutragen. Außerordentliche Mitglieder sind nicht stimmberechtigt.

(3) In den Organen der Kassenärztlichen Vereinigungen sind die in Absatz 1 Nr. 1 genannten Kassenärzte und die in Ab-

satz 1 Nr. 2 genannten Ärzte je zur Hälfte vertreten. Die in Absatz 1 Nr. 2 genannten Ärzte setzen sich zu 50 von Hundert aus den ärztlichen Leitern bzw. narkotischen Leitern der im § 1 Abs. 3 genannten Einrichtungen zusammen.

(4) Die Bildung der Kassenzentralen Vereinigungen und die Bildung ihrer Organe werden durch Anordnung des Ministers für Gesundheitswesen geregelt.

(5) Dem Vorstand der Kassenzentralen Vereinigungen گردد zusätzlich ein außerordentliches Mitglied der Kassenzentralen Vereinigung als beratendes, nicht stimmberechtigtes Mitglied an.

(6) Die Kassenzentralen Vereinigungen haben die bedarfsdeckende Versorgung entsprechend § 8 zu übernehmen, den Not- und Bereitschaftsdienst zu organisieren und die Krankenversicherung gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, daß die Versorgung der Versicherten den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht.

(7) Die Kassenzentralen Vereinigungen führen ein Antragsregister, in das für jeden Zulassungsbereich die zugelassenen Kassenzentralen und die in Absatz 1 Nr. 2 genannten Ärzte sowie die ermächtigten Ärzte nach § 12 einzutragen sind. Der Antragsteller muß die Angaben über die Person und die berufliche Qualifikation des Arztes enthalten, die für die Tätigkeit in der Kassenzentralen Versorgung von Bedeutung sind. Über die Einrichtungen nach § 3 Nr. 2 und die ermächtigten Einrichtungen nach § 12 ist ebenfalls ein Register zu führen.

(8) Die Kassenzentralen Vereinigungen bilden zur Erfüllung gemeinsamer Aufgaben eine Arbeitsgemeinschaft. Bis zur Errichtung Kassenzentraler Vereinigungen in den Ländern nehmen die nach demokratischen Regeln entstandenen privatrechtlich organisierten vorläufigen Kassenzentralen Vereinigungen nach Bestätigung durch das Ministerium für Gesundheitswesen die Aufgaben der Kassenzentralen Vereinigungen nach diesem Gesetz wahr.

§ 6

Zulassung als Kassenzentraler Zulassungsbereich

(1) Über die Zulassung als Kassenzentraler Zulassungsbereich auf Antrag entscheidet der Zulassungsausschuß auf Antrag des Zulassungsbereichs.

(2) Die Kassenzentralen Vereinigungen und die Verbände der Krankenkassen errichten in jedem Land einen Zulassungsausschuß, dem die Mitglieder des betreffenden Landes angehören. Die Vertreter der Ärzte sind ein Kassenzentraler Arzt, der in einer Einrichtung nach § 3 Nr. 2 beschäftigt ist sowie ein außerordentliches Mitglied der Kassenzentralen Vereinigung.

(3) Dem Antrag auf Zulassung als Kassenzentraler sind beizufügen:

- 1. die Urkunde über die Approbation als Arzt,
2. die Facharztanerkennung,
3. Angaben über die bisher ausgeübte ärztliche Tätigkeit,
4. die Bestätigung der Ärztkammer über die Eintragung in das Verzeichnis der Mitglieder,
5. Persönliche Führungszeugnis,
6. Lebenslauf.

(4) Die Zulassung erfolgt für den Ort der Niederlassung als Arzt (Kassenzentraler). Der Kassenzentraler muß Kassenzentraler sein, Sprechstunden abhalten und ärztliche Hausbesuche durchführen. Er hat seine Wohnung so zu wählen, daß er für die Kassenzentralen Versorgung als Kassenzentraler zur Verfügung steht und im ärztlichen Notfalldienst erreichbar ist.

(5) Der Zulassungsausschuß entscheidet auch über Anträge gemäß § 11 Abs. 4 und § 12.

§ 7

Abhebung der Zulassung

(1) Der Antrag auf Zulassung für die Tätigkeit als Kassenzentraler ist abzulehnen, wenn der Antragsteller für die Tätigkeit

als Kassenzentraler nicht geeignet ist. Nichtgenügend liegt insbesondere vor, wenn der Arzt wegen eines Beschäftigungsverhältnisses oder einer anderen nicht ehrenamtlichen Tätigkeit für die ärztliche Versorgung persönlich nicht in ausreichendem Maße zur Verfügung steht.

(2) Die Ablehnung des Antrags ist zu begründen und mit dem Höchstmaß an Rücksicht zu versehen.

(3) Wird ein Antrag abgelehnt, kann er bei Wegfall der Gründe erneut gestellt werden.

§ 8

Erlaßchen der Zulassung

Die Zulassung für die Tätigkeit als Kassenzentraler erfolgt 1. bei Rücknahme der Approbation oder gerichtliche angeordnete Berufsverbote,

- 2. bei schriftlich erklärtem Verzicht auf die Approbation oder Zulassung,
3. mit dem Tod des Arztes.

§ 9

Zurücknahme der Zulassung

Der Zulassungsausschuß kann die Zulassung als Kassenzentraler zurücknehmen, wenn

- 1. der Arzt die Zulassung durch wesentliche falsche oder unvollständige Angaben herbeigeführt hat,
2. der Arzt nicht binnen 6 Monate nach Erteilung der Zulassung die Tätigkeit als Kassenzentraler aufgenommen hat,
3. der Arzt wesentliche Pflichten als Kassenzentraler verläßt.

§ 10

Beschwerde

(1) Gegen ablehende Entscheidungen über Anträge gemäß § 6 und 7 und über die Zurücknahme der Zulassung gemäß § 9 ist die Beschwerde zulässig.

(2) Die Beschwerde ist innerhalb einer Frist von 4 Wochen nach Zugang der Zuständigmacht schriftlich beim Zulassungsausschuß, der die Entscheidung getroffen hat, einzureichen; über die Beschwerde ist innerhalb einer Frist von 2 Wochen nach ihrem Eingang zu entscheiden.

(3) Wurde die Beschwerde nicht abgehoben, kann innerhalb von 2 Wochen nach Zugang der abschließenden Entscheidung Antrag auf Nachprüfung durch das Gericht gestellt werden. Das Gericht kann in der Sache selbst entscheiden. Für das Verfahren gelten die Bestimmungen des Gesetzes über die Zuständigkeit und Verfahren der Gerichte zur Nachprüfung von Verwaltungsentscheidungen - GNV - vom 29. Juni 1990 (GBl. I Nr. 41 S. 598).

§ 11

Zugelassene Einrichtungen

(1) Die in § 3 Nr. 2 genannten Einrichtungen sind bis zum 31. Dezember 1993 zur ambulanten Versorgung zugelassen.

(2) Der Zulassungsausschuß entscheidet über eine Verlängerung der Zulassung nach Absatz 1 in Abstimmung mit der Landesbehörde, unter Berücksichtigung des Anteils der in freier Praxis niedergelassenen Ärzte und der Wirtschaftlichkeit der in § 3 Absatz 2 genannten Einrichtungen.

(3) Die Zulassung ist zu verlängern, wenn ohne die Einrichtung die Kassenzentralen Versorgung nicht sichergestellt ist. Die Einstellung von Assistenten (Ärzte in Weiterbildung zum Fach- oder Spezialarzt) bei zugelassenen Kassenzentralen oder an zugelassenen Einrichtungen nach § 2 Nr. 2 bedarf der Zustimmung der Kassenzentralen Vereinigung. Sie ist zu erteilen, wenn sie für die Sicherstellung der Kassenzentralen Versorgung erforderlich ist oder zur Abdeckung einer Vorbereitungsausbildung, Aus- oder Weiterbildung erfolgt.

Festsetzung der Festbeträge ist von den preisgünstigsten Apothekenabgabepreisen des Festbetrags der BRD sind angeschlossen zu berücksichtigen.

(4) Der Minister für Gesundheitswesen kann auch Festbeträge für Verbandtsleistungen und ärztliche Hausbesuche festsetzen.

(5) Die Festbeträge werden in gesinnter Weise veröffentlicht.

(6) Verordnet der Arzt ein Arzneimittel, dessen Apothekenabgabe den Festbetrag überschreitet, hat der Arzt dem Versicherten über die sich aus diesem Gesetz ergebende Pflicht zur Übernahme der Mehrkosten hinzuweisen.

§ 21

Bestimmungen zu Apotheken, Versorgungsbetrieben für Arzneimittel und Arzneimittelherstellern

(1) Die Apotheken sind bei der Abgabe verordneter Arzneimittel an Versicherte verpflichtet zu:

- a) Abgabe eines preisgünstigen Arzneimittels in Fällen, in denen der verordnende Arzt ein Arzneimittel nur seiner Wirksamkeitsbeziehung verordnet oder die Nutzung des Arzneimittels durch ein wirtschaftliches Arzneimittel durch den Apotheker zugelassen hat,
b) Abgabe aus preisgünstigen importierten Arzneimitteln,
c) Abgabe von wirtschaftlichen Einzelmenzen,
d) Abgabe des Apothekenabgabepreises auf der Arzneimittelpackung.

(2) Die Krankenversicherung und die Apotheker oder ihre Verbände regeln das Nähere in einem Vertrag.

(3) Die Organisationen der Apotheker, die Versorgungsgebiete für Arzneimittel und die Arzneimittelhersteller sind verpflichtet, die für die Festsetzung von Festbeträgen notwendigen Daten dem Minister für Gesundheitswesen zu übermitteln und auf Verlangen notwendige Auskünfte zu erteilen.

§ 22

Verordnung mit Hilfsmitteln

(1) Der Minister für Gesundheitswesen legt für die in ihrer Funktion gleichartigen und gleichwertigen Hilfsmittel Festbeträge fest. Die Festbeträge sind so festzusetzen, daß sie eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche sowie in der Qualität gebotene Versorgung gewährleisten.

(2) Über die Einzelheiten der Verordnung mit Hilfsmitteln und deren Wiederverwendung sowie über die Abrechnung von Festbeträgen schließt die Krankenversicherung mit Leistungserbringern oder deren Verbänden Verträge.

(3) Soweit Festbeträge noch nicht festgelegt sind oder nicht festgelegt werden können, schließt die Krankenversicherung mit den Leistungserbringern oder deren Verbänden Verträgen über Preise; § 14 Absatz 2 gilt entsprechend.

(4) Hilfsmittel dürfen an Versicherte abgegeben werden, wenn a) von privat tätigen Leistungserbringern, sofern sie die Zulassungsvoraussetzungen in Absatz 5 erfüllen, b) von bestehenden kommunalen, staatlichen und frei-medizinischen Gesundheitseinrichtungen einschließlich Einrichtungen des Betriebsgesundheitswesens.

(5) Zulassen ist, wer eine ausreichende, zweckmäßige funktionsgerechte und wirtschaftliche Leistungserbringung gewährleistet und die für die Versorgung geltenden Verträge anerkennt.

§ 23

Verordnung mit Heilmitteln

(1) Heilmittel, insbesondere Leistungen der Physiotherapie, werden abgehoben durch

- a) niedergelassene Heilmittelbringer

b) bestehende kommunale, staatliche und frei-medizinische Gesundheitseinrichtungen, einschließlich Einrichtungen des Betriebsgesundheitswesens.

(2) Niedergelassene Heilmittelbringer bedürfen der Zulassung durch die Krankenversicherung, wenn sie zu Lasten der Krankenversicherung Leistungen erteilen wollen. Zulassen ist, wer die Voraussetzungen für eine ausreichende, zweckmäßige, funktionsgerechte und wirtschaftliche Heilmittelbringung, insbesondere im Hinblick auf Ausbildung und Praxisausstattung erfüllt und die für die Versorgung der Versicherten geltenden Verträge anerkennt.

(3) Über die Einzelheiten der Versorgung mit Heilmitteln sowie über die Preise und deren Abrechnung schließt die Krankenversicherung Verträge mit Leistungserbringern oder deren Verbänden; § 14 Absatz 2 gilt entsprechend.

§ 24

Stationsäre Versorgung

(1) Die bestehenden Krankenhäuser sowie die bestehenden Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nehmen an der stationären Versorgung der Versicherten teil, soweit sie bedarfsdeckend, wirtschaftlich und kostengünstig sind.

(2) Die Vergütung der stationären und teilstationären Leistungen der Krankenhäuser regelt sich nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz und der Pflegenutzverordnung; § 14 Absatz 2 gilt entsprechend.

(3) Die Vergütung der stationären medizinischen Leistungen zur Vorsorge oder Rehabilitation werden zwischen der Krankenversicherung und dem Träger der einzelnen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung vereinbart. Die Vergütung muß die Leistungsfähigkeit der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen bei wirtschaftlicher Betriebsführung gewährleisten. Soweit die Investitionskosten der Einrichtungen öffentlich gefördert werden, ist dies bei der Bemessung der Vergütung zu berücksichtigen; § 14 Absatz 2 gilt entsprechend.

(4) Für die Vergütung der ambulanten Leistungen der Krankenhäuser einschließlich der Notfallbehandlung gelten die Festsetzungen über die Vergütung nach den §§ 13 und 14.

(5) Alle übrigen Beziehungen zwischen dem Erbringern stationärer Versorgungsleistungen und ihren Verbänden und der Krankenversicherung, wie z. B. allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung einschließlich der Aufnahme und Entlassung, der Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung sowie der Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen, werden durch Verträge geregelt.

§ 25

Verordnung mit Pflegeleistungen

Die Krankenversicherung schließt mit fachlich geeigneten Personen, Einrichtungen oder Unternehmen zur Erbringung ambulanter und stationärer pflegerischer Leistungen sowie Haushaltshilfe nach Bedarf, insbesondere über Art und Umfang, Qualität und Vergütung der Pflege, Verträge ab. Bei der Auswahl ist der Vielfalt der Leistungserbringer Rechnung zu tragen; § 14 Absatz 3 gilt entsprechend.

§ 26

Rettungsdienst und Krankentransport

(1) Die Krankenversicherung schließt Verträge über die Vergütung von Leistungen des Rettungsdienstes und über den Entgelt für Krankentransporte mit den Erbringern dieser

§ 12

Ermächtigung

(1) Der Zulassungsausschuß kann über den Kreis der zugelassenen Ärzte und Einrichtungen hinaus weitere Ärzte, insbesondere in den Krankenhäusern, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen oder in anderen ärztlich geleiteten Einrichtungen zur Kassenzentralen Tätigkeit ermächtigen, soweit dies zur Sicherstellung der Kassenzentralen Versorgung notwendig ist.

(2) Ambulanzen an Krankenhäusern jeder Trägerschaft werden im Einvernehmen mit den Krankenhausträgern zur Kassenzentralen Tätigkeit ermächtigt.

§ 13

Gesamtverträge

(1) Die Verbände der Krankenkassen und die Kassenzentralen Vereinigungen oder ihre Arbeitsgemeinschaften schließen für die beteiligten Krankenkassen, Kassenzentralen und Einrichtungen Gesamtverträge, um die weiteren Einzelheiten der Kassenzentralen Versorgung zu regeln.

(2) Mit den zugelassenen und ermächtigten Einrichtungen oder ihren Verbänden können die Verbände der Krankenkassen im Einvernehmen mit den Kassenzentralen Vereinigungen besondere Verträge, insbesondere über die Vergütung schließen.

§ 14

Gesamtvergütung

(1) Im Rahmen der Verträge nach § 13 vereinbaren die Vertragspartner die Höhe der Gesamtvergütung, die von den Krankenkassen für die gesamte Kassenzentralen Versorgung ihrer Versicherten an die Kassenzentralen Vereinigungen zu leisten ist.

(2) Bei Bemessung der Gesamtvergütung ist der Grundsatz der Beitragsstaatlichkeit zu beachten.

(3) Die Gesamtvergütung kann als Festbetrag oder auf der Grundlage des Bewertungsmaßstabes nach Einseitigkeiten, nach einer Kopplungsschleife, nach einer Fallpauschale oder nach einem System berechnet werden, das sich aus der Verbindung dieser oder weiterer Berechnungsarten ergibt.

(4) Die Arbeitsgemeinschaft der Kassenzentralen Vereinigungen und der Verbände der Krankenkassen schaffen gemeinsam die Voraussetzungen dafür, daß der einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) bis zum 1. Januar 1991 als Grundlage für die Vergütung ärztlicher Leistungen in der ambulanten medizinischen Versorgung angewendet werden kann.

(5) Bis zur Einführung des EBM bezieht sich die Vergütung ambulanter Leistungen durch die Krankenkassen bis zum Inkrafttreten neuer Vergütungsverträge nach den bestehenden Regelungen.

(6) Die Abrechnung der in der Kassenzentralen Versorgung erbrachten Leistungen erfolgt vom 1. Januar 1991 an über die Kassenzentralen Vereinigungen. Diese haben die abgerechneten Leistungen vor Weiterleitung der Abrechnung an die jeweils leistungspflichtige Krankenkasse auf sachliche und rechtmäßige Richtigkeit sowie auf Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung zu prüfen.

(7) Zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit ist in den Verträgen nach § 13 die Errichtung von Prüfungsausschüssen und das Prüfverfahren zu regeln.

§ 15

Vorrang für Ärzte im Wohnort in der DDR

(1) Für die Übergangszeit bis zum 31. Dezember 1991 können Anträge auf Zulassung als Kassenzentraler nur von Ärzten gestellt werden, die am 1. Januar 1991 Bürger der DDR waren, ihren ständigen Wohnort in der DDR hatten und eine ständige Einweisung zur Ausübung ärztlicher Tätigkeit besitzen.

(2) Für Ärzte, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes eine Niederlassungserlaubnis gemäß der Verordnung vom 15. Februar 1961 über die Niederlassung von Ärzten und Zahnärzten in einer Praxis besitzen, gilt die Zulassung nach

Leistung und ihren Verbänden; § 14 Absatz 2 gilt entsprechend.

(3) Leistungserbringer können öffentlich rechtliche, gemeinnützige oder private Anbieter von Rettungsdienst und Krankentransporten sein.

§ 16

Förderung der Aus-, Fort- und Weiterbildung

(1) Durch Landesrecht kann geregelt werden, daß Kassenzentralen und Gesundheitsleistungen gemäß § 12 Nr. 1 Aufgaben in der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Ärzten, Zahnärzten und sonstigen Fachkräften des Gesundheitswesens übernehmen.

(2) Soweit durch die Aufgaben nach Absatz 1 zusätzliche Sach- und Personalbedürfnisse entstehen, ist für Finanzierung im Einvernehmen mit den Ärzte- und Zahnärztkammern ein besonderer Verfahren nichtärztlicher Fachkräfte des Gesundheitswesens zu gewährleisten.

§ 17

Übergangsregelung

(1) Die bisherigen Gebührenregelungen und Rahmenverträge zwischen der Versicherung und den Leistungserbringern bleiben bis zum Abschluß neuer vertraglicher Regelungen gültig.

(2) Für die Finanzierung der kommunalen, staatlichen Gesundheitsleistungen einschließlich der Einrichtungen des

Das vorstehende, von der Volkskammer der Deutschen Demokratischen Republik am dreizehnten September neunzehnhundertneunzig beschlossene Gesetz wird hiermit verkündet. Berlin, den dreizehnten September neunzehnhundertneunzig

Die Präsidentin der Volkskammer der Deutschen Demokratischen Republik

Bergmann-Pohl

§ 18

zur Änderung und Ergänzung des Gesetzes über das Vermögen der Gemeinden, Städte und Landkreise vom 6. Juli 1990 (Kommunalvermögensgesetz - KVG) vom 12. September 1990

§ 1

§ 1 Absatz 1 des Gesetzes über das Vermögen der Gemeinden, Städte und Landkreise (Kommunalvermögensgesetz - KVG) vom 6. Juli 1990 (GBl. I Nr. 42 S. 460) erhält folgende Fassung:

Das vorstehende, von der Volkskammer der Deutschen Demokratischen Republik am dreizehnten September neunzehnhundertneunzig beschlossene Gesetz wird hiermit verkündet. Berlin, den dreizehnten September neunzehnhundertneunzig

Die Präsidentin der Volkskammer der Deutschen Demokratischen Republik

Bergmann-Pohl

§ 6 als erteilt. Begründete Ausnahmen zur Sicherung der medizinischen Versorgung sind zulässig.

(3) Für Äußerlinge, die am 1. Januar 1990 ihren ständigen Wohnort in der DDR hatten, gilt Absatz 1 entsprechend.

§ 19

Kassenzentraler Versorgung

Zusätze

(1) Die Bestimmungen des Absatzes 3 gelten für Zahnärzte und Kassenzentraler Vereinigungen entsprechend.

(2) Für die jahresmedizinischen Präventionsleistungen von Kassenzentralen und den englossenen Einrichtungen haben die Krankenkassen pauschaler Vergütungsformen außerhalb der Gesamtvergütung im Zusammenwirken mit den für die Zahngesundheitspflege in den Ländern zuständigen Stellen zu vereinbaren.

§ 20

Zahnärztliche Leistungen

Die Krankenversicherung vereinbart im Besonderen mit der Arbeitsgemeinschaft der Kassenzentralen Vereinigungen mit den Zahnärzten oder ihrem Verband ein einheitliches Verzeichnis der abzuleistenden zahnärztlichen Leistungen und deren Vergütung; die vereinbarten Vergütungen, die nicht Bestandteil der abrechnungsmäßig erbrachten Vergütungen sind, sind Höchstpreise; § 14 Absatz 2 gilt entsprechend.

§ 21

Vergütung mit Arzneimittel

Zur Lieferung der zu Lasten der Krankenversicherung verordneten Arzneimittel sind alle Apotheken berechtigt, die eine Erlaubnis der zuständigen Behörde nach § 11 der Verordnung über das Apothekenwesen vom 1. August 1960 haben.

§ 22

Nichtverordnungsärztliche Arzneimittel und rationeller Arzneimittelgebrauch

(1) Der Minister für Gesundheitswesen legt unter Berücksichtigung der medizinischen Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit Wirtschaftlichkeit und Kosten die Liste der Arzneimittel fest, die in der Kassenzentralen Versorgung verwendet werden dürfen. Die Kassenzentralen Vereinigungen und die Krankenkassen werden in die Entscheidungsfindung mit einbezogen.

(2) Die Ärztkammern und die Kassenzentralen Vereinigungen sollen über geeignete Informations- und Qualitätsbewertungsverfahren mit dazu beitragen, daß eine rationale Arzneimittel-Vergütung und ein rationeller Arzneimittel-Gebrauch sichergestellt wird.

§ 23

Festbeträge für Arzneimittel

(1) Der Minister für Gesundheitswesen legt für Arzneimittel, die zu Lasten der Krankenversicherung verwendet werden können, Festbeträge fest. Für Arzneimittel, für die ein Festbetrag festgesetzt ist, trägt die Krankenversicherung die Kosten bis zur Höhe dieses Betrags. Die mögliche Differenz zwischen Festbetrag und Apothekenabgabepreis ist vom Versicherten zu zahlen. Für alle Arzneimittel, für die keine Festbeträge festgesetzt sind, trägt die Krankenversicherung die Kosten in voller Höhe.

(2) Die Festbeträge sind so festzusetzen, daß sie eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung ohne Zusatzleistung der Versicherten gewährleisten.

(3) Festbeträge sind zunächst für Fertigarzneimittel mit chemisch identischen arzneilichen Inhaltsstoffen festzusetzen. Bei

Betriebsgesundheitswesens gilt für die Übergangszeit bis zum 31. Dezember 1990 die Richtlinie des Ministers für Gesundheitswesen zur Finanzierung der stationären ambulanten Einrichtungen des Gesundheitswesens vom 18. Juni 1990 (Verf. u. M. Mitt. des MfG Nr. 5 S. 27).

(2) Bis zur Einführung des gegliederten Systems der Krankenversicherung nimmt die Sozialversicherung der DDR die Aufgaben der Krankenversicherung wahr.

(3) Die Vergütung von medizinischen Leistungen, die in der Bundesrepublik Deutschland für Versicherte der DDR erbracht werden, erfolgt in der in der DDR zulässigen Höhe. Das gilt nicht, wenn

- 1. die Behandlung einer akuten Erkrankung unaufschiebbar ist und,
2. die Behandlung einer Krankheit in der DDR nicht möglich ist und die Leistungserbringung in der BRD durch die Krankenkasse vorher genehmigt wurde.

§ 24

Schuldbestimmungen

(1) Dieses Gesetz tritt mit seiner Verkündung in Kraft.

(2) Gleichzeitig treten außer Kraft: 1. Anordnung vom 15. Februar 1961 über die Niederlassung von Ärzten und Zahnärzten in eigener Praxis (GBl. II Nr. 18 S. 20), 2. Anordnung vom 6. Februar 1962 über die Niederlassung von Ärzten und Zahnärzten in ambulanten staatlichen Gesundheitseinrichtungen (GBl. II Nr. 17 S. 119).

Das vorstehende, von der Volkskammer der Deutschen Demokratischen Republik am dreizehnten September neunzehnhundertneunzig beschlossene Gesetz wird hiermit verkündet. Berlin, den dreizehnten September neunzehnhundertneunzig

Die Präsidentin der Volkskammer der Deutschen Demokratischen Republik

Bergmann-Pohl

§ 25

zur Änderung und Ergänzung des Gesetzes über das Vermögen der Gemeinden, Städte und Landkreise vom 6. Juli 1990 (Kommunalvermögensgesetz - KVG) vom 12. September 1990

§ 1

§ 1 Absatz 1 des Gesetzes über das Vermögen der Gemeinden, Städte und Landkreise (Kommunalvermögensgesetz - KVG) vom 6. Juli 1990 (GBl. I Nr. 42 S. 460) erhält folgende Fassung:

Das vorstehende, von der Volkskammer der Deutschen Demokratischen Republik am dreizehnten September neunzehnhundertneunzig beschlossene Gesetz wird hiermit verkündet. Berlin, den dreizehnten September neunzehnhundertneunzig

Die Präsidentin der Volkskammer der Deutschen Demokratischen Republik

Bergmann-Pohl

(1) Auf der Grundlage des Beschlusses der Gemeindevertretung der Städtevereinsversammlung oder des Kreisrates sind alle Ansprüche der Kommunen auf Übertragung volkseigenen Vermögens bis zum 2. Oktober 1990 durch die Bürgermeister, Oberbürgermeister bzw. Landräte gegenüber dem Präsidenten der Treuhandanstalt oder dem zuständigen Minister bei Betrieben und Einrichtungen gemäß § 11 Abs. 3 des Gesetzes zur Privatisierung und Reorganisation des volkseigenen Vermögens schriftlich geltend zu machen. Zur Antragstellung genügt eine Objektbeschreibung. Alle staatlichen Dienststellen sowie die Rechtsnachfolger der ehemaligen volkseigenen Betriebe sind gegenüber Städten und Gemeinden zur Klärung von Eigentumsfragen auskunftspflichtig.

Dieses Gesetz tritt am 13. September 1990 in Kraft.

Das vorstehende, von der Volkskammer der Deutschen Demokratischen Republik am dreizehnten September neunzehnhundertneunzig beschlossene Gesetz wird hiermit verkündet. Berlin, den dreizehnten September neunzehnhundertneunzig

Die Präsidentin der Volkskammer der Deutschen Demokratischen Republik

Bergmann-Pohl

12.3 Gekürzter Lebenslauf von Prof. Dr. med. dent. Dietmar Oesterreich

– Stand vom Januar 2021 –

geboren am 28. Mai 1956

Studium

1976 – 1981 Studium der Zahnheilkunde in Rostock

1981 Approbation

Beruflicher Werdegang

1981 – 1990 Tätigkeit in der Poliklinik für Stomatologie des Kreiskrankenhauses Malchin

1985 Fachzahnarzt für Allgemeine Stomatologie

1988 Promotion

02/1991 Niederlassung in eigener Praxis

09/2011 Ernennung zum Professor an der Universität Greifswald

Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern

seit 04/1990 Präsident der ZÄK MV

Bundeszahnärztekammer

seit 04/1990 Mitglied des Vorstandes

seit 11/2000 Vizepräsident der BZÄK

12.4 Gekürzter Lebenslauf von Prof. Dr. med. dent. Wolfgang Srekels

– Stand vom Januar 2021 –

geboren am 17. Juli 1944

Studium

1965 – 1970 Studium der Zahnmedizin an der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf

1970 Staatsexamen und Approbation

Beruflicher Werdegang

1971 Promotion zum Dr. med. dent.

1973 – 2012 Eigene Niederlassung in Gemeinschaftspraxis mit Ehefrau Dr. Veronika Srekels

seit 1973 standespolitisch tätig; u.a. 6 Jahre Vizepräsident des europäischen Zahnärzteverbandes (CED)

2004 Verleihung des Ehrentitels „Professor“ durch die Freie und Hansestadt Hamburg

Zahnärztekammer Hamburg

1987 – 2015 Präsident der ZÄK Hamburg

Bundeszahnärztekammer

1989 – 2008 Vizepräsident der BZÄK

13 Danksagung

14 Curriculum Vitae