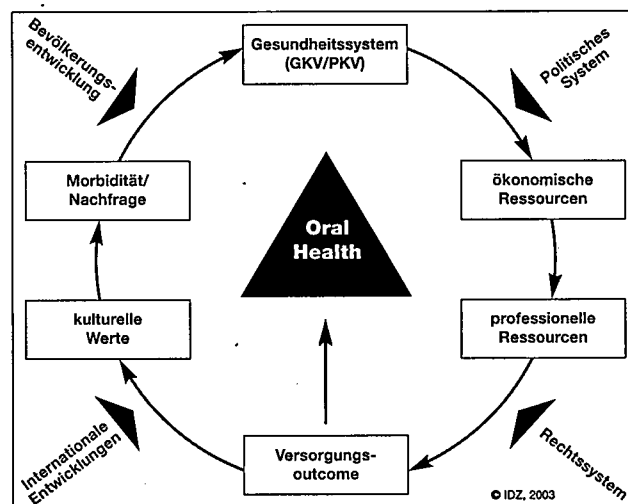


Burkhard Tiemann, David Klingenberg,  
Michael Weber

# System der zahnärztlichen Versorgung in Deutschland

## *The System of Dental Care in Germany*



INSTITUT  
DER DEUTSCHEN  
ZAHNÄRZTE



1

**System der zahnärztlichen  
Versorgung in Deutschland**

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

Materialienreihe  
Band 28





Burkhard Tiemann, David Klingenberger, Michael Weber

## **System der zahnärztlichen Versorgung in Deutschland**

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

**Herausgeber:**

**INSTITUT DER DEUTSCHEN ZAHNÄRZTE (IDZ)**

in Trägerschaft von

Bundeszahnärztekammer

– Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e.V. –

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung – Körperschaft des öffentl. Rechts –

50931 Köln, Universitätsstraße 73

Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV  
Köln 2003

**Autoren:**

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

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

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

**Übersetzung:**

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

**Redaktion:**

Dorothee Fink  
Institut der Deutschen Zahnärzte/Köln

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

ISBN 3-934280-63-3

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

Copyright © by Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV GmbH  
Köln 2003

# Inhaltsverzeichnis

---

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

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

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

---

<b>8</b>	<b>Abbildungsverzeichnis</b> .....	<b>140</b>
<b>9</b>	<b>Tabellenverzeichnis</b> .....	<b>141</b>

*The system of dental care in Germany*

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

## Geleitwort

---

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

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

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

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

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

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

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

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

Köln, im August 2003



# 1 Historische Entwicklungslinien\*

---

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

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

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

## 1.1 Der schwierige Professionalisierungsprozess der Zahnärzte

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

---

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

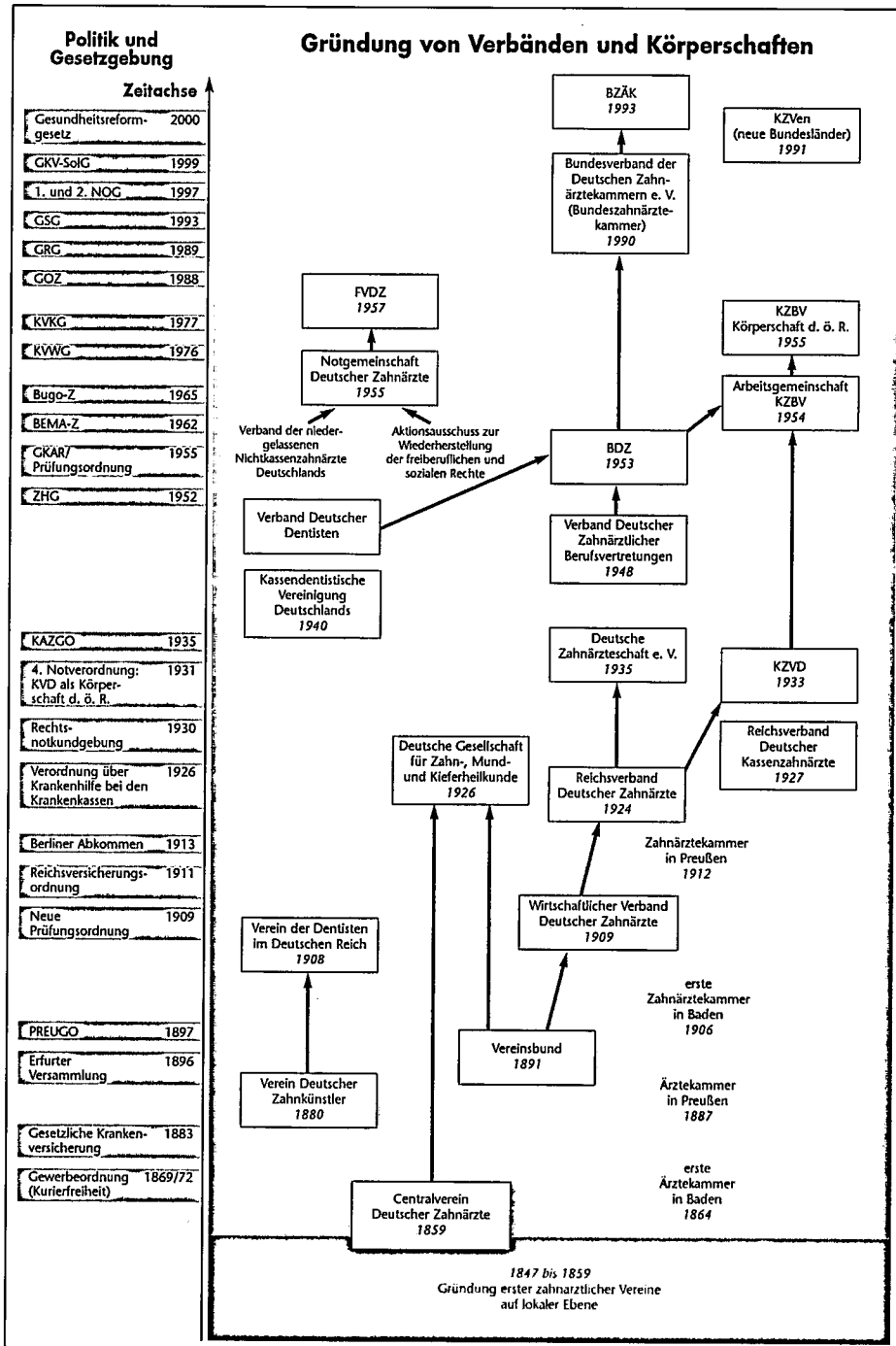


Abbildung 1: Gründungen von Vereinen und Körperschaften im historischen Rückblick

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

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

### 1.1.1 Die Loslösung vom ärztlichen „Einheitsstand“

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

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

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

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

### 1.1.2 Die Loslösung vom Gewerbe

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

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

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

### 1.1.3 Verbandsgründungen als organisatorisches Vehikel des Professionalisierungsprozesses

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

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

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

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

#### 1.1.4 Die Gründung von Zahnärztekammern

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

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

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

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

Als Fazit des schwierigen Professionalisierungsprozesses der Zahnärzteschaft ist Folgendes festzuhalten: Nicht zuletzt aus Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber der politisch arrivierten Berufsgruppe der Ärzte resultierte einerseits der dringende Wunsch der Zahnärzteschaft nach öffentlich-rechtlicher Anerkennung der zahnärztlichen Berufsausübung durch den Staat und der hierzu passenden zahnärztlichen Organisationsstrukturen als Körperschaften des öffentlichen Rechts. Andererseits hat sich in das kollektive Gedächtnis der Zahnärzteschaft eine Skepsis gegenüber der Steuerungskapazität staatlicher Institutionen festgesetzt. Diese Skepsis resultierte aus der Erfahrung einer

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

## **1.2 Die Gesetzliche Krankenversicherung und ihre Folgen für die Zahnärzteschaft**

### **1.2.1 Bismarcks Einfluss auf die Sozialgesetzgebung**

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

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



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

### **1.2.2 Die Arbeit des Wirtschaftlichen Verbandes Deutscher Zahnärzte**

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

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

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

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

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

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

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

### **1.2.3 Die Gründung kassenzahnärztlicher Körperschaften**

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

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

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

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

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

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

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

### 1.3 Zahnärzteschaft und Nationalsozialismus

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

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

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

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

und in einer Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen-Spitzenverbände zusammengeführt.

Die Ärzte- und Zahnärzteschaft bildeten in den dreißiger Jahren relativ privilegierte Berufsgruppen. Dies zeigte sich u.a. in der Bevorzugung der ärztlichen und zahnärztlichen Körperschaften gegenüber Krankenkassen. So wurde die Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands nach Auflösung des Reichsausschusses der Ärzte und Krankenkassen alleinige Trägerin der Beziehungen zwischen Kassenärzten und Krankenkassen. Auch der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Deutschlands wurde dieser Status zugebilligt. Diese Bevorzugung ist v.a. darauf zurückzuführen, dass die gesetzlichen Krankenkassen aus Sicht der Nationalsozialisten seit dem Kaiserreich als Pfründe der sozialdemokratischen Partei und der Gewerkschaften galten, die nicht nur die gewählten Vorstände, sondern vor allem auch die hauptamtlichen Kassenverwaltungen vielfach mit verdienten Mitgliedern besetzten.

Die NS-Zeit ist – wie Ekkhard Häussermann schreibt – aus Sicht der Zahnärzteschaft ein Kapitel der Verdrängung und damit wohl typisch für das Verhalten der überwiegenden Mehrheit der deutschen Bevölkerung vor und nach 1945. Ein Beispiel für diesen Verdrängungsprozess ist die ansonsten materialreiche Arbeit von Kurt Marezky und Robert Venter über die „Geschichte des Deutschen Zahnärzte-Standes“ aus dem Jahr 1974. Einer der Autoren, Robert Venter, immerhin einer der ersten Geschäftsführer der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung nach dem Zweiten Weltkrieg, war um 1933 eifriger Verfechter völkisch-nationalsozialistischer Ideen, die für den „berufsständischen Aufbau“ fruchtbar gemacht werden sollten. Es verwundert daher nicht, dass die entsprechenden Passagen in diesem Werk, die die Zeit von 1933 bis 1945 beleuchten sollen, mehr als indifferent ausfallen. Abschließend soll daher noch einmal Ekkhard Häussermann zu Wort kommen, der unter Bezug auf Marezky/Venter schreibt:

„Kein Wort über das Elend der Emigranten, die teils schon im gesetzten Alter und mit angeschlagener Gesundheit, wie etwa Kurt Proskauer und viele andere, vertrieben wurden und ohne Möglichkeit der Berufsausübung in der Fremde verkamen, kein Wort über die rhetorischen und publizistischen Exzesse, mit denen die damals für die Berufspolitik und Wissenschaft Verantwortlichen die autoritäre und menschenverachtende Ideologie des Regimes festigten. Kein Wort über den Standes-Egoismus, mit dem die ‚Arier‘ der Vertreibung der geächteten Minderheit unter dem Signum des gelben Sternes zusahen, ohne auch nur eine Hand zu rühren.“

## 1.4 Die Wiederaufbauphase nach 1945

### 1.4.1 Die Gründung von BDZ und KZBV

Mit dem Ende der nationalsozialistischen Herrschaft wurde die öffentlich-rechtliche Körperschaft der KZVD als „nazistische Organisation“ aufgelöst. Ihre Aufgabe, als Trägerin der Beziehungen zwischen den Zahnärzten und den Krankenkassen zu fungieren, übernahmen die früheren regionalen Abrechnungsstellen als provisorisch selbstständige Körperschaften. Landeseigene Vorschriften regelten zunächst die zahnärztliche Versorgung. Dennoch gab es auch auf Bundesebene organisatorische Aktivitäten der Zahnärzteschaft. Mit der Gründung des zentralen „Verbandes der Deutschen Zahnärztlichen Berufsvertretungen“ (VDZB) im Jahr 1948 sollte die wieder aktuell gewordene Zahnarzt-Dentisten-Frage einer Lösung zugeführt werden. Überdies wollte man zur Erhaltung der gegliederten Sozialversicherung beitragen und den Bestrebungen der Besatzungsmächte und des Alliierten Kontrollrates entgegenzutreten, die Sozialversicherung im Sinne einer Einheitsversicherung zu zentralisieren. In beiden Fällen hatte die neu organisierte Zahnärzteschaft berufspolitische Erfolge zu verzeichnen.

Bereits mit dem Zahnheilkundengesetz (ZHG) vom 31.3.1952 wurde die Zahnarzt-Dentisten-Frage endgültig gelöst und die Dentisten in den Zahnärztestand überführt. Im Jahr 1953 wurden der Verband Deutscher Dentisten und der VDZB zum Bundesverband der Deutschen Zahnärzte (BDZ) vereinigt. Mit der Gründung des BDZ als einheitliche Berufsvertretung der Zahnärzte und Dentisten wurde der Verschmelzung beider Berufsstände organisatorisch Rechnung getragen. Dem BDZ gehörten zunächst neben den sich in den Ländern neu konstituierenden Zahnärztekammern auch die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen der Länder an, die damals überwiegend noch keinen öffentlich-rechtlichen Status hatten. Die Umbenennung des BDZ in „Bundesverband der Deutschen Zahnärztekammern e.V. (Bundeszahnärztekammer)“ erfolgte 1990, nachdem die Bayerische Landes Zahnärztekammer und die Zahnärztekammer Niedersachsen aus dem BDZ ausschieden und sich zusammenschlossen mit der Zahnärztekammer Nordrhein zur Arbeitsgemeinschaft ARGE ZÄK. Zum 1.1.1993 wurde die Spaltung der Zahnärztekammern überwunden und eine Vereinigung aller Landes Zahnärztekammern erzielt. Der BDZ nennt sich seitdem Bundeszahnärztekammer e.V. (BZÄK) (vgl. Abschn. 2.1.2).

Auf der Grundlage des ZHG wurde darüber hinaus die Prüfungsordnung für Zahnärzte neu gestaltet und im Jahr 1955 erlassen. Mit der Ausweitung und Vertiefung des Studiums auf medizinisch-wissenschaftlichem und technischem Gebiet wurden die Mängel in der Berufsausbildung beider Stände beseitigt. „Die Prüfungsordnung“, so der damalig verantwortliche Fachbeamte im Bundesinnenministerium, „bildet den Schlussstein der gesamten Neuordnung auf dem Gebiet der Ausübung der Zahnheilkunde.“

In den frühen Jahren der Bundesrepublik Deutschland konnte sich der aus der Weimarer Republik herübergerettete Selbstverwaltungsgedanke neues politisches Gewicht verschaffen. Der Wiederaufbau der gegliederten, öffentlich-rechtlich organisierten Selbstverwaltung innerhalb der Sozialversicherung fand mit der Verabschiedung des bundeseinheitlichen Selbstverwaltungsgesetzes vom 22.2.1951 seinen vorläufigen Abschluss. Damit war auch klar, dass auch auf Seiten der Ärzte und Zahnärzte ein entsprechendes organisatorisches Gegengewicht geschaffen werden musste.

Auf Bundesebene kam es folgerichtig im Jahr 1954 zur Gründung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (vgl. Abschn. 2.1.4) in Köln, die anfangs in der Rechtsform eines nicht-eingetragenen Vereins als Arbeitsgemeinschaft der Länder-KZVen fungierte. Die Geschäftsführung wurde zunächst an den BDZ übertragen. Erst mit dem Gesetz über das Kassenarztrecht (GKAR) am 17.8.1955 wurde die KZBV in eine Körperschaft öffentlichen Rechts umgewandelt und übernahm so offiziell die Rechtsnachfolge der KZVD. In den Ländern wurden daraufhin auch die KZVen als Körperschaften öffentlichen Rechts eingerichtet. Die KZBV schied nach ihrer Rechtsumwandlung aus dem BDZ aus.

Die KZBV hatte in den ersten Jahren ihrer Existenz mit erheblichen Akzeptanzproblemen seitens ihrer Mitglieder zu kämpfen. Die Zahnärzteschaft zeigte sich politisch uneins, so etwa in Fragen der Zwangsmitgliedschaft in Körperschaften, der Beschränkung der Niederlassungsfreiheit und der Honorargestaltung. Die KZBV konnte jedoch in den folgenden Jahren ihre Funktion für die Ausgestaltung der vertragszahnärztlichen Versorgung in Deutschland ausbauen und festigen.

#### **1.4.2 Das Kassenarztrecht von 1955**

Erstmalig wurden mit dem Gesetz über das Kassenarztrecht (GKAR) im Jahr 1955 die Beziehungen zwischen den Ärzten/Zahnärzten und den Krankenkassen nach dem Krieg wieder auf ein einheitliches Fundament gestellt. Es beseitigte die mit dem Zusammenbruch des „Reiches“ entstandene Rechtszersplitterung und beendete die Rechtsunsicherheiten.

Aus Sicht der Zahnärzteschaft war Kern des Gesetzes die Übertragung der Sicherstellung der zahnärztlichen Versorgung auf die zahnärztlichen Körperschaften. Für manche Kritiker ging das GKAR in seiner Beschränkung liberaler Freiräume zu weit. Kritisiert wurden vor allem die Institutionalisierung der „freiheitsberaubenden Körperschaften“ mit Zwangsmitgliedschaft und das als Zwangsschlichtung abgelehnte Schiedswesen, die in ihrer Auswirkung als „kalte Sozialisierung der Ärztestandes“ empfunden wurden. Eine von der Zahnärzteschaft vehement artikulierte und schließlich auch realisierte Forderung war die Zulassung der Einzelleistungsvergütung – neben der Kopfpauschale – als schiedsamtfähiges Honorarsystem im Gesetz. Die von der Zahnärzteschaft



geforderte uneingeschränkte freie Zahnarztwahl wurde von den Krankenkassen und auch von der Mehrheit der Ärzteschaft bekämpft. Die KZBV konnte sich mit ihrer Forderung zunächst nicht durchsetzen. Im GKAR wurde eine Verhältniszahl festgelegt, die aber 1961 nach mehreren Verfassungsklagen durch das Bundesverfassungsgericht außer Kraft gesetzt wurde. Für die Zahnärzteschaft war dies ein großer berufspolitischer Erfolg.

### **1.4.3 Die freien Verbände und ihr Verhältnis zu den Körperschaften**

In der allgemeinen wirtschaftlichen Notlage der Nachkriegszeit und im Kampf um die Gestaltung des Kassenarztrechts schlossen sich – nach dem Vorbild des Hartmannbundes – nicht zur Kassenpraxis zugelassene Zahnärzte zum „Verband der niedergelassenen Nichtkassenzahnärzte Deutschlands“ zusammen. Wie auch der „Aktionsausschuss zur Wiederherstellung der freiberuflichen und sozialen Rechte der Zahnärzte des Bundesgebietes“ fungierte der freie Verband als Opposition zum BDZ und zur KZBV. Aus den nicht körperchaftlich ausgerichteten Organisationen entwickelte sich 1955 die „Notgemeinschaft Deutscher Zahnärzte“, deren Nachfolger seit 1957 der „Freie Verband Deutscher Zahnärzte (FVDZ)“ (vgl. Abschn. 2.1.6) ist.

Als kritischer Begleiter der KZBV diskutierten der Freie Verband und die KZBV berufs- und gesundheitspolitische Probleme z.T. auch mit persönlich zugespitzter Polemik. Erst im Laufe der sechziger Jahre entwickelte sich ein konstruktives Miteinander, in das auch der BDZ miteinbezogen wurde. Die sog. „Drei-Säulen-Theorie“ liefert gegenwärtig die Grundlage für eine enge Zusammenarbeit zwischen KZBV, BZÄK und FVDZ. Institutioneller Ausdruck hierfür ist der sog. „Gemeinsame Beratungsausschuss“, in dem die Koordination der berufspolitischen Interessen der drei Organisationen stattfindet.

### **1.4.4 Neue Gebührenordnungen für den vertrags- und privatärztlichen Bereich**

Die Honorarsituation zeichnete sich auch zwei Jahre nach Gründung der KZBV durch verschiedene nebeneinander bestehende Gebührenordnungen (PREUGO, KAZGO, Gebührentarif für Ersatz-Krankenkassen, zahnärztlicher Bundestarif etc.) und verschiedenartige Vergütungssysteme (Kopfpauschale, Fallpauschale und Einzelleistungsvergütung) aus. Die seit 1924 unveränderte PREUGO, die in keiner Weise mehr dem veränderten Geld- und Preisverhältnis als auch dem wissenschaftlichen Kenntnisstand der Zahnmedizin entsprach, sollte durch die Schaffung einer neuen bundeseinheitlichen Gebührenordnung, basierend auf dem aktuellen zahnmedizinischen Wissenschaftsstand und der schon seit Jahrzehnten erprobten Einzelleistungsvergütung, abgelöst werden. Bevor letztendlich die KAZGO durch den BEMA-Z 1962 für den vertragszahnärztlichen Bereich und die PREUGO durch die Bundesgebührenordnung für Zahnärzte (Bugu-Z) 1965 für den privatärztlichen Bereich abgelöst wurde,

sind nach vier Jahrzehnten in den Jahren 1953 und 1957 die Gebührensätze der PREUGO nur zweimal angehoben worden. Die Bugo-Z blieb mehr als 20 Jahre unverändert, bevor sie durch eine neue Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) 1988 abgelöst wurde.

### 1.5 Die Gesetzgebung seit Mitte der siebziger Jahre

Erste wesentliche Veränderungen des gesamten Gesundheitssystems brachten das Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz (KVWG) 1976 und das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz (KVKG) 1977, die zur Steuerung und Kontrolle der Ausgaben in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) (vgl. Abschn. 2.2.1.3) erlassen wurden. Diese Gesetze waren u.a. auch eine Reaktion auf die Steigerung des vertragszahnärztlichen Leistungsumfanges der siebziger Jahre (vgl. Kap. 4).

Mit dem KVWG wurde die Bedarfsplanung eingeführt, was u.a. mit dem höheren Anteil der Krankenhausärzte gegenüber den ambulant tätigen Ärzten und der daraus entstehenden Gefährdung des Sicherstellungsauftrages der KVen begründet wurde. Der Sicherstellungsauftrag ging auf einen mit Krankenkassen und (Zahn-)Ärzten paritätisch besetzten Ausschuss über. Die Tendenz, weitere Leistungsparameter der alleinigen Kontrolle der (Zahn-)Ärzeschaft zu entziehen, setzte sich im KVKG 1977 fort. Die Wirtschaftlichkeitsprüfung wurde einem ebenfalls paritätisch besetzten Prüfungs- und Beschwerdeausschuss, die Modernisierung der einheitlichen Bewertungsmaßstäbe einem paritätisch besetzten Bewertungsausschuss (vgl. Abschn. 2.3.3) übertragen.

Mit dem KVKG 1977 erhielten die Landesverbände der Krankenkassen eine verstärkte Verhandlungsposition. Zudem wurde die rechtliche Sonderstellung der Ersatzkassen abgeschwächt. Das Gesundheitsreformgesetz (GRG) von 1989 hob die mittlerweile weitgehend symbolische Trennung der RVO-Kassen und Ersatzkassen vollends auf und versah die Spitzenverbände der Krankenkassen mit Entscheidungsbefugnissen für neue Formen der Kooperation.

Schwerpunkt des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) von 1993 war neben weiteren Kostendämpfungsmaßnahmen und Reformen der Krankenkassenorganisation auch die Reform der Versorgungsstrukturen. Eine Neuregelung zur Überversorgung in der Bedarfsplanung verschärfte die Zulassungsregeln. Zulassungsbeschränkungen sollten eine Überversorgung im ambulanten Sektor vermeiden. Mit der Einführung der Budgetierung der vertrags(zahn-)ärztlichen Gesamtvergütung vollzog das GSG einen weiteren Schritt der Kostendämpfungspolitik. Teilweise ist statt der Budgetierung auch eine Absenkung des Honorars vorgenommen worden, so im Bereich Zahnersatz und Kieferorthopädie (vgl. Abschn. 4.2 und 4.3).

Das Krankenversicherungsbeitragsentlastungsgesetz 1996 und noch mehr das 1. und 2. GKV-Neuordnungsgesetz (NOG) 1997 bedeuteten eine Abwen-

derung von reiner Kostendämpfung, wie sie mit den bisherigen Gesetzen betrieben worden ist, hin zu einer Ausweitung privater Zuzahlungen. Mit der Regierungsübernahme durch eine rot-grüne Koalition kam es in der Gesundheitsreform 2000 zu einer weitgehenden Rücknahme der Privatisierungstendenzen in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Es wurde eine Politik der stärkeren staatlichen Steuerung des Gesundheitswesens und einer Schwächung der ärztlichen und zahnärztlichen Körperschaften eingeleitet.

## 1.6 Die Wiedervereinigung

Mit der Wiedervereinigung Deutschlands kamen neue schwierige Aufgaben auf die Gesetzliche Krankenversicherung zu. Das Versorgungsniveau des staatlichen Gesundheitswesens der DDR (Einheitsversicherung) lag unter dem der Bundesrepublik. Der Standard medizinischer Einrichtungen klappte weit auseinander. Bis auf wenige Ausnahmen waren ostdeutsche Zahnärzte in sogenannten Polikliniken beschäftigt.

Zum 1.1.1991 wurde das westdeutsche Sozialgesetzbuch mit Übergangsvorschriften auch in den neuen Bundesländern eingeführt. Unterstützt von den Partner-KZVen der alten Länder mussten für die fünf neuen Bundesländer zahnärztliche Selbstverwaltungskörperschaften buchstäblich über Nacht errichtet werden. Anfangs als Vereine tätig, wurde für jedes neue Bundesland 1991 eine KZV als Körperschaft öffentlichen Rechts gegründet, wobei Berlin-Ost der KZV Berlin angegliedert wurde. Ohne spürbare Brüche und Einbußen im Versorgungsniveau ist der Einigungsprozess in der Gesetzlichen Krankenversicherung vollzogen worden.

## 1.7 Zusammenfassung

In einem kurzen und gerafften Überblick werden die historischen Entwicklungslinien des zahnärztlichen Versorgungssystems und seiner zentralen Organisationen vom 19. Jahrhundert bis zur Gegenwart nachgezeichnet. Der Professionalisierungsprozess der Zahnärzteschaft wird als zweifache Emanzipation beschrieben: als Loslösung vom „ärztlichen Einheitsstand“ im Zuge des fortschreitenden medizinischen Differenzierungs- und Spezialisierungsprozesses und als Loslösung vom „Gewerbe“ im Sinne der Entwicklung der Zahnmedizin zu einem akademischen Beruf. Die Gründung zahnärztlicher Verbände und Körperschaften wird im historisch-politischen Kontext dargestellt, deren Verhältnis untereinander und gegenüber der staatlichen Gesundheitspolitik skizziert. Dabei wird das ambivalente Verhältnis der Zahnärzteschaft zur körperschaftlichen Einbindung ihrer Organisationen in die expandierenden Strukturen der Gesetzlichen Krankenversicherung herausgearbeitet.

## 1.8 Literaturverzeichnis

*Benz, C., Hundsdorfer, E.:* Zahnärzte zwischen 1933 und 1945: Zahnärztliche Mitteilungen 11/1996, S. 76–78

*Groß, D.:* Die schwierige Professionalisierung der deutschen Zahnärzteschaft (1867–1919). Frankfurt am Main 1994

*Häussermann, E.:* Zahnärzte zwischen 1933 und 1945. Zahnärztliche Mitteilungen 9/1996, S. 112–117; 10/1996, S. 78–83; 16/1996, S. 50–54; 17/1996, S. 80–84; 18/1996, S. 93–98; 20/1996, S. 89–97; 22/1996, S. 114–120; 6/1997, S. 86–93

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

*Maretzky, K., Venter, R.:* Geschichte des deutschen Zahnärzte-Standes. Köln 1974

*Tennstedt, F.:* Sozialgeschichte der Sozialversicherung. In: Blohmke, M., v. Ferber, C., Kisker, K. P., Schaefer, H. (Hrsg.): Handbuch der Sozialmedizin. Bd. 3, Stuttgart 1976, S. 385–492

*Türk, K., Lemke, T., Bruch, M.:* Organisation in der modernen Gesellschaft. Wiesbaden 2002

## **2 Institutionelle Darstellung**

---

Die Versorgung der Bevölkerung mit zahnärztlichen Leistungen ist zwar in erster Linie geprägt vom Verhältnis Patient – Zahnarzt; jedoch ist diese Beziehung eingebunden in ein hochkomplexes System von Leistungs- und Finanzierungsbeziehungen, das nicht am Reißbrett entworfen wurde, sondern in seiner ganzen institutionellen Vielfalt das Resultat historischer Entwicklungen und Erfahrungen darstellt. Eine problemorientierte Einführung in das System der zahnärztlichen Versorgung wird daher schon aus Verständnisgründen in weiten Teilen institutionell beschreibend sein müssen.

### **2.1 Zahnärztliche Berufsvertretungen und wissenschaftliche Einrichtungen**

Im Jahre 2001 gab es in Deutschland insgesamt 78.579 Zahnärzte, von denen 63.854 behandelnd tätig waren. An der vertragszahnärztlichen Versorgung nahmen 54.095 Zahnärzte teil. Zur Vertretung ihrer beruflichen Interessen bedienen sich die Zahnärzte einer Reihe von Körperschaften, in denen sie aufgrund gesetzlicher Vorgaben zwangsweise Mitglied sind, sowie weiterer Organisationen und Verbände mit freiwilliger Mitgliedschaft.

Im Folgenden werden die wichtigsten Organisationen vorgestellt.

#### **2.1.1 Zahnärztekammern**

Die Zahnärztekammern sind die gesetzliche Berufsvertretung der Zahnärzte und Zahnärztinnen. Alle Zahnärztinnen und Zahnärzte mit Approbation sowie alle staatlich anerkannten Dentisten, die ihren Beruf im Land ausüben oder hier ihren Wohnsitz haben, gehören der jeweiligen regionalen Zahnärztekammer als Pflichtmitglied an. Die insgesamt 17 Zahnärztekammern der Länder sind als Körperschaft des öffentlichen Rechts organisiert und nehmen die von der Aufsichtsbehörde übertragenen Aufgaben auf der Grundlage des Landesrechts wahr. Dem Staat obliegt die Rechtsaufsicht, nicht jedoch die Fachaufsicht.

Die Aufgaben der Zahnärztekammern ergeben sich aus den landesspezifischen Heilberufsgesetzen. Demnach haben die Zahnärztekammern

- für die Erhaltung eines hoch stehenden Berufsstandes zu sorgen und die Erfüllung der berufsrechtlichen und berufsethischen Pflichten der Kammerangehörigen zu überwachen sowie die notwendigen Maßnahmen zur Beseitigung berufsrechtswidriger Zustände zu treffen (Erlass einer Berufsordnung sowie Regelung und Durchführung der Berufsgerichtsbarkeit),
- die beruflichen Belange der Kammerangehörigen wahrzunehmen,
- die berufliche Weiter- und Fortbildung der Kammerangehörigen zu fördern, die Weiterbildung im Rahmen gesetzlicher Vorgaben zu regeln (Weiterbildungsordnung) und Zusatzqualifikationen zu bescheinigen,
- die Berufsausbildung und berufliche Fortbildung der zahnärztlichen Helferberufe, vor allem der Zahnärzthelferinnen und Zahnmedizinischen Fachhelferinnen, zu fördern,
- für ein gedeihliches Verhältnis der Kammerangehörigen untereinander zu sorgen („Schaffung und Erhaltung eines einheitlichen Berufsstandes“) und Streitigkeiten zwischen Kammerangehörigen sowie zwischen ihnen und Dritten, die aus der Berufsausübung entstanden sind, zu schlichten. In diesem Zusammenhang haben die Zahnärztekammern Stellen zur Begutachtung von Behandlungsfehlern zu errichten,
- die Qualitätssicherung im Gesundheitswesen zu fördern – insbesondere Zertifizierungen vorzunehmen – und mit den Beteiligten abzustimmen,
- auf Verlangen der Aufsichtsbehörden Stellungnahmen abzugeben sowie auf Verlangen der zuständigen Behörden Fachgutachten zu erstatten und Sachverständige zu benennen,
- einen zahnärztlichen Notfalldienst in den sprechstundenfreien Zeiten sicherzustellen und bekannt zu machen sowie eine Notfalldienstordnung zu erlassen,
- bei der Förderung und dem Schutz der Gesundheit der Bevölkerung mitzuwirken und in diesem Zusammenhang die gesundheitlichen Verhältnisse im Land zu beobachten und zu bewerten,
- Fürsorgeeinrichtungen und mit Genehmigung der Aufsichtsbehörden Versorgungseinrichtungen aufgrund einer besonderen Satzung für die Kammerangehörigen und ihre Familienmitglieder zu schaffen (berufsständisches Versorgungswerk).

Organe der Zahnärztekammern sind die Delegiertenversammlung und der Vorstand. Die Delegiertenversammlung beschließt über rechtliche Vorschriften wie Satzungen und Ordnungen und wählt und kontrolliert als „Legislative“ den Vorstand. Der Vorstand als „Exekutive“ nimmt die ständigen Aufgaben der Landes Zahnärztekammer wahr und bereitet die Beschlüsse vor. Gemäß Heilberufes-Kammergesetz hat die Landes Zahnärztekammer zudem ein „Landesberufsgericht“ und für jeden Regierungsbezirk ein „Bezirksberufsgericht“ für Zahnärzte zu bilden. Alle gewählten Mandatsträger sind praktizierende Zahnärztinnen und Zahnärzte, die ihr Wahlamt ehrenamtlich zusätzlich zu ihrer Praxistätigkeit wahrnehmen.

### 2.1.2 Bundeszahnärztekammer (BZÄK)

Die Bundeszahnärztekammer – Arbeitsgemeinschaft der deutschen Zahnärztekammern e.V. ist die Berufsvertretung aller deutschen Zahnärzte auf Bundesebene. Die Bundeszahnärztekammer ist privatrechtlich als eingetragener Verein (e.V.) konzipiert; dementsprechend ist die Mitgliedschaft freiwillig. Mitglieder der Bundeszahnärztekammer sind nicht einzelne Zahnärzte, sondern die Landes Zahnärztekammern (vgl. Abschn. 2.1.1), die Delegierte in die Bundesversammlung, das höchste Entscheidungsgremium der Bundeszahnärztekammer, entsenden. Die Präsidenten der Landes Zahnärztekammern bilden gemeinsam mit dem Präsidenten und den beiden Vizepräsidenten der Bundeszahnärztekammer deren Vorstand.

Die Bundeszahnärztekammer fungiert also gewissermaßen als Dachverband der Zahnärztekammern; sie versteht sich als Dienstleister für den zahnärztlichen Berufsstand und vertritt dessen gesundheits- und standespolitische Interessen. Die BZÄK sieht es als ihre vordringliche Aufgabe, die Bedingungen für eine wissenschaftliche, präventionsorientierte Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde unter Berücksichtigung der gesellschaftlichen Voraussetzungen politisch mitzugestalten. Im Einzelnen gehören zu den Aufgabengebieten der Bundeszahnärztekammer:

- Die Vertretung des zahnärztlichen Berufsstandes gegenüber Politik, Medien und breiter Öffentlichkeit auf Bundesebene,
- das Hinwirken auf die Schaffung von Rahmenbedingungen zur Erbringung und Anerkennung zahnmedizinischer Leistungen, die sich an den Grundsätzen der Freiberuflichkeit und einer weitgehenden Autonomie des Patienten orientieren,
- die Koordinierung und Durchführung länderübergreifender Aufgaben der Verbandsmitglieder,
- die Koordinierung und Weiterentwicklung der zahnärztlichen Aus-, Fort- und Weiterbildung in Zusammenarbeit mit zahnärztlich-wissenschaftlichen Organisationen,
- die Förderung der öffentlichen Gesundheitspflege,
- die Vertretung der Interessen der Zahnärzteschaft auf europäischer und internationaler Ebene.

Auf fachlicher Ebene greift die BZÄK dabei auf die Erkenntnisse des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ) und der ihm angeschlossenen Zahnärztlichen Zentralstelle für Qualitätssicherung (zzq) zurück (vgl. Abschn. 2.1.5) und arbeitet eng mit der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) zusammen (vgl. Abschn. 2.1.7). Für politische Kompetenz sorgt das 1991 einberufene wissenschaftliche Consilium der BZÄK, dem führende Experten aus den Bereichen Zahnmedizin, Sozialwissenschaften, Arbeits-, Verwaltungs- und Europarecht sowie der Volkswirtschaftslehre angehören.

Oberstes Beschlussorgan der Bundeszahnärztekammer ist die Bundesversammlung. Sie besteht zur Zeit aus 134 Delegierten, die von den 17 Landes Zahnärztekammern entsendet werden. Die Anzahl der Delegierten je Bundesland bestimmt sich nach der Mitgliederstärke der einzelnen Landes Zahnärztekammer. Jede Landes Zahnärztekammer entsendet für je 600 Zahnärzte in ihrem Zuständigkeitsbereich einen Delegierten und für die Restzahl, sofern diese mehr als 300 beträgt, einen weiteren Delegierten in die Bundesversammlung. Die Mindestzahl der Delegierten pro Kammer beträgt zwei.

Die Bundesversammlung wählt für vier Jahre den Präsidenten und die zwei Vizepräsidenten. Sie beschließt den Haushalt und legt die Leitlinien der Berufs- und Standespolitik der Bundeszahnärztekammer fest. Aufgaben und Befugnisse der Bundesversammlung sind u.a.:

- Die Wahl und Abberufung des Präsidenten und der beiden Vizepräsidenten,
- die Entgegennahme der Rechenschaftsberichte sowie die Entlastung des Vorstandes,
- die Genehmigung des Verwaltungshaushaltes und der ordentlichen Mitgliedsbeiträge zur Finanzierung des Verwaltungshaushaltes,
- die Beschlussfassung über Anträge,
- die Festlegung vorrangiger Ziele und Aufgaben der Bundeszahnärztekammer,
- die Genehmigung von Änderungen der Verbandssatzung, für die eine Zweidrittelmehrheit aller entsendeten Delegierten erforderlich ist.

Der ehrenamtlich tätige Geschäftsführende Vorstand besteht aus dem Präsidenten und den beiden Vizepräsidenten der Bundeszahnärztekammer. Im Rahmen der Beschlüsse des Vorstandes und der Bundesversammlung obliegt dem Geschäftsführenden Vorstand die gesundheits- und standespolitische Vertretung der Bundeszahnärztekammer nach innen und außen, die Erledigung der laufenden Geschäfte sowie die Leitung der Verwaltung.

### **2.1.3 Kassenzahnärztliche Vereinigungen (KZVen)**

Die derzeit 22 Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen) sind die Selbstverwaltungsorgane aller Vertrags Zahnärzte in den einzelnen Bundesländern. Sie sind Körperschaften des öffentlichen Rechts und vertreten die Interessen der Vertrags Zahnärzte gegenüber Aufsichtsbehörde und gesetzlichen Krankenkassen.

Das Kernstück des Aufgabenkatalogs der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen bildet der Sicherstellungsauftrag, der besagt, dass die KZVen dafür Sorge tragen, dass in der jeweiligen Region unter der Wahrung des Grundsatzes der freiberuflichen Tätigkeit Zahnärzte in ausreichender Zahl zur Verfügung stehen. Die KZVen planen, welchen Bedarf die jeweilige Region an Vertrags Zahnärzten hat und beobachten die Entwicklung. In diesem Zusam-



menhang obliegt den KZVen die Zulassung der Zahnärzte zur vertragszahnärztlichen Versorgung.

Die zuständige KZV prüft und sichert zudem die Qualität der zahnärztlichen Versorgung und erfüllt damit die ihr vom Gesetzgeber übertragene Aufgabe der Sicherstellung im Sinne einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen vertragszahnärztlichen Versorgung. Hierzu zählt u.a. auch die Organisation und Sicherstellung des Notfalldienstes.

Die KZVen handeln die Verträge mit den gesetzlichen Krankenkassenverbänden aus (z.B. Gesamtverträge, Vergütungsvereinbarungen, Prüfvereinbarungen). Diese Verträge sind die Basis für die zahnmedizinische Versorgung von Patienten, die Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse sind. Die KZVen sind nicht zuständig für Privatzahnärzte, Privatbehandlungen und privat erbrachte Leistungen. Dies fällt in den Kompetenzbereich der jeweiligen Zahnärztekammer (vgl. Abschn. 2.1.1). Die vertragszahnärztlichen Leistungen, die ein Zahnarzt erbringt, werden mit den KZVen nach einem festgelegten Honorarverteilungsmaßstab (HVM) abgerechnet. Die zuständige KZV prüft diese Abrechnungen und rechnet wiederum mit den Krankenkassen ab. Der aktuelle zahnmedizinische Standard wird durch die Vereinbarungen mit den gesetzlichen Krankenkassen definiert, z.B. durch den „Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA-Z)“ und die „Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung“ (vgl. Abschn. 2.3.1).

Darüber hinaus haben die KZVen beratende Funktionen. Sie beraten den Zahnarzt in allen Fragen der vertragszahnärztlichen Tätigkeit. Das Spektrum reicht von Abrechnungs- über Niederlassungs- bis hin zu Wirtschaftlichkeitsfragen. Für Patienten gibt es eine telefonische Beratungsstelle. Die KZVen fungieren zudem als Schlichtungsstelle zwischen Patienten, Zahnärzten und Krankenkassen.

Zu den allgemeinpolitischen Aufgaben der KZVen zählen die Vertretung der vertragszahnärztlichen Anliegen in der Öffentlichkeit, die Mitarbeit bei der Weiterentwicklung des Systems der sozialen Sicherung und der vertragszahnärztlichen Versorgung sowie die Sicherung der wirtschaftlichen Existenz der Vertragszahnärzte.

Die Selbstverwaltung der Zahnärzte gliedert sich nach § 79 SGB V in die Organe Vertreterversammlung und Vorstand. Das oberste Organ der KZVen ist die von den Mitgliedern für jeweils vier Jahre gewählte Vertreterversammlung, aus welcher wiederum der Vorstand gewählt wird. Die Vertreterversammlung als die „Legislative“ beschließt u.a. die Satzung und den Honorarverteilungsmaßstab, bestimmt über die Anlage und Verwendung des Vermögens sowie über die Entlastung von Vorstand und Geschäftsführung. Zudem hat die

Vertreterversammlung den Haushaltsplan und den Stellenplan festzustellen sowie die Mitgliedsbeiträge festzusetzen.

Dem Vorstand obliegen alle Aufgaben, die nicht ausdrücklich der Vertreterversammlung vorbehalten sind. Dazu zählt insbesondere die rechtliche Vertretung der KZV im Außenverhältnis.

#### **2.1.4 Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)**

Die Aufgaben der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) wie auch deren Mitgliedsorganisationen, die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen der Länder (vgl. Abschn. 2.1.3), resultieren aus den gesetzlichen Aufträgen im Vierten Kapitel des Sozialgesetzbuches V (SGB V).

Die KZBV ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts und untersteht der Rechtsaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS). Sie vertritt die Interessen der Vertragszahnärzte Deutschlands. Die wichtigste Aufgabe der KZBV wie auch der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen der Länder ist die Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung. D.h., in verbindlichen Verträgen mit den gesetzlichen Krankenkassen werden die Rechte und Pflichten der Vertragszahnärzte festgelegt, aufgrund derer die zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz und kieferorthopädischer Maßnahmen der gesetzlich Versicherten und ihrer Angehörigen durchzuführen ist.

Im Einzelnen gehört zum Aufgabengebiet der KZBV:

- Die Wahrung der Rechte der Zahnärzte gegenüber den Krankenkassen,
- die Wahrung der Interessen gegenüber der Aufsichtsbehörde und dem Gesetzgeber,
- die Sicherstellung (Gewährleistung) der vertragszahnärztlichen Versorgung entsprechend den gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen,
- die Sicherung angemessener Vergütungen für die Vertragszahnärzte,
- die Vereinbarung von Bundesmantelverträgen,
- die Regelung der länderübergreifenden Durchführung der zahnärztlichen Versorgung und des Zahlungsausgleiches zwischen den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen der Länder,
- das Aufstellen von Richtlinien zur Betriebs-, Wirtschafts- und Rechnungsführung der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen,
- die Führung des Bundeszahnarztregisters,
- die Bestellung der Vertreter der Vertragszahnärzte im Bundesschiedsamt und im Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen (vgl. Abschn. 2.3.1 und Abschn. 2.3.2).

Oberstes Selbstverwaltungsorgan der KZBV ist die Vertreterversammlung. Jede Kassenzahnärztliche Vereinigung entsendet pro 500 ihrer ordentlichen

Mitglieder einen Delegierten in die Vertreterversammlung. Die Vertreterversammlung mit ihren zur Zeit rund 120 Delegierten entscheidet u.a. über die Aufstellung und Änderung der Satzung, wählt und kontrolliert den Vorstand, setzt die Mitgliederbeiträge fest und wählt die zahnärztlichen Vertreter im Bundesschiedsamt für die vertragszahnärztliche Versorgung sowie im Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen.

Der Vorstand der KZBV setzt sich aus elf niedergelassenen Zahnärzten zusammen. Er ist ehrenamtlich tätig. Die Mitglieder des Vorstandes werden von der Vertreterversammlung für vier Jahre gewählt. Aus den Mitgliedern des Vorstandes wählt die Vertreterversammlung für vier Jahre den Vorsitzenden und den Stellvertretenden Vorsitzenden, eine Wiederwahl ist jeweils möglich. Der Vorstand nimmt die Aufgaben der KZBV wahr, soweit sie nicht der Vertreterversammlung obliegen.

### **2.1.5 Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ)**

Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Grundfragen der ärztlichen bzw. zahnärztlichen Versorgung ist aus der heutigen gesundheits- und sozialpolitischen Landschaft nicht mehr wegzudenken. Deshalb hat die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) zusammen mit der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) eine gemeinsame Forschungseinrichtung auf dem Feld der wissenschaftlichen Politikberatung aufgebaut, das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ). Als Vorläufer des IDZ ist das im Jahr 1980 gegründete Forschungsinstitut für die zahnärztliche Versorgung (FZV) zu betrachten. Das IDZ erfüllt die Funktion, für die Berufspolitik der deutschen Zahnärzte praxisrelevante Forschung und wissenschaftliche Beratung im Rahmen der Aufgabengebiete von BZÄK und KZBV (vgl. Abschn. 2.1.2 und Abschn. 2.1.4) zu betreiben. Zu den Forschungsaktivitäten des IDZ zählen u.a.

- Studien im Bereich der Oral-Epidemiologie (Entwicklung der Mundgesundheit der Bevölkerung),
- arbeitswissenschaftlich-ergonomische und arbeitssoziologische Untersuchungen zur zahnärztlichen Berufsausübung,
- die Initiierung von Forschungsvorhaben zu sozialmedizinischen und präventivmedizinischen Problemstellungen in der Zahnmedizin,
- Analysen und Projektionen zur Inanspruchnahme des zahnärztlichen Versorgungssystems,
- betriebswirtschaftliche und gesundheitsökonomische Untersuchungen,
- Forschungen auf dem Gebiet der Qualitätssicherung,
- internationale Systemvergleiche (Benchmarking),
- Forschungsförderung auf dem Gebiet zahnärztlicher Materialien und Werkstoffe, insbesondere unter den Aspekten Materialsicherheit und Kosten,
- Dienstleistungsaufgaben und Beratung für den niedergelassenen Zahnarzt,
- die Veranstaltung von Symposien und Konferenzen.

Die Ergebnisse der Forschungsarbeit und der sonstigen wissenschaftlichen Aktivitäten des Instituts werden in den Publikationsreihen des Instituts der Deutschen Zahnärzte – Materialienreihe, Broschürenreihe, Sonderbände – veröffentlicht. Ferner gibt das Institut einen kostenlosen Informationsdienst „IDZ-Information“ heraus, der in unregelmäßigen Abständen erscheint und in knapper Form über weitere aktuelle Forschungsthemen berichtet. Die vom IDZ beispielsweise realisierte Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS III), eine Erhebung zum Mundgesundheitszustand der deutschen Bevölkerung auf Grundlage bevölkerungsrepräsentativer Stichproben, wird – wie viele andere Forschungsergebnisse des IDZ auch – breit rezipiert und hat Eingang in die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE) gefunden.

Innerhalb des IDZ wird seit dem Jahre 2000 auch die „Zahnärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung (zzq)“ als selbstständige Stabsstelle geführt. Zentrale Aufgabe der zzq ist die Dokumentation der wissenschaftlich-fachlichen Grundlagen der Qualitätssicherung und der Qualitätssicherungsmaßnahmen bezogen auf nationale wie internationale Entwicklungen und Aktivitäten. Ein weiterer Arbeitsschwerpunkt der zzq ist die Bestandsaufnahme, Dokumentation und Koordination im Bereich der zahnärztlichen Fortbildung als wichtige Maßnahme einer voraussetzungsorientierten Qualitätssicherung.

### **2.1.6 Freiwillig organisierte Berufsverbände (FVDZ u.a.)**

Neben den Körperschaftlich organisierten Berufsvertretungen haben sich auf freiwilliger Basis zahnärztliche Verbände etabliert. Die freiwillig organisierten Berufsverbände verfügen im politischen Raum über mehr Handlungsmöglichkeiten, weil sie nicht im Auftrag des Staates handeln und nicht die Interessen des gesamten Berufsstandes vertreten müssen.

Eine Sonderrolle als führende berufspolitische Kraft der deutschen Zahnärzteschaft beansprucht mit ca. 23.000 Mitgliedern der Freie Verband der Deutschen Zahnärzte (FVDZ), der in Landesverbänden, Bezirks- und Kreisgruppen organisiert ist. Ziel des FVDZ ist laut Grundsatzprogramm „die Sicherstellung der freien Ausübung des zahnärztlichen Berufes zum Wohle des Patienten“. Zu den zentralen politischen Forderungen des FVDZ zählen u.a. die Garantie zahnärztlicher Therapiefreiheit, Offenheit moderner zahnärztlicher Methoden für alle Patienten, Förderung der Prophylaxe, mehr Eigenverantwortung für Patienten und Zahnärzte sowie eine solide Finanzierung der Zahnheilkunde auf der Basis von Kostenerstattung mit befundorientierten Festzuschüssen (Konzept der Vertrags- und Wahlleistungen).

Neben dem FVDZ sind als weitere wichtige Organisationen u.a. zu nennen:

- Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ),
- VDZM – Vereinigung Demokratische Zahnmedizin e.V.,
- Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden (BDK) e.V.,

- Berufsverband Deutscher Oralchirurgen,
- Bundesverband der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.,
- Bundesverband der naturheilkundlich tätigen Zahnärzte in Deutschland e.V.

### 2.1.7 Wissenschaftliche Gesellschaften (DGZMK u. a.)

Aufgabe der wissenschaftlichen Gesellschaften ist es, die wissenschaftlichen Grundlagen der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde weiterzuentwickeln, Forschungsergebnisse zu verbreiten sowie Anstöße für die Umsetzung der Ergebnisse zu vermitteln. Wichtigstes Organ ist die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK), die 1859 als „Centralverein Deutscher Zahnärzte“ gegründet wurde. Ihr gehören heute über 10.000 Zahnärzte aller Fachrichtungen an. Innerhalb der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde ist die DGZMK für den Bereich der Wissenschaft zuständig und vertritt diese in allen ihren Aspekten nach innen und außen als Grundlage für die praktische Berufsausübung. Ihre satzungsmäßigen Aufgaben umfassen die Förderung der Forschung, die Vertretung und Verbreitung deutscher Forschungsergebnisse im In- und Ausland, die Vermittlung wertvoller ausländischer Forschungsergebnisse, die Förderung der zahnärztlichen Fortbildung und die Zusammenarbeit mit wissenschaftlichen Vereinigungen, Arbeitsgemeinschaften und Gesellschaften des In- und Auslandes.

Angesichts der heutigen Spezialisierung der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde versteht sich die DGZMK als integrierende Dachorganisation zahlreicher Fachgesellschaften, die – wie etwa die Deutsche Gesellschaft für Zahnerhaltung, die Deutsche Gesellschaft für Parodontologie, die Deutsche Gesellschaft für Kieferorthopädie oder die Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde – jeweils eng mit der DGZMK kooperieren. In Kooperation und Koordination mit den Fachgesellschaften werden von der DGZMK zusammenfassende Stellungnahmen zu wichtigen Themen der zahnärztlichen Berufsausübung erarbeitet. Darüber hinaus verfasst und verabschiedet die DGZMK in Abstimmung mit der Berufspolitik Leitlinien für die Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Innerhalb der DGZMK existiert eine Vielzahl an gebietsbezogenen Arbeitskreisen, Arbeitsgemeinschaften und Fachgesellschaften, die im Laufe der Zeit aus der DGZMK hervorgegangen sind und ihr angegliedert wurden. Als Fortbildungsinstitution der DGZMK wurde im Jahre 1974 die Akademie Praxis und Wissenschaft (APW) gegründet, im Jahre 1999 wurde zudem die International Online Academy of Dentistry and Oral Medicine (IOA) ins Leben gerufen. Die DGZMK veranstaltet jährlich einen Kongress, der sich mit spezifischen Gebieten der Zahnheilkunde befasst. Die DGZMK unterhält eigene wissenschaftliche Publikationsorgane, so u. a. die Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift, die Zeitschrift für Zahnärztliche Implantologie und die Oralprophylaxe, alles renommierte Zeitschriften von hohem wissenschaftlichem Rang, die sich auch an den in der Praxis tätigen Zahnarzt wenden.

Als weitere Fachgesellschaft wäre noch mit über 1.100 Mitgliedern die Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DGMKG) zu nennen, die als Gesamtverband aller Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie in Deutschland fungiert.

## 2.2 Träger der Krankenversicherung

Der medizinisch-technische Fortschritt hat eine Vielzahl neuer Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten eröffnet, damit jedoch zugleich das potentielle Kostenrisiko im Krankheitsfall deutlich erhöht, weshalb das Sicherungsbedürfnis der Menschen im Zeitablauf entsprechend zugenommen hat. In der Bundesrepublik Deutschland sind 99,8 Prozent der Bevölkerung entweder in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), in der Privaten Krankenversicherung (PKV) oder aber in einem Sonderversorgungssystem (freie Heilfürsorge, Beihilfe) krankenversichert (vgl. Tabelle 1).

<b>Tabelle 1: Struktur des Krankenversicherungsschutzes in der Bundesrepublik Deutschland (Ergebnisse des Mikrozensus, April 1999)</b>				
Krankenversicherte Personen in Prozent der Wohnbevölkerung				
GKV-Versicherte	Darunter GKV-Versicherte mit privater Zusatzversicherung	In der PKV vollversicherte Personen	Personen mit sonstigem Krankenversicherungsschutz	Nicht krankenversicherte Personen
88,5	9,2	8,9	2,4	0,2
Quellen: BMG, Statistisches Taschenbuch Gesundheit 2000, Bonn, Tab. 10.2; Verband der privaten Krankenversicherung e.V., Zahlenbericht 2001/2002, S. 16				

Ein zunehmender Anteil an der Bevölkerung schließt zudem ergänzende private Zusatzversicherungen ab. Generell kann davon ausgegangen werden, dass die Wertschätzung von Gesundheitsgütern mit steigendem gesellschaftlichem Wohlstand zunimmt (These der Superiorität von Gesundheitsgütern).

Im Folgenden werden die verschiedenen Formen der finanziellen Absicherung im Krankheitsfall ausführlicher beschrieben.

### 2.2.1 Gesetzliche Krankenversicherung

Träger der Gesetzlichen Krankenversicherung sind die Krankenkassen, die finanziell und organisatorisch selbstständig sind, dabei jedoch staatlicher Aufsicht unterliegen. Historisch bedingt gliedert sich die Gesetzliche Krankenver-

sicherung in regionale, betriebliche und berufsbezogene Krankenkassenarten. Die Anzahl der Krankenkassen ist in den letzten Jahrzehnten aufgrund von Fusionen beständig gesunken und lag zum Jahresbeginn 2002 bei 355 (vgl. Tabelle 2). Bei der Einführung der Reichsversicherungsordnung im Jahre 1911 existierten noch etwa 22.000 Krankenkassen.

<b>Tabelle 2: Zahl der gesetzlichen Krankenkassen und Anteil der GKV-Versicherten nach Kassenarten (Stand: 1.1.2002)</b>		
Kassenart	Anzahl der Kassen	Anteil der GKV-Versicherten (in Prozent)
<b>Gesamt</b>	355	100,0
davon: Ortskrankenkassen	17	36,8
Betriebskrankenkassen	287	17,9
Innungskrankenkassen	24	6,3
Landwirtschaftl. Krankenkassen	13	1,4
See-Krankenkasse	1	0,1
Bundesknappschaft	1	1,9
Ersatzkassen für Arbeiter	5	2,0
Ersatzkassen für Angestellte	7	33,5

Quelle: BMG, Statistisches Taschenbuch Gesundheit 2002, Bonn, Tab. 9.4

### 2.2.1.1 Versicherte

Seit dem 1.1.1997 können alle Versicherten die Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenkasse frei wählen. Das Wahlrecht erstreckt sich allerdings nur auf die Wahlkassen ohne gesetzlich zugewiesenen Mitgliederkreis (Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen sowie Ersatzkassen). Die Krankenkassen dürfen den Aufnahmeantrag nicht ablehnen, d.h. es besteht Kontrahierungszwang.

Von der Wahlfreiheit ausgenommen sind lediglich die sog. „Zuweisungskassen“ mit gesetzlich definiertem Mitgliederkreis (See-Krankenkasse, Landwirtschaftliche Krankenkassen, Bundesknappschaft). Derzeit sind etwa 88,5 Prozent der Bevölkerung in der Gesetzlichen Krankenversicherung versichert, die insofern in quantitativer Hinsicht als „Volksversicherung“ angesehen werden kann.

Bei der Bestimmung der in der Gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personengruppen können die folgenden Gruppen unterschieden werden:

- Die Gruppe der Pflichtversicherten, die kraft Gesetzes der GKV angehören (Arbeiter und Angestellte mit einem Einkommen unter der Versicherungspflichtgrenze (2003: 3.825,- Euro bzw. 3.450,- Euro für sog. „Bestandsfälle“), Arbeitslose, Empfänger laufender Hilfe zum Lebensunterhalt, Landwirte, Künstler und Publizisten, Behinderte, Studenten u. a.);
- die Gruppe der freiwillig Versicherten, die in der GKV versicherungsberechtigt, aber nicht (mehr) versicherungspflichtig sind (Arbeiter und Angestellte mit einem Einkommen über der Versicherungspflichtgrenze, Beamte, Selbstständige, geringfügig Beschäftigte u. a.);
- die Gruppe der als Familienangehörige in der GKV unentgeltlich Mitversicherten (Kinder, Ehegatten bis zur sog. „Geringfügigkeitsgrenze“ von derzeit 400,- Euro).

Den größten Freiheitsgrad bei der Kassenwahl weist die Gruppe der freiwillig Versicherten auf, da diese nicht nur – wie die Pflichtversicherten – frei zwischen den gesetzlichen Krankenkassen wählen können, sondern auch in die Private Krankenversicherung wechseln können (vgl. Abschn. 2.2.2). Dies gilt insbesondere für Arbeiter und Angestellte mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze. Die Wahlmöglichkeiten der Mitversicherten richten sich gemäß § 173 Abs. 6 SGB V nach dem Status und den daraus abgeleiteten Wahlrechten des Mitgliedes.

### 2.2.1.2 Aufgaben der Krankenkassen

Die Gesetzliche Krankenversicherung hat als Solidargemeinschaft gemäß § 1 SGB V die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich und daher gehalten, aktiv bei der Prävention, Behandlung und Rehabilitation mitzuwirken. Die Krankenkassen haben den Versicherten dabei durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen und auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken.

Zur Verfolgung dieser Zielsetzung bedient sich die GKV verschiedener Maßnahmen, mit denen das Angebot und die Inanspruchnahme von Gesundheitsgütern beeinflusst werden kann. Dazu zählen u.a.:

- der Sicherstellungsauftrag der öffentlichen Hand für das Angebot an Gesundheitsgütern unter qualitativem, quantitativem und zeitlichem Aspekt (§§ 72, 72a, 75 SGB V),
- die Verteilung von Gesundheitsgütern nach dem Bedarfsprinzip (§ 11 SGB V),
- die solidarische Finanzierung nach dem Leistungsfähigkeitsprinzip (§ 3 SGB V),
- die Versicherungspflicht (§ 5 SGB V),
- das Sachleistungsprinzip (§ 2 Abs. 2 SGB V).

Die gesetzlichen Krankenkassen gewähren Sachleistungen nach dem Bedarfsprinzip zur Verhütung, zur Früherkennung und Behandlung von Krank-



heiten sowie zur medizinischen Rehabilitation. Zusätzlich werden Geldleistungen in Form von Krankengeld, Mutterschaftsgeld, Entbindungsgeld sowie Sterbegeld gezahlt.

Die zahnmedizinische Versorgung der gesetzlich Versicherten erstreckt sich auf Maßnahmen der Individual- und Gruppenprophylaxe, konservierende und prothetische Zahnbehandlung sowie kieferorthopädische Behandlung bis zum 18. Lebensjahr (vgl. Abschn. 4.1). Gemäß § 28 Abs. 2 SGB V umfasst die zahnärztliche Behandlung „die Tätigkeit des Zahnarztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist“.

Sämtliche Leistungen stehen unter dem Wirtschaftlichkeitsgebot (vgl. Abschn. 4.5), d.h. die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen (§ 12 SGB V).

Der Leistungskatalog der Krankenkassen ist zum allergrößten Teil gesetzlich normiert (Regelleistungen), d.h., die sog. „kassenindividuellen Satzungs- und Gestaltungsleistungen“ sind bislang (noch) die Ausnahme. Unter diesen Rahmenbedingungen kann der Leistungskatalog keinen bedeutsamen Wettbewerbsparameter darstellen.

### 2.2.1.3 Finanzierung

Die Gesetzliche Krankenversicherung ist der mit Abstand größte Ausgabenträger im deutschen Gesundheitssystem. Im Jahre 2002 beliefen sich die Gesamtausgaben auf 142,61 Mrd. Euro. Dem standen Einnahmen in Höhe von insgesamt 139,65 Mrd. Euro im gleichen Jahr gegenüber. Die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung für Zahnbehandlung betragen im Jahre 2002 insgesamt 6,886 Mrd. Euro, für Zahnersatz 3,527 Mrd. Euro und für kieferorthopädische Maßnahmen 1,110 Mrd. Euro. Der Anteil der Ausgaben für Zahnbehandlung (inkl. Zahnersatz und Kieferorthopädie) betrug 8,08 Prozent. Im Jahr 1981 lag der entsprechende Ausgabenanteil mit 15,23 Prozent noch fast doppelt so hoch.

Die Leistungen der Krankenkassen werden nach dem Umlageverfahren durch Beiträge finanziert, die sich nach einem bestimmten Prozentsatz der beitragspflichtigen Einnahmen berechnen (Finanzierung nach dem Leistungsfähigkeitsprinzip). Beitragspflichtig ist das Arbeitsentgelt bis zur sog. „Beitragsbemessungsgrenze“, die z.Z. 3.450,- Euro beträgt (Stand: 1.1.2003). Generell variieren die Beiträge je nach Kassenart und auch innerhalb einer Kassenart sind unterschiedliche Beitragssätze vorzufinden. Seit der Einführung des kassenartenübergreifenden Risikostrukturausgleichs im Jahre 1993 ist die Beitragssatzspanne zwischen den Kassen allerdings deutlich zurückgegangen.

Im Jahr 1970 lag der durchschnittliche Beitragssatz noch bei 8,2 Prozent, infolge der zurückgehenden Lohnquote, der deutlichen Ausweitung des GKV-Leistungskatalogs, der demographischen Entwicklung und des medizinischen Fortschritts war in den letzten dreißig Jahren jedoch ein deutlicher Beitragsanstieg zu verzeichnen. In den letzten Jahren hat es zudem eine Reihe von politischen Entscheidungen gegeben, die eine Entlastung anderer Sozialversicherungszweige bzw. des Staatshaushaltes bei gleichzeitiger Belastung der GKV zur Folge hatten (sog. „Verschiebepbahnhof“). Durch diese Maßnahmen sind den gesetzlichen Krankenkassen allein im Zeitraum von 1995 bis heute Einnahmehausfälle bzw. Mehrausgaben in Höhe von insgesamt etwa 30 Mrd. Euro entstanden. Weitere 3 Mrd. Euro wendet die Gesetzliche Krankenversicherung jährlich für sog. „versicherungsfremde Leistungen“ auf. Hierbei handelt es sich um solche Aufgaben, die der Gesetzlichen Krankenversicherung aus gesellschafts-, sozial- oder familienpolitischen Gründen übertragen worden sind und die insofern streng genommen aus Steuern finanziert werden müssten.

Aufgrund der genannten Ursachen stieg der durchschnittliche Beitragssatz in den alten Bundesländern auf mittlerweile 14,35 Prozent (1.1.2003), in den neuen Bundesländern lag der Beitragssatz durchschnittlich bei 14,18 Prozent des beitragspflichtigen Bruttoentgeltes. Um die Beitragssätze zu stabilisieren, hat der Gesetzgeber im Jahre 1993 das Prinzip der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik zum prioritären Politikziel erklärt und den Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71 Abs. 1 SGB V) in der GKV postuliert.

Die Vorgabe eines festen Anteils der Gesundheitsausgaben an dem volkswirtschaftlichen Lohnneinkommen wird kontrovers diskutiert. Infolge der Verflechtungen zwischen dem Gesundheitssystem und anderen volkswirtschaftlichen Sektoren sind bei der Finanzierung der gesundheitlichen Versorgung auch immer gesamtwirtschaftliche und -gesellschaftliche Folgen zu beachten. Auf der einen Seite stellen beitragsfinanzierte Gesundheitsausgaben Lohnnebenkosten dar, weshalb Beitragssatzsteigerungen immer auch unter dem Aspekt der internationalen Wettbewerbsfähigkeit betrachtet werden müssen. Auf der anderen Seite sind Gesundheitsausgaben nicht nur als Kosten zu betrachten, sie sind zugleich auch Einkommen. Sie verzehren nicht nur volkswirtschaftliche Ressourcen, sondern bieten ebenso eine Vielzahl an Arbeitsplätzen und können insofern auch belebend auf das Wirtschaftswachstum wirken.

#### **2.2.1.4 Organe**

Die einzelnen Kassen sind Selbstverwaltungskörperschaften des öffentlichen Rechts (§ 29 Abs. 1 und 3 SGB IV). Als Verwaltungsorgane der Krankenkassen fungieren die Vertreterversammlung sowie der Vorstand. Die Vertreterversammlung setzt sich paritätisch aus Vertretern der Mitglieder und der Arbeitgeber zusammen, die in einem Turnus von sechs Jahren in sog. „Sozialwahlen“ gewählt werden. Eine Ausnahme stellen historisch bedingt die Ersatzkassen dar, deren Organe ausschließlich aus Vertretern der Versicherten bestehen.

Die Beteiligung der Sozialpartner soll sicherstellen, dass die unterschiedlichen Interessen, bezogen auf Wirtschaftlichkeit, Beitragshöhe und einer bedarfsgerechten Versorgung, abgebildet werden.

Die Vertreterversammlung als Legislativorgan der einzelnen Kasse entscheidet eigenständig über die Satzung und damit auch über die Höhe des Beitragsatzes sowie Art und Umfang der Satzungsleistungen. Dem Vorstand obliegen die Verwaltung und die gerichtliche wie außergerichtliche Vertretung der Krankenkasse. Der Vorstand erlässt zudem Richtlinien für die Führung der Verwaltungsgeschäfte.

Zur Wahrnehmung ihrer gemeinsamen, überregionalen Interessen haben sich die Kassen auf Landes- und Bundesebene zu Verbänden zusammengeschlossen. Den Bundes- und Landesverbänden obliegen insbesondere der Abschluss und die Änderung von Verträgen mit Leistungserbringern, soweit sie von den Mitgliedskassen hierzu bevollmächtigt worden sind.

Der Regelungskompetenz der Selbstverwaltungsorgane sind durch die gesetzlichen Bestimmungen verhältnismäßig enge Grenzen gesetzt. Insbesondere in der Frage der materiellen Ausgestaltung des Versicherungsverhältnisses bestehen wenige Satzungsfreiräume. Auch ist die legitimatorische Basis der Selbstverwaltung vergleichsweise schmal. Dies ist u. a. auf die geringe Wahlbeteiligung (unter 45 Prozent) bei den Sozialwahlen und auf die weite Verbreitung von sog. „Friedenswahlen“ zurückzuführen, bei denen die vorschlagsberechtigten Institutionen nur so viele Kandidaten vorschlagen, wie gewählt werden müssen, so dass auf eine Sozialwahl verzichtet werden kann. Unabhängig von dieser Detailkritik hat sich jedoch das Prinzip der Selbstverwaltung im Grundsatz bewährt, da es den Beteiligten unmittelbare Mitwirkungsmöglichkeiten bei der Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung bietet und als Ausweis einer Sozialpartnerschaft zum sozialen Frieden beiträgt.

### **2.2.2 Private Krankenversicherung**

Neben der Gesetzlichen Krankenversicherung ist die Private Krankenversicherung als weiterer Träger der finanziellen Sicherung im Krankheitsfall zu nennen. Für die Personenkreise, die in der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht versicherungspflichtig bzw. nicht versicherungsberechtigt sind, besteht die Möglichkeit, Versicherungsschutz bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen nachzufragen. Der Leistungsumfang des Versicherungsschutzes wird vertraglich vereinbart und ist variabel gestaltbar, d.h., grundsätzlich ist auch Teildeckung möglich. Zum Jahresende 2001 hatten 7.710 Mio. Personen eine private Krankheitskostenvollversicherung abgeschlossen.

Die Zahl der privaten Krankenversicherer, die von ihrer Rechtsform her entweder Aktiengesellschaften oder aber genossenschaftlich organisierte Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit sind, beträgt z.Z. etwa 90. Die größeren

Unternehmen haben sich zu ihrer politischen Interessenvertretung im Verband der privaten Krankenversicherung e.V. zusammengeschlossen. Die derzeit 50 Mitgliedsunternehmen unterscheiden sich im Hinblick auf ihre wirtschaftliche Bedeutung und Größe wesentlich. Die drei größten Unternehmen vereinen mit ca. 3.345 Mio. vollversicherten Personen fast die Hälfte, nämlich 43,4 Prozent des Gesamtbestandes auf sich, während 13 kleinere Unternehmen mit weniger als 10.000 Vollversicherten zusammen lediglich 0,4 Prozent des Gesamtbestandes ausmachen. Sechs Unternehmen bieten lediglich Zusatzversicherungen an. Neben den im PKV-Verband organisierten Versicherungsunternehmen existieren noch weitere 40 kleine und kleinste Krankenversicherungsvereine, die häufig noch berufsständisch orientiert sind und unter Bundes- oder Landesaufsicht stehen.

Eine private Krankheitskostenvollversicherung kommt für alle Personen in Betracht, die nicht in der Gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind. Dazu gehören Selbstständige und Freiberufler, Beamte und Arbeitnehmer mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze. Nach einem Wechsel in die Private Krankenversicherung ist die Rückkehr in die Gesetzliche Krankenversicherung generell ausgeschlossen; es sei denn, der Versicherte wird arbeitslos oder rutscht mit seinem Einkommen unter die jährlich angepasste Versicherungspflichtgrenze. Im Gegensatz zur Gesetzlichen Krankenversicherung kennt die Private Krankenversicherung keine kostenlose Familienmitversicherung; d.h., jedes Familienmitglied muss eigenständig mit einem individuellen, nach dem Grundsatz der Risikoäquivalenz kalkulierten Beitrag versichert werden. Anders als die GKV kennt die PKV generell keinen Kontrahierungszwang, d.h., das private Krankenversicherungsunternehmen ist gesetzlich nicht verpflichtet, den Versicherungsantrag anzunehmen bzw. kann im Falle eines erhöhten gesundheitlichen Risikos individuell kalkulierte Beitragszuschläge erheben oder Leistungseinschränkungen vereinbaren.

Neben der Krankheitskostenvollversicherung bietet die Private Krankenversicherung eine Reihe von Zusatztarifen an, die den gesetzlichen Krankenversicherungsschutz ergänzen sollen. Im Jahre 2001 verfügten etwa 7,6 Mio. Personen über einen entsprechenden ergänzenden privaten Krankenversicherungsschutz. Eine zunehmend wichtigere Rolle spielen u.a. auch die sog. „Zahnergänzungsversicherungen“, mit denen der Eigenanteil der gesetzlich Versicherten an den Kosten der Versorgung mit Zahnersatz ganz oder teilweise von der privaten Krankenversicherung übernommen wird. Eine entsprechende Lückenschließung durch private Zusatzversicherungen ist verschiedentlich kritisiert worden, da sie unter Umständen die vom Gesetzgeber beabsichtigte Stärkung der Eigenverantwortung der Versicherten konterkarieren kann.

In der Privaten Krankenversicherung herrscht das Kostenerstattungsprinzip vor, d.h., die Private Krankenversicherung erstattet ihren Versicherungsnehmern die Kosten der (zahn-)medizinischen Behandlung gemäß der individuell getroffenen vertraglichen Vereinbarung. Im Unterschied zur nach dem Sachleistungsprinzip arbeitenden GKV besteht hier zwischen dem Patienten

und dem (Zahn-)Arzt ein individuelles Vertragsverhältnis sowie eine unmittelbare Finanzbeziehung.

Die Bedeutung der Privaten Krankenversicherung hat seit Mitte der 70er-Jahre kontinuierlich zugenommen. Im Jahre 2001 betrugen die Beitragseinnahmen 19,76 Mrd. Euro (plus 7,0 Prozent gegenüber dem Vorjahr), die Versicherungsleistungen betrugen im gleichen Jahr 13,93 Mrd. Euro (plus 4,5 Prozent). Ähnlich wie die GKV ist auch die PKV von den Kostensteigerungen im Gesundheitswesen betroffen. Im Unterschied zur nach dem Umlageverfahren kalkulierenden GKV arbeiten die privaten Krankenversicherer allerdings nach dem Anwartschaftsdeckungsverfahren, d.h., die individuell mit dem Alter steigenden Krankheitskosten werden über eine in früheren Jahren gebildete sog. „Alterungsrückstellung“ gedeckt. Im Jahr 2001 wurden insgesamt 8,67 Mrd. Euro den Alterungsrückstellungen zugeführt.

### **2.2.3 Sondersysteme (Freie Heilfürsorge und Beihilfe)**

Neben den beschriebenen Formen der Sozial- und Individualversicherung existieren weitere Sondersysteme der sozialen Absicherung im Krankheitsfall, die jedoch nicht auf dem Versicherungsprinzip (d.h. Tausch von Beiträgen gegen Risikoübernahme) basieren, sondern der Versorgung bzw. Fürsorge zuzurechnen sind. Im Einzelnen handelt es sich um die freie Heilfürsorge der Bundeswehr und der Polizei, die im Rahmen der Sozialhilfe gewährten Fürsorgeleistungen sowie die Beihilfe für Beamte und andere Bedienstete des Öffentlichen Dienstes. Insgesamt 2,4 Prozent der Bevölkerung sind über diese Sondersysteme abgesichert. Die Beihilfeberechtigten erhalten von ihrem Arbeitgeber (anstelle des in der GKV üblichen Arbeitgeberbeitrages) eine teilweise Erstattung der Krankheitskosten; üblicherweise wird das verbleibende Kostenrisiko durch einen ergänzenden Krankenversicherungsschutz in der Privaten Krankenversicherung (vgl. Abschn. 2.2.2) abgedeckt.

## **2.3 Organe und Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung**

Die Zusammenarbeit zwischen den zahnärztlichen Berufsvertretungen und den gesetzlichen Krankenkassen ist in einer Vielzahl von Organen und Gremien institutionalisiert, die in ihrer Gesamtheit als „gemeinsame Selbstverwaltung der Zahnärzte und Krankenkassen“ bezeichnet werden. Damit wird dem Subsidiaritätsprinzip entsprochen, nach dem zunächst die Fachkundigen und Betroffenen ihre Angelegenheiten selbst in eigener Verantwortung regeln sollten, bevor der Staat eingreift.

### 2.3.1 Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen

Der Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen ist ein gesetzliches Gremium auf der Basis des § 91 SGB V. Er besteht aus dem unparteiischen Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, neun Vertretern der KZBV und neun Vertretern der Spitzenverbände der Krankenkassen. Die Aufgaben des Bundesausschusses werden in § 92 SGB V geregelt. Danach obliegt dem Bundesausschuss die Festlegung der Richtlinien über die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten. Die Arbeit des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen hat sich in einer Reihe spezieller Richtlinien niedergeschlagen, die teilweise erhebliche Bedeutung für das konkrete Leistungsgeschehen besitzen. Hervorzuheben sind insbesondere die

- Richtlinien über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe),
- Richtlinien über die Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten (zahnärztliche Früherkennung gemäß § 26 Abs. 1 Satz 2 SGB V),
- Richtlinien für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen,
- Richtlinien für die kieferorthopädische Behandlung,
- Richtlinien über neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) und die Überprüfung erbrachter vertragszahnärztlicher Leistungen,
- Richtlinien über die Bedarfsplanung in der vertragszahnärztlichen Versorgung (Bedarfsplanung-Richtlinien Zahnärzte).

### 2.3.2 Bundesschiedsamt

Das Bundesschiedsamt ist ebenfalls ein gesetzliches Gremium und basiert auf dem § 89 SGB V. Die Mitglieder setzen sich zu gleichen Teilen aus Vertretern der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen und der KZBV sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern zusammen. Die Amtszeit der Mitglieder beträgt vier Jahre. Das Bundesschiedsamt gibt sich eine Geschäftsordnung. Auf Landesebene bilden die regionalen Krankenkassen und die Länder-KZVen Landesschiedsämter.

Kommt ein Vertrag über die vertragszahnärztliche Versorgung ganz oder teilweise nicht zustande, setzt das Bundesschiedsamt mit der Mehrheit seiner Mitglieder innerhalb von drei Monaten den Vertragsinhalt fest.

### 2.3.3 Bewertungsausschuss

Der Bewertungsausschuss ist ein gesetzliches Gremium nach § 87 SGB V. Er besteht zu gleichen Teilen aus Vertretern der KZBV und der Spitzenverbände

der Krankenkassen. Den Vorsitz führt abwechselnd ein Vertreter der Zahnärzte und ein Vertreter der Krankenkassen. Kommt es im Bewertungsausschuss zu keiner Einigung, kann der Erweiterte Bewertungsausschuss eingesetzt werden. Er wird gebildet aus den Mitgliedern des Bewertungsausschusses, einem unparteiischen Vorsitzenden sowie jeweils zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, die von KZBV bzw. den Spitzenverbänden berufen werden. Die Beschlüsse des Bewertungsausschusses bzw. des Erweiterten Bewertungsausschusses haben Rechtswirkung einer vertraglichen Vereinbarung im Sinne des § 82 Abs. 1 SGB V.

Dem Bewertungsausschuss obliegt die Festlegung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für die zahnärztlichen Leistungen (vgl. auch Abschn. 4.2). Der Einheitliche Bewertungsmaßstab bestimmt den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander. Der Bewertungsmaßstab ist in bestimmten Zeitabständen auch daraufhin zu überprüfen, ob die Leistungsbeschreibungen und ihre Bewertungen (Punktzahlen) noch dem Stand der zahnmedizinischen Wissenschaft und Technik sowie dem Gebot der wirtschaftlichen Leistungserbringung entsprechen (§ 87 Abs. 2 SGB V).

#### **2.3.4 Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen**

Die KZBV vertritt die Vertragszahnärzte in der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen. Die im Jahre 1977 durch das KVKG geschaffene Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen ist ein gesetzliches Gremium auf der Grundlage von § 141 SGB V. Der Bundesminister für Gesundheit beruft auf Vorschlag der jeweiligen Gruppierungen u.a. Vertreter der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung, der Ärzte, der Zahnärzte, der Krankenhausträger, der Apotheker, der pharmazeutischen Industrie, der Gewerkschaften, der Arbeitgeber, der Länder und der kommunalen Spitzenverbände als Mitglieder der Konzertierten Aktion.

Die Konzertierte Aktion sollte ursprünglich den für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung Verantwortung tragenden Gruppierungen Gelegenheit geben, Orientierungsdaten und Vorschläge zur Erhöhung der Leistungsfähigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen zu erarbeiten und untereinander abzustimmen. Die Konzertierte Aktion sollte insbesondere Empfehlungen zu den einzelnen Versorgungsbereichen abgeben, wobei sich die Empfehlungen auch auf die Veränderungen der Vergütungen beziehen und dabei so gestaltet werden sollten, dass Beitragssatzerhöhungen für die gesetzlichen Krankenkassen vermieden werden (Primat der Beitragssatzstabilität). Die Konzertierte Aktion hat über viele Jahre entsprechende Empfehlungen abgegeben und Stellung zu medizinischen und wirtschaftlichen Orientierungsdaten genommen. Durch zunehmende gesetzliche Regelungen des Vergütungswesens und die Einführung der Budgetierung hat die Konzertierte Aktion mittlerweile jedoch erheblich an Bedeutung verloren.

Für die gesundheitspolitische Diskussion relevant geblieben ist dafür der in § 142 Abs. 2 SGB V institutionalisierte Sachverständigenrat, der sich aus sieben Mitgliedern zusammensetzt, die über besondere medizinische, wirtschafts- oder sozialwissenschaftliche Kenntnisse und Erfahrungen verfügen, und der die Konzentrierte Aktion bei der Erfüllung ihrer Aufgaben unterstützen soll. Die Gutachten des Sachverständigenrates haben mit ihren innovativen Ansätzen für die Weiterentwicklung der GKV die gesundheitspolitische Diskussion in vielfältiger Weise angeregt. In dem Jahresgutachten 2000/2001 hat sich der Sachverständigenrat u.a. auch ausführlich mit Fragen der Über-, Unter- und Fehlversorgung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten auseinandergesetzt.

## 2.4 Zusammenfassung

Die gegenwärtige institutionelle Ausgestaltung des zahnärztlichen Versorgungssystems mit ihren zahnärztlichen Berufsvertretungen und wissenschaftlichen Einrichtungen sowie ihren vielfältigen und komplexen Querverbindungen wird detailliert dargestellt. Als quantitativ bedeutsamster Finanzierungsträger im Gesundheitsbereich wird die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) vorgestellt, deren Versichertenstruktur sowie die Form der Mittelaufbringung und -verwendung erläutert. Weitere, alternative Formen der sozialen Absicherung im Krankheitsfall sind die Private Krankenversicherung sowie die Sondersysteme der Beihilfe und der Freien Heilfürsorge. Im korporatistisch geprägten deutschen Gesundheitssystem ist die Zusammenarbeit zwischen den zahnärztlichen Berufsvertretungen und den gesetzlichen Krankenkassen in einer Vielzahl von Organen und Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung institutionalisiert, von denen die Wichtigsten vorgestellt werden.

## 2.5 Literaturverzeichnis

*Beske, F., Hallauer, J. F.*: Das Gesundheitswesen in Deutschland: Struktur – Leistung – Weiterentwicklung. 3., völlig neu bearb. und erw. Aufl., Köln 1999

*Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.)*: KZBV Jahrbuch 2002. Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Köln 2002

*Lampert, H., Althammer, J.*: Lehrbuch der Sozialpolitik. 6., überarb. Aufl., Berlin 2001, S. 237 ff.

*Statistisches Bundesamt (Hrsg.)*: Gesundheitsbericht für Deutschland. Gesundheitsberichtserstattung (GBE) des Bundes. Wiesbaden 1998

*Zdrowomyslaw, N., Dürig, W.*: Gesundheitsökonomie: Einzel- und gesamtwirtschaftliche Einführung. 2., unwes. veränd. Aufl., München/Wien 1999



### **3 Zahnärztliche Ausbildung und Berufsausübung**

---

Um in der Bundesrepublik Deutschland Zahnheilkunde ausüben zu dürfen, sind eine Reihe von definierten Qualifikationsvoraussetzungen zu erfüllen. Mit Hilfe dieser (größtenteils vom zahnärztlichen Berufsstand selbst entwickelten) Kriterien soll jedem (angehenden) Zahnarzt ein Standard an Fachwissen, Kenntnissen und Fertigkeiten vermittelt werden, um eine qualitativ hochwertige und gleichmäßige zahnärztliche Versorgung zu gewährleisten.

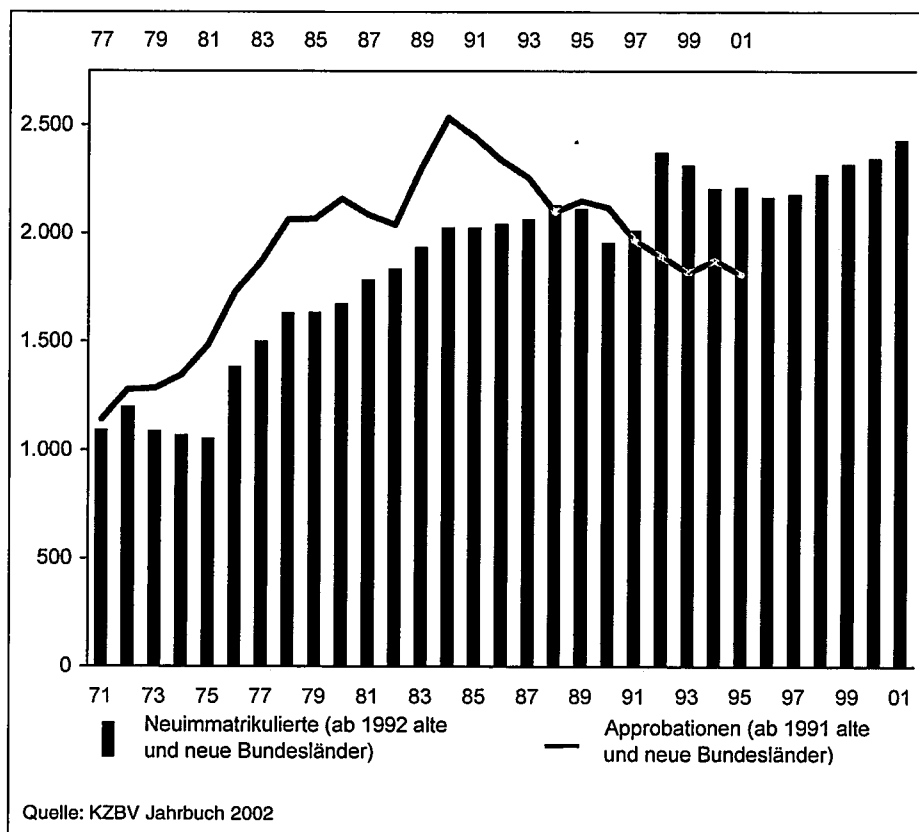
#### **3.1 Studium und Approbation**

Das *Studium* der Zahnmedizin hat die Diagnose, Prophylaxe und Therapie von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten sowie die Behandlung von Fehlstellungen der Zähne und Kiefer zum Inhalt. Das Ausbildungsziel besteht in der Vermittlung grundlegender methodischer Kenntnisse, praktischer Fertigkeiten und einer dem Einzelnen wie der Allgemeinheit verpflichteten ärztlichen Einstellung. Grundlage der Ausbildung ist die Approbationsordnung für Zahnärzte (AppOZ vom 26.1.1955), die nach Auffassung der zahnärztlichen Standesorganisationen inzwischen veraltet ist und die fachliche Fortentwicklung der Zahnheilkunde (insbesondere im Hinblick auf eine verstärkte Präventionsorientierung) bei der Ausbildung junger Zahnärzte an den Universitäten nicht ausreichend berücksichtigt. Eine Novellierung der Approbationsordnung für Zahnärzte als wichtiger Beitrag zur Qualitätssicherung in der Zahnmedizin ist in Vorbereitung.

Voraussetzungen für das Studium der Zahnmedizin sind in der Regel die Allgemeine Hochschulreife sowie die erfolgreiche Absolvierung eines Tests für Medizinische Studiengänge. Die Bewerbungen zum Test und zum Studium sind bei der Zentralstelle für die Vergabe von Studienplätzen (ZVS) in Dortmund einzureichen. Für medizinische Studiengänge bestehen bundesweite Zulassungsbeschränkungen, die Vergabe der Studienplätze erfolgt nach einem besonderen Auswahlverfahren. Kriterien für die Auswahl sind neben der Abiturdurchschnittsnote und dem Testergebnis auch die Wartezeit (hier zählen Bewerbungssemester).

Zurzeit kann man an 31 Standorten in Deutschland Zahnmedizin studieren. Ein wichtiger, wenngleich nicht der einzige Indikator für die Ausbildungsqualität an den jeweiligen Hochschulstandorten ist die Betreuungsrelation, d.h. die Anzahl

der Studenten, die von einem Assistenten betreut werden. Die Betreuungsrelation wird durch die sog. „Kapazitätsverordnung“ (KapVO) geregelt, kann faktisch allerdings oft nicht eingehalten werden. Zur Sicherstellung einer hohen fachlichen Qualifikation fordern die Selbstverwaltungskörperschaften der Zahnärzte daher seit langem, sich hinsichtlich der Zugangskriterien zum Studium der Zahnmedizin an den tatsächlich vorhandenen Ausbildungskapazitäten zu orientieren. Die Regelstudienzeit für den Studiengang Zahnmedizin beträgt zehn Semester (plus ein Examenssemester). Der vorklinische Studienabschnitt umfasst fünf Semester, er beinhaltet die naturwissenschaftliche Vorprüfung nach zwei Semestern und schließt mit der zahnärztlichen Vorprüfung ab. Darauf aufbauend und von gleicher Dauer ist der klinische Studienabschnitt. Auch hier gibt es seit längerem Reformvorschläge von Seiten der Zahnärzteschaft, die darauf abzielen, die Trennung zwischen Vorklinik und Klinik aufzuheben und früher in die Patientenbehandlung einzusteigen.



**Abbildung 2:** Entwicklung der zahnärztlichen Immatrikulationen und Approbationen (1971–2001) in Deutschland (bis 1991 bzw. 1992 nur alte Bundesländer)

Über die Zahl der neu immatrikulierten Zahnmedizinstudenten bzw. die Zahl der Approbationen gibt Abbildung 2 Auskunft (vgl. Abbildung 2).

Voraussetzung zur Ausübung der Zahnheilkunde ist die Approbation als Zahnarzt (§ 1 Abs. 1 ZHG), die nach erfolgreicher Absolvierung des Zahnmedizinstudiums beantragt werden kann. Das Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde (ZHG) von 1952 legt fest, wer in Deutschland berechtigt ist, „die berufsmäßige auf zahnärztlich wissenschaftliche Erkenntnisse gegründete Feststellung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten“ (§ 1 Abs. 3 ZHG) vorzunehmen. Mit In-Kraft-Treten des ZHG wurde der jahrzehntelang andauernde Konflikt zwischen den universitätsausgebildeten Zahnärzten und den Dentisten (vgl. Kap. 1) beendet, da nunmehr auch alle Dentisten – sofern sie die Teilnahme an einem speziellen Fortbildungskurs nachweisen konnten – die Approbation als Zahnarzt erhielten.

Der Antrag auf Approbation (Genehmigung zur Ausübung der Tätigkeit als Zahnarzt/Zahnärztin) ist nach § 59 der Approbationsordnung für Zahnärzte an die zuständige Behörde des Landes zu richten, in dem die zahnärztliche Prüfung abgelegt wurde. Gemäß § 2 Abs. 1 ZHG muss der Antragsteller in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufes geeignet sein und er darf sich nicht eines Verhaltens schuldig gemacht haben, aus dem sich seine Unwürdigkeit oder Unzuverlässigkeit zur Ausübung des zahnärztlichen Berufs ergibt. Zahnärztliche Kompetenz setzt demnach Wissen und Können voraus, erschöpft sich jedoch nicht darin. Die Ausübung der Zahnheilkunde ist mit einer Reihe von Berufspflichten verbunden (vgl. Abschn. 4.7), so u.a. der Fortbildungspflicht, der Schweigepflicht, der Pflicht zur persönlichen und eigenverantwortlichen Berufsausübung, der Pflicht zur Aufzeichnung und Aufbewahrung wichtiger Befunde und Behandlungsmaßnahmen, der Pflicht zur Teilnahme am Notfalldienst sowie der Pflicht zum kollegialen Verhalten.

### 3.2 Assistententätigkeit

Mit dem Abschluss des Studiums und Erhalt der Approbation ist man in Deutschland generell zur Ausübung der Zahnheilkunde befähigt. Obwohl danach rein rechtlich die Möglichkeit der sofortigen Niederlassung als Privatzahnarzt besteht, wird in aller Regel anschließend zunächst eine Assistententätigkeit aufgenommen, um auch die Berechtigung zur Behandlung gesetzlich Versicherter zu erlangen (sog. „Vertragszulassung“; vgl. hierzu auch Abschn. 3.4). Die Führung einer eigenen zahnärztlichen Praxis, die üblicherweise eine vertragszahnärztliche Praxis ist, verlangt u.a. auch ein breites Spektrum an im weitesten Sinne berufskundlichen oder Management-Kenntnissen und Fähigkeiten. Der niedergelassene Zahnarzt benötigt gute Kenntnisse im Vertragsarzt- und Berufsrecht ebenso wie betriebswirtschaftliche Kenntnisse, pädagogische Fähigkeiten als Ausbilder der zahnmedizinischen Fachangestellten, organisatorisches Talent bei der Praxisführung und nicht zuletzt Kenntnisse über die Institutionen der zahnärztlichen Selbstverwaltung sowie deren Aufga-

ben. Die Assistententätigkeit soll insofern in erster Linie dazu dienen, den jungen Zahnarzt auf die vielfältigen Probleme der eigenen Niederlassung vorzubereiten. Bisher bleibt es jedoch dem Einzelfall und damit dem Zufall überlassen, ob der junge Assistent diese für die selbstständige Berufsausübung notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten erwirbt bzw. erwerben kann. Es hängt sehr von der einzelnen Ausbildungspraxis ab, wie der junge Zahnarzt für die eigene Niederlassung qualifiziert wird.

Gemäß § 3 der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte (Zahnärzte-ZV) darf ein approbierter Zahnarzt erst nach Ableistung einer mindestens zweijährigen Vorbereitungszeit für die vertragszahnärztliche Versorgung zugelassen werden. Die Vorbereitungszeit soll dazu dienen, in dieser Phase die Besonderheiten der vertragszahnärztlichen Versorgung, insbesondere den Umgang mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot nach SGB V, kennen zu lernen. Zur Vorbereitung gehört, dass der Zahnarzt mindestens sechs Monate als Assistent oder Vertreter eines oder mehrerer Vertragszahnärzte arbeitet. Als Vertreter darf er dabei erst anerkannt werden, wenn er schon mindestens ein Jahr als Assistent eines Vertragszahnarztes, in Universitätszahnkliniken oder vergleichbaren Einrichtungen tätig gewesen ist. Bis zu drei Monate der Vorbereitungszeit als Assistent eines Vertragszahnarztes können durch eine Tätigkeit von gleicher Dauer in einer Universitätsklinik ersetzt werden.

Während der Vorbereitungszeit gilt der approbierte Zahnarzt als angestellter Arbeitnehmer mit allen arbeits-, steuer- und sozialversicherungsrechtlichen Konsequenzen. Erst nach Ableistung dieser insgesamt mindestens zweijährigen „Vorbereitungszeit“ kann die Eintragung in das bei den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen geführte Zahnarztregister erfolgen – eine wichtige Voraussetzung für die Zulassung zur vertragszahnärztlichen Versorgung.

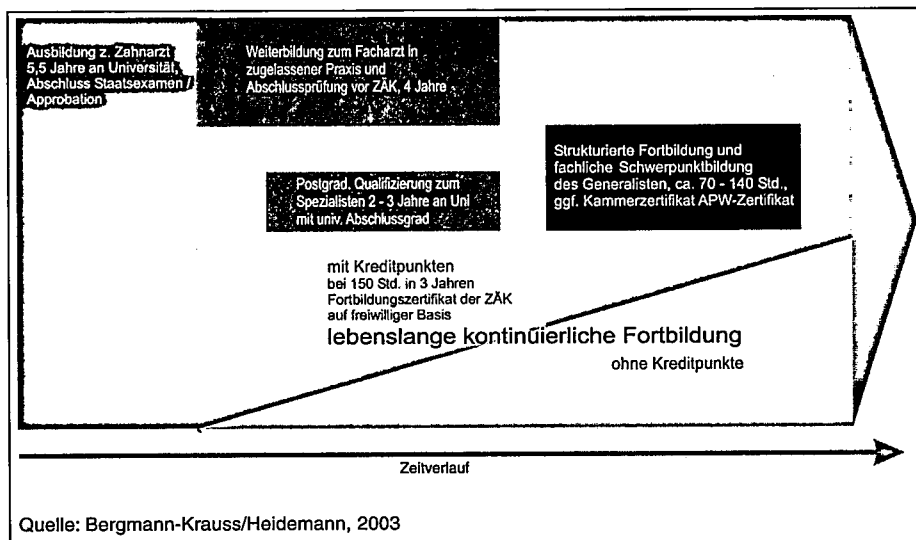
Da die Zulassungsmöglichkeiten für Vertragszahnärzte mit dem Gesundheitsstrukturgesetz seit 1993 strikter reglementiert und auch die rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen zur Anstellung von Assistenzärzten in der freien Kassenpraxis neu geregelt wurden, blieb auch die Stellensituation für die Ausbildungsassistenten hiervon nicht unberührt. Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung sind gemäß § 75 Abs. 8 SGB V verpflichtet und gefordert, durch geeignete Maßnahmen darauf hinzuwirken, dass die für die Ableistung der Vorbereitungszeit benötigten Plätze zur Verfügung stehen.

### **3.3 Weiter- und Fortbildung**

Während das Zahnmedizinstudium das erforderliche Basiswissen vermitteln soll, dient die Weiterbildung der fachlichen Vertiefung der beruflichen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten an einer Universität und in anerkannten Weiterbildungsstätten in einem definierten Gebiet der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Weiterbildung bedeutet insofern Spezialisierung in einem spe-

zifischen zahnärztlichen Fachgebiet. Eine Weiterbildung ist möglich zum Fachzahnarzt für Kieferorthopädie (Dauer 4 Jahre), zum Fachzahnarzt für Oralchirurgie (Dauer 3 Jahre) oder zum Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (erfordert ein zusätzliches Studium der Allgemeinmedizin). Gemäß § 15 der Musterberufsordnung darf der Zahnarzt neben der Berufsbezeichnung „Zahnarzt“ bzw. „Zahnärztin“ weitere Bezeichnungen führen, die auf besondere Kenntnisse im Bereich der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde hinweisen (sog. „Gebietsbezeichnungen“). Geregelt ist die zahnärztliche Weiterbildung in der „Musterweiterbildungsordnung“, die von den Landes Zahnärztekammern (vgl. Abschn. 2.1.1) ausgestaltet und präzisiert werden. Hierzu zählt auch eine Liste der Gebietsbezeichnungen.

Die rasante Entwicklung neuer (zahn-)medizinischer Erkenntnisse erfordert nach der Aus- und Weiterbildung auch ein berufsbegleitendes Lernen im Sinne einer lebenslangen kontinuierlichen Fortbildung, zu der die Musterberufsordnung jeden Zahnarzt verpflichtet. Der Zusammenhang zwischen Ausbildung, kontinuierlicher Fortbildung mit oder ohne Fortbildungspunkten, strukturierter Fortbildung und Weiterbildung wird in Abbildung 3 (vgl. Abbildung 3) gezeigt.



**Abbildung 3:** Zusammenhang zwischen Aus-, Fort- und Weiterbildung

Anhand der Abbildung soll verdeutlicht werden, dass Fortbildung – mit oder ohne Punkteerwerb – ein lebenslanger Prozess im Berufsleben nach Abschluss der Ausbildung ist, strukturierte Fortbildung in der Regel zu einem späteren Zeitpunkt im Berufsleben, nach einigen Jahren Praxistätigkeit absolviert wird, während Weiterbildung und postgraduale Qualifizierung zum Spe-

zialisten sich in der Regel an die Ausbildung als zeitintensive Vollzeitqualifizierung anschließen.

In der öffentlichen Diskussion wird häufig die Forderung nach einer Pflicht zur Fortbildung sowie einer regelmäßigen Überprüfung im Sinne einer Rezertifizierung vorgebracht. Dazu ist zu sagen, dass sowohl das Heilberufegesetz als auch die einzelnen Satzungen der Zahnärztekammern eine Pflicht zur Fortbildung festgeschrieben haben. Insofern dreht sich die Diskussion im Grunde genommen primär um die Frage, ob das Feld der Fortbildung vom Gesetzgeber direktiv besetzt und staatlicherseits kontrolliert bzw. sanktioniert oder vom zahnärztlichen Berufsstand in eigener Regie mittels geeigneter Anreize eigenverantwortlich ausgestaltet werden soll.

Die Fortbildung wird von den Zahnärztekammern und wissenschaftlichen Gesellschaften organisiert. Viele Zahnärztekammern haben hierzu kammereigene Institute eingerichtet, die ein breitgefächertes Spektrum an Fortbildungsthemen anbieten.

Die Bundeszahnärztekammer hat im Juni 2002 ein Konzept zum freiwilligen Nachweis von Fortbildung als Pilotprojekt verabschiedet. Mehrere Zahnärztekammern beteiligen sich an dem auf drei Jahre angelegten Pilotprojekt. Hierbei haben die beteiligten Zahnärztekammern und die DGZMK eine Punktebewertung für die verschiedenen Formen von Fortbildung vereinbart. In diesem Punktesystem wird eine aktive Beteiligung der Teilnehmer genauso wie Lern-erfolgskontrollen mit Zusatzpunkten bewertet. Auch die DGZMK hat ein eigenes Fortbildungssiegel für eine kontinuierliche Fortbildung beschlossen, analog dem Fortbildungsnachweis und den Rahmenrichtlinien der Bundeszahnärztekammer. Das Siegel kann nach der Teilnahme an entsprechenden Fortbildungen bei Nachweis einer Mindestpunktzahl nach drei Jahren erworben werden. Mit diesen Fortbildungsaktivitäten will die Zahnärzteschaft den Nachweis erbringen, dass eine staatliche „Zwangsf Fortbildung“ unnötig ist und die Autonomie der Berufsausübung wahren.

### **3.4 Niederlassung und Investitionsverhalten**

Das Wesen der zahnärztlichen Tätigkeit liegt u.a. in der eigenverantwortlichen und wirtschaftlich selbstständigen Berufsausübung. Grundsätzlich gilt für jeden approbierten Zahnarzt die Niederlassungsfreiheit, d.h., der zahnärztliche Existenzgründer kann den Ort, an dem er praktizieren möchte (in eigener Praxis oder in einer Gemeinschaftspraxis) frei bestimmen. Dies gilt über das Europäische Gemeinschaftsrecht für alle Zahnärzte aus europäischen Mitgliedstaaten in gleicher Weise. Sofern neben der Niederlassung weitere Genehmigungen – wie in Deutschland die Zulassung – erforderlich sind, müssen EU-Bürger hierbei ebenfalls gleichbehandelt werden.

Seit 1993 können Zahnärzte nur noch dann am gewünschten Ort zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassen werden, wenn dadurch der bedarfsgerechte Versorgungsgrad nicht um mehr als 10 Prozent überschritten wird (§ 101 Abs. 1 SGB V). Eine etwaige allgemeinzahnärztliche Überversorgung wird von Amts wegen von den Landesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen festgestellt. In städtischen Gebieten sind 1.280 Einwohner je Zahnarzt vorgesehen, in allen übrigen Gebieten 1.680 Einwohner je Zahnarzt. Der Anteil der gesperrten (überversorgten) Planungsbereiche ist seit 1993 von 11,1 Prozent auf aktuell 29,2 Prozent (Stand: 31.3.2003) angestiegen. Als weitere Einschränkung der zahnärztlichen Berufsausübung hat der Gesetzgeber mit dem Gesundheitsstrukturgesetz im Jahre 1993 eine generelle Altersgrenze für die Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung verfügt (§ 95 Abs. 7 SGB V). Seit dem 1.1.1999 endet die Zulassung als Vertragszahnarzt mit Vollendung des 68. Lebensjahres.

Trotz dieser Restriktionen, mit denen der Zahnarzt als Berufsanfänger konfrontiert wird, lässt sich die überwiegende Zahl der Zahnärzte in eigener Praxis nieder. Zurzeit gibt es in Deutschland rd. 78.600 Zahnärzte, von denen rund 81 Prozent praktizieren. Knapp 54.600 Zahnärzte (69 Prozent) haben sich mit einer Praxis niedergelassen oder arbeiten als Sozios in einer Praxis, ca. 9.300 (12 Prozent) arbeiten als Assistenz Zahnärzte, Praxisvertreter oder in staatlichen Gesundheitseinrichtungen. Somit kommen auf einen behandelnd tätigen Zahnarzt in den alten Bundesländern 1.305 Einwohner; in den neuen Ländern liegt die durchschnittliche Versorgungsdichte bei 1.226 Einwohnern pro Zahnarzt. Von den Vertragszahnärzten in Deutschland sind etwa 2.900 als Kieferorthopäden tätig.

Alternativ zur freiberuflichen Tätigkeit besteht für den Berufsanfänger u.a. die Option

- einer wissenschaftlichen Laufbahn an einer Hochschule,
- einer Tätigkeit als Truppenzahnarzt bei der Bundeswehr,
- einer Tätigkeit als Zahnarzt im Öffentlichen Gesundheitswesen,
- einer Tätigkeit in den zahnärztlichen Standesorganisationen und Verbänden, in der Dentalindustrie oder im Medizinjournalismus.

Schon seit geraumer Zeit ist die Zahl junger Zahnmediziner, die Jahr für Jahr in die Selbstständigkeit streben, größer als die der sich zur Ruhe setzenden Zahnärzte. Die Zahnarztdichte hat also zugenommen. Allerdings ist auch das Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung und damit die Nachfrage nach zahnmedizinischen Dienstleistungen im Zeitablauf beträchtlich gewachsen. Für den zahnärztlichen Existenzgründer ist die Zahnarztdichte insoweit von Interesse, als sie Rückschlüsse auf die Konkurrenzsituation vor Ort zulässt. Die höchste Zahnarztdichte gibt es in Großstädten und Universitätsstädten. Hier ist auch die Konkurrenz am schärfsten. Ländliche Regionen der Bundesrepublik sind hingegen tendenziell eher unterversorgt.

<b>Tabelle 3: Finanzierungsvolumina bei der Neugründung einer zahnärztlichen Einzelpraxis (Alte Bundesländer inkl. Berlin)</b>		
	<b>1992</b>	<b>2002</b>
	<i>Angaben jeweils in 1.000 Euro</i>	
Med.-techn. Geräte und Einrichtung	170	209
+ Bau- und Umbaukosten	31	43
<b>= Praxisinvestitionen</b>	<b>201</b>	<b>252</b>
+ Betriebsmittelkredit	51	75
<b>= Gesamtfinanzierungsvolumen</b>	<b>252</b>	<b>327</b>
Quelle: IDZ/Apo-Bank, 2003		

Für eine den heutigen Standards genügende Praxis muss im Falle einer Neugründung mit einem durchschnittlichen Gesamtfinanzierungsvolumen von etwa 327.000,- Euro für eine Einzelpraxis gerechnet werden (vgl. Tabelle 3). Damit ist das Finanzierungsvolumen innerhalb der letzten zehn Jahre um 30 Prozent gestiegen. Bei einer Praxisübernahme, die ein durchschnittliches Finanzierungsvolumen von ca. 260.000,- Euro erfordert (vgl. Tabelle 4), ist zu berücksichtigen, dass Ersatz- bzw. Zusatzinvestitionen bei einer übernommenen Praxis wesentlich früher anfallen als bei einer Neugründung. Häufig müssen in den ersten fünf Jahren nach der Übernahme weitere Investitionen in erheblichem Umfang getätigt werden. Der wirtschaftliche Vorteil einer Praxisübernahme besteht in der Möglichkeit, Investitionsentscheidungen zeitlich zu strecken und den sich verändernden ökonomischen Rahmenbedingungen anzupassen. Die Wirtschaftlichkeit einer Investition lässt sich nach begonnenem Praxisbetrieb präziser abschätzen als in der theoretischen Planungs- und Vorbereitungsphase.

<b>Tabelle 4: Finanzierungsvolumina bei der Übernahme einer zahnärztlichen Einzelpraxis (Alte Bundesländer inkl. Berlin)</b>		
	<b>1992</b>	<b>2002</b>
	<i>Angaben jeweils in 1.000 Euro</i>	
Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen	101	110
+ Goodwill	67	82
+ Bau- und Umbaukosten	8	13
<b>= Praxisinvestitionen</b>	<b>176</b>	<b>205</b>
+ Betriebsmittelkredit	44	55
<b>= Gesamtfinanzierungsvolumen</b>	<b>220</b>	<b>260</b>
Quelle: IDZ/Apo-Bank, 2003		



Bei persönlicher und fachlicher Übereinstimmung bietet sich die Gründung bzw. der Eintritt in eine bestehende Gemeinschaftspraxis an. Insbesondere bei den jüngeren zahnärztlichen Existenzgründern befindet sich die Gemeinschaftspraxis deutlich im Aufwind und hat anteilmäßig mittlerweile sogar die Einzelpraxisneugründung überflügelt. Neben dem Vorteil eines geringeren Kapitalbedarfs für den einzelnen Zahnarzt führt diese Betriebsform zu einer rationelleren Nutzung der technischen und übrigen Ausstattung und damit zu einer beträchtlichen Kostenentlastung. Darüber hinaus kann – besonders in der Anfangszeit – die Zusammenarbeit mit dem Praxispartner helfen, die fachlichen und wirtschaftlichen Aufgaben besser zu bewältigen.

In der überwiegenden Zahl der Fälle wird bei der Praxisfinanzierung kein Eigenkapital eingesetzt. Die durchschnittliche Eigenkapitalquote beträgt lediglich etwa 5 Prozent. Eine Praxisfinanzierung sollte sich generell auch ohne Eigenmittel rechnen, da sonst die Gefahr besteht, dass von der Substanz gelebt wird. Für angehende Zahnärzte gibt es zinsgünstige Kredite aus staatlichen Förderprogrammen (z.B. das ERP-Eigenkapitalhilfeprogramm, das DtA-Existenzgründungsprogramm oder das KfW-Mittelstandsprogramm).

### 3.5 Zusammenfassung

Die zahnärztliche Ausbildung und Berufsausübung unterliegt vielfältigen rechtlichen und wirtschaftlichen Anforderungen. Es wird erläutert, welche Voraussetzungen für die Zulassung zum Zahnmedizinstudium erfüllt sein müssen, was bei der Beantragung der Approbation zu beachten ist und welche Anforderungen an die Vorbereitungszeit für die vertragszahnärztliche Versorgung geknüpft werden. Im Sinne eines berufsbegleitenden lebenslangen Lernens wird die Bedeutung der Weiter- und Fortbildung für die zahnärztliche Berufsausübung herausgearbeitet. Einige Gedanken zu den politischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen der zahnärztlichen Berufsausübung sowie zu den Perspektiven einer Niederlassung und freiberuflichen Tätigkeit in selbstständiger Praxis schließen das Kapitel ab.

### 3.6 Literaturverzeichnis

*Bergmann-Krauss, B., Heidemann, D.:* Glossar: Zahnärztliche Aus-, Fort- und Weiterbildung. Deutscher Zahnärzte Kalender 2003, Köln 2003, S. 129–136

*Birgler, W., Duddeck, D.:* Curriculum Studienführer Zahnmedizin. Berlin u.a. 1996

*Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.):* KZBV Jahrbuch 2002. Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Köln 2002

*Klingenberg, D., Schwarte, A.:* Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung 2002. IDZ-Information Nr. 2/2003



## 4 Entwicklung und Struktur des (vertrags-)zahnärztlichen Leistungsumfangs

---

Die gesetzlichen und institutionellen Regelungen des SGB V beziehen sich sowohl auf die kassenärztliche als auch auf die Kassenzahnärztliche Versorgung. Sie sind das Produkt einer historischen Entwicklung des Kassenarztrechts, das auf dem zahnärztlichen Sektor weitgehend – wenn auch phasenverschoben – parallel zum ärztlichen Bereich verlief: Die zahnärztliche Wissenschaft zweigte sich erst verhältnismäßig spät als selbstständige Fachdisziplin von der allgemeinen Medizin ab. Während das Krankenversicherungsgesetz von 1883 noch ausschließlich von ärztlicher Behandlung sprach, berücksichtigte die Reichsversicherungsordnung des Jahres 1914 die Entwicklung in der Zahnheilkunde insoweit, als die Behandlung von Zahnkrankheiten als Bestandteil der ärztlichen Behandlung angesehen wurde, die „auch durch approbierte Zahnärzte“ geleistet werden könne. 1917 entschied das Reichsversicherungsamt, dass Karies eine behandlungsbedürftige Krankheit und das Füllen von Zähnen Pflichtleistung sei. Vertragliche Vereinbarungen zwischen den zahnärztlichen Berufsvertretungen und den Krankenkassen kamen auf zentraler Ebene erstmals 1922 zustande. In diesen Vereinbarungen legte man sich auch auf einen Katalog zahnärztlicher Grundgebühren fest, der als Teil IV der Preußischen Gebührenordnung für approbierte Ärzte und Zahnärzte angefügt und 1935 als Kassenzahnärztliche Gebührenordnung (KAZGO) verselbstständigt wurde.

Einen gewissen Abschluss dieser Entwicklung brachte die Vertragsordnung von 1935, die die kollektiv-vertragliche Grundlage für die Kassenzahnärztliche Versorgung bildete, nach dem durch die Verordnung vom 27.7.1933 die Kassenzahnärztliche Vereinigung Deutschlands als juristische Person des öffentlichen Rechts geschaffen wurde. Durch den sog. „Verbesserungserlass“ des Reichsarbeitsministers wurden 1943 auch Zahnersatzleistungen in Form einer fakultativen Zuschussleistung Leistung derjenigen Kassen, die die Kassenzahnärztliche Versorgung einbezogen. Nach In-Kraft-Treten des Gesetzes über Kassenarztrecht (GKAR vom 17.8.1955) wurde diese Entwicklung weitergeführt und auf eine neue Grundlage gestellt durch den Abschluss des Bundesmantelvertrages vom 2.5.1962, der die Neuschaffung eines Bewertungsmaßstabes für zahnärztliche Leistungen (BEMA-Z) und eine Verfahrensordnung vorsah.

Parallel mit dieser Entwicklung erfuhr der Umfang der zahnärztlichen Behandlung ständig Erweiterungen. Die wissenschaftliche Entwicklung und die

Ausdehnung zahnärztlicher Tätigkeit in die Bereiche der Kieferorthopädie, der Parodontalbehandlung, der Prophylaxe, der Funktionsanalyse und der Implantologie sowie der Fortschritt der prothetischen Versorgung kennzeichnen diese Entwicklung, die sich auch in der Definition des § 1 Abs. 3 des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde von 1952 niederschlägt, wonach „Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten jede von der Norm abweichende Erscheinung im Bereich der Zähne, des Mundes und des Kiefers einschließlich der Anomalien der Zahnstellung und des Fehlens von Zähnen“ sind.

Die Rechtsprechung hat dieser Ausweitung des Krankheitsbegriffes zunehmend entsprochen und Prothetikleistungen zur kassenzahnärztlichen Versorgung gerechnet, soweit sie Funktionsstörungen, die durch das Fehlen von Zähnen verursacht sind, beheben, verbessern oder vor Verschlimmerung bewahren. Ebenso wie Prothetikleistungen unterliegt auch die kieferorthopädische Behandlung nach der Rechtsprechung dem sozialversicherungsrechtlichen Krankheitsbegriff, wenn sie notwendig ist, um eine normale Funktion des Kauens, Beißens oder Artikulierens zu erreichen.

Der Gesetzgeber trug dieser Entwicklung dadurch Rechnung, dass er im Rehabilitationsangleichungsgesetz vom 7.8.1974 den Rechtsanspruch des Versicherten auf den Zuschuss der Kassen zum Zahnersatz in der RVO institutionalisierte. Schon vorher hatten sich die Vertragspartner auf die vertragliche Übernahme der kieferorthopädischen Behandlung in die kassenzahnärztliche Versorgung geeinigt. Der Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen (vgl. Abschn. 2.3.1) schuf entsprechende Richtlinien. Durch eine Entscheidung des Bundessozialgerichts aus dem Jahre 1974 wurde festgelegt, dass die Zahnersatzleistungen in Verträgen zwischen den Krankenkassen und den kassenzahnärztlichen Organisationen zu regeln seien und ggfs. den Feststellungen der Schiedsämter unterliegen. Das Urteil anerkannte die Sonderstellung des Zahnersatzes als Zuschussleistung, die auf einer privatvertraglichen Beziehung zwischen Zahnarzt und Patient beruhe und nicht der Gesamtvergütung unterliege. Die Vertragspartner bezogen auf der Grundlage dieses Urteils den Zahnersatz in den Bundesmantelvertrag-Zahnärzte sowie in den Bewertungsmaßstab ein. Als Ergebnis von Vertragsverhandlungen der Partner des Bundesmantelvertrages-Zahnärzte wurde die systematische Behandlung von Parodontopathien mit Wirkung vom 1.7.1974 Bestandteil des Bundesmantelvertrages. 1977 wurde gesetzlich festgelegt, dass auch die Vergütungen für zahntechnische Leistungen Gegenstand von Verträgen über die kassenzahnärztliche Versorgung sind.

Während jahrzehntelang die restaurative Zahnheilkunde und die prothetische Versorgung im Vordergrund standen, wurden zum 1.1.1989 durch das Gesundheitsreformgesetz (GRG) erstmalig Leistungen der Vorsorge in der Form von gruppen- und individualprophylaktischen Leistungen gesetzlich institutionalisiert. Im Jahre 1996 wurden aufwändige Zahnfüllungen insofern in den Bereich der GKV einbezogen, als eine Mehrkostenvereinbarung zwischen Patient und Zahnarzt gesetzlich vorgesehen wurde mit der Konsequenz, dass die

Krankenkassen auch für aufwändige Füllungen dem Versicherten gegenüber die Kosten für die vergleichbare preisgünstigste plastische Füllung als Sachleistung zu übernehmen haben. Durch das zweite GKV-Neuordnungsgesetz (2. NOG) wurden im Jahre 1997 die individualprophylaktischen Leistungen ausgeweitet. Während implantologische Leistungen und die darauf aufbauenden Zahnersatzversorgungen (Suprakonstruktionen) in der Vergangenheit nicht Gegenstand der vertragszahnärztlichen Versorgung waren, wurden diese durch eine entsprechende Ergänzung des Gesetzes als Ausnahmeindikation in die vertragszahnärztliche Versorgung einbezogen.

Die Ausgabenentwicklung der GKV, insbesondere im stationären und Arzneimittel-Sektor, die demographische Entwicklung, die Morbiditätsstrukturen und der medizinische Fortschritt veranlassten den Gesetzgeber ab Mitte der 70er-Jahre, in einer Sequenz von Kostendämpfungsgesetzen immer wieder in die Vertrags- und Vergütungsstrukturen der GKV zu intervenieren (vgl. Abschn. 2.2.1.3). Sinnfällige Zeichen dieser Gesetzgebungshypertrophie sind das ständig sich ändernde rechtliche Schicksal der prothetischen Versorgung und mehrere sog. „Umstrukturierungen“ des zahnärztlichen Bewertungsmaßstabes mit dem Ziel, angebliche Überbewertungen, insbesondere kieferorthopädischer und prothetischer Leistungen, abzubauen.

Durch das Gesundheitsreformgesetz (GRG) erfolgte ein unmittelbarer Eingriff des Gesetzgebers in die vertraglich vereinbarten Vergütungsstrukturen, indem beim Zahnersatz Vergütungen für die Aufstellung eines Heil- und Kostenplanes sowie pauschale Vergütungen für Material- und Laborkosten für unzulässig erklärt wurden. Durch das am 1.1.1993 in Kraft getretene Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) erfolgte eine weitere Absenkung der Vergütungen für Leistungen bei Zahnersatz und Zahnkronen und bei kieferorthopädischer Behandlung unmittelbar durch den Gesetzgeber, wobei die Gesetzesfassung vorsah, dass die geltenden Punktwerte für diese Leistungen für die Dauer eines Jahres um 10 Prozent abgesenkt wurden. Durch das GKV-Solidaritätsgesetz (GKV-SolG) ist – beschränkt auf das Jahr 1999 – erneut eine Begrenzung der Gesamtvergütungen für die vertragszahnärztlichen Leistungen erstmalig auch unter Einbeziehung der Ausgabenvolumina für Zahnersatz und Kieferorthopädie erfolgt. Ab dem 1.1.2000 gilt auch für den Bereich der vertragszahnärztlichen Leistungen die Bestimmung des § 71 Abs. 2 SGB V in der Fassung des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000, wonach sich die vereinbarte Veränderung der Gesamtvergütungen grundsätzlich nicht stärker entwickeln darf als eine jährlich vom BMGS festzusetzende durchschnittliche Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied im gesamten Bundesgebiet. Die Veränderungsrate orientiert sich an einer Festsetzung durch das Gesundheitsministerium anhand vorläufiger Rechnungsergebnisse der Krankenkassen, wobei eine Überprüfung dieser Rechnungsergebnisse gesetzlich ebenso wenig vorgesehen ist wie eine nachträgliche Korrektur. Die Budgetierung der zahnmedizinischen Versorgung leidet unter erheblichen leistungsrechtlichen Verzerrungen, die darauf zurückzuführen sind, dass häufige gesetzgeberische Interventionen zu

Nachfragevarianzen und Absenkung der Leistungsmenge geführt haben, die zur Basis einer Festschreibung des Vergütungsvolumens auf niedrigerem Niveau wurden.

Durch die GKV-Gesundheitsreform 2000 wurde in § 87 Abs. 2d SGB V und § 92 Abs. 1a SGB V ein erneuter Auftrag zur Umstrukturierung der Bewertungen zahnärztlicher Leistungen und zur Neufassung der Richtlinien erteilt, um den Bewertungsmaßstab zu Lasten der prothetischen Leistungspositionen weiter abzuwerten, obwohl diese durch die verschiedenen Kostendämpfungsgesetze seit Beginn der 80er-Jahre in mehreren Stufen um insgesamt ca. 35 Prozent reduziert worden sind.

#### **4.1 Der zahnmedizinische Leistungskatalog der GKV**

Der aktuelle zahnmedizinische Leistungskatalog findet sich im dritten Abschnitt (Leistungen zur Verhütung von Krankheiten), im vierten Abschnitt (Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten) sowie im fünften Abschnitt (Leistungen bei Krankheit) des Dritten Kapitels des SGB V. Entsprechend der zunehmenden Präventionsorientierung der Krankenversicherung wurde in den letzten Jahren der Verhütung von Zahnerkrankungen vom Gesetzgeber zunehmend Priorität eingeräumt. Nach § 21 SGB V haben die Krankenkassen im Zusammenwirken mit den Zahnärzten und den Länderbehörden Maßnahmen zur Erkennung und Verhütung von Zahnerkrankungen ihrer Versicherten durchzuführen, die das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Diese Maßnahmen sollen vorrangig in Gruppen, insbesondere in Kindergärten und Schulen, durchgeführt werden. Sie sollen sich insbesondere auf die Untersuchung der Mundhöhle, die Erhebung des Zahnstatus, Zahnschmelzhärtung, Ernährungsberatung und Mundhygiene erstrecken, wobei für Kinder mit besonders hohem Kariesrisiko spezifische Programme zu entwickeln sind. Die gesetzliche Regelung, die auf langjährigen Eigeninitiativen regionaler zahnärztlicher Körperschaften beruht, sieht Rahmenvereinbarungen zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen, den Zahnärzten und den in diesen Ländern zuständigen Stellen vor. Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen über Inhalt, Finanzierung und Evaluation der Maßnahmen.

Neben der Gruppenprophylaxe als kollektive Form präventiver Maßnahmen statuiert § 22 SGB V die Individualprophylaxe als Leistung der GKV. Versicherte, die das 6., aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben, können sich zur Verhütung von Zahnerkrankungen einmal in jedem Kalenderhalbjahr zahnärztlich untersuchen lassen. Die Untersuchungen erstrecken sich auf den Befund des Zahnfleisches, Aufklärung über Krankheitsursachen und -vermeidung, Erstellung von diagnostischen Vergleichen zur Mundhygiene, zum Zustand des Zahnfleisches und zur Anfälligkeit gegenüber Karieserkrankungen, Motivation und Einweisung bei der Mundpflege sowie auf Maßnahmen zur Schmelzhärtung der Zähne. Versicherte, die das 6., aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben Anspruch auf Fissurenversiegelung der

Molaren. Der Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen regelt in Richtlinien das Nähere über Art, Umfang und Nachweis der individualprophylaktischen Leistungen (vgl. Abschn. 2.3.1).

Nach § 26 SGB V sind im Rahmen der Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten für versicherte Kinder bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, insbesondere Inspektion der Mundhöhle, Einschätzung oder Bestimmung des Kariesrisikos, die Ernährungs- und Mundhygieneberatung sowie Maßnahmen zur Schmelzhärtung der Zähne und zur Keimzahlsenkung vorgesehen.

Neben Prävention und Früherkennung steht die Krankenbehandlung im Mittelpunkt der gesetzlichen Krankenversicherung. § 28 Abs. 2 SGB V definiert die zahnärztliche Behandlung als die Tätigkeit des Zahnarztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist. Die Krankenbehandlung bezieht sich nach § 27 Abs. 1 Nr. 2 SGB V auf die zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz.

Die zahnärztliche Behandlung umfasst damit insbesondere die konservierend-chirurgische Behandlung, die Behandlung von Parodontopathien, die prothetische Versorgung sowie die kieferorthopädische Behandlung. Bezüglich der konservierenden Behandlung trifft das Gesetz in § 28 Abs. 2 SGB V spezielle Regelungen für Mehrkosten, die der Versicherte bei Zahnfüllungen zu tragen hat, die über das Maß des Notwendigen und Wirtschaftlichen hinausgehen. Das Gesetz grenzt ausdrücklich einige Behandlungsformen aus der Leistungspflicht der GKV aus: Nicht zur zahnärztlichen Behandlung gehört demnach die kieferorthopädische Behandlung von Versicherten, die zu Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr vollendet haben, mit Ausnahme solcher Versicherter, bei denen schwere Kieferanomalien vorliegen, die kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen erfordern. Ebenso gehören funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen nicht zur zahnärztlichen Behandlung und dürfen von den Krankenkassen auch nicht bezuschusst werden. Das gleiche gilt für implantologische Leistungen einschließlich der Suprakonstruktion, es sei denn, es liegen seltene vom Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen (vgl. Abschn. 2.3.1) zu definierende Ausnahmeindikationen vor.

Bezüglich kieferorthopädischer Leistungen definiert das Gesetz in § 29 SGB V den Anspruch auf kieferorthopädische Behandlung im Sinne medizinisch begründeter Indikationsgruppen, bei denen eine Kiefer- oder Zahnfehlstellung vorliegt, die das Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen erheblich beeinträchtigt oder zu beeinträchtigen droht. Während die konservierend-chirurgischen und parodontologischen Behandlungen zu 100 Prozent von der Krankenversicherung übernommen werden, leisten die Versicherten zu der kieferorthopädischen Behandlung einen Anteil in Höhe von 20 Prozent der Kosten an den Vertragszahnarzt. Befinden sich mindestens zwei versicherte Kinder, die bei

Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und mit ihrem Erziehungsberechtigten in einem gemeinsamen Haushalt leben, in kieferorthopädischer Behandlung, beträgt der Eigenanteil für das zweite und jedes weitere Kind 10 Prozent. Das Gesetz enthält in § 29 Abs. 3 SGB V eine Bonusregelung für den Fall, dass die Behandlung in dem durch den Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang abgeschlossen worden ist. In diesem Fall zahlt die Kasse den von den Versicherten geleisteten Eigenanteil an die Versicherten zurück.

Bezüglich der prothetischen Versorgung trifft das Gesetz im § 30 SGB V differenzierte Regelungen: Danach haben Versicherte Anspruch auf eine medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz, d. h. zahnärztliche Behandlung und zahntechnische Leistungen. Der Zahnersatz umfasst auch Zahnkronen. Bei großen Brücken ist die Versorgung auf den Ersatz von bis zu vier fehlenden Zähnen je Kiefer und bis zu drei fehlenden Zähnen je Seitenzahnggebiet begrenzt. Bei Kombinationsversorgungen ist die Leistungspflicht der Krankenversicherung auf zwei Verbindungselemente je Kiefer, bei Versicherten mit einem Restzahnbestand von höchstens drei Zähnen je Kiefer auf drei Verbindungselemente je Kiefer begrenzt. Versicherte leisten zu der Versorgung mit Zahnersatz einen Anteil von 50 Prozent der Kosten auf der Berechnungsgrundlage des vom Zahnarzt zu erstellenden Heil- und Kostenplanes; für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne, d. h. bei regelmäßiger Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen über einen Zeitraum von 5 Jahren mindert sich der Anteil um 10 Prozentpunkte, um weitere 5 Prozentpunkte, wenn Versicherte ihre Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten 10 Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung die Untersuchungen ohne Unterbrechung in Anspruch genommen haben. § 30 SGB V enthält weitere Regelungen, die eine Mehrkostenregelung für aufwändigen Zahnersatz betreffen, sowie die Verpflichtung des Zahnarztes, vor Beginn der Behandlung einen kostenfreien, die gesamte Behandlung umfassenden Heil- und Kostenplan zu erstellen. Die im Heil- und Kostenplan vorgesehene Versorgung mit Zahnersatz bedarf vor Beginn der Behandlung der Genehmigung der Krankenkasse, die den Versichertenanteil an diesen Kosten zu bestimmen hat.

#### **4.2 Vertrags- und Vergütungssystem der vertragszahnärztlichen Versorgung**

Die Durchführung der vertragszahnärztlichen Versorgung ist normativ angesiedelt in den §§ 72 ff. des SGB V. Hier wird die Pflicht von Ärzten, Zahnärzten und Krankenkassen zur Sicherstellung der vertrags(zahn-)ärztlichen Versorgung der Versicherten zusammenzuwirken, vom Gesetz ausdrücklich statuiert. Um ein konzertiertes und koordiniertes Zusammenwirken von (Zahn-)Ärzten und Krankenkassen zur Erfüllung ihres Sicherstellungsauftrages zu bewirken, schreibt das Gesetz ein Vertragssystem von Mantel- und Gesamtverträgen über die vertrags(zahn-)ärztliche Versorgung vor. Diese bilden neben den gesetzlichen Vorschriften und den Richtlinien der bei den Kassen(zahn-)ärzt-



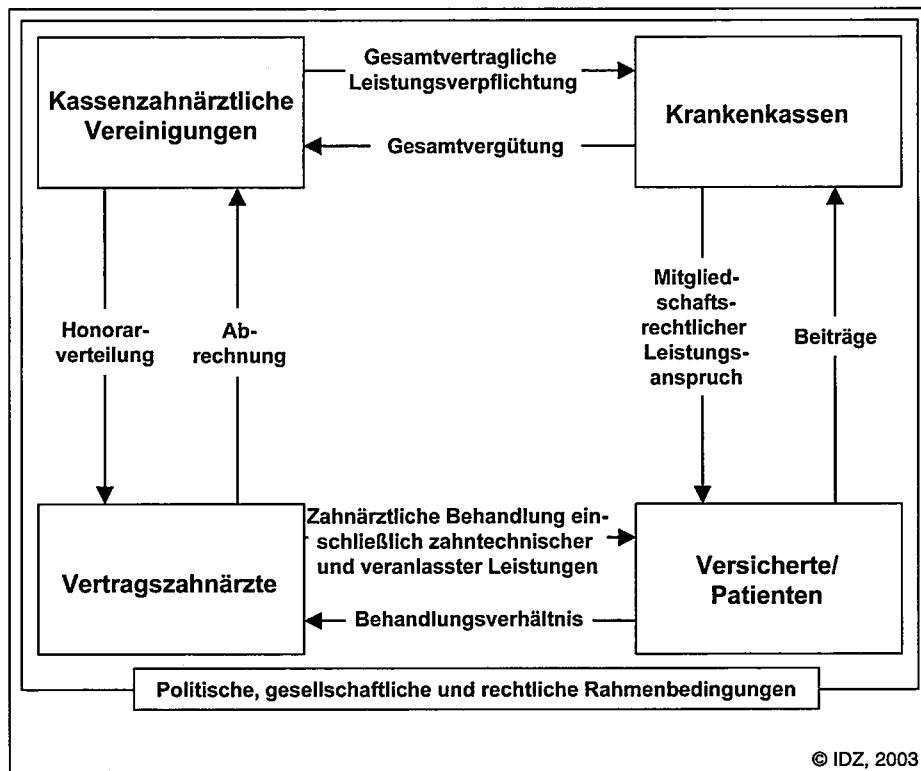
lichen Bundesvereinigung gemeinsam mit den Krankenkassen gebildeten Bundesausschüssen das zentrale Regelungsreservoir für die vertrags(zahn-)ärztliche Versorgung bilden. Verträge und Richtlinien sind an die gesetzlichen Zielprojektionen der gleichmäßigen, ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Kranken gekoppelt. Das Korrelat der Übernahme der Sicherstellungsverpflichtung durch die Kassen(zahn-)ärztlichen Vereinigungen ist der Anspruch auf die angemessene ärztliche Vergütung, die in Gestalt einer Gesamtvergütung geregelt ist, die an die Kassen(zahn-)ärztliche Vereinigung entrichtet und von dieser an die Vertrags(zahn-)ärzte verteilt wird, wobei der Gesetzgeber Vorgaben für die Ermittlung von Höhe und Verteilungskriterien der Vergütung vorgibt.

Die gesetz- und vertragsmäßige Durchführung der vertrags(zahn-)ärztlichen Versorgung, die Überwachung der vertrags(zahn-)ärztlichen Tätigkeit und die Verteilung der vertrags(zahn-)ärztlichen Gesamtvergütung obliegt den Kassen(zahn-)ärztlichen Vereinigungen (§ 72 SGB V). Zur Vermeidung von Lücken der vertraglich geregelten vertrags(zahn-)ärztlichen Versorgung sieht das Gesetz die Vertragsfestsetzung durch Schiedsämter vor, wenn ein Vertrag nicht zustande kommt oder eine Vertragspartei den Vertrag kündigt.

Vor diesem gesetzlichen Hintergrund ist die Entwicklung des Kassenarztrechts gekennzeichnet von der Tendenz zur Kollektivierung der vertraglichen Beziehungen. War es früher der privatrechtliche Einzelvertrag zwischen (Zahn-)Arzt und Krankenkasse, der die tragende Säule der Versorgung sozialversicherter Patienten und Rechtsgrundlage aller Rechte und Pflichten des (Zahn-)Arztes in der kassen(zahn-)ärztlichen Versorgung darstellte, so können Rechtsbeziehungen des geltenden Kassenarztrechts in dem Viereck Krankenkasse – Versicherter – Vertragszahnarzt – Kassenzahnärztliche Vereinigung dargestellt werden (vgl. Abbildung 4), mit dem Unterschied zum Rechtszustand Anfang des 20. Jahrhunderts, dass direkte Beziehungen des (Zahn-)Arztes zur Krankenkasse entfallen.

Nach Maßgabe des SGB V wird der Vertrags(zahn-)arzt durch die Zulassung und die Mitgliedschaft in der Kassen(zahn-)ärztlichen Vereinigung verpflichtet, die Behandlung von Versicherten gemäß den gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen durchzuführen. Dem Recht des Versicherten, einen zugelassenen Zahnarzt seiner Wahl aufzusuchen und dessen Behandlung in Anspruch zu nehmen, weil er einen Leistungsanspruch gegen seine Krankenkasse hat, entspricht die Behandlungspflicht des Vertrags(zahn-)arztes aufgrund seiner Mitgliedschaft in der zuständigen Kassen(zahn-)ärztlichen Vereinigung, die ihn zur Teilnahme an der vertrags(zahn-)ärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet. Es stehen sich somit – jeweils in Rechtsbeziehungen zueinander – gegenüber: auf der einen Seite Versicherter und Krankenkasse, auf der anderen Seite Kassen(zahn-)ärztliche Vereinigung und Vertrags(zahn-)arzt.

Ebenso wie das Rechtsverhältnis zwischen sozialversicherten Patienten und Krankenkasse aufgrund seines Mitgliedschaftsverhältnisses öffentlich-recht-



**Abbildung 4:** Rechtsbeziehungen im zahnärztlichen Versorgungssystem

licher Art ist, ist auch die Rechtsbeziehung zwischen Kassen(zahn-)ärztlicher Vereinigung und Vertrags(zahn-)arzt Ausfluss der gesetzlich angeordneten Pflichtmitgliedschaft in der Kassen(zahn-)ärztlichen Vereinigung. Die Rechte und Pflichten des Vertrags(zahn-)arztes werden durch das Gesetz, die Richtlinien und die vertraglichen Abmachungen vorgezeichnet, die die Kassen(zahn-)ärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen durch die Gesamtverträge über die Versorgung von Kassenpatienten sowie über die Vergütung der (zahn-)ärztlichen und sonstigen Leistungen treffen (§ 83 Abs. 1 SGB V). Die Gesamtverträge, die öffentlich-rechtliche Verträge darstellen, begründen Rechte und Pflichten der Vertragspartner, entfalten darüber hinaus normative Wirkung, d. h. sie begründen unmittelbar Rechte und Pflichten der an der vertrags(zahn-)ärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertrags(zahn-)ärzte und der Krankenkassen. Die Kassen(zahn-)ärztlichen Bundesvereinigungen und die Bundesverbände der Krankenkassen vereinbaren Bundesmantelverträge, die den allgemeinen Inhalt der Gesamtverträge bundeseinheitlich regeln (§ 82 Abs. 1 SGB V).

Neben den Gesamtverträgen bestimmen die Richtlinien, die der Bundesausschuss der Ärzte/Zahnärzte und Krankenkassen (vgl. Abschn. 2.3.1) erlässt,

die Kriterien für die Sicherstellung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Kranken (§ 92 SGB V). Die Richtlinien, die einem Beanstandungsrecht und der Befugnis zur Ersatzvornahme durch den zuständigen Bundesminister unterliegen (§ 94 Abs. 1 SGB V), können selbst kein neues Leistungsrecht für die in der Gesetzlichen Krankenversicherung Beteiligten schaffen, sondern erfüllen eine wichtige Konkretisierungs- und Auslegungsfunktion bestehenden Gesetzes- und Vertragsrechts. Gleichwohl kommt ihnen für das Leistungsrecht der GKV erhebliche Bedeutung zu, weil sie die jeweils vom Leistungsrecht der GKV umfassten Behandlungsmethoden und Arzneimittel definieren.

Der Vergütungsanspruch des Vertrags(zahn-)arztes richtet sich gegen seine Kassen(zahn-)ärztliche Vereinigung; dafür entrichtet die Krankenkasse an die Kassen(zahn-)ärztliche Vereinigung die sog. „Gesamtvergütung“ mit befreiender Wirkung (§ 85 SGB V). Die Gesamtvergütung ist in ihrer rechtlichen Konstruktion das Korrelat des im Sachleistungsbereich fehlenden Honoraranspruchs des Zahnarztes gegenüber dem Patienten. Die Gesamtvergütung betrifft daher nur Entgelte für Leistungen, die von der Krankenkasse als Sachleistung gewährt werden. Die Höhe der Gesamtvergütung wird im Gesamtvertrag mit Wirkung für die beteiligten Krankenkassen vereinbart (§ 85 Abs. 2 SGB V). Veränderungen der Gesamtvergütung werden von den Vertragsparteien des Gesamtvertrages, den Kassen(zahn-)ärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen vereinbart. Hierbei ist der Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71 SGB V) in Bezug auf das Ausgaben-volumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertrags(zahn-)ärztlichen Leistungen zu beachten (§ 85 Abs. 3 SGB V). Kriterien für die Veränderung der Gesamtvergütung sind die Praxiskosten, die für die vertrags(zahn-)ärztliche Tätigkeit aufzuwendende Arbeitszeit, Art und Umfang der (zahn-)ärztlichen Leistungen, soweit sie auf einer gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsausweitung beruhen (§ 85 Abs. 3 SGB V). Durch das GSG 1993 wurde die Gesamtvergütung für vertrags(zahn-)ärztliche Leistungen „gedeckelt“, d. h. sie darf sich höchstens in dem Prozentsatz verändern, in dem sich die Grundlohnsumme verändert. Ergibt sich im Vereinbarungszeitraum jedoch ein höheres Volumen, ist diese Abweichung bei der jeweils folgenden Vereinbarung der Veränderung der Gesamtvergütung zu berücksichtigen (§ 85 Abs. 3c SGB V). Ab 1.1.2000 ist die Veränderung der Gesamtvergütung an die jährlich vom BMGS festzusetzende durchschnittliche Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen gekoppelt. Das führt dazu, dass entweder die Krankenkassen nur einen bestimmten Betrag der Gesamtvergütung bezahlen, der dann – unabhängig von den anfallenden Leistungen – auf die (Zahn-)Ärzte aufgeteilt werden muss, oder dass nachfolgende Punktwertvereinbarungen ggf. Abschläge enthalten müssen, wenn die vorge-sehene Menge überschritten worden ist.

Bei der Verteilung der Gesamtvergütung wendet die Kassen(zahn-)ärztliche Vereinigung den von ihr erlassenen Honorarverteilungsmaßstab an. Der Honorarverteilungsmaßstab (§ 85 Abs. 4 SGB V) regelt die Verteilung der

Gesamtvergütung an die Mitglieder der KZV. Dabei sind Art und Umfang der vertrags(zahn-)ärztlichen Leistungen zugrunde zu legen, wobei Begrenzungen zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der vertrags(zahn-)ärztlichen Tätigkeit getroffen werden können. Auf der Grundlage des Honorarverteilungsmaßstabes ergehen die Honorarabrechnungsbescheide der Kassen(zahn-)ärztlichen Vereinigung. Der Honorarverteilungsmaßstab, der dem autonomen Satzungsrecht der Kassen(zahn-)ärztlichen Vereinigung im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen unterliegt, kann die berechnungsfähigen Leistungen, Bestimmungen über Rechnungsstellung, Abrechnung der Leistungen sowie die Verteilung der Gesamtvergütung enthalten. Der Honoraranspruch des (Zahn-)Arztes wird von der Kassen(zahn-)ärztlichen Vereinigung in einem Honorarbescheid festgestellt, der einen Verwaltungsakt gegenüber dem Zahnarzt darstellt, gegen den der Zahnarzt Rechtsmittel bei den Sozialgerichten einlegen kann.

Seit dem GSG besteht der sog. „degressive Punktwert“ (§ 85 Abs. 4b SGB V), d.h. ab einer Gesamtpunktmenge von 350.000 Punkten je Kalenderjahr verringert sich der Vergütungsanspruch für die weiteren vertragszahnärztlichen Behandlungen um 20 Prozent, ab einer Punktmenge von 450.000 je Kalenderjahr um 30 Prozent und ab einer Punktmenge von 550.000 je Kalenderjahr um 40 Prozent. Seit dem GKV-SolG (1999) betrifft dies auch Zahnersatz und Zahnkronen sowie kieferorthopädische Behandlungen. Bei Gemeinschaftspraxen richten sich die Punktmengengrenzen nach der Zahl der gleichberechtigten zahnärztlichen Mitglieder (§ 85 Abs. 4b SGB V). Gegen diese Bestimmungen sind im erheblichen Umfang verfassungsrechtliche Bedenken geltend gemacht worden, insbesondere im Hinblick darauf, dass sie zeitgleich mit gesetzlich angeordneten weiteren Vergütungsreduzierungen gekoppelt waren und im vertragszahnärztlichen Bereich das Phänomen der sog. „angebotsinduzierten Nachfrage“, d.h. der Mengensteigerung durch die Leistungserbringer, nicht in einem dem ärztlichen Versorgungssektor vergleichbaren Maße besteht. Die höchstrichterliche Rechtsprechung hat sich in verschiedenen Entscheidungen diesen Bedenken bisher nicht angeschlossen.

Der Inhalt der einzelnen abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander wird durch den Bewertungsmaßstab festgelegt (§ 87 Abs. 2 SGB V), der durch den Bewertungsausschuss (vgl. Abschn. 2.3.3) geregelt wird und dem in paritätischer Besetzung Vertreter der Zahnärzte und Krankenkassen angehören und der sich im Nichteinigungs-falle zum Erweiterten Bewertungsausschuss unter Hinzuziehung von unparteiischen Mitgliedern erweitert (§ 87 Abs. 4 SGB V). Der Erweiterte Bewertungsausschuss setzt mit der Mehrheit seiner Mitglieder den Bewertungsmaßstab fest, der die Rechtswirkung einer vertraglichen Vereinbarung hat. Der Bewertungsausschuss definiert durch Zuordnung der jeweiligen Punktzahlen das Gewicht, das die einzelnen zahnärztlichen Leistungsbereiche (konservierend-chirurgisch, Prothetik, Parodontologie, Kieferorthopädie) im Verhältnis zueinander haben, und hat durch diese Gewichtungsmöglichkeit auch eine erhebliche versorgungspolitische Steuerungsfunktion. Ebenso wie der Bewertungs-

maßstab bei der Festlegung der Bewertungsrelationen einer Zwangsschlichtung unterliegt, werden auch die Verträge über die kassenzahnärztliche Versorgung, die durch den Punktwert über die Höhe der Gesamtvergütung befinden, im Nichteinigungsfalle einem öffentlich-rechtlichen Schiedswesen (vgl. Abschn. 2.3.2) unterworfen, das sicherstellt, dass ein vertragsloser Zustand in der kassenzahnärztlichen Versorgung nicht auftreten kann. Die Schiedsämter, die aus einem Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern sowie aus Vertretern der Zahnärzte und Krankenkassen in gleicher Zahl bestehen, setzen ihr Ermessen an die Stelle der Vertragsparteien. Gegen ihre Entscheidung ist der Rechtsweg zu Sozialgerichten eröffnet.

### **4.3 Kassenzahnärztliche Vertrags- und Honorargestaltung**

#### **4.3.1 Sachleistung versus Kostenerstattung**

Das Sozialgesetzbuch (§ 11 SGB I) unterscheidet zwischen Dienstleistungen, Geldleistungen und Sachleistungen. Nach § 2 Abs. 2 SGB V erhalten die Versicherten der GKV die Leistungen als Sach- und Dienstleistungen, soweit das SGB V nichts Abweichendes vorsieht. Kostenerstattung darf die Krankenkasse anstelle von Sach- oder Dienstleistungen nur praktizieren, soweit dies gesetzlich ausdrücklich geregelt ist (§ 13 Abs. 1 SGB V). Die Kostenerstattung betrifft insbesondere das Wahlrecht freiwilliger Mitglieder (§ 13 Abs. 2 SGB V) sowie die Leistungspflicht der Krankenkasse im Falle unaufschiebbarer Leistungen, die die Krankenkasse dem Versicherten erstatten muss, soweit sie notwendig waren und im Wege der Sachleistung nicht rechtzeitig erbracht werden konnten.

Während konservierend-chirurgische Leistungen traditionell wie beinahe alle vertragszahnärztlichen Leistungen als Sachleistungen erbracht wurden, haben Kieferorthopädie und zahnprothetische Leistungen ein wechselhaftes leistungsrechtliches „Schicksal“ erfahren: Zunächst wurde der Zahnersatz ab 1974 als Zuschussleistung in die GKV eingeführt, wobei die Krankenkasse 80 Prozent der Behandlungskosten übernahm und der Versicherte auch für kieferorthopädische Behandlungen eine Zuzahlung zu tragen hatte. Die Behandlung erfolgte auf der Grundlage eines individuellen Vertragsabschlusses zwischen dem Kassenzahnarzt und Kassenpatienten, so dass der Patient unmittelbarer Schuldner der darin vereinbarten Vergütung war und ihm kein Anspruch auf Sachleistung, sondern auf Kostenerstattung im satzungsmäßigen Rahmen zustand. Nachdem 1981 der Zahnersatz vorübergehend durch Gesetzesänderung des „Krankenversicherungskostendämpfungsergänzungsgesetzes“ (KVEG) in die Sachleistung überführt worden war, wurde durch das GRG 1989 für zahnprothetische und kieferorthopädische Leistungen ein Kostenerstattungssystem eingeführt, wonach die Krankenkassen den Versichertenanteil der Behandlungskosten in Form einer Zuschusszahlung in unterschiedlicher Höhe zu erstatten hatten. Nach der diesbezüglichen Bewertung durch das Bundessozialgericht handelt es sich bei diesen Leistungen der

Krankenkassen allerdings nicht um Kostenerstattungen im eigentlichen Sinne, sondern lediglich um ein „Sachleistungssurrogat“, das sich durch die Normierung einer teilweisen Eigenbeteiligung auszeichnete und nicht als ein die Zuschussfälle übergreifendes Gegenprinzip zur Sachleistung institutionalisiert worden sei. Die leistungsrechtliche Einordnung zwischen Sachleistung und Kostenerstattung fand in den nachfolgenden Jahren in verschiedenen teils gegenläufigen gesetzgeberischen Ansätzen ihren Niederschlag.

Während es kennzeichnend für die Sachleistung ist, dass der Patient aufgrund seines Versicherungsverhältnisses einen Anspruch auf Versorgung gegen die Krankenkasse hat, und die Krankenkasse diesen Anspruch durch ihre Verträge mit der Kassen(zahn-)ärztlichen Vereinigung und der Behandlungspflicht des Vertrags(zahn-)arztes einlöst, ohne dass ein individueller Honorarvertrag zwischen (Zahn-)Arzt und Patient zustande kommt, besteht im Kostenerstattungssystem ein privatrechtlicher Behandlungsvertrag zwischen (Zahn-)Arzt und seinem Patienten mit der Folge, dass der Patient einen Behandlungsanspruch gegen den (Zahn-)Arzt erwirbt, dieser wiederum einen Honoraranspruch gegenüber dem Patienten. Im Regelfall erfolgt deshalb auch die unmittelbare Abrechnung zwischen (Zahn-)Arzt und Patient. Der Versicherte hat gegenüber seiner Krankenkasse einen Anspruch auf die Kostenerstattung unabhängig von seiner Zahlungspflicht gegenüber dem (Zahn-)Arzt. Eine Abrechnung über die KZV ist im Kostenerstattungssystem nur bei einer entsprechenden gesamtvertraglichen Regelung zulässig, eine Abtretung des Kostenerstattungsanspruches des Versicherten an den (Zahn-)Arzt ist in Einzelfällen möglich, wenn sie gem. § 53 SGB I im Interesse des Versicherten liegt.

Durch das GSG 1993 wurde ein modifiziertes Kostenerstattungsprinzip für Zahnersatz und kieferorthopädische Leistungen eingeführt mit der Maßgabe, dass die Krankenkasse ihre Leistungspflicht gegenüber den Versicherten dadurch erfüllt, dass sie den von ihr zu tragenden Anteil an den Versorgungskosten an die KZV zahlt und der Zahnarzt in Höhe des von der Krankenkasse zu tragenden Kostenanteils keinen Zahlungsanspruch mehr gegenüber dem Versicherten hat. Von einer solchen „hinkenden Form“ der Kostenerstattung entfernte sich das 2. GKV-Neuordnungsgesetz 1997 durch eine Neufassung der §§ 29 und 30 SGB V, in dem der Zahlungsanspruch des Vertragszahnarztes gegenüber seinem Patienten in voller Höhe, also auch hinsichtlich des Kassenanteils, eingeführt und eine Abrechnung über die KZV ausgeschlossen wurde. Bei Zahnersatz wurde ein System von Festzuschüssen eingeführt, in dem die Krankenkasse für eine bestimmte medizinisch notwendige Versorgungsform einen bestimmten Festbetrag – unabhängig von den tatsächlichen Behandlungskosten – an den Versicherten auszuzahlen hatte. Die zahnärztlichen Leistungen wurden auf der Grundlage der GOZ abgerechnet. Hierdurch wurde eine echte Kostenerstattung als Gegenmodell zu dem im Übrigen fortgeltenden Sachleistungsprinzip eingeführt. Im Jahre 1999 wurde durch das GKV-SolG im Wesentlichen wieder der früher bestehende Rechtszustand hergestellt und durch eine Neufassung der §§ 29, 30 SGB V sowohl kieferorthopädische als auch zahnprothetische Leistungen wieder in der Form in das Sachleistungssystem einbezogen, dass die Versicherten zu den Behand-

lungskosten lediglich einen prozentualen Eigenanteil in unterschiedlicher Höhe unmittelbar an den Vertragszahnarzt zu leisten haben, während der Kassenanteil wiederum in vollem Umfang über die KZV abgerechnet wird.

#### 4.3.2 Sonderformen der Leistungsabwicklung

Während die konservierend-chirurgischen Behandlungen aufgrund eines Behandlungsausweises in Form der Versichertenkarte erbracht werden, durch die sich der Patient als Sozialversicherter ausweist (§ 8 Abs. 1 BMV-Z), gelten für die ebenfalls in Form der Sachleistung zu erbringenden Leistungsbereiche der Parodontalbehandlung, der prothetischen Behandlung und der Kieferorthopädie besondere vertraglich vereinbarte Abwicklungsmodalitäten: Für die Parodontalbehandlung ist vor Behandlungsbeginn vom Zahnarzt ein PAR-Status zu erstellen, den er der Krankenkasse zusendet und der von der Krankenkasse mit einer Kostenübernahmezusage versehen wird. Die Krankenkasse kann den eingereichten PAR-Status begutachten lassen (§ 2 Abs. 3 BMV-Z).

Bei der kieferorthopädischen Behandlung entscheidet die Krankenkasse aufgrund des vom Zahnarzt erstellten kieferorthopädischen Behandlungsplans über die Ausstellung des Berechtigungsscheins. Die Ausstellung hängt dabei davon ab, ob eine Krankheit und deren Behandlungsbedürftigkeit vorliegen. Ist dies nicht der Fall und liegt der Behandlungsfall jenseits der vom Bundesausschuss (vgl. Abschn. 2.3.1) festgelegten „Kieferorthopädischen Indikationsgruppen“ (KIG), ist die geplante kieferorthopädische Behandlung nicht der vertragszahnärztlichen Versorgung zuzurechnen.

Für die prothetische Behandlung ist anhand der Diagnose ein Heil- und Kostenplan aufzustellen (§ 17 Abs. 1 BMV-Z). Die Aufstellung des Heil- und Kostenplanes muss vor Beginn der prothetischen Behandlung erfolgen. Der Zahnarzt reicht den Heil- und Kostenplan bei der Krankenkasse ein, die ihn durch den sozialversicherten Patienten an den Zahnarzt, versehen mit der Kostenübernahme, zurückleitet (§ 1 Abs. 1 Anlage 12 zum BMV-Z). Die Bewilligung auf dem Heil- und Kostenplan erfasst auch die sog. „außervertraglichen Leistungen“, die der Zahnarzt abrechnet. Der Zweck der Bewilligung ist es, dem Versicherten eine verbindliche Rechtsgrundlage darüber zu verschaffen, in welchem Umfang die auf dem Heil- und Kostenplan ausgewiesenen Zahnersatzleistungen von der Krankenkasse übernommen werden. Die Bewilligung erstreckt sich auf alle im Heil- und Kostenplan aufgeführten und eindeutig gekennzeichneten Leistungen. Die Material- und Laboratoriumskosten werden als geschätzte Kosten ausgewiesen. Die Bewilligung der Kostenübernahme stellt einen Verwaltungsakt mit unmittelbarer Rechtswirkung sowohl dem sozialversicherten Patienten als auch dem Zahnarzt gegenüber dar.

### 4.3.3 Mehrkostenvereinbarungen

Im vertragszahnärztlichen Bereich sieht sich der Gesetzgeber mit der Besonderheit konfrontiert, dass sowohl bei der zahnärztlichen Füllungs-therapie als auch vor allem im Bereich der zahnprothetischen Leistungen und der Kieferorthopädie eine Vielzahl unterschiedlicher Versorgungsformen für einen vorgegebenen Befund existieren. Dass der Sachleistung immanente Alles-oder-Nichts-Prinzip, d. h. Akzeptanz einer sozialversicherungsrechtlich vorgegebenen Standardversorgung oder Verzicht auf die Kassenleistung, wird der zahnmedizinischen Therapieviefalt nicht gerecht. Aufwändigere Versorgungsformen erfüllen regelmäßig die gleiche Funktion wie wirtschaftlichere Versorgungsformen, sind für den Patienten zumindest subjektiv aber mit Komfortvorteilen (z. B. bei feststehendem Zahnersatz gegenüber herausnehmbarem Zahnersatz) oder ästhetischen Präferenzen verbunden. Schon in § 182c Abs. 5 RVO hatte der Gesetzgeber eine Regelung für eine sog. „Mehrkostenvereinbarung“ vorgesehen, wonach der Versicherte, der aufwändigeren Zahnersatz wählt, die Mehrkosten selbst zu tragen hat. Eine solche Mehrkostenregelung findet sich in der gegenwärtigen Gesetzesfassung in § 30 Abs. 3 SGB V. Demnach sind alle Versorgungsformen mehrkostenfähig, die über die im § 30 Abs. 1 SGB V definierte vertragszahnärztliche Versorgung hinausgehen. Dies betrifft insbesondere die vom Gesetz ausgeschlossenen großen Brücken- und Kombinationsversorgungen sowie Suprakonstruktionen, die auf Implantatversorgungen aufbauen. Mehrkostenfähig sind auch die nicht zum Gegenstand der vertragszahnärztlichen Versorgung zählenden neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, soweit sie vom Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen (vgl. Abschn. 2.3.1) noch nicht gem. § 135 Abs. 1 SGB V anerkannt worden sind. Dies gilt auch für neue Herstellungsverfahren von Kronen und Brücken. Sowohl die zahntechnischen Zusatzkosten als auch der zahnärztliche Mehraufwand können dem Versicherten auf der Grundlage einer solchen Mehrkostenvereinbarung in Rechnung gestellt werden.

Seit 1996 gilt infolge einer Neuregelung des § 28 Abs. 2 Satz 2–5 SGB V eine Mehrkostenregelung auch hinsichtlich alternativer Formen der Zahnfüllungen. Die immer wieder aufflammende Diskussion um den Füllungswerkstoff Amalgam führte dazu, der Vielzahl unterschiedlicher Versorgungsmöglichkeiten (neben Amalgam Kunststoffe, Keramik- und Goldfüllungen) dadurch Rechnung zu tragen, dass dem Versicherten Wahlmöglichkeiten hinsichtlich aufwändigerer Versorgungsformen eröffnet wurden. Sofern eine Amalgamfüllung unter strenger Indikationsstellung kontraindiziert ist, werden Composite-Füllungen von den Kassen übernommen. Wird eine Mehrkostenvereinbarung geschlossen, hat der Versicherte gem. § 28 Abs. 2 Satz 2 SGB V diese Mehrkosten unter Zugrundelegung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) selbst zu tragen. In diesen Fällen ist von den Kassen die vergleichbar preisgünstigste plastische Füllung als Sachleistung abzurechnen. Generell gilt, dass auch der sozialversicherte Patient sich in allen Versorgungsformen als Privatpatient aufgrund einer Privatvereinbarung behandeln lassen kann. Voraussetzung einer solchen Privatvereinbarung ist, dass sie vom



Patienten ausdrücklich gewünscht wird und schriftlich abzuschließen ist. Wird eine Privatvereinbarung abgeschlossen, so muss der Patient vorher darüber aufgeklärt werden, dass er sich aus der vertragszahnärztlichen Versorgung löst und seinen Anspruch gegenüber der Krankenkasse möglicherweise zum Teil verliert. Die Gebühren und Abrechnungsmodalitäten richten sich in diesem Fall nach der privaten zahnärztlichen Gebührenordnung GOZ.

#### **4.4 Die Einordnung zahntechnischer Leistungen**

Die Zahntechnik ist in der historischen Genese des zahnärztlichen Berufsbildes stets integraler Bestandteil der Ausbildung und des Tätigkeitsfeldes des Zahnmediziners gewesen. Zu der in § 1 Abs. 3 Zahnheilkundengesetz umschriebenen Berufskompetenz des Zahnarztes, der Feststellung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, zählt auch die Erbringung zahntechnischer Leistungen. Die Approbationsordnung für Zahnärzte sieht dementsprechend eine Prüfung in der Zahnersatzkunde und als deren Bestandteil die Anfertigung und Eingliederung sowohl herausnehmbaren wie festsitzenden Zahnersatzes vor. Dem trägt auch das SGB V Rechnung, indem gemäß § 30 Abs. 1 SGB V die vertragszahnärztliche Versorgung mit Zahnersatz die zahntechnischen Leistungen umfasst. Auch die höchstrichterliche Rechtsprechung hat anerkannt, dass die zahnprothetische Behandlung regelmäßig sowohl zahnmedizinische als auch zahntechnische Leistungen voraussetzt und insofern als eine einheitliche Leistung des Zahnarztes zu betrachten ist, für die dieser haftungsrechtlich gegenüber dem Patienten sowohl hinsichtlich seiner Behandlung als auch der zahntechnischen Leistungen verantwortlich ist.

Soweit der Zahnarzt im Zusammenhang mit seiner zahnärztlichen Praxis ein zahntechnisches Labor nur für seinen eigenen Praxisbedarf betreibt, handelt es sich um ein sog. „Praxislabor“, bei dem es sich handwerksrechtlich um einen Nebenbetrieb handelt, soweit keine Lieferung von zahntechnischen Leistungen an Dritte, sondern nur an die eigene Praxis stattfindet.

In sozialversicherungsrechtlicher Hinsicht trifft das SGB V in § 88 bezüglich der Erbringung und Vergütung zahntechnischer Leistungen eine Sonderregelung: Die Spitzenverbände der Krankenkassen vereinbaren mit dem Bundesinnungsverband der Zahntechniker ein bundeseinheitliches Verzeichnis der abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen. Dieses Verzeichnis ist im Benehmen mit der KZBV zu vereinbaren. Bezüglich der Behandlung sozialversicherter Patienten werden die Vergütungen für zahntechnische Leistungen in besonderen Vereinbarungen zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Vertretern der Innungen oder Innungsverbände geregelt (§ 88 Abs. 2 SGB V). Es handelt sich dabei um öffentlich-rechtliche Verträge. Das Gesetz bestimmt, dass es sich bei den vereinbarten Preisen um Höchstpreise handelt. Den Krankenkassen wird in § 88 Abs. 2 SGB V ein Informationsrecht gegenüber den Versicherten sowie den Zahnärzten über preisgünstige Versorgungsmöglichkeiten eingeräumt. Preise für zahntechni-

sche Leistungen, die von einem Zahnarzt erbracht werden, müssen die von den Zahntechnikern vereinbarten Preise um mindestens 5 Prozent unterschreiten (§ 88 Abs. 3 SGB V). Die Preisregelungen von zahntechnischen Leistungen, die von Vertragszahnärzten erbracht werden, können Gegenstand gesamtvertraglicher Regelung sein. Gegen eine solche Ungleichbehandlung zahntechnischer und praxiseigener Laboratorien sind immer wieder verfassungsrechtliche Bedenken vorgebracht worden.

Bezüglich der haftungsrechtlichen Aspekte für zahntechnische Leistungen ergibt sich gegenüber dem Patienten eine Gemengelage, die dadurch entsteht, dass der Zahnarzt dem Patienten gegenüber für die mängelfreie Herstellung des in Auftrag gegebenen Werkstückes haftet, während der Zahntechniker dem Zahnarzt nur nach Maßgabe seiner vertraglichen Beziehungen zu diesem verantwortlich ist. Zwischen Zahnarzt und Zahntechniker kommt bei der Beauftragung des Zahntechnikers durch den Zahnarzt ein privatrechtlicher Werkvertrag in der Gestalt des Werklieferungsvertrages zustande, in dessen Rahmen der Zahntechniker für die vertragsgemäße mängelfreie Herstellung des Zahnersatzstückes zwei Jahre lang gewährleistungspflichtig ist. Demgegenüber haftet der Zahnarzt seinem Patienten aus dem Behandlungsvertrag nach Dienstvertragsrecht (§§ 611, 195 BGB) für die von ihm durchgeführte zahnmedizinische Behandlung insgesamt einschließlich für eventuelle Mängel des Werkstückes im Rahmen einer 3-jährigen Verjährungsfrist. Speziell für den Bereich der GKV trifft § 136b Abs. 2 SGB V eine Sonderregelung, wonach der Zahnarzt für Füllungen und die Versorgung mit Zahnersatz eine zweijährige Gewähr zu übernehmen hat. Die Erneuerung und Wiederherstellung von Zahnersatz einschließlich Zahnkronen sind in diesem Zeitraum vom Zahnarzt kostenfrei vorzunehmen. Diese Bestimmungen, die sich ausdrücklich nur auf den Zahnarzt beziehen, lassen die Gewährleistungspflichten des Zahntechnikers und die diesbezüglichen Verjährungsfristen unberührt. Das Bundeschiedsamt für die vertragszahnärztliche Versorgung (vgl. Abschn. 2.3.2) hat die erforderliche Eingrenzung einer solchen Risikohaftung durch verschuldensabhängige Kriterien vorgenommen, die den Unwägbarkeiten organischer und verhaltensbedingter Reaktionen Rechnung tragen.

#### **4.5 Sicherung von Wirtschaftlichkeit und Qualität vertragszahnärztlicher Leistungen**

Während § 11 SGB V den Anspruch des sozialversicherten Patienten auf die einzelnen Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung beschreibt, konkretisiert § 12 SGB V diesen Anspruch daraufhin, dass sie ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.

Das Wirtschaftlichkeitsgebot des SGB V setzt sich aus den Kriterien der Beachtung der Regeln der zahnärztlichen Kunst, der Zweckmäßigkeit, des Ausreichenden und des Notwendigen zusammen. Die erbrachte Leistung muss nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst objektiv geeignet sein, zur diagnostischen Klärung des Krankheitsbildes beizutragen bzw. der Heilung oder Besserung einer Krankheit oder der Linderung von Beschwerden zu dienen. Der gesetzlich festgelegte Anspruch des sozialversicherten Patienten ist identisch mit dem gesetzlich zulässigen Leistungsangebot der GKV. Leistungen, die über das Maß des Wirtschaftlichen hinausgehen, sind von einem sozialversicherungsrechtlichen Patientenanspruch nicht gedeckt und daher nicht Gegenstand der vertragszahnärztlichen Versorgung.

Der Wirtschaftlichkeitsbegriff wird konkretisiert durch die vom Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen (vgl. Abschn. 2.3.1) festgesetzten Richtlinien für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung. Die Wirtschaftlichkeit der Versorgung wird überprüft durch Prüfungseinrichtungen, die die zuständige KZV zusammen mit den Landesverbänden der Krankenkassen institutionalisiert. Es handelt sich dabei um Prüfungsausschüsse und Beschwerdeausschüsse, die als Einrichtungen der gemeinsamen Selbstverwaltung von Zahnärzten und Krankenkassen paritätisch mit Vertretern beider Seiten besetzt sind. Den Vorsitz führt turnusmäßig wechselnd ein Vertreter der Zahnärzte und ein Vertreter der Krankenkassen, wobei bei Stimmgleichheit im Ausschuss die Stimme des Vorsitzenden ausschlaggebend ist (§ 106 Abs. 4 SGB V).

Gegenstand der Prüfung ist die gesamte vertragszahnärztliche Tätigkeit. Hierzu gehören auch die Überweisungen und die Arzneimittelverordnung. Die Kompetenzen der Prüfungseinrichtungen sind vom Gesetz auf die Überwachung der Wirtschaftlichkeit der vertragszahnärztlichen Versorgung beschränkt, d. h. die Prüfung hat sich darauf zu erstrecken, ob und inwieweit sich die Leistungen des Vertragszahnarztes im Rahmen der dem Versicherten zustehenden vertragszahnärztlichen Versorgung halten. Die Prüfung der sachlichen und rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung oder der Feststellung eines sonstigen Schadens werden dagegen nicht vom Aufgabenbereich dieser Gremien erfasst. Ausgenommen von der Prüfung sind Leistungen, die bereits durch eine vorherige Bewilligung der Krankenkassen gedeckt sind. Dies gilt insbesondere für die durch Heil- und Kostenplan abgesicherte Kostenübernahmezusage der Krankenkassen bei Zahnersatz und Kieferorthopädie. Hier scheidet eine nachträgliche Wirtschaftlichkeitsprüfung aus. Parodontalbehandlungen unterliegen nur dann der nachträglichen Wirtschaftlichkeitsprüfung, wenn der nach den Richtlinien vorgesehene Zeitabstand zwischen Vorbehandlung und systematischer Behandlung nicht eingehalten worden ist.

Das Verfahren zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungs- und Verordnungsweise richtet sich nach gesamtvertraglich vereinbarten Verfahrensordnungen. Anders als im Bereich der vertragsärztlichen Behandlungen spielen diagnostische Leistungen sowie Arznei- und Hilfsmittelverschreibungen,

Krankschreibungen oder stationäre Behandlungen im zahnärztlichen Bereich eine untergeordnete Rolle. In weiten Leistungsbereichen, so besonders im Bereich der Füllungstherapien sowie der zahnprothetischen Versorgungsformen, sind die erbrachten Leistungen auch unmittelbar am Patienten überprüfbar.

§ 106 Abs. 2 SGB V sieht für die Wirtschaftlichkeitsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung verschiedene Prüfungsarten vor: Die arztbezogene Prüfung ärztlicher oder ärztlich verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten, die arztbezogene Prüfung bei Überschreitung der Richtgrößen sowie die arztbezogene Prüfung auf der Grundlage von arztbezogenen und versichertenbezogenen Stichproben, die eine bestimmte Grundgesamtheit von Ärzten je Quartal umfassen. Während im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung bereits frühzeitig eine Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise auf der Grundlage statistischer Vergleichszahlen erfolgte, wurde im zahnärztlichen Versorgungssektor grundsätzlich die Einzelfallprüfung vereinbart, so dass grundsätzlich eine Prüfung anhand einzelner Behandlungsfälle zu erfolgen hat, sofern eine solche Prüfung ohne unverhältnismäßige Schwierigkeiten und Aufwendungen durchgeführt werden kann. Eine Überprüfung des Einzelfalles ist vom Bundessozialgericht aber nur unter der Voraussetzung als zulässige Prüfmethode qualifiziert worden, dass eine direkte Feststellung der medizinisch indizierten Leistung möglich sein müsse, wofür die objektiven Befundunterlagen alleine nicht ausreichen. Auf dieser Grundlage sind durch die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts die Prüfungskriterien auch im vertragszahnärztlichen Bereich immer mehr in die Richtung von Pauschalprüfungen entwickelt worden mit der Begründung, dass die Einzelfallprüfungen nur in den seltensten Fällen wirklich durchführbar seien und keine ausreichende Anzahl von Fällen als Vergleichsmaßstab in die Prüfung einbezogen werden könne.

Diese Rechtsprechung verkennt die Besonderheiten der vertragszahnärztlichen Behandlung, die auf der Grundlage der Behandlungsunterlagen und -dokumentationen eine Überprüfung des konkreten Behandlungsverhaltens ermöglicht und der Behandlungsrealität in jedem Fall näher kommt als eine statistische Vergleichsprüfung. Für diese hat die Rechtsprechung verschiedene Kriterien aufgestellt, um durch eine relativ hohe Toleranzschwelle die Unschärferelation des Prüfungsverfahrens abzumildern. So wird eine Anscheinsvermutung der Unwirtschaftlichkeit bei einem offensichtlichen Missverhältnis zwischen dem Durchschnitt der abgerechneten Leistungen und den Leistungen des zu prüfenden Vertragszahnarztes angenommen, sofern dieser nicht seine Behandlungsweise auf Praxisbesonderheiten zurückführen kann (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, spezifische Zusammensetzung der Patientenklientel, besondere örtliche Bedingungen).

Dadurch, dass weite Bereiche der vertragszahnärztlichen Versorgung, insbesondere der parodontologischen, kieferorthopädischen und zahnprothetischen Behandlungen durch aufwändige Versorgungsformen geprägt sind und die

Behandlung sich über einen längeren Zeitraum – bei kieferorthopädischen Behandlungen regelmäßig über mehrere Jahre – erstreckt, wird durch die Kostenübernahmeerklärung auf Grundlage von Heil- und Kostenplänen eine vorgängige Einschätzung der Wirtschaftlichkeit der Behandlung vorgenommen, so dass eine nachträgliche Wirtschaftlichkeitsprüfung im Rahmen des § 106 SGB V entfällt. Bezüglich der vorherigen Behandlungsplanung besteht für die Krankenkassen die Möglichkeit, ein vertraglich vereinbartes Gutachterverfahren einzuleiten. Der Gutachter hat unter Wahrung der Therapiefreiheit des behandelnden Zahnarztes unter fachlichen Gesichtspunkten zu der Frage Stellung zu nehmen, ob die vorgesehenen therapeutischen Maßnahmen in einem sinnvollen Verhältnis zum Behandlungsziel stehen. Durch die Kostenübernahmeerklärung tritt eine rechtsverbindliche Selbstbindung der Krankenkasse sowohl gegenüber dem Patienten als auch gegenüber dem Zahnarzt ein.

Für diese Leistungsbereiche bestehen also besondere Regelungen, denen auch die Bestimmungen des § 275 SGB V nicht entgegenstehen, nach denen der Medizinische Dienst der Krankenkassen bestimmte Begutachtungs- und Überprüfungskompetenzen hat. Dem vertraglich zwischen Krankenkassen und Kassenzahnärzten vereinbarten Gutachterverfahren kommt insoweit Vorrang zu.

Neben der Wirtschaftlichkeitsprüfung sieht das Gesetz in § 83 Abs. 2 SGB V Plausibilitätskontrollen der Kassenärztlichen Vereinigungen, insbesondere auf der Grundlage von Stichproben, vor. Gegenstand dieser Plausibilitätskontrollen ist insbesondere die Überprüfung des Umfangs der pro Tag abgerechneten Leistungen im Hinblick auf den damit verbundenen Zeitaufwand. Dieses Prüfungsinstrument, das der Erarbeitung sog. „Tagesprofile“ dient und für den Bereich der vertragsärztlichen Versorgung entwickelt worden ist, kann auf den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung nicht übertragen werden, da ein erhebliches Spektrum der vertragszahnärztlichen Leistungen nicht an dem Tag erbracht werden, zu dem sie in der Abrechnung erscheinen. Dies gilt sowohl für zahnprothetische als auch für kieferorthopädische Leistungen.

Ebenso wie im vertragsärztlichen Bereich gilt für die zahnärztliche Versorgung die Verpflichtung zur Qualitätssicherung nach § 135a SGB V. Danach müssen die Leistungen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden. Der Berufsstand hat in Eigeninitiative der Selbstverwaltung zahlreiche Maßnahmen ergriffen, die durch Fort- und Weiterbildungsangebote, durch Qualitätszirkel und Verbesserung des Hygienestandards sowie der Praxisausstattung sowohl der Struktur-, als auch der Prozess- und Ergebnisqualität dienen. Die in § 136a SGB V vorgesehenen Maßnahmen der Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung bezüglich der Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität aufwändiger diagnostischer und therapeutischer Leistungen sind im vertragszahnärztlichen Bereich bisher nicht durch den Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen (vgl. Abschn. 2.3.1) bestimmt worden.

Spezifische Qualitätssicherungsmaßnahmen im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung hat der Gesetzgeber mit haftungsrechtlichen Bestimmungen verknüpft (zu den haftungsrechtlichen Aspekten für zahntechnische Leistungen vgl. Abschn. 4.4). Seit jeher gehört es zu den Grundsätzen des Kassenarztrechts, dass der Vertrags(zahn-)arzt dem Versicherten gegenüber zur Sorgfalt nach den Vorschriften des bürgerlichen Vertragsrechts verpflichtet ist (§ 76 Abs. 4 SGB V). Obwohl im Sachleistungssystem zwischen behandelndem Vertrags(zahn-)arzt und sozialversichertem Patienten nur wenige individualrechtliche Beziehungen bestehen, findet das Haftungsrecht des BGB auf das Behandlungsverhältnis Anwendung. Diese Haftung ist durch § 136b Abs. 2 Satz 3 SGB V für den Vertragszahnarzt erweitert worden im Sinne der Übernahme einer zweijährigen Gewähr für Füllungen und die Versorgung mit Zahnersatz. Identische und Teilwiederholungen von Füllungen sowie die Erneuerung und Wiederherstellung von Zahnersatz einschließlich Zahnkronen sind in diesem Zeitraum vom Zahnarzt kostenfrei vorzunehmen. Darüber hinaus können längere Gewährleistungsfristen zwischen den KZVen und den Landesverbänden der Krankenkassen sowie in Einzel- und Gruppenverträgen zwischen Vertragszahnärzten und Krankenkassen vereinbart werden. Die Krankenkassen können hierfür Vergütungszuschläge gewähren. Die Vertragszahnärzte, die ihren Patienten eine längere Gewährleistungsfrist einräumen, können dies ihren Patienten bekannt machen. Diese Bestimmungen, von denen der Gesetzgeber sich eine qualitätssteigernde Wirkung versprach, haben bisher keine praktische Relevanz erlangt. In Folge eines durch das Bundesschiedsamt (vgl. Abschn. 2.3.2) festgelegten Ausnahmekatalogs wurde auch die Gewährleistungsverpflichtung des § 136b Abs. 2 Satz 3 SGB V, deren Wortlaut einer verschuldensunabhängigen Garantieverpflichtung des Zahnarztes ähnelt, verschuldenskonform ausgestaltet.

§ 136b Abs. 2 SGB V enthält darüber hinaus eine Bestimmung, dass der Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen (vgl. Abschn. 2.3.1) auch Qualitätskriterien für die Versorgung mit Füllungen und Zahnersatz zu beschließen hat, wobei bei der Festlegung von Qualitätskriterien für Zahnersatz der Verband der Zahntechnikerinnungen zu beteiligen ist.

#### **4.6 Privatzahnärztliche Behandlung und Vergütung**

Außerhalb der GKV kommen in den Rechtsbeziehungen zwischen Zahnarzt und Patient die Regelungen des bürgerlichen Vertragsrechts voll zur Entfaltung. Begibt sich ein Patient in zahnärztliche Behandlung, so kommt zwischen dem Privatpatienten und dem Zahnarzt ein Behandlungsvertrag zustande, der als Dienstvertrag (§§ 611 ff. BGB) zu qualifizieren ist. Dieser Dienstvertrag, der auch durch konkludentes Verhalten geschlossen werden kann, unterliegt den Regeln der Geschäftsfähigkeit, bzw. bei Minderjährigen den Bestimmungen der Geschäftsunfähigkeit (§ 104 BGB) oder beschränkten Geschäftsfähigkeit (§ 106 BGB). Für minderjährige Patienten ist daher die Einwilligung des

gesetzlichen Vertreters erforderlich, in der Regel die Verpflichtung beider Ehepartner (§ 1357 BGB).

Die handwerksmäßige Anfertigung einer Prothese, die den Bestimmungen des Werkvertrages unterliegt, ist bezüglich der rechtlichen Einordnung des gesamten Vertrages von untergeordneter Bedeutung. Entsprechend dem Wesen des Dienstvertrages besteht die vertragliche Verpflichtung des Zahnarztes in der Erbringung der Heilbehandlung als einer nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgenden, auf wissenschaftlicher Erkenntnis beruhenden Diagnose und Therapie. Die Erfolgsgarantie ist nicht Inhalt des Vertrages, denn der Zahnarzt verspricht nur die sachgerechte Behandlung, nicht den Erfolg, die Heilung.

Einzelne Regelungen des Behandlungsvertrages müssen mit dem Patienten individuell vereinbart werden. Das zahnärztliche Haftungsrisiko bei der Behandlung ist zweidimensional: Es betrifft einmal die schuldrechtliche Haftung bei mangelhafter Erfüllung des Behandlungsvertrages, insbesondere bei der Verletzung der Pflicht zur *lege artis*-Behandlung als Hauptpflicht aus dem Behandlungsvertrag, zum anderen Haftungstatbestände nach den Grundsätzen unerlaubter Handlung (§§ 823 ff. BGB) bei der Schädigung des Körpers, der Gesundheit oder eines sonstigen Rechts des Patienten. Die Haftung ist verschuldensabhängig, d.h. auf Vorsatz und Fahrlässigkeit beschränkt. Von einem Misserfolg der Behandlung kann daher nicht ohne Weiteres auf einen Kunstfehler geschlossen werden. Ein Kunstfehler setzt vielmehr einen Verstoß gegen die allgemein anerkannten Grundsätze der zahnärztlichen Wissenschaft voraus. Der Zahnarzt hat die Sorgfalt anzuwenden, die von einem ordentlichen pflichtgetreuen Zahnarzt normalerweise zu erwarten ist. Der Zahnarzt haftet grundsätzlich auch für Fehler seiner Gehilfen (§ 831 BGB), insbesondere Helferinnen und Assistenten, aber auch für Urlaubsvertreter.

Bei schuldhafter Verletzung seiner Behandlungspflichten haftet der Zahnarzt auf Ersatz des gesamten materiellen Schadens, insbesondere für Behandlungskosten, Arzneimittelkosten und Ersatz des entgangenen Gewinns, wenn die Erwerbsfähigkeit des Patienten gemindert ist. Bei der Haftung aus unerlaubter Handlung kann der Patient neben dem Schadensersatz u.U. Schmerzensgeld beanspruchen (§ 847 BGB). Der Schadensersatzanspruch aus dem Behandlungsvertrag verjährt in 3 Jahren (§ 195 BGB), aus unerlaubter Handlung (§ 823 BGB) in 30 Jahren (§ 199 Abs. 2 BGB).

#### **4.7 Besondere zahnärztliche Pflichten im Behandlungsverhältnis**

Da der ärztliche und zahnärztliche Heileingriff juristisch als Körperverletzung qualifiziert wird, d. h. als Beeinträchtigung der körperlichen Unversehrtheit oder des körperlichen Wohlbefindens, bedarf es zur Rechtfertigung einer zu Heilzwecken ausgeführten Körperverletzung der Einwilligung des Patienten. Dies

folgt sowohl aus dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten als auch aus dessen Anspruch auf Unantastbarkeit seiner körperlichen Integrität. Eine wirksame Einwilligung setzt voraus, dass der Patient eine hinreichende Informationsbasis besitzt, um das Für und Wider der vorgeschlagenen Behandlung abzuwägen und somit weiß, warum und in was er einwilligt. Eine wirksame Einwilligung ist also nur dann gegeben, wenn der Patient die für seine Entscheidung bedeutsamen Umstände kennt, d. h. den angemessenen medizinischen Befund, die Art und Tragweite des geplanten Eingriffs, die zu erwartenden Heilungs- oder Besserungsmöglichkeiten, die Kenntnis sinnvoller alternativer Behandlungsweisen und die mit dem Eingriff zu erwartenden oder nicht auszuschließenden Risiken. Diese rechtlichen Bedingungen setzen eine umfassende Aufklärung durch den Zahnarzt voraus. Die Aufklärung, die der Zahnarzt als Teil der Heilbehandlung persönlich durchzuführen hat, muss Art, Bedeutung und Folgen des zahnärztlichen Eingriffs zumindest in ihren Grundzügen erkennen lassen und dem Verständnishorizont des Patienten entsprechen. Im Übrigen richtet sich der Umfang der notwendigen Aufklärung nach der Größe des Risikos und der Dringlichkeit des Eingriffs sowie dem individuellen Aufklärungsbedürfnis des Patienten.

Zu den heilberufstypischen Pflichten des Behandlungsverhältnisses zählt die Schweigepflicht. Die Pflicht zur Wahrung des Arztgeheimnisses ist sowohl Bestandteil der zahnärztlichen Berufsordnungen als auch des Strafrechts (§ 203 StGB). Die Verschwiegenheitspflicht bezieht sich auf alle Tatsachen, die dem Zahnarzt in seiner Eigenschaft als Arzt anvertraut oder bekannt geworden sind. Hierzu zählen nicht nur medizinische Fakten über Gesundheitszustand und Behandlung des Patienten, sondern auch persönliche Mitteilungen oder Erkenntnisse über persönliche Verhältnisse des Patienten, soweit diese nicht allgemein bekannt sind. Die Schweigepflicht gilt auch gegenüber dem beruflichen Umfeld des Zahnarztes, z. B. zahnärztlichen Abrechnungsstellen und Zahntechnikern. Die Schweigepflicht gilt nicht nur für den Zahnarzt selbst, sondern auch für die berufsmäßig tätigen Gehilfen und die Personen, die in der Praxis zur Vorbereitung auf den Beruf tätig sind (§ 203 Abs. 2 StGB), d. h. Assistenten, Vertreter, Helferinnen und Praktikanten/Auszubildende. Von der Schweigepflicht gibt es nur wenige Ausnahmen, von denen die Entbindung durch den Patienten die wichtigste darstellt. Andere Rechtfertigungsgründe betreffen die Gefährdung höherwertiger Rechtsgüter, sog. „rechtfertigender Notstand“ (gem. § 34 StGB), bestimmte Konstellationen der Wahrnehmung berechtigter Interessen (z. B. Durchsetzung von Honoraransprüchen, Strafverfolgung, Praxisverkauf), Meldepflichten nach dem Bundesseuchengesetz oder die Anzeigepflicht drohender Verbrechen (§ 138 StGB). Im Rahmen seiner Schweigepflicht steht dem Zahnarzt auch ein Zeugnisverweigerungsrecht (nach § 53 Strafprozessordnung, § 383 Abs. 1 Nr. 6 ZPO) zu. Bei der datenmäßigen Speicherung von Patientendaten kommt dem Datenschutz nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) wegen der Verbindung zum ärztlichen Geheimnisschutz ganz besondere Bedeutung zu.



Auch die Dokumentationspflicht, die sich aus der berufsrechtlichen Pflicht zur Führung von Behandlungsunterlagen und als selbstständige vertragliche Nebenpflicht aus dem Behandlungsvertrag mit dem Patienten ergibt, ist Teil der ärztlichen Aufklärungspflicht. Für den vertragszahnärztlichen Bereich regelt der Bundesmantelvertrag die Verpflichtung, über jeden behandelten Patienten Aufzeichnungen zu machen, aus denen die einzelnen Leistungen, die behandelten Zähne und soweit erforderlich die Diagnose sowie Behandlungsdaten ersichtlich sein müssen. Für die Aufzeichnungen, bezüglich derer der Patient ein Recht der persönlichen Einsichtnahme bei berechtigtem Interesse hat, bestehen Aufbewahrungspflichten. Die Nichterfüllung der Dokumentationspflicht stellt eine Verletzung von berufsrechtlichen Pflichten sowie einen Verstoß gegen die vertragszahnärztlichen Pflichten dar, bedeutet aber auch eine Vertragsverletzung, die zu Schadensersatzansprüchen des Patienten führen kann.

#### **4.8 Der Honoraranspruch des Zahnarztes**

Der Honoraranspruch des Zahnarztes für die Behandlung eines Privatpatienten beruht auf den §§ 611 und 612 BGB. Danach wird der Patient aufgrund des Behandlungsvertrages zur Zahlung der vereinbarten Vergütung verpflichtet. Auch bei gesonderter Honorarvereinbarung ist davon auszugehen, dass die Behandlung gegen Honorar erfolgen soll, wenn nicht besondere Umstände dafür sprechen, dass der Patient von der Unentgeltlichkeit der Behandlung ausgehen durfte. Bezüglich verbleibender Selbstkostenanteile sozialversicherter Patienten treffen den Zahnarzt u. U. besondere Aufklärungspflichten. Der Honoraranspruch bezieht sich auf zahnärztliche Leistungen, d. h. solche, die der Zahnarzt entweder selbst erbracht oder unter seiner Verantwortung und Aufsicht hat erbringen lassen. Der Zahnarzt kann das Honorar für seine Leistungen frei bestimmen, es sei denn, eine Gebührenordnung sieht andere Honorarsätze vor (§ 316 BGB). Wurde eine Vereinbarung über die Höhe des Honorars nicht getroffen, so bestimmt sich die Höhe der Vergütung in diesen Fällen nach einer Taxe, so weit eine solche für die infrage stehende Dienstleistung besteht (§ 612 Abs. 1 BGB). Für die zahnärztliche Behandlung liegt eine solche Taxe mit der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vom 22.10.1987 vor.

Für den zahnärztlichen Bereich gilt also im Regelfall bei der Behandlung von Privatpatienten die GOZ. Diese Gebührenordnung wird durch Rechtsverordnung des Bundesgesundheitsministers mit Zustimmung des Bundesrates erlassen. Es ist also eine Gebührentaxe, die staatlich verordnet wird und in der auch bestimmte finanzielle Interessen der Bundesländer eine Rolle spielen, weil die GOZ Bemessungsgrundlage für die staatlichen Beihilfeleistungen an Beamte (vgl. Abschn. 2.2.3) darstellt. § 1 GOZ geht davon aus, dass freie Honorarvereinbarungen nur noch in bestimmten Grenzen möglich und in der Regel die Gebührensätze der GOZ anwendbar sind. Die GOZ enthält in der Anlage ein Gebührenverzeichnis mit einem Katalog zahnärztlicher Leistungen

sowie einem jeweils zugewiesenen Gebührensatz. Dieser errechnet sich aus einer Multiplikation der angegebenen Punktzahl der einzelnen Leistungen des Gebührenverzeichnisses mit dem Punktwert. Die vom Zahnarzt zu liquidierende Vergütung bemisst sich nach dem einfachen bis 3,5-fachen des Gebührensatzes (§ 5 Abs. 1 GOZ). Sie ist entsprechend den Kriterien der Schwierigkeit der Leistung, des Zeitaufwandes sowie der Umstände bei der Ausführung nach billigem Ermessen zu bestimmen. § 5 Abs. 2 GOZ sieht eine sog. „Regelgebühr“ vor. Sie soll sich zwischen dem einfachen und 2,3-fachen des Gebührensatzes bemessen. Der 2,3-fache Satz bezeichnet dabei eine Leistung von durchschnittlicher Schwierigkeit und durchschnittlichem Zeitaufwand. Wählt ein Zahnarzt bei der Honorarabrechnung einen Multiplikator, der über der Regelgebühr liegt, muss er auf Verlangen des Patienten die Wahl dieses Multiplikators begründen und im Streitfall das vorliegende entsprechende Kriterium beweisen. Umgekehrt darf der Zahnarzt die Sätze der amtlichen Gebührenordnung nicht in unlauterer Weise unterschreiten, also nicht weniger als den Einfach-Satz abrechnen. Mit der Gebühr sind die allgemeinen Praxis-kosten sowie die durch die Anwendung von zahnärztlichen Instrumenten und Apparaturen entstehenden Kosten abgegolten, soweit nicht ausdrücklich etwas anderes bestimmt ist (§ 4 Abs. 3 GOZ). Gesondert berechnet werden dürfen die Kosten für Arzneimittel, Verbandmittel und Materialien sowie zahntechnische Laborkosten. Nicht in der Gebührenordnung enthaltene Leistungen sind gemäß den Bestimmungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abzurechnen, wenn dort entsprechende Gebührensätze enthalten sind. Im Übrigen greifen für gleichwertige Leistungen Analogbewertungen Platz, für die die berufsständischen Organisationen Anwendungshinweise geben.

Die Höhe des zahnärztlichen Honorars kann sich auch nach einer zwischen Zahnarzt und Patient getroffenen Vereinbarung richten. Unter bestimmten Voraussetzungen kann trotz des Bestehens der GOZ eine entsprechende Vereinbarung zwischen Zahnarzt und Patient getroffen werden (§ 2 GOZ). Eine solche Vereinbarung muss schriftlich erfolgen und die Feststellung enthalten, dass eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. Sind Leistungen weder in der GOZ noch in der GOÄ enthalten, so können sie sowie ihre Vergütung schriftlich vereinbart werden. Diese Vereinbarung muss die Feststellung enthalten, dass es sich um sog. „Verlangensleistungen“ handelt und die Erstattung möglicherweise nicht gewährleistet ist. Material- und Laboratoriumskosten sind in Höhe der tatsächlich angefallenen Kosten in Rechnung zu stellen. Die Vergütung wird gemäß § 10 Abs. 1 GOZ nach Rechnungserstellung fällig. Honorarschuldner ist der behandelte Patient bzw. derjenige, mit dem der Behandlungsvertrag zustande gekommen ist, d. h. der gesetzliche Vertreter bzw. der Ehegatte im Rahmen des § 1357 BGB. Die Honorarforderungen von Ärzten und Zahnärzten unterliegen einer Verjährungsfrist von drei Jahren (§ 195 in Verbindung mit § 199 Abs. 1).

## 4.9 Zusammenfassung

Seit Gründung der Gesetzlichen Krankenversicherung im Jahre 1883 war der zahnmedizinische Leistungskatalog im Hinblick auf Umfang und Struktur beständigen Wandlungen unterworfen. War es anfänglich noch mit der Ausweitung des Krankheitsbegriffes zu fortwährenden Erweiterungen des Leistungsumfanges gekommen, so hat der Gesetzgeber seit Mitte der 70er-Jahre in einer Sequenz von Kostendämpfungsgesetzen verstärkt in das Vertrags- und Leistungsrecht eingegriffen und in diesem Zusammenhang mehrere sog. „Umstrukturierungen“ des zahnärztlichen Bewertungsmaßstabes vorgenommen. Insbesondere die Zahnprothetik und die Kieferorthopädie haben auf diese Weise ein wechselhaftes leistungsrechtliches „Schicksal“ erfahren. Die Sonderformen der Leistungsabwicklung in der Kieferorthopädie und Zahnprothetik werden in diesem Kapitel ebenso thematisiert wie etwa Mehrkostenvereinbarungen und die (haftungs-)rechtlichen Grundlagen der (privat-)zahnärztlichen Behandlung.

## 4.10 Literaturverzeichnis

*Forschungsinstitut für die zahnärztliche Versorgung (Hrsg.): 100 Jahre Krankenversicherung. Standortbestimmung und Weiterentwicklung des Kassenarztrechts. Berlin 1984*

*Muschallik, T.: Besonderheiten der vertragszahnärztlichen Versorgung. In: Schnapp, F. E., Wigge, P. (Hrsg.): Handbuch des Vertragsarztrechts. München 2002*

*Tiemann, B., Tiemann, S.: Kassenarztrecht im Wandel – Die gesetzliche Krankenversicherung zwischen Kostendämpfung und Strukturveränderung. Berlin 1983*



## **5 Makrostrukturelle Daten im internationalen Vergleich**

---

Die Produktion und Verteilung von Gesundheitsgütern kann grundsätzlich auf drei verschiedenen Ebenen untersucht werden: a) auf der Mikroebene lässt sich etwa der Prozess der Gesundheits-„Produktion“ zwischen dem Zahnarzt und dem Patient als „Ko-Produzent“ der Mundgesundheit analysieren; b) auf der Mesoebene wird hingegen das Handeln von Institutionen in den Blick genommen, so beispielsweise die Honorarverhandlungen der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen mit den Verbänden der Krankenkassen; c) auf der Makroebene wird schließlich der gesamtgesellschaftliche Aspekt der Gesundheitsversorgung thematisiert, d. h. danach gefragt, welche Sozialfunktion der Zahnmedizin zugemessen wird, welche gesundheitspolitischen Ziele daraus erwachsen, welche und wie viele Ressourcen die Gesellschaft für die zahnmedizinische Versorgung aufwendet (Umfang und Struktur der Güterproduktion im Gesundheitssystem) und welcher Instrumentarien und Regularien sich eine Gesellschaft bedient, um die gesamtgesellschaftlich bedeutsamen Gesundheitsziele zu erreichen.

Die Makroebene unterscheidet sich von der Mikro- und Mesoebene durch ihre hohe Aggregation, die gleich in zweifacher Hinsicht erfolgt: Erstens werden die betrachteten Individuen (die „Wirtschaftssubjekte“) zu Aggregaten (z. B. die Gruppe der gesetzlich Versicherten; Vertragszahnärzte etc.) oder Sektoren (der zahnmedizinische Versorgungssektor) zusammengefasst, zweitens die Güter zu Güterbündeln. Eine Zusammenfassung einzelwirtschaftlicher Phänomene zu hochaggregierten volkswirtschaftlichen Daten hat auf der einen Seite einen Informationsverlust zur Folge (aggregierte Daten erlauben keinen Rückschluss auf individuelle Sachverhalte mehr); eine Aggregation gewährleistet auf der anderen Seite aber auch eine bessere Überschaubarkeit und Vergleichbarkeit, womit ein Systemvergleich im Sinne eines Benchmarking möglich wird.

### **5.1 Gesundheitsausgaben im internationalen Vergleich**

Aus makrostruktureller Perspektive ist der Anteil der Gesundheitsausgaben (und speziell der Ausgaben für Zahnbehandlung und Zahnersatz) am Bruttoinlandsprodukt besonders interessant, weil sich in dieser statistischen Maßzahl deren jeweilige gesellschaftliche Bedeutung widerspiegelt (vgl. Tabelle 5).

Tabelle 5: Makrostrukturelle Daten zum Gesundheitswesen im internationalen Vergleich					
Land	Gesundheitsausgaben pro Kopf (in US-Dollar Kaufkraftparitäten) (2000) <sup>1</sup>	Gesundheitsausgaben in Prozent des BIP (2000) <sup>1</sup>	Gesamtausgaben für zahnärztliche Leistungen in Prozent des BIP <sup>1</sup>	Gesamtausgaben für zahnärztliche Leistungen in Prozent der Gesundheitsausgaben <sup>1</sup>	Zahnarzt-dichte (behandelnde Zahnärzte auf 1.000 Einwohner) <sup>2</sup>
Australien	2.211	8,3	0,4 (1998)	5,1 (1998)	0,4 (1998)
Belgien	2.269	8,7	0,2 (1988)	3,2 (1988)	0,7 (1998)
Dänemark	2.420	8,3	0,5 (1996)	6,1 (1996)	0,9 (1995)
<i>Deutschland</i>	<i>2.748</i>	<i>10,6</i>	<i>1,1 (1998)</i>	<i>10,6 (1998)</i>	<i>0,8 (2000)</i>
Finnland	1.664	6,6	0,4 (2000)	6,2 (2000)	0,9 (1998)
Frankreich	2.349	9,5	0,5 (2000)	4,8 (2000)	0,7 (2000)
Griechenland	1.399	8,3	0,3 (1992)	3,9 (1992)	1,0 (1995)
Irland	1.953	6,7	0,3 (1992)	4,3 (1992)	0,5 (1998)
Island	2.608	8,9	0,7 (1999)	7,7 (1999)	1,1 (1997)
Italien	2.032	8,1	-	-	0,6 (1997)
Japan	2.012	7,8	0,5 (1999)	6,6 (1999)	0,7 (1996)
Kanada	2.535	9,1	0,7 (2001)	7,4 (2001)	0,6 (2000)
Korea	893	5,9	0,1 (1995)	1,8 (1995)	0,3 (1997)
Luxemburg	2.613*	6,0*	0,1 (1999)	2,4 (1999)	0,7 (1998)
Mexiko	490	5,4	-	-	0,7 (1990)
Neuseeland	1.623	8,0	0,3 (1993)	4,6 (1993)	0,4 (1997)
Niederlande	2.246	8,1	0,3 (2000)	3,9 (2000)	0,5 (2000)
Norwegen	2.362	7,8	0,3 (1991)	3,6 (1991)	1,2 (1998)
Österreich	2.162	7,4	0,8 (1991)	10,7 (1991)	0,5 (1998)
Polen	558*	6,2*	-	-	0,5 (1997)
Portugal	1.441	8,2	1,7 (1985)	26,3 (1985)	0,3 (1998)
Schweden	1.748**	7,9**	0,8 (1992)	9,8 (1992)	1,5 (1997)
Schweiz	3.222	10,7	0,7 (1999)	6,6 (1999)	0,5 (2000)
Slowakei	690	5,9	-	-	0,5 (1998)
Spanien	1.556	7,7	0,5 (1991)	7,6 (1991)	0,4 (1997)
Tschechische Republik	1.031	7,2	0,4 (1998)	5,2 (1998)	0,6 (1998)
Türkei	303**	4,8**	-	-	0,2 (1998)
Ungarn	841	6,8	-	-	0,4 (1998)
USA	4.631	13,0	0,6 (2000)	4,7 (2000)	0,6 (1999)
Vereinigtes Königreich	1.763	7,3	0,4 (1992)	5,5 (1992)	0,4 (2000)

\* 1999  
\*\* 1998

1 OECD Gesundheitsdaten 2002 – Vergleichende Analyse der Gesundheitssysteme der 30 OECD Mitgliedsländer. CD-ROM, Juni 2002  
2 Quelle: WHO, WHO-Statistics, WHO Estimates of Health Personnel, 2000

Vergleicht man zunächst die Gesamtausgaben der OECD-Staaten für den Bereich der Gesundheit, so erkennt man am unteren Ende der Skala Länder wie die Türkei, Mexiko sowie die ehemaligen Ostblockländer, die sich allesamt in einer Phase der sog. „aufholenden Entwicklung“ befinden, derzeit aber hinsichtlich ihrer Wirtschaftskraft noch deutlich unter dem Wohlstandsniveau der Vereinigten Staaten sowie der westeuropäischen Länder liegen. Die höchsten Gesundheitsausgaben, absolut wie relativ, haben die Vereinigten Staaten. Mit deutlichem Abstand folgen auf den Plätzen Zwei und Drei die Schweiz und Deutschland. Die Makrodaten machen zunächst ersichtlich, dass Gesundheitsgüter generell mit zunehmendem Wohlstand (ablesbar am BIP) an Bedeutung gewinnen – und zwar absolut wie relativ. Gesundheit ist ein sog. „superiores Gut“, das mit zunehmendem Einkommen relativ vermehrt nachgefragt wird, d. h. der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt bleibt nicht konstant, sondern nimmt mit wachsender Wirtschaftskraft stetig zu, das Pro-Kopf-Einkommen hat insofern einen dominierenden Einfluss auf die Höhe der Gesundheitsausgaben. Eine Untersuchung von Robert Leu anhand von Daten ausgewählter OECD-Länder ergab, dass 85 Prozent der Ausgabenunterschiede zwischen den Ländern durch die Unterschiede im Pro-Kopf-Einkommen erklärt werden können. Im internationalen Vergleich zeigt sich – dem Wirtschaftskraftgefälle entsprechend – eine breite Streuung der Gesundheitsausgaben, absolut (in Kaufkraftparitäten berechnet) etwa um den Faktor 15, relativ immer noch fast um den Faktor 3.

Weitere bestimmende Determinanten auf die Ausgabenhöhe im Gesundheitswesen können sein: a) der Einfluss des Staates auf die Leistungserbringung; b) der Anteil der öffentlichen Finanzierung an den Gesundheitsausgaben bzw. der Zentralisierungsgrad des Gesundheitssystems. Der Einfluss des Staates auf die Leistungserbringung kann insofern kostensteigernd wirken, da der öffentliche Sektor eine vergleichsweise geringere Produktivität als der private Sektor aufweist. Betrachtet man hingegen den öffentlichen Finanzierungsanteil bzw. den Zentralisierungsgrad des Gesundheitssystems, so weisen privat finanzierte Gesundheitssysteme ein vergleichsweise höheres Ausgabenniveau auf, was u. a. damit erklärt wird, dass öffentlich finanzierte Gesundheitssysteme eine größere Gegenmacht gegenüber den Ansprüchen der Leistungsanbieter aufbauen können. Kontrovers wird die Rolle der Organisationskosten von privaten bzw. öffentlich organisierten Gesundheitssystemen diskutiert: Auf der einen Seite dürften öffentlich finanzierte Systeme aufgrund des fehlenden Wettbewerbs vergleichsweise höhere Verwaltungskosten aufweisen, auf der anderen Seite sind die Organisations- und Transaktionskosten privat finanzierter Systeme mit dezentraler Preisbildung deutlich höher. Einschränkend muss darauf hingewiesen werden, dass die statistischen Daten keine Aussage über die Ergebnisqualität und damit über die Kosteneffektivität der gesundheitlichen Versorgung in den einzelnen Ländern erlauben; hierzu müsste auch der jeweilige Outcome als Erfolgsgröße in die Betrachtung einbezogen werden.

## 5.2 Ausgaben für die zahnmedizinische Versorgung im internationalen Vergleich

Diese Einschränkung gilt natürlich ebenso für den speziellen Bereich der zahnmedizinischen Versorgung. Die Ausgaben für Zahnbehandlung und Zahnersatz streuen im internationalen Vergleich ebenfalls deutlich und reichen von einem Anteil von 0,1 Prozent des BIP (Korea) bis 1,7 Prozent des BIP (Portugal). Bezogen auf die Gesundheitsausgaben bewegt sich der Ausgabenanteil innerhalb einer Bandbreite von 1,8 Prozent (Korea) und 26,3 Prozent (Portugal). Deutschland befindet sich hinsichtlich der Ausgaben für zahnärztliche Behandlung mit einem Anteil von 1,1 Prozent am BIP bzw. 10,6 Prozent an den gesamten Gesundheitsausgaben in der Spitzengruppe. Die breite Streuung ist auf eine Vielzahl von Ursachen zurückzuführen. Eine wichtige Rolle spielt sicherlich der kulturell geprägte Stellenwert der Zahngesundheit, der in den betrachteten Ländern sehr unterschiedlich sein kann. Auch die Ausgestaltung der gesundheitspolitischen Finanzierungsmodalitäten (Selbstbehaltsregelungen, Zusatzversicherungen etc.) hat Einfluss auf die Nachfrage nach zahnmedizinischer Behandlung und damit auf die Ausgabenhöhe in diesem Bereich.

## 5.3 Die Zahnarztdichte im internationalen Vergleich

Die Zahnarztdichte ist ebenfalls eine wichtige makrostrukturelle Maßzahl für die Gesundheitspolitik. Am Verhältnis zwischen der Zahnärztezah und der Bevölkerungszahl ist ablesbar, wie viele Einwohner ein Zahnarzt durchschnittlich betreut. Bei einer „zu geringen“ Zahnarztdichte (Anzahl der Zahnärzte auf 1.000 Einwohner) wäre die Sicherstellung der zahnmedizinischen Versorgung, insbesondere unter regionalen Aspekten, nicht mehr gewährleistet. Für die niederlassungswilligen Zahnärzte ist die Zahnarztdichte ein wichtiger Indikator für die lokale und regionale Wettbewerbsintensität. Die Wirkung der Zahnarztdichte auf die Höhe der Gesundheitsausgaben ist a priori unbestimmt und immer auch im Zusammenhang mit der Preiselastizität der Patientennachfrage (Wie empfindlich reagiert der Patient auf Preisänderungen mit Änderungen der Nachfragemenge?) zu sehen.

## 5.4 Zusammenfassung

Makrostrukturelle Daten sind aus der vergleichenden Gesundheitssystemanalyse heute nicht mehr wegzudenken. Internationale Vergleichskennziffern wie etwa der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt oder die Zahnarztdichte sind wichtige Indikatoren, an denen nationale Systembesonderheiten und Unterschiede hinsichtlich der Kosteneffizienz und Versorgungsqualität ablesbar sind.



## 5.5 Literaturverzeichnis

*Hajen, L., Paetow, H., Schumacher, H.:* Gesundheitsökonomie: Strukturen – Methoden – Praxisbeispiele. Stuttgart/Berlin/Köln 2000, S. 228 ff.

*OECD:* Gesundheitsdaten 2002 – Vergleichende Analyse der Gesundheitssysteme der 30 OECD-Mitgliedsländer. CD-Rom, Juni 2002

*Schneider, M., Beckmann, M., Biene-Dietrich, P., Gabanyi, M., Hofmann, U., Köse, A., Mill, D., Späth, B.:* Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich. Übersichten 1997. Augsburg 1998



## 6 Strukturprobleme

---

### 6.1 Korporatismusstrukturen

Bereits im einleitenden historischen Kapitel wurde der Sonderweg der deutschen Gesundheitspolitik und damit auch des Systems der zahnmedizinischen Versorgung nachgezeichnet: die Eingliederung oder Inkorporierung der Ärzte- und Zahnärzte-Organisationen in das System der sozialstaatlichen Versorgung in Deutschland. Dieser Sonderweg wird an dieser Stelle unter der Überschrift „Strukturprobleme“ noch einmal aufgegriffen, weil die Korporatisierung als gesundheitspolitische Strategie gegenwärtig an ihre Grenzen zu stoßen scheint. In der aktuellen gesundheitspolitischen und – mehrfach gesteigert – in der gesundheitsökonomischen Diskussion wird die Leistungsfähigkeit des korporativen Ordnungsmodells, insbesondere seine kollektivvertragliche Traditionslinie, in Frage gestellt. Ein neues ordnungspolitisches Leitbild tritt demgegenüber in den Vordergrund: die Förderung des Wettbewerbs und der Einsatz marktlicher Elemente innerhalb und zwischen den korporativen Akteuren, den Körperschaften der Ärzte und Zahnärzte und den Krankenkassen. Zum Zeitpunkt des Entstehens dieses Buches können die Initiativen des Gesetzgebers noch nicht vollständig überblickt werden. Eines jedoch scheint sicher zu sein: Die kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Vereinigungen sind ins Visier der rot-grünen Regierungskoalition geraten. Ihre Existenzberechtigung wird – noch – nicht in Frage gestellt, wohl aber sollen ihre Kernkompetenzen entfallen, wie z. B. der Sicherstellungsauftrag und das Recht zur Festlegung des Honorarverteilungsmaßstabes. Den Krankenkassen wird demgegenüber verstärkt die Aufgabe der Krankenversorgung zugeordnet, die sie z. B. im Rahmen sog. Disease-Management-Programme erfüllen sollen.

#### 6.1.1 Strukturelemente und Kritikpunkte der Korporatisierungsstrategie

Zentraler Baustein der Korporatisierungsstrategie in der deutschen Gesundheitspolitik ist die gemeinsame Selbstverwaltung von (Zahn-)Ärzten und Krankenkassen (vgl. Abschn. 2.3). Folgende Elemente sind hierfür kennzeichnend:

- Zentrale Kollektivverträge,
- gemeinsame Ausschüsse, in denen medizinisch-fachliche Fragen entschieden werden (Bundesausschuss, Bewertungsausschuss),
- obligatorische Schiedsverfahren, die Konflikte zwischen den Vertragspartnern lösen und vertragslose Zustände verhindern,

- der öffentlich-rechtliche Status der (Zahn-)Ärzte- und Krankenkassenverbände,
- die Zwangsmitgliedschaft der nieder- und zugelassenen Ärzte und Zahnärzte und daraus resultierend,
- die weitreichende Verpflichtungsfähigkeit der Körperschaften öffentlichen Rechts gegenüber ihren Mitgliedern.

Der Hauptvorwurf gegen das korporative Ordnungsmodell, wie er vor allem von gesundheitsökonomischen Experten erhoben wird, betrifft die angeblich zu geringe Innovationsfähigkeit für die Lösung von Strukturproblemen im Gesundheitswesen. Im Gegensatz zu den eindrucksvollen Innovationen, die die Medizin auf wissenschaftlich-technologischem Gebiet hervorbringe, seien organisatorische Steuerungsmängel, beispielsweise in der sektorübergreifenden Koordination und integralen Betreuung von Patienten, zu verzeichnen, die ursächlich auf die Blockadeinteressen des „Kartells“ niedergelassener Ärzte und Zahnärzte zurückzuführen seien.

Auch wenn das Argument der fehlenden Integration medizinischer Versorgungssegmente für den Bereich der Zahnmedizin nur sehr eingeschränkt zutrifft – Zahnärzte veranlassen nur wenige Leistungen und sind nur sehr eingeschränkt mit anderen Leistungsanbietern in Diagnose- und Therapiefragen vernetzt –, fallen auch die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen unter das Verdikt eines „Kartells der Verhinderer“. An die Stelle der Angebotsmonopolisten KV bzw. KZV sollen daher künftig einzelne (Zahn-)Ärzte oder entsprechende Gruppierungen treten, die ihrerseits Direktverträge mit den Krankenkassen abschließen. Hinter der Ablösung des Kollektivvertragssystems steht die Vermutung, dass durch die Einführung von Wettbewerbsmechanismen die Honorarsätze der ambulant tätigen Ärzte und Zahnärzte sinken und so ein positiver Beitrag zur Kostensenkung im Gesundheitswesen geleistet wird.

### **6.1.2 Politischer und ökonomischer Nutzen der Korporatisierungsstrategie**

Folgt man dem oben genannten Vorwurf, hätte die Korporatisierung als gesundheitspolitische Strategie hinsichtlich einer Anforderung versagt, die spätestens seit Mitte der siebziger Jahre stets als Grund für die Existenzberechtigung und mehr noch für die Ausweitung des Kollektivvertragsmodells herangezogen wurde, nämlich der Anspruch, den Anstieg der Kosten in der gesetzlichen Krankenversicherung zu bremsen. In der Gesundheitspolitik und vor allem auch in der Ministerialverwaltung des Bundesarbeits- und später des Bundesgesundheitsministeriums war es über lange Jahre Konsens, dass die Strukturen der gemeinsamen Selbstverwaltung gestärkt werden müssen, um über ein Steuerungsinstrument für die letztlich nur schwer durchschaubaren Kostenstrukturen im Gesundheitswesen zu verfügen. Noch in den neunziger Jahren des letzten Jahrhunderts wurde intensiv über eine Ausdehnung der Korporatisierung und der kollektivvertraglichen Beziehungen im Kranken-

hausbereich (Verkörperschaftung der Landeskrankenhausgesellschaften) und im Pharmabereich (Etablierung einer Selbstverwaltung der arzneimittelherstellenden Industrie) debattiert. Die Hochzonung von Verhandlungskompetenzen auf die Ebene der Bundes- und Landesverbände der Krankenkassen bei den Honorarverhandlungen, die Vereinheitlichung ehemals unterschiedlich gestalteter Verbandsstrukturen, insbesondere die weitgehende rechtliche Angleichung der Ersatzkassen an die anderen Kassenarten sowie der kontinuierliche Funktionsausbau von Entscheidungsgremien wie dem Bundes- und Bewertungsausschuss sind Belege für die Stärkung der gemeinsamen Selbstverwaltung durch Politik und Gesetzgebung.

Besonders die Ministerialverwaltung auf Bundes- und auf Länderebene galt seit jeher als Träger des korporativen Ordnungsmodells. Sie nahm ihre Rolle bereits in den fünfziger Jahren sehr nachdrücklich wahr, als die Bundesrepublik Deutschland noch intensiv mit dem Wiederaufbau des Gesundheitswesens beschäftigt war, die politischen Parteien noch über keine detaillierten Reformpläne für das Gesundheitswesen verfügten und das verbandszentrierte Ordnungsmodell primär als Instrument der Sektorbefriedung verstanden und eingesetzt wurde. Das bereits mehrfach benannte Gesetz über Kassenarztrecht aus dem Jahr 1955 markiert diese strategische Orientierung und knüpft dabei an die Tradition der Inkorporierung der Ärzte- und Zahnärzteorganisationen in das System der Gesundheitsversorgung an, die bereits in der Weimarer Republik ihre Wirkung entfaltete und sich bis zurück ins 19. Jahrhundert nachzeichnen lässt (vgl. Kap. 1).

Wenn man sich die Stärken des korporativen Ordnungsmodells vor Augen führt, wird deutlich, warum gerade die Ministerialverwaltung mit ihrem spezifischen Interesse an sachgerechter Problemlösung, Befriedung von Konflikten und praktikabler Verfahren eine hohe Affinität zu diesem Modell aufweist. Aber es sind natürlich auch genuin politische Vorteile, die sich identifizieren lassen. Der Politikwissenschaftler Wolfgang Streeck hat das „politische Kapital“ korporativer Verbände für eine Gesellschaft anhand von vier Punkten illustriert, die auch und gerade für das Gesundheitswesen in Deutschland zutreffend sind:

1. „Verbände organisieren Kooperation zwischen Konkurrenten.“

Durchaus kostenträchtige Auswüchse eines Konkurrenzkampfes zwischen Leistungsanbietern – man denke etwa an absatzfördernde Marketing- und Werbemaßnahmen – können so verhindert werden. Korporative Interessenregulierung kann sich daher bei entsprechender staatlicher Ordnungspolitik transaktionskostensenkend auswirken, vorausgesetzt, die entstehenden Kartelle bereichern sich nicht auf Kosten der Gesellschaft.

2. „Verbände ermöglichen nicht nur Kooperation zwischen Akteuren mit identischen, sondern auch Kompromisse zwischen Akteuren mit unterschiedlichen Interessen.“

Diese Aussage trifft auch und gerade auf das deutsche Gesundheitswesen zu. Ein Interessengegensatz zwischen Krankenkassen und Ärzteverbänden ist nämlich durchaus zu erkennen. Die Übergabe des Sicherstellungsauftrages an die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen war insofern konsequent, weil Krankenversicherungen schon aus Gründen der finanziellen Stabilisierung ihres Geschäfts primär das Interesse von Versicherten vertreten, weniger das der zahlenmäßig geringer ausfallenden Kranken, die ihrerseits wiederum „Kunden“ von Ärzten und Zahnärzten sind. Die Übergabe des Sicherstellungsauftrages für die medizinische Versorgung an KVen und KZVen und die Übertragung der Aufgabe an die Krankenkassen, diese Leistungen zu finanzieren, ist letztlich nichts anderes als der Versuch, den Interessengegensatz zwischen Versicherten und Kranken abzumildern. Die Ärztestreiks und die vielen vertragslosen Zustände, wie sie noch aus der Zeit vor der Gründung der Ärztekörperschaften bekannt sind, waren der unmittelbare Anlass für die Einrichtung korporativer Strukturen im Gesundheitswesen. Diese friedensstiftende und konfliktabsorbierende Funktion, wie sie die gemeinsame Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen aufweist, wird in der gegenwärtigen gesundheitspolitischen Diskussion bisweilen unterschätzt.

3. „Verbände erhöhen das Informationsniveau und die Informationsintensität einer Gesellschaft, indem sie in ihrem eigenen Interesse die Politik über das Notwendige und ihre Mitglieder über das Mögliche aufklären.“

Der besondere Charme des korporativen Arrangements aus Sicht der staatlichen Verwaltung besteht vor allem darin, dass ihr die Verbände zu einem Detailwissen verhelfen, das sie sich allein nicht oder nur zu prohibitiven Kosten beschaffen könnte. Im Gesundheitswesen wird dieser politische und vor allem administrative Nutzeneffekt deutlich, wenn es um die fachlich diffizilen Entscheidungen über den Einsatz und die Bewertung medizinischer Diagnose- und Therapieverfahren im Rahmen der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung geht.

Gegenüber den Mitgliedern haben die Verbände die Funktion, für realistische Interessendeutungen, aber auch für als gerecht empfundene Verteilungsprozeduren zu sorgen, die es dem Einzelnen ermöglichen, unvermeidliche Enttäuschungen ohne Gesichtsverlust zu überstehen. Der letzte Punkt ist angesichts der Verteilungsproblematik der zur Verfügung stehenden Honorare auf verschiedene Facharztgruppen von hoher praktischer Bedeutung.

4. „Verbände befähigen ihre Mitglieder, ihre Stimme wirksam zu Gehör zu bringen. Damit bieten sie den Unzufriedenen eine Alternative zu Resignation und Abwanderung.“

Mit dieser Aussage lässt sich die Prognose verbinden, dass eine Schwächung der korporativen Akteure KV und KZV dazu führen wird, dass neue, konkurrierende Organisationen entstehen, die versuchen werden, die Interessen der Ärzte wirkungsvoller zu vertreten.

Exakt dies geschieht gegenwärtig, also zu einem Zeitpunkt, an dem das Vertragsmonopol der KVen und KZVen aus Gründen, die im Weiteren noch zu erörtern sind, in Frage gestellt wird – zugunsten eines Regimes von Direktverträgen. Die Ärzte- und Zahnärzteschaft reagiert darauf mit der Gründung freier Vereinigungen, z. B. in Form von Genossenschaften, GmbHs oder eingetragenen Vereinen, die das Vertragsgeschäft mit den Krankenkassen künftig übernehmen sollen – dann freilich zu anderen, nämlich verbesserten finanziellen Konditionen, als dies zur Zeit unter Budgetbedingungen möglich ist. Damit dürften die Hoffnungen der Politik auf eine Senkung der ärztlichen und zahnärztlichen Honorare und eines Abbaus des Kostendrucks im Gesundheitswesen zumindest mit einem Fragezeichen zu versehen sein.

### **6.1.3 Die drei offenen Flanken des Korporatismus: Ökonomie, Machtpolitik und Berufsethik**

Es bleibt die Frage zu klären, warum trotz des „politischen Kapitals“, das die korporativen Akteure für das Gesundheitswesen zur Verfügung stellen, die Korporatisierungsstrategie in der gegenwärtigen gesundheitspolitischen Diskussion eher als Problemverursacher, denn als Problemlöser wahrgenommen wird.

Drei Argumentationslinien sind hier zu unterscheiden:

#### *1. Ökonomische Insuffizienz*

Das korporative Ordnungsmodell im Gesundheitswesen erlebte in der zweiten Hälfte der siebziger Jahre vor allem deshalb eine politische Aufwertung, weil sich an die Stärkung und Ausweitung der Kollektivvertragskompetenzen die Hoffnung der Politik knüpfte, die Kostenproblematik der Gesetzlichen Krankenversicherung im Griff halten zu können. Angesichts der in den letzten Jahren beständig steigenden Beitragssätze der Gesetzlichen Krankenversicherung scheint das Problemlösungspotential der gemeinsamen Selbstverwaltung beim Kostenmanagement der gesundheitlichen Versorgung nicht mehr auszureichen.

Bei Licht betrachtet, gilt diese Aussage für den zahnärztlichen Bereich allerdings nicht. Denn die Ausgaben hierfür sind im langfristigen Rückblick in den alten Bundesländern erheblich geringer gewachsen als die Ausgaben in den Leistungsbereichen Krankenhaus und Arzneimittel. Im Zuge dieser Entwicklung ging der Anteil der Ausgaben für den zahnärztlichen Bereich von 15,1 Prozent in 1976 auf 8,9 Prozent in 2001 zurück. Ähnliches, allerdings mit quantitativer Abschwächung, wird man auch für den gesamten ambulanten ärztlichen Bereich konstatieren müssen. Die Steigerungsraten in den GKV-Beitragssätzen sind vorrangig auf die Kostenentwicklung im Krankenhaussektor und bei der Arzneimittelversorgung zurückzuführen, fallen also gerade in den nicht-inkorporierten Bereichen der gesundheitlichen Versorgung an.

In der gegenwärtigen, vor allem durch die Gesundheitsökonomie dominierten Reformdebatte haben solche empirischen Fakten aber offensichtlich einen derart subtilen Charakter, dass sie kaum Beachtung finden. Das korporative Ordnungsmodell hat seine offene Flanke im mangelnden Markt- und Wettbewerbsgehalt seines kollektivvertraglichen und verbandslastigen Aufbaus, dem privatwirtschaftliche Organisations- und Verteilungsmechanismen als funktional überlegene Alternative gegenübergestellt werden. Genau in diese Flanke stoßen Einwände von Gesundheitsökonomern, die der korporatistischen Organisationslösung eine grundlegende Innovationsunfähigkeit und Fortschrittsfeindlichkeit bescheinigen. Wettbewerbliche Lösungen, nach denen einzelne Krankenversicherungen mit einzelnen oder mit Gruppen von Leistungserbringern kontrahieren, werden demgegenüber als die allokativ effizientere Lösung medizinischer Versorgungsprobleme favorisiert. Damit wird zwangsläufig die Existenzberechtigung der Körperschaften von Ärzten und Zahnärzten in Frage gestellt, weil deren Kernkompetenzen, der Sicherstellungsauftrag für die Versorgung der Bevölkerung und die Verteilung der von den Krankenkassen bereitgestellten Honorarvolumina an die niedergelassenen Ärzte und Zahnärzte, notwendigerweise obsolet werden bzw. an die Krankenkassen abzugeben sind. An die Stelle einer gemeinsamen Selbstverwaltung der inkorporierten Ärzte- und Krankenkassenverbände treten marktmäßig-wettbewerbliche Strukturen einer Vielzahl von Akteuren auf Ärzte- und Krankenkassenseite. Damit ist die Hoffnung verbunden, auf dem Quasi-Markt gesundheitlicher Dienstleistungen dem Kranken oder von Krankheit bedrohten Bürger „mehr medizinische Qualität“ zu gesamtwirtschaftlich kalkulierbaren, d. h. die Lohnnebenkosten nicht noch weiter beeinträchtigenden Preisen anbieten zu können.

Welches Ordnungsmodell letztlich das ökonomisch effizientere ist, lässt sich nur schwer prognostizieren. Es soll hier nur kurz auf den Einwand hingewiesen werden, dass es in dem oben skizzierten Marktmodell notwendigerweise zu einer Steigerung der Transaktionskosten kommen wird, und zwar sowohl beim Abschluss der um ein Vielfaches gesteigerten Zahl der Einzelverträge als auch bei der zeit- und kostenintensiven Ex-Post-Kontrolle der Vertragskonditionen. Dem müssen Kostenersparnisse gegenübergestellt werden, die durch die „Kräfte des Wettbewerbs“ auf dem Quasi-Markt der Gesundheit erst noch realisiert werden müssen.

Angesichts der finanziellen Probleme, in denen sich die Gesetzliche Krankenversicherung derzeit befindet, sind der Politik die letztlich vagen Aussichten, die ihr die Gesundheitsökonomie in ihren Wettbewerbsmodellen anbietet, wohl Grund genug, um eine „Modernisierung“ des Systems und ein „Aufbrechen“ der angeblich kostentreibenden Angebotskartelle in Angriff zu nehmen.

## *2. Machtpolitisches Kalkül*

Aus Sicht der Politik hat sich die Vorstellung, der Körperschaftsstatus könne mäßigend auf die interessenpolitische Mobilisierung der Ärzte- und Zahnärzte-



schaft wirken, bereits früh in der Geschichte der Bundesrepublik Deutschland relativiert. Anlass hierfür war der erste Versuch des Gesetzgebers im Jahr 1958, zu einer Kostendämpfung im Gesundheitswesen zu kommen. Der damalige Arbeitsminister im Kabinett Adenauer, Theodor Blank, setzte auf ein Reformkonzept (Krankenversicherungs-Neuregelungsgesetz, KVNG), das den Handlungsspielraum der korporativen Akteure zugunsten staatlich verordneter Vorgaben reduzieren sollte. Eine per ministerialer Verordnung erlassene einheitliche Gebührenordnung für ärztliche Honorare und staatliche Festsetzungsrechte – und nicht etwa Schiedsamtverfahren – für den Fall einer Nichteinigung der Vertragspartner waren Reformabsichten Blanks, die zu vehementen Abwehrreaktionen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung führten. Erst durch die berühmten Kanzlergespräche der Ärzteschaft wurde das Gesetzesvorhaben gestoppt. Was blieb, war der Eindruck einer irritierten Öffentlichkeit, dass eine Körperschaft des öffentlichen Rechts – als Teil der mittelbaren Staatsverwaltung konzipiert und damit auf „Sachlichkeit“ programmiert – über höchst wirkungsvolle Mechanismen der Interessenartikulation und -durchsetzung verfügt.

In den folgenden Jahrzehnten spielten diese geradezu traumatischen Erfahrungen der Politik beim Scheitern der Gesundheitsreform Blanks eine entscheidende Rolle beim Umgang mit Ärzte- und auch mit Zahnärzterverbänden. Die Regierungsparteien fürchteten sich durchgängig vor dem Wählerverlust, den ein ernster Konflikt mit den Ärzten hätte mit sich bringen können, und mehr noch vor der öffentlichen Meinung, die die Ärzte gegen die jeweilige Regierung mobilisieren könnten. Die Zahnärzte erwiesen sich über die Jahrzehnte dabei noch als wesentlich systemkritischer in ihren Äußerungen und resoluter in ihren Maßnahmen. Dies ist u. a. darauf zurückzuführen, dass sie am Bestand und an der Fortentwicklung der GKV und des korporativen Ordnungsmodells sehr viel weniger interessiert waren – und sind – als die Ärzteschaft und daher in sehr viel geringerem Maße auf einen Ausgleich mit den jeweiligen Regierungsparteien bedacht sein mussten.

Ein solch obstruktives Verhalten gesellschaftlicher Gruppierungen wird unter machtpolitischen Erwägungen wohl nur solange geduldet, wie es für konkrete Problemlösungen – in erster Linie für die Lösung der Kostenproblematik im Gesundheitswesen – noch gerade eben funktional erscheint. Hier wird dann auch die zweite offene Flanke des korporativen Ordnungsmodells deutlich. Das Prinzip der gemeinsamen Selbstverwaltung bewegt sich im Bannstrahl des tradierten deutschen Politikverständnisses, das organisierte Verbandsinteressen letztlich nur als Instrument der Problemlösung ansieht, eine offensive Interessendurchsetzung der Verbände aber als störend, um nicht zu sagen: als illegitim empfindet. Bezeichnend sind hier die Äußerungen des damaligen Arbeitsministers Norbert Blüm im Jahre 1988 anlässlich eines von ihm initiierten Reformversuchs der GKV, dem Gesundheitsreformgesetz (GRG). Die Protestkampagne gegen dieses Gesetzesvorhaben, an der die Kassenärztliche und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung maßgeblich beteiligt waren, wurde von Blüm – in Anlehnung an Theodor Eschenburgs berühmte

Studie aus dem Jahr 1955 – mit der Schreckensvision einer kurz bevorstehenden Übernahme der politischen Herrschaft durch „die Verbände“ kommentiert.

Das Kalkül der Politik, je nach Problemkonstellation zu einer schrittweisen Überlagerung der Verhandlungen zwischen den korporativen Akteuren durch den Einsatz hierarchischer Steuerungsinstrumente bis hin zur vollkommenen Außerkraftsetzung der gemeinsamen Selbstverwaltung zu greifen, ist die zweite offene Flanke des korporativen Ordnungsmodells. In der derzeitigen politischen Situation scheint die rot-grüne Regierungskoalition wenig Rücksicht auf die Protestmaßnahmen von Ärzten und Zahnärzten nehmen zu müssen. Gleichzeitig werden die Lösungen für die finanziellen Probleme der GKV – wie bereits ausgeführt – eher in Wettbewerbsmodellen vermutet. Diese machtpolitische Konstellation muss wohl ein günstiger Zeitpunkt sein, den politischen Einfluss der Ärzte- und Zahnärztekörperschaften weiter zurückzudrängen und diese Organisationen in erster Linie für staatlich-parafiskalische Hilfsfunktionen zu instrumentalisieren. Das Prinzip der gemeinsamen Selbstverwaltung hätte so immerhin eine seiner latenten Funktionen behalten, die ihm der Staatsrechtler Ernst Forsthoff einst attestiert hat: Nämlich ein konstruktives Mittel zur Disziplinierung von Sozialbereichen zu sein.

### *3. Berufsethik*

Das korporative Ordnungsmodell im Gesundheitswesen wird nicht nur von Seiten der Politiker und der sie beratenden Ökonomen mehr und mehr in Frage gestellt. Es sind auch die Berufsangehörigen selbst, insbesondere die Zahnärzte, die diesem Modell überwiegend kritisch gegenüberstehen – damit wird die dritte offene Flanke deutlich.

Der stabile Kern der Institution des Freien Berufs, so hat es der Soziologe Horst Baier einmal benannt, ist die von Personen erbrachte und auf Personen bezogene Dienstleistung. Wer die Wirklichkeit der „Steuerung“ ärztlichen und zahnärztlichen Handelns in den KVen und KZVen einmal näher kennengelernt hat, wird rasch erkennen, dass hier ein Maß an Überreglementierung und Bürokratisierung, aber auch an Rationierung der Versorgung erreicht ist, das den einzelnen Arzt und Zahnarzt mittlerweile nachhaltig in seiner freien, auf individuelle Patientenbedürfnisse abgestimmten Berufsausübung behindert.

Man kann nun darüber spekulieren, ob diese freiheitseinschränkende Tendenz (zahn-)ärztlichen Handelns ursächlich auf die Folgen der spezifischen Organisationslogik der gemeinsamen Selbstverwaltung zurückzuführen ist. Es kann z. B. vermutet werden, dass die öffentlich-rechtliche Konstituierung der Körperschaften eine stärkere Dienstleistungsorientierung gegenüber den Mitgliedern von vornherein begrenzt. Wie auch immer eine objektivierende Analyse ausfallen mag – es bleibt eine Tatsache, dass eine große Zahl der niedergelassenen Ärzte und Zahnärzte das Handeln „ihrer“ Körperschaften subjektiv in erster Linie als Restriktion der eigenen professionellen ärztlichen Autonomie empfindet. Eine Existenzberechtigung finden die Körperschaften aus Sicht ihrer Mitglieder – wenn überhaupt noch – in der relativ zuverlässigen technischen

Bereitstellung der von Krankenkassen überwiesenen Honorarsummen. Mit der zunehmenden Finanzproblematik der GKV dürfte allerdings auch dieser Vorteil allmählich verblassen und die Zahnärzte veranlassen, nach neuen, konkurrierenden Organisationsformen Ausschau zu halten.

Betrachtet man die aktuellen Vorhaben des Gesetzgebers zur „Professionalisierung“ der Körperschaften von Ärzten und Zahnärzten, so wird man den Eindruck gewinnen müssen, dass diese Organisationen tatsächlich verstärkt in die Rolle eines Kontrolleurs ärztlichen Handelns versetzt werden. Ihrer Akzeptanz aus Sicht ihrer Zwangsmitglieder wird dies nicht zuträglich sein und dürfte damit die Schwächung des korporativen Ordnungsmodells weiter befördern.

Ein eindeutiges Fazit zum Ausmaß des „Strukturproblems Korporatismus“ kann nach dem oben Dargestellten nicht gezogen werden. Das politische Kapital, das korporative Organisationen für eine Gesellschaft wie die Bundesrepublik bereitstellen, ist sicher nach wie vor vorhanden. Es scheint allerdings so zu sein, dass das korporative Ordnungsmodell in hohem Maße politischen Opportunitätserwägungen ausgesetzt ist, die je nach parteipolitischen Kalkül bis hin zur Pervertierung des Gedankens der gemeinsamen Selbstverwaltung von (Zahn-)Ärzten und Krankenkassen führen können. Diese Abhängigkeit von kurzfristigen politischen Moden lässt das Modell als letztlich nicht zukunftstauglich erscheinen.

## **6.2 Strukturprobleme des zahnärztlichen Leistungs- und Vertragsregimes**

### **6.2.1 Dominanz des Sachleistungsprinzips**

Die Entwicklungsgeschichte des zahnärztlichen Leistungs- und Vertragsrechts in der GKV ist gekennzeichnet durch eine progrediente Leistungs- und Vertragsausweitung, die sich in den siebziger Jahren des vorigen Jahrhunderts beschleunigte und durch Vergütungsrestriktionen und Selbstbehalte periodisch eingedämmt wurde.

Nach dem Übergang in ein neues Millennium, der zugleich den Zeitraum eines halben Jahrhunderts des tradierten Kassenarztrechts umfasst, wird deutlich, dass sich ein Paradigmenwechsel des Kassenarztrechts in einem zyklisch fortschreitenden Evolutionsprozess vollzogen hat, der sowohl die Rechtsstellung des Versicherten betrifft als auch Funktion und Binnenstruktur der Krankenversicherungsträger und den Status des Vertrags(zahn-)arztes. Eine verstärkte Instrumentalisierung des Vertrags(zahn-)arztes für das System der Gesetzlichen Krankenversicherung, die Einwirkung einer makrosozialen Globalsteuerung auf das Leistungs- und Vergütungssystem sowie verstärkte öffentlich-rechtliche Bindungen der ärztlichen Berufstätigkeit sind Marksteine dieses Wandlungsprozesses. Die stärkere soziale Einbindung des Vertrags(zahn-)arztes, die Einwirkung gesamtwirtschaftlicher Prozesse auf die ver-

trags(zahn-)ärztliche Behandlungstätigkeit und das (Zahn-)Arzt-Patienten-Verhältnis haben das System der vertrags(zahn-)ärztlichen Versorgung in ein spezifisches Spannungsfeld zwischen den grundrechtlich garantierten Anforderungen an die autonome, von persönlichem Vertrauen und fachlicher Kompetenz getragene (Zahn-)Arzt-Patienten-Beziehung mit ihren vielschichtigen Implikationen (Therapiefreiheit, Wahlrecht des Patienten, Aufklärungs- und Mitwirkungspflichten, Höchstpersönlichkeit der Leistungserbringung) und den sozialstaatlichen Anforderungen gesamtgesellschaftlicher Organisationsprinzipien gestellt. Dies führt zu einer mehrdimensionalen Antinomie des Kassenarztrechts, die rechtsstaatlich einwandfrei nur aufgelöst werden kann, wenn die beteiligten Rechtsgüter und Interessen in grundrechtskonformer Weise harmonisiert werden.

Die erste Antinomie ist rechtskonstruktiver Art und betrifft die Trias von Sachleistung, Gesamtvertrag und Gesamtvergütung, die das System der Gesetzlichen Krankenversicherung fast ausnahmslos beherrscht. Die Krankenkassen haben dem Versicherten in diesem Rahmen nicht nur das finanzielle Risiko der Krankheit abzunehmen, sondern zu gewährleisten, dass er mit ärztlicher und zahnärztlicher Behandlung sowie mit Arzneimitteln versorgt wird. Dienst- und Sachleistungen sind dadurch gekennzeichnet, dass sich der Anspruch des Sozialversicherten gegen den Leistungsträger unmittelbar auf die Leistung selbst richtet. Eine finanzielle Beteiligung des Versicherten erfolgt dabei in der Regel nur über dessen Beitrag zur Sozialversicherung. Mit der Einführung des Sachleistungsprinzips bezweckte der Gesetzgeber, die vertrags(zahn-)ärztliche Versorgung aller Krankenkassenmitglieder sicherzustellen, wobei die Unmittelbarkeit der Bedarfsbefriedigung ohne Kostenbeteiligung des Versicherten, die das Sachleistungsprinzip kennzeichnet, in ihrer ursprünglichen Sinnggebung darauf abzielte, durch Ausschluss einer Vorleistungspflicht der Versicherten die Hemmschwelle für die Inanspruchnahme versicherungsmäßiger Leistungen gerade auch für finanziell minderbemittelte Patienten herabzusetzen, damit diese nicht aus materiellen Gründen von der Inanspruchnahme notwendiger Behandlungen absehen müssten. Deshalb sollte der Patient sowohl von finanzieller Vorleistung als auch von dem eigentlichen Vorgang der Leistungsbeschaffung freigestellt werden. Diese Grundsätze leiten sich ab aus der ursprünglichen Zielrichtung der Krankenversicherung unter dem Aspekt staatlich-paternalistischer Wohlfahrtspflege und arbeitsrechtlicher Fürsorge.

Die Abwicklung der Rechtsbeziehungen unter den Rechtssubjekten im Sachleistungssystem gestaltet sich in der Weise, dass der (Zahn-)Arzt aufgrund seiner Zulassung zur Versorgung sozialversicherter Patienten berechtigt und verpflichtet ist und gegen seine Kassen(zahn-)ärztliche Vereinigung einen öffentlich-rechtlichen Anspruch auf Vergütung seiner Leistungen hat. Die Kassen(zahn-)ärztliche Vereinigung übernimmt die Sicherstellung der vertrags(zahn-)ärztlichen Versorgung der sozialversicherten Patienten und hat gegenüber den Krankenkassen aufgrund der Gesamtverträge einen Anspruch auf die Gesamtvergütung. Der Patient hat aufgrund des Versicherungsverhält-

nisses mit seiner Krankenkasse und seiner Beitragszahlung in Verbindung mit den leistungsrechtlichen Bestimmungen des SGB, das den Leistungsinhalt und -umfang regelt, einen öffentlich-rechtlichen Anspruch in Gestalt eines subjektiv-öffentlichen und gerichtlich durchsetzbaren Rechtes gegen die Krankenkassen auf Zurverfügungstellung der vertrags(zahn-)ärztlichen Leistung in dem vom SGB vorgesehenen Umfang. Die Rechtsbeziehung zwischen Versicherter und Krankenkasse, das sog. Sozialrechtsverhältnis, ist dabei ein öffentlich-rechtliches Rechtsverhältnis, das aufgrund seiner Ähnlichkeit mit dem Schuldverhältnis zum Teil als öffentlich-rechtliches Schuldverhältnis qualifiziert wird, sich in mancher Hinsicht auch mit dem Versicherungsvertragsverhältnis vergleichen lässt. Die öffentlich-rechtlichen Konstruktionen innerhalb eines Vierecksverhältnisses (vgl. Abschn. 4.2, Abbildung 4) haben den Behandlungsvertrag zwischen Arzt und Patient im Sachleistungssystem verdrängt und seiner privatrechtlichen Konstitutionsfaktoren entkleidet, so dass sich ein Behandlungsvertrag zwischen Vertrags(zahn-)arzt und sozialversichertem Patienten weitgehend als Fiktion und inhaltsleere Hülse darstellt.

Zwischen Vertrags(zahn-)arzt und Patient besteht im Rahmen der Sachleistung weder ein schuldrechtlicher Leistungsanspruch bezüglich der (zahn-)ärztlichen Behandlung noch ein privatrechtlicher Vergütungsanspruch für die geleisteten (zahn-)ärztlichen Dienste. Die privatrechtlichen Beziehungen zwischen (Zahn-)Arzt und Patient sind im Sachleistungssystem auf ein haftungsrechtliches Sorgfaltspflichtverhältnis reduziert, das im Wege einer Transformation bürgerlich-rechtlicher Sorgfaltspflichten in das öffentlich-rechtliche Verhältnis eingefügt wird. Diese Rechtsfolgenverweisung auf das bürgerliche Recht stellt sich als rechtliche „Krücke“ zur Überbrückung der fehlenden Vertragsrechte und -pflichten im Haftungsfall dar. Der Vertrags(zahn-)arzt tritt dem Patienten damit als Erfüller des öffentlich-rechtlichen Anspruchs gegenüber, der in einer Drittbeziehung, dem Versicherungsverhältnis wurzelt. Das (Zahn-)Arzt-Patienten-Verhältnis im Kassenarztrecht gestaltet sich auf diese Weise als öffentlich-rechtliches Erfüllungsverhältnis, das sowohl die Aufgabe der Anspruchsrealisierung als auch die Funktion einer Gewährleistung wirtschaftlicher und lege artis-konformer Versorgung für den Patienten hat.

### 6.2.2 Inadäquanz der Leistungsrechtsformen

Dieser „Einbruch der Sozialversicherung in die Arzt-Patienten-Beziehung“ führt zu rechtlichen Konsequenzen, die von der Rechtsdogmatik bisher weitgehend unbewältigt geblieben sind. Rechtskonstruktive Inkompatibilitäten treten im selben Augenblick auf, wo andere als Sachleistungsformen in dieses öffentlich-rechtlich durchnormierte System einzufügen sind: Typisch für diese Problematik ist der Zahnersatz, der bis zum In-Kraft-Treten des KVEG als Zuschussleistung auf der Grundlage eines privatrechtlichen Vertrages zwischen Zahnarzt und Patient ausgestaltet war. Obwohl das Bundessozialgericht in seiner Prothetikentscheidung vom 24.1.1974, die die Sonderstellung des Zahnersatzes als Zuschussleistung im Rahmen eines Privatvertrages anerkannte,

bestätigte, dass diese Zuschussleistung nicht der Gesamtvergütung unterliegt, sah es sich veranlasst, diese Leistungsform in das Korsett der Vertragshoheit des Kassenarztrechts zu pressen, wenngleich ihm die rechtskonstruktive Unvereinbarkeit von Zuschussleistung und Gesamtvergütung selbst nicht verborgen blieb. Auch der Gesetzgeber tat sich schwer, die rechtlichen Beziehungen im Zusammenhang mit der Herstellung und Eingliederung von Zahnersatz nahtlos in das dominierende Sachleistungssystem einzupassen. Durch das KVKG wurde die Vertragsbeziehung zwischen Zahnärzten und Zahntechnikern in einen privatrechtlichen Leistungsvertrag und eine kollektive Vergütungsvereinbarung aufgespalten, die dem Rechtstypus des Privatvertrags und seiner Funktion eines interessengerechten Austauschs von individueller Leistung und Gegenleistung in systemwidriger Weise zuwiderlief. Der Zahnarzt wurde einem von dritter Stelle ausgehandelten Vertragsstatut unterworfen, auf dessen Gestaltung er keinen Einfluss hatte und das mit seinem quasi normativen Geltungsanspruch in die private Rechtsbeziehung zwischen Zahnarzt und Zahntechniker transformiert wurde. Mit der Herauslösung der Vergütung für zahntechnische Leistungen aus der Vertragsbeziehung zwischen Zahnarzt und Zahntechniker wurde eine der konstituierenden Gestaltungskomponenten des Vertrages, Leistung und Gegenleistung, aufgelöst und der zivilrechtliche Vertragstypus als synallagmatisches Regelungsgefüge und autonome Gestaltungseinheit zerrissen.

Dass die Inadäquanz der Handlungsformen im Kassenarztrecht durch die Sachleistungsfixierung zu dogmatischer Erstarrung und Verzerrungen führt, zeigt schließlich auch die Schwierigkeit, Formen der Direktbeteiligung oder Kostenerstattung in die Sachleistungskonstruktion zu integrieren. Mit der Unmittelbarkeit wirtschaftlicher Leistungsbeschaffung war die Krankenkasse weitgehend auf ein Alles-oder-Nichts-Prinzip verwiesen, nämlich entweder eine Leistung zu vermitteln, die im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeits- und Zweckmäßigkeitsrestriktionen der RVO und später des SGB den Erfordernissen und legitimen persönlichen Wünschen des Patienten im Einzelfall nicht entspricht, oder eine Leistung zu beschaffen, die gleichsam ein sozialstaatliches *ultra posse* darstellt, weil sie in einer Disproportionalität zur jeweiligen finanziellen Leistungsfähigkeit der Krankenkasse steht.

Allerdings wird dabei nicht ausgeschlossen, dass der Versicherte zur Erlangung einer die Leistungspflicht der Krankenkassen übersteigenden Versorgung einen bestimmten Eigenanteil trägt. Auch das Sachleistungsprinzip, dem lange Zeit ein Verbot der Kostenerstattung entnommen wurde, bedeutet nicht, dass der Versicherte sich in allen Fällen mit einer das Maß des Notwendigen nicht überschreitenden Leistung zufrieden geben müsse. Das Auseinanderklaffen zwischen der relativ starren Finanzierung des Leistungsanspruchs im Sachleistungssystem und dem tatsächlichen Bedarf des Versicherten demonstriert die höchstrichterliche Rechtsprechung, die z.B. im Bereich von Sehhilfen, orthopädischen Schuhen, aber auch Krankenhausbehandlung, die Inanspruchnahme von außervertraglichen Leistungen unter Übernahme der Mehr-

kosten durch den Versicherten zulässt. Sie wurde von der Rechtsprechung als „zeitgemäße Weiterentwicklung“ des Sachleistungsprinzips bezeichnet.

Gerade auch beim Zahnersatz mit seinen vielfältigen Wahlmöglichkeiten und Versorgungsformen musste der Gesetzgeber die unzulängliche Flexibilität öffentlich-rechtlicher Anspruchsnormierung anerkennen und die Möglichkeit eröffnen, dass der Versicherte für aufwändigere Versorgungsformen die Mehrkosten selbst zu tragen hat (§ 30 Abs. 3 SGB V). Das gleiche gilt für Zahnfüllungen (§ 28 Abs. 2 S. 2 SGB V). Wie ausgeprägt das Beharrungspotential des Sachleistungsprinzips im deutschen Sozialversicherungsrecht ist, beweist die Neuregelung des Zahnersatzes im Entwurf eines „Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems“ (GMG) vom Mai 2003, durch das therapieorientierte Festzuschüsse zum Zahnersatz auf Sachleistungsbasis vorgesehen waren.

Der weitgehende Ausschluss der Privatautonomie im Sachleistungsprinzip, dem die Dogmatik in letzter Zeit dadurch Rechnung getragen hat, dass sie die bürgerlich-rechtliche Komponente auf ein bloßes Sorgfaltspflichtverhältnis reduziert, wirft bedeutsame Fragen des Selbstverständnisses (zahn-)ärztlicher Berufsausübung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung auf: Im Sachleistungssystem treten sich die Rechtssubjekte des Behandlungsverhältnisses als Personen gegenüber, deren Privatautonomie durch öffentlich-rechtliche Regelungen aufgezehrt ist, die also im unmittelbaren Verhältnis zueinander quasi „ent-rechtet“ sind. Für einen rechtlichen Konsens über die Inhalte des Behandlungsverhältnisses ist kein Raum zwischen ihnen, da ihnen im Binnenverhältnis keine privatrechtliche Disposition über gegenseitige Ansprüche zusteht. Der für privatrechtliche Vertragsverhältnisse charakteristische Konsens wird damit bereits auf öffentlich-rechtlicher Ebene antizipiert, nämlich in den Beziehungen Versicherter/Krankenkassen einerseits und Krankenkasse/Kassen(zahn-)ärztliche Vereinigung/Vertrags(zahn-)arzt andererseits. Die Sachleistungsgewährung und das Arzt-Patienten-Verhältnis werden damit gekennzeichnet von der Anonymität der Leistungsbeziehung. Die öffentlich-rechtliche Präformierung des Behandlungsverhältnisses wird aber der Vertrauensbeziehung zwischen (Zahn-)Arzt und Patient, in die elementare Rechtsgüter wie Persönlichkeitsrechte, körperliche Integrität usw. eingebracht werden, nicht gerecht. Der Behandlungsvertrag hat mehr zu regeln als die bloße Kostenfrage, er betrifft Aufklärung und Einwilligung ebenso wie Wahl- und Selbstbestimmungsrechte oder Mitwirkungspflichten des Patienten. Angesichts der Grundrechtssensibilität der beteiligten Rechtsgüter und der Rechte-Pflichten-Relation im Kassenarztrecht müssen auch im Arzt-Patienten-Verhältnis die konstitutiven Elemente des Privatvertrages erhalten bleiben. Gerade der für seine individuelle Lebensplanung eigenverantwortliche Patient kann in seiner Persönlichkeitsentfaltung nicht so weit eingeschränkt werden, dass er auf anonyme Leistungsbeziehung verwiesen ist. Die Wiederbelebung privatvertraglicher Elemente innerhalb und außerhalb des Sachleistungssystems und seine Eingrenzung auf die Leistungsbereiche, die der sozialen Schutzfunktion der Gesetzlichen Krankenversicherung gerecht werden, ist

eine rechtsstaatliche Aufgabe, die der Subjektstellung von (Zahn-)Arzt und Patient Rechnung trägt und der individualrechtlichen Prägung des Behandlungsverhältnisses gerecht wird.

### 6.2.3 Haftungs- und europarechtliche Defizite

Die Wiederbelebung privatvertraglicher Elemente ist darüber hinaus erforderlich, um eine Kollision (zahn-)ärztlicher Pflichten im Spannungsfeld unterschiedlicher Anforderungen aufzulösen, die einerseits das an ökonomischen Wirtschaftlichkeits- und Sparsamkeitskriterien ausgerichtete öffentlich-rechtliche Vertragsarztrecht, andererseits das am allgemeinen wissenschaftlich-medizinischen Standard orientierte zivilrechtliche Haftungsrecht an den (Zahn-)Arzt stellen: Im Sachleistungsprinzip des SGB V darf der Vertrags(zahn-)arzt neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nur anwenden, wenn der Bundesausschuss der Ärzte bzw. Zahnärzte und Krankenkassen (vgl. Abschn. 2.3.1) diese Methoden anerkannt hat; gemäß zivilrechtlichem Arzthaftungsrecht hat der Vertrags(zahn-)arzt die Pflicht, seine Behandlung nach eigener Prüfung an den aktuellen medizinisch-wissenschaftlichen Standards auszurichten. Es besteht also ein ungelöstes Konfliktpotential zwischen der sozialversicherungsrechtlichen Wirtschaftlichkeitsanforderung (§12 Abs. 1 S. 2 SGB V) und dem zivilrechtlichen Haftungsmaßstab.

Eine weitere Inadäquanz des Sachleistungsprinzips als leistungsrechtlicher Handlungsnorm betrifft die Europakompatibilität der Sachleistung. Zwar sind die gemeinschaftsrechtlichen Kompetenzen auf dem Gebiet des Gesundheitswesens sehr beschränkt (Art. 3 Abs. 1p, 136, 152 Abs. 5 EGV) und es besteht keine Kompetenz zur Harmonisierung der nationalen Gesundheitssysteme; jedoch steht die ausschließliche Zuständigkeit der Mitgliedstaaten für die Organisation der Gesundheitsversorgung ihrer Bürger in einem Spannungsverhältnis zum gemeinschaftsrechtlichen Grundprinzip des freien Binnenmarktes. Dies gilt insbesondere für die territoriale Begrenzung des Versicherungssystems wie sie § 18 SGB V bisher in Deutschland vorsieht. Demnach hat der Kassenpatient derzeit keinen Anspruch auf Kostenübernahme, wenn er – von Notfällen abgesehen – ohne vorherige Genehmigung der Kasse im Ausland (zahn-)ärztliche Leistungen in Anspruch nimmt.

Das bedeutet, dass er – schon im Hinblick auf das Sachleistungsprinzip – veranlasst wird, ambulante und stationäre ärztliche Heilbehandlungen ebenso wie Arznei- oder Heilmittel in Deutschland in Anspruch zu nehmen. Diese Beschränkung kollidiert mit den Grundfreiheiten des Vertrags, der in Art. 49 EGV den freien Dienstleistungsverkehr, in Art. 28 EGV den freien Warenverkehr garantiert.

In mehreren aufsehenerregenden Entscheidungen hat der Europäische Gerichtshof entschieden, dass nationale Genehmigungsvorbehalte der Sozialversicherungsträger für die Inanspruchnahme ambulanter und stationä-



rer Behandlungen oder den Erwerb von Heil- und Hilfsmittel im Ausland nur unter engen Voraussetzungen zulässig sind. Dies wurde sowohl für die Kosten einer im EU-Ausland durchgeführten Zahnbehandlung (Fall Kohll, Urt. v. 28.4.1998, C-158/96) als auch für den Erwerb einer Brille (Fall Decker, Urt. v. 28.4.1998, C-120/95) und für die Krankenhausbehandlung (Fall, Geraets-Smits und Peerbooms, Urt. v. 12.7.2001, C-157/99) entschieden. Der EuGH bestätigt zwar den Grundsatz, dass allein die Mitgliedstaaten zuständig sind für die Ausgestaltung ihrer sozialen Sicherungssysteme, sie müssen jedoch bei der Wahrnehmung dieser Kompetenzen das Gemeinschaftsrecht beachten. Eine Regelung wie das territorial gebundene Sachleistungsprinzip, das den Versicherten durch Genehmigungsvorbehalte faktisch daran hindert, ärztliche und zahnärztliche Dienstleistungen in einem anderen EU-Staat frei in Anspruch zu nehmen, verletzt deren Grundfreiheiten und die der Heilberufe. Diesen Grundsatz, der sowohl für auf Kostenerstattungsbasis beruhende wie für sachleistungsgeprägte Gesundheitssysteme gilt, hat der EuGH in einer neueren Entscheidung (Rs C-385/99) bestätigt, die eine Zahnarztbehandlung von Niederländern in Deutschland betrifft. Eine Ausnahme kann für den stationären Sektor nur dann gelten, wenn bei einer Öffnung des Systems eine „erhebliche Gefährdung“ des nationalen Sicherungssystems der gesundheitlichen Versorgung droht. Von dieser Rechtsprechung des EuGH werden auch in Zukunft Impulse für eine auf Kostenerstattung beruhende Umgestaltung des deutschen Leistungsrechts erwartet, um der erforderlichen Mobilität und Transparenz der Leistungsnachfrage und -erbringung gerecht zu werden und das deutsche Leistungs- und Vertragsrecht „europafest“ zu machen.

### **6.3 Strukturprobleme der zahnärztlichen Honorierung**

An die Honorierungssysteme in der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung werden vielfältige Anforderungen gestellt. Generell sollte das Honorierungssystem zuwendungsorientierte und präventive Leistungen stärken, die Qualität sichern, Innovationen fördern und zu einer kosteneffizienten, bedarfsgerechten Versorgung beitragen. Zudem sollte die Vergütung der Ärzte und Zahnärzte angemessen und leistungsgerecht sein.

#### **6.3.1 Funktionen der zahnärztlichen Honorierung**

Es lassen sich demnach eine Steuerungs- und Anreizfunktion, eine Finanzierungs- und Verteilungsfunktion sowie eine Innovationsfunktion von Honorierungssystemen unterscheiden. Die Unterscheidung verschiedener Funktionen, denen die zahnärztliche Honorierung genügen sollte, ist lediglich analytischer Art und soll zum einen verdeutlichen, wie komplex die Anforderungen sind, die ein funktionsfähiges Honorierungssystem zu erfüllen hat, zum anderen, welchen zentralen Stellenwert die Frage der Honorierung für das konkrete Leistungsgeschehen besitzt. Die im internationalen Vergleich erkennbaren Unterschiede der nationalen Gesundheitssysteme hinsichtlich Qualitäts-

niveau und Innovationsfähigkeit können – wenn auch nicht ausschließlich – in hohem Maße auf die realisierte Form der Mittelaufbringung und Mittelverwendung zurückgeführt werden.

### *1. Steuerungs- und Anreizfunktion der zahnärztlichen Honorierung*

Die Steuerungs- und Anreizfunktion der zahnärztlichen Honorierung sollte die Anbieter veranlassen, ihre Leistungen bedarfsgerecht und wirtschaftlich zu erbringen. Honorierungssysteme sollten daher so ausgestaltet sein, dass sie Anreize enthalten, die Anstrengungen zur Kostensenkung und zur Verbesserung der Leistungsqualität belohnen und der Erbringung von nicht bedarfsgerechten Leistungen entgegenwirken. Ökonomische Anreize sollten dabei idealerweise in dem als „Markt“ betrachteten Gesundheitssektor steuernd eingreifen, ohne weitere staatliche Interventionen erforderlich zu machen. Mit anderen Worten: Das Honorierungssystem sollte – u. U. eingebunden in korporatistische Strukturen (vgl. Abschn. 6.1) – „staatsentlastend“ wirken, d. h. eine Selbstregulierung von Interessenkonflikten der verschiedenen im Gesundheitssystem vertretenen Akteure ermöglichen. Interessenkonflikte sind dabei vor allem hinsichtlich der Finanzierung (wer bezahlt wie viel und für was?) und Verteilung (wer erhält wie viel und für was?) der materiellen Ressourcen innerhalb des Gesundheitssystems möglich.

### *2. Finanzierungs- und Verteilungsfunktion der zahnärztlichen Honorierung*

Unter dem Finanzierungs- und Verteilungsaspekt sollte die zahnärztliche Honorierung daher so ausgestaltet sein, dass den Vertragszahnärzten ein leistungsgerechtes Einkommen gewährt wird, zugleich aber eine zu hohe Belastung der Leistungsfinanzierer (Beitrags- und Steuerzahler) vermieden wird. Hierzu zählt auch die Problematik der gerechten Verteilung der Finanzierungsrisiken zwischen den Leistungsanbietern (Vertragszahnärzten) und den Leistungsfinanzierern (gesetzliche Krankenkassen). Um funktionsfähig zu sein, muss das Honorierungssystem zudem praktikabel und transparent sein sowie eine möglichst hohe Akzeptanz unter den Leistungsanbietern aufweisen. Fehlt diese Akzeptanz, weil die Verteilung als ungerecht empfunden wird und ökonomisch falsche Anreize gesetzt werden, so kann auch der Fortschritt in der Zahnmedizin empfindlich beeinträchtigt werden.

### *3. Innovationsfunktion der zahnärztlichen Honorierung*

Demnach sollte auch die Entwicklung und der Einsatz innovativer Diagnose- und Therapiemethoden sowie neuer Medizinprodukte durch das Honorierungssystem gefördert oder zumindest nicht behindert werden. Die Anpassungsfähigkeit des Honorierungssystems an den medizinisch-technischen Fortschritt, an den Wandel des Morbiditätsspektrums (vgl. Abschn. 7.2) sowie an geänderte gesellschaftliche und politische Rahmenbedingungen (zum Problem der Europakompatibilität vgl. Abschn. 7.1) ist insofern ein extrem wichtiges Erfordernis. Die Entwicklung und Ausgestaltung einer modernen, präventionsorientierten Zahnmedizin sollte durch das Honorierungssystem flankiert und unterstützend begleitet werden.

### 6.3.2 Kostendämpfungspolitik: Einseitige Auflösung des Zielkonfliktes durch den Gesetzgeber

Mit den skizzierten Funktionen der zahnärztlichen Honorierung ist ein komplexes Anforderungsprofil gesetzt, mit dem sich normative Erwartungen an ein Idealbild von den Akteuren, Strukturen und Prozessen im zahnärztlichen Versorgungssystem verknüpfen. Der Gesetzgeber hat versucht, den Zielkonflikt zwischen Versorgungsumfang und wirtschaftlichen Interessen mit einer gesetzlichen Vorgabe (§ 2 Abs. 1 SGB V i. V. m. §§ 12 Abs. 1 und 141 Abs. 2 SGB V) zu lösen, ohne jedoch das erforderliche gesundheitspolitische Instrumentarium zur Auflösung des Zielkonfliktes bereitzustellen.

Das Unvermögen des Gesetzgebers, eine übergeordnete und gesamtgesellschaftliche Perspektive einzunehmen, wird durch Strukturbesonderheiten des deutschen Gesundheitssystems mit verursacht. Der föderative Staatsaufbau Deutschlands hat zunächst zur Folge, dass jede Novellierung des Honorierungssystems ein langwieriges Gesetzgebungsverfahren erfordert, eine zeitnahe Anpassung der Gebührenordnungen an die Preis- und Einkommensentwicklung, an den zahnmedizinisch-technischen Fortschritt sowie an neue gesundheitspolitische Megatrends (Prävention!) insofern schon strukturell erschwert wird. Erschwerend kommt hinzu, dass der Gesetzgeber als Beihilfeträger der Beamten eigene wirtschaftliche Interessen hat und von daher die Belastungseffekte einer Honorierungsreform auf die eigenen Haushalte mit berücksichtigen wird. Eine verzögerte Anpassung der Gebührenordnungen an die Preis- und Einkommensentwicklung sowie an den zahnmedizinisch-technischen Fortschritt wirkt – wie auch der politisch induzierte „Verschiebebahnhof“ (vgl. Abschn. 2.2.1.3) – fiskalisch entlastend. So verständlich ein solches Verhalten unter finanzpolitischen Kalkülen auch sein mag – eine Auflösung des angedeuteten Zielkonfliktes wird bei einer wechselseitigen „partiellen Optimierung“ durch die korporatistischen Akteure im Gesundheitssystem nicht möglich sein.

Es ist somit evident, dass die strukturellen Defizite und Widersprüche des korporatistischen Modells (vgl. Abschn. 6.1.3) voll auf das zahnärztliche Honorierungssystem durchschlagen. Das Misstrauen der Politik in die Steuerungsleistungen der gemeinsamen Selbstverwaltung führt zu einer Akzentuierung hierarchischer Steuerungsinstrumente, von deren Einsatz sich die Politik eine weitgehende Beherrschbarkeit von Makrogrößen (Beitragssatzstabilität) erhofft. Die vom Honorierungssystem ausgehenden mikroökonomischen Anreiz- und Lenkungswirkungen werden von der Gesundheitspolitik jedoch immer noch zu wenig beachtet, der Vergütung mithin primär die Funktion einer Kostendeckung, nicht die eines Verhaltensanreizes zugeschrieben.

In den Kostendämpfungsbestrebungen der letzten drei Jahrzehnte standen dementsprechend zumeist die Gesamtausgaben bzw. die bereichsspezifischen sektoralen Ausgaben als sog. „harte“, weil quantifizierbare Fakten auf dem Prüfstand. Die Wirkungen der Kostendämpfungspolitik auf die sog. „wei-

chen“ Outcome-Größen, also etwa das Qualitätsniveau der (zahn-)medizinischen Versorgung, blieben dabei regelmäßig unterbelichtet. Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat „diese einseitige, die Ausgabenseite überbetonende Betrachtungsweise“ in ihren problematischen Wirkungen auf die Versorgungsqualität deutlich kritisiert.

Das grundlegende Strukturproblem der zahnärztlichen Honorierung ist insofern die Frage, wie – unter der Nebenbedingung der Beitragssatzstabilität – eine qualitativ hochwertige und innovative zahnmedizinische Versorgung gesichert werden kann.

### 6.3.3 Qualitätsdefizite aufgrund inadäquater Leistungshonorierung

Von besonderem Stellenwert für die zahnmedizinische Versorgung ist der Zusammenhang zwischen der Honorierung und der Versorgungsqualität (vgl. Abschn. 4.5). Die Versorgungsqualität ist ein Aggregat aus Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Als wichtige Strukturgröße übt das Honorierungssystem einen direkten bzw. indirekten Einfluss auf die Prozess- und Ergebnisqualität aus. Die in der zahnärztlichen Versorgung erkennbaren Qualitätsdefizite sind u. a. darauf zurückzuführen, dass die im BEMA fixierte Leistungsstruktur überaltert ist und nicht den Erkenntnissen und Anforderungen einer modernen, präventionsorientierten Zahnmedizin entspricht, da sie primär auf die Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit, nicht jedoch auf die kausale Behandlung der Oralerkrankungen ausgerichtet ist.

Ebenso wie veraltete Leistungsbeschreibungen wirkt sich auch eine überkommene und in betriebswirtschaftlicher Hinsicht unzureichende Leistungshonorierung negativ auf die medizinische Qualität aus. So führt der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (vgl. Abschn. 2.3.4) beispielsweise die Qualitätsmängel in der Endodontie explizit auf die ungünstige Vergütung endodontischer Leistungen zurück, die nicht betriebswirtschaftlich adäquat kalkuliert seien und meldet generellen Zweifel an, „ob unter den gegenwärtigen Kassen- und Beihilfebedingungen – auch bei Ausschöpfung von Rationalisierungsreserven in der Versorgung – eine ‚State-of-Art‘-Zahnmedizin betriebswirtschaftlich realisiert werden kann“.

### 6.3.4 Vor- und Nachteile verschiedener Honorierungssysteme

Die bestehenden Honorierungssysteme lassen sich hinsichtlich der Bezugsgröße, an die die Honorierung anknüpft, unterscheiden (vgl. Tabelle 6). Als Bezugsgrößen für die Honorierung (zahn-)medizinischer Leistungen kommen grundsätzlich in Betracht:

- der Faktoreinsatz (Personal, Material etc.) (Input);
- die erbrachten medizinischen Leistungen (Output);
- der gesundheitliche Ertrag für den Patienten (Outcome).

Tabelle 6: Klassifikation von Honorierungssystemen		
Steuerungsebene	Mikroebene	Makroebene
Input-Ebene (Faktoreinsatz)	– Gehalt oder – Pauschale für Faktoreinsatz	– Budget für Faktoreinsatz
Output-Ebene (Leistungen)	– Einzelleistungen – Leistungskomplexe	– Budget für Leistungsvolumen
Outcome-Ebene (gesundheitlicher Ertrag für den Patienten)	– Kopfpauschale – Zielbezogene Vergütung	– Bedarfsbudget – Zielbudget
Quelle: Darstellung in Anlehnung an Schneider, M., Biene-Dietrich, P., Gabanyi, M., Hofmann, U., Huber, M., Köse, A., Sommer, J. H.: Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich. Ausgabe 1994. Augsburg 1995, S. 71		

Die Bezugsgrößen lassen sich im Rahmen eines Honorierungssystems auch vielfältig miteinander kombinieren.

Im bundesdeutschen Gesundheitssystem wird derzeit eine Honorierung (zahn-)ärztlicher Leistungen in der Mischform einer budgetierten Gesamtvergütung vorgenommen. Die Krankenkasse entrichtet gemäß § 85 Abs. 1 SGB V mit befreiender Wirkung eine Gesamtvergütung an die Kassen-(zahn-)ärztliche Vereinigung. Die Gesamtvergütung ist das Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertrags(zahn-)ärztlichen Leistungen; sie kann berechnet werden als Festbetrag (derzeit in keinem Gesamtvertrag vereinbart), als Einzelleistungsvergütung, als Kopf- oder Fallpauschale oder als Kombination unterschiedlicher Honorierungsformen. Mit dem GKV-SolG hatte der Gesetzgeber für 1999 wieder eine Ausgabenobergrenze für die Gesamtvergütung der vertrags(zahn-)ärztlichen Versorgung eingeführt. Ein solches sektorales Budget bestand aufgrund der Regelungen der GKV-Gesundheitsreform 2000 auch in den Jahren 2000, 2001 und 2002.

Bei einer budgetierten Gesamtvergütung und einem schwankenden (floatenden) Punktwert führt eine Zunahme abgerechneter Einzelleistungen zu einem Punktwertverfall. Die Vertrags(zahn-)ärzte tragen bei dieser Honorierungsform weitgehend das Morbiditätsrisiko, während die Ausgaben der Krankenkassen für ambulante ärztliche/zahnärztliche Leistungen konstant bleiben.

Zum besseren Verständnis werden im Folgenden die Grundformen der (zahn-)ärztlichen Honorierung kurz vorgestellt und in ihren Wirkungen erläutert.

Die Vergütung mittels Gehalt basiert in der Regel auf Arbeitsverträgen zwischen den (Zahn-)Ärzten und den Kostenträgern. Der angestellte Arzt wird im Wesentlichen gemäß seiner Arbeitszeit entlohnt, und zwar unabhängig vom Umfang der erbrachten medizinischen Leistungen oder der Anzahl der von ihm behandelten Patienten. Der Kostenträger stellt die zur Berufsausübung not-

wendige Ausstattung bereit und ist dem (Zahn-)Arzt gegenüber weisungsbehaftet. Diese Form der Honorierung ist für den Kostenträger mit Vorteilen verbunden, da es die Leistungs- und Kostensteuerung und damit eine vorausschauende Budgetierung erheblich erleichtert. In Deutschland sind zunehmende Bestrebungen der gesetzlichen und auch privaten Krankenkassen erkennbar, die Leistungserstellung zukünftig durch sog. kasseneigene Health Maintenance Organizations (HMOs) mit angestellten (Zahn-)Ärzten zu organisieren. Aus Sicht des (Zahn-)Arztes entfällt bei einer Honorierung per Gehalt das unternehmerische Risiko, zugleich verliert der (Zahn-)Arzt indes auch seinen freiberuflichen Status. Ein auf Gehältern basierendes Vergütungssystem verlangsamt zwar nachhaltig das Wachstum des Leistungsvolumens, vermindert aber auch das ärztliche Interesse an einer kostenminimalen Produktion sowie an Innovationen und gefährdet zugleich die Versorgungsqualität. Einen nicht zu unterschätzenden negativen Einfluss auf den Behandlungserfolg übt dabei die vergleichsweise geringere (Zahn-)Arzt-Patienten-Bindung und die daraus abgeleitete niedrige Patientencompliance aus. Die geringe Leistungsabhängigkeit der Honorierung wird von den angestellten Ärzten u. U. als ungerecht empfunden und kann sich demoralisierend auf den (zahn-)ärztlichen Berufsalltag auswirken.

Bei der Vergütung nach Einzelleistungen ist die einzelne (zahn-)ärztliche Leistung Grundlage des Vergütungssystems. Dabei wird davon ausgegangen, dass sich die (zahn-)ärztlichen Arbeitsleistungen in einzelne Komponenten zerlegen lassen, die sich nach Art, Schwierigkeit, Zeitaufwand sowie hinsichtlich der benötigten Hilfsmittel unterscheiden. Das IDZ (vgl. Abschn. 2.1.5) hat im Rahmen des arbeitswissenschaftlichen Projektes „Arbeitswissenschaftliche Beanspruchungsmuster zahnärztlicher Dienstleistungen“ (BAZ-II) die zahnärztliche Arbeitspraxis nach Aspekten der Beanspruchungsdauer (Zeitaufwand) und Beanspruchungshöhe (geistige und körperliche Ausmaße der Beanspruchung) in detaillierter Form untersucht. Den Vorstellungen der Zahnärzteschaft zur Einzelleistungshonorierung liegen somit – im Gegensatz zur derzeitigen Budgetierungspraxis – objektivierbare Aufwandsberechnungen zugrunde.

Eine Vergütung nach Einzelleistungen kann auf vielfältige Weise erfolgen. Grundsätzlich ist eine Vergütung der Einzelleistungen über freie Preisbildung möglich, d. h. der Preis für die (zahn-)ärztliche Behandlung wird zwischen dem Patienten und dem (Zahn-)Arzt individuell vereinbart. Gegner der freien Preisbildung verweisen auf die Marktbesonderheiten im Gesundheitsbereich (Informationsasymmetrien, preisunelastische Patientennachfrage im Behandlungsfall etc.) und plädieren vor diesem Hintergrund für eine staatlich regulierte Preisgestaltung mittels Gebührenordnungen. Gebührenordnungen (GOÄ, GOZ, EBM, BEMA) sind Verzeichnisse aller durch einen (Zahn-)Arzt abrechenbaren (zahn-)medizinischen Leistungen, durch die üblicherweise auch das wertmäßige Verhältnis der Leistungen, z. B. in Punkten oder in Geldeinheiten, zueinander bestimmt wird. Allerdings muss berücksichtigt werden, dass Gebührenordnungen in der Regel das Ergebnis von Verhandlungen zwi-

schen den Kostenträgern und den Vertretern der (Zahn-)Ärzte sind (vgl. hierzu die ausführliche Darstellung in Kap. 4) und daher in weiten Bereichen nicht nur auf einer festen Datengrundlage basieren. Da die Kostenstrukturen (zahn-)ärztlicher Praxen erheblich variieren, ist es unmöglich, eine Gebührenordnung zu definieren, die für alle (Zahn-)Arztpraxen gleichermaßen zufriedenstellend ist. Durch die Abgrenzung der Leistungen in einem Leistungsverzeichnis wird das (zahn-)ärztliche Leistungsspektrum eingeeengt, die Einführung und Verbreitung innovativer Diagnose- und Therapieformen entsprechend gehemmt.

Bei einer Bündelung von Einzelleistungen spricht man von sog. Leistungskomplexen. So können etwa alle Leistungen mit weitgehend gleichem Inhalt zusammengefasst werden, ebenso alle Leistungen, die im Rahmen eines (Zahn-)Arztbesuches, einer Krankheitsperiode oder im Hinblick auf ein bestimmtes therapeutisches oder diagnostisches Ziel erbracht werden. Die Honorierung von Leistungskomplexen erfolgt pauschal, was auf der einen Seite Verwaltungskosten senkt, auf der anderen Seite aber wiederum weniger leistungsgerecht ist. Eine Bezahlung nach Leistungskomplexen eignet sich im Übrigen nur für Facharztgruppen, die in sich relativ homogen definierte Leistungsbereiche haben.

Das wichtigste Argument für eine Honorierung nach Einzelleistungen ist die umfassende diagnostische und therapeutische Versorgung, die ein Patient in diesem System erhält. Für den (Zahn-)Arzt besteht ein positiver Anreiz, auf die Bedürfnisse und Wünsche seiner Patienten einzugehen. Die daraus resultierende enge (Zahn-)Arzt-Patienten-Bindung wirkt sich vorteilhaft auf den Behandlungserfolg aus. Die Einzelleistungshonorierung führt daher, solange die Gesamtvergütung nicht pauschaliert ist, zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität. Die Honorierung ist eng mit dem Umfang der erbrachten Leistungen verknüpft und wird daher vom behandelnden (Zahn-)Arzt eher als gerecht empfunden werden. Von Kritikern des Einzelleistungssystems wird angeführt, diese Form der Honorierung weise fehlsteuernde Anreize auf, die insbesondere eine Ausdehnung des Leistungsvolumens und u. U. eine Überversorgung zur Folge hätten. Der finanzielle Anreiz führe zudem zu einer Medikalisation von Problemen: Eigentlich eher psychische oder im sozialen Bereich angesiedelte Probleme würden so zu medizinischen Aufgaben.

Eine weitere Form der Honorierung ist die zielbezogene Vergütung (auf Makroebene auch in Form von Ziel- oder Bedarfsbudgets), deren Höhe nicht an der erbrachten Leistung anknüpft, sondern vom Erreichen bestimmter Ziele abhängig gemacht wird. Auf diese Weise können (Zahn-)Ärzte dazu motiviert werden, bestimmte von der Gesundheitspolitik definierte Ziele zu erfüllen. Diese Ziele können allgemein formuliert sein (vgl. etwa Abschn. 4.2 zu den gesetzlichen Zielprojektionen der gleichmäßigen, ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung), aber auch sehr spezielle und ausformulierte Versorgungsziele betreffen. Als Nachteil der zielbezogenen Honorierung wird gesehen, dass der Anreiz wegfällt, wenn es für den (Zahn-)Arzt keine Möglichkeit gibt, das Ziel zu erreichen. Ist das Ziel erst einmal erreicht, gibt es ebenfalls

keine Anreize für zusätzliche Leistungen, da diese für den (Zahn-)Arzt zu keinen Mehreinnahmen führen.

Eine Sonderform der zielbezogenen Honorierung ist die Kopfpauschale. Die Kopfpauschale erhält derjenige (Zahn-)Arzt, der die medizinische Versorgung eines Patienten verbindlich für einen bestimmten Zeitraum übernimmt. Das Honorar wird in diesem Falle von der Anzahl der eingeschriebenen Versicherten bestimmt, nicht jedoch von der Menge der erbrachten Leistungen. Um diese Form der Vergütung praktizieren zu können, benötigen alle (Zahn-)Ärzte Namenslisten, in die sich die Versicherten für eine Rechnungsperiode eintragen. Ein Wechsel des Behandlers ist erst mit Ablauf der jeweiligen Rechnungsperiode möglich – für die Versicherten bringt diese Form der Honorierung daher eine Einschränkung der (Zahn-)Arztwahl mit sich. Da der (Zahn-)Arzt das Morbiditätsrisiko trägt, hat er ein großes Interesse daran, dass sich möglichst viele Versicherte mit geringem Morbiditätsrisiko bei ihm einschreiben. Es besteht also die Gefahr der Risikoselektion. Die pauschale Vergütung ist ein Anreiz, den Behandlungserfolg mit möglichst wenig Aufwand anzustreben, was unter dem Aspekt der Kosteneffizienz zu begrüßen ist. Allerdings birgt eine Honorierung über Kopfpauschalen die Gefahr der Unterversorgung in sich, wenn zu wenige bzw. qualitativ unzureichende medizinische Maßnahmen durchgeführt werden und Patienten mit erhöhtem Behandlungsbedarf „schnell“ an die nächsthöhere Versorgungsebene überwiesen werden. Das Verschieben der Kosten auf andere Institutionen ist aus der Makroperspektive jedoch alles andere als kosteneffizient.

### 6.3.5 Reformperspektiven

Wie gezeigt, erfüllt keines der im deutschen Gesundheitssystem realisierten Vergütungssysteme die anspruchsvollen Voraussetzungen (d.h. die Steuerungs- und Anreizfunktion, die Finanzierungs- und Verteilungsfunktion sowie die Innovationsfunktion) für eine zahnärztliche Honorierung simultan und in zufriedenstellender Weise.

Von den vorgestellten Honorierungssystemen erscheint die Einzelleistungshonorierung noch am ehesten im Sinne einer verbesserten Erfüllung dieser Funktionen reformierbar zu sein. Die Vertreterversammlung der KZBV hat ihre Reformvorstellungen auf der Basis der Einzelleistungsvergütung in Richtung eines befundorientierten Festzuschussmodells konkretisiert (vgl. hierzu ausführlicher Abschn. 7.3).

Das Modell befundorientierter Festzuschüsse erfüllt die obigen Anforderungen in besonderem Maße, denn es ist:

- präventionsorientiert (der Festzuschuss fällt umso höher aus, je mehr die entsprechenden Leistungen zu einer langfristigen Erhaltung bzw. Verbesserung der Mundgesundheit beitragen);



- flexibel und innovationsfreundlich (da es bei gleichem klinischem Ausgangsbefund verschiedene Therapiealternativen mit unterschiedlichem Aufwand ermöglicht und zukünftige Diagnose- und Therapieformen nicht wie bisher ausgegrenzt werden);
- finanzierbar (da sich der Festzuschuss in der Höhe an den Kostensteuerungszielen des Gesetzgebers orientieren kann und eine finanzielle Überforderung des Beitragszahlers auf diese Weise vermieden werden kann);
- aus zahnärztlicher Sicht leistungsgerecht (weil eine Zahnbehandlung lege artis aus betriebswirtschaftlicher Sicht wieder möglich wird);
- aus Patientensicht bedarfsgerecht (weil der Patient frei unter allen Behandlungsalternativen wählen kann, seinen Präferenzen entsprechend auch höherwertige Versorgungsformen in Anspruch nehmen kann und ihm keine Leistungen vorenthalten werden, da eine Rationierung durch dann überflüssige Budgets nicht mehr erfolgt);
- wettbewerbs- und qualitätsorientiert (weil mit der erhöhten Planungs-, Leistungs- und Kostentransparenz zugleich das Zahnarzt-Patienten-Verhältnis gestärkt wird).

#### 6.4 Zusammenfassung

Die vielfältigen politisch motivierten Eingriffe des Gesetzgebers in den Bereich des Gesundheitswesens sind ein deutliches Indiz dafür, dass das deutsche Gesundheitssystem (noch) nicht über einen stabilen Ordnungsrahmen verfügt. Die Gründe für dieses „Politikversagen“ sind weitgehend struktureller Natur. Im ersten Teil wird die Leistungsfähigkeit des korporativen Ordnungsmodells, insbesondere seine kollektiv-vertragliche Traditionslinie, kritisch hinterfragt. Als gravierendes strukturelles Problem des zahnärztlichen Leistungs- und Vertragsregimes wird im zweiten Teil die Dominanz des Sachleistungsprinzips identifiziert und hinsichtlich der fehlenden Europakompatibilität problematisiert. Im dritten Teil werden schließlich die strukturellen Probleme der zahnärztlichen Honorierung thematisiert und hinsichtlich ihrer Folgen für Struktur und Qualität der zahnmedizinischen Versorgung analysiert.

#### 6.5 Literaturverzeichnis

*Baier, H.:* Gesundheit als Lebensqualität – Folgen für Staat, Markt und Medizin. Zürich 1997

*Breyer, F., Zweifel, P. S., Kifmann, M.:* Gesundheitsökonomie. 4. Aufl., Berlin u. a. 2003, S. 307 ff.

*Gäfgen, G.:* Neokorporatismus und Gesundheitswesen. Baden-Baden 1988

*Hajen, L., Paetow, H., Schumacher, H.:* Gesundheitsökonomie: Strukturen – Methoden – Praxisbeispiele. Stuttgart/Berlin/Köln 2000, S. 138 ff.

*Schulenburg, J.-M. Graf v. d., Claes, C.:* Neue Honorierung in der privat Zahnärztlichen Versorgung. Klare Trennung zwischen Liquidation und Erstattung. Köln/München 2000

*Streeck, W.:* Verbände als soziales Kapital: Von Nutzen und Nutzung des Korporatismus in einer Gesellschaft im Wandel. Working Paper 99/2, Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung, Köln 1999

*Szucs, T. D.:* Medizinische Ökonomie – Eine Einführung. München 1997, S. 39 ff.

*Tiemann, B.:* Aktuelle Entwicklungstendenzen des Kassenarztrechts. *Medizinrecht* 1983, S. 176 ff., S. 211 ff.

*Tiemann, B.:* Wandel vom Kassenarzt zum Vertragsarzt – Definition oder Statusänderung? *Vierteljahresschrift für Sozialrecht (VSSR)* 1994, S. 407 ff.

*Weber, M.:* Wettbewerb im Gesundheitswesen – oder: Warum können und dürfen Einkaufsmodelle der Kassen nicht Realität werden? *Sozialer Fortschritt* 50 (2001), S. 254–260

## **7 Ausblick**

---

### **7.1 Der Zahnarzt als Freier Beruf im Spannungsfeld sozialstaatlicher Bindungen**

#### **7.1.1 Berufs- und Vertragsarztrecht als Determinanten der Freiberuflichkeit**

Die zahnärztliche Berufstätigkeit innerhalb des Systems der zahnärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland ist in der Regel – nämlich soweit es sich um einen Vertragszahnarzt handelt – bestimmt von zwei Komponenten: dem zahnärztlichen Berufsrecht, das sich insbesondere im Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde i. d. F. der Bekanntmachung vom 16.4.1987 (BGBl. I, S. 1225), in einer ergänzenden Approbationsordnung für Zahnärzte i. d. F. vom 17.12.1986 (BGBl. I, S. 2524) sowie in den landesrechtlichen Heilberufs- und Kammergesetzen niedergeschlagen hat, und den kassenarztrechtlichen Bestimmungen, insbesondere Regelungen des SGB V, sowie in den Richtlinien, Mantel- und Gesamtverträgen, die durch dieses Gesetzeswerk ihre rechtliche Ausgestaltung erfahren haben.

Sowohl im Zahnheilkundengesetz als auch in der Berufsordnung für die deutschen Zahnärzte vom 6.11.1975 wird der zahnärztliche Beruf als ein „seiner Natur nach Freier Beruf“ bezeichnet, der nur in Diagnose- und Therapiefreiheit ausgeübt werden kann und dessen Ausübung kein Gewerbe darstellt. Der Zahnarzt ist demnach verpflichtet, seinen Beruf nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst und nach Geboten der Menschlichkeit auszuüben, dem ihm im Zusammenhang mit dem Beruf entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen, sein Wissen und sein Können in den Dienst der Pflege, der Erhaltung und der Wiederherstellung der Gesundheit zu stellen. Diese generelle Definition der Berufspflichten wird in den Berufsordnungen in eine Palette von Einzelpflichten ausdifferenziert, die von der Fortbildungspflicht über Schweigepflicht, Aufzeichnungspflicht, Kollegialitätspflicht bis hin zur Übernahme von Pflichten wie dem Notfalldienst reicht (vgl. Abschn. 3.1 und Abschn. 4.7).

Die freiberufliche Komponente der zahnärztlichen Berufsausübung als eigenverantwortlicher, weisungsunabhängiger, nicht in erster Linie erwerbswirtschaftlicher Tätigkeit paart sich bei einer Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung mit den Bindungen des Kassenarztrechts. Das Spannungsverhältnis zwischen der Eigenverantwortlichkeit des Freien Berufes und dem

rechtlichen Standard des Kassensystems hat das Bundesverfassungsgericht im Grundsatzurteil zur Rechtsstellung des Kassenarztes bzw. Kassenzahnarztes 1960/61 dahingehend umschrieben, dass der Kassen(zahn-)arzt kein eigener Beruf sei, der dem des nicht zu den Kassen zugelassenen, frei praktizierenden (Zahn-)Arztes gegenübergestellt werden könne. Vielmehr sei die Tätigkeit des Kassen(zahn-)arztes nur eine Ausübungsform des Berufes des frei praktizierenden (Zahn-)Arztes. Die Rechtsstellung des Kassen(zahn-)arztes sei auch kein öffentlicher Dienst; zwar sei der Kassen(zahn-)arzt durch die Zulassung in ein öffentlich-rechtliches System einbezogen, innerhalb dieses Systems stehe er jedoch weder zu den Kassen noch zur Kassen(zahn-)ärztlichen Vereinigung in einem Dienstverhältnis. Mit der Krankenkasse verbinde ihn keine unmittelbare Rechtsbeziehung. Der Kassen(zahn-)arzt sei nicht Dienstnehmer, sondern Mitglied der Kassen(zahn-)ärztlichen Vereinigung als genossenschaftlichem Zusammenschluss der Kassen(zahn-)ärzte zur korporativen Erfüllung der Verpflichtung, die (zahn-)ärztliche Versorgung der Kassenmitglieder sicherzustellen. Der Kassen(zahn-)arzt trage das wirtschaftliche Risiko seines Berufes selbst. Die Krankenversicherung bediene sich des Freien Berufes der (Zahn-)Ärzte zur Erfüllung ihrer Aufgabe. Nur in gewissen, für das Gesamtbild nicht entscheidenden Punkten sei diese Tätigkeit besonderen Beschränkungen unterworfen, die sich aus der Einbindung in das vertrags(zahn-)ärztliche Versorgungssystem ergäben.

Der Freie Beruf des Arztes und Zahnarztes steht also in einem spezifischen Spannungsverhältnis freiberuflicher Eigenverantwortung und sozialstaatlicher Bindung. Die Grenzen dieser Bindungen zu bestimmen, ist im Hinblick auf die grundgesetzliche Gewährleistung der Berufsfreiheit (Art. 12 GG) des Arztes und Zahnarztes, aber auch im Hinblick auf die gesellschaftspolitische Relevanz der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung durch Freie Heilberufe von zentraler Bedeutung. Als Rechtsbegriff hat die Freiberuflichkeit Konturen gewonnen durch die Legaldefinition des § 1 Abs. 2 des Partnerschaftsgesellschaftsgesetzes vom 22.7.1998, in dem es als Wesensmerkmal der Freien Berufe bezeichnet wird, dass sie auf der Grundlage besonderer beruflicher Qualifikation oder schöpferischer Begabung die persönliche, eigenverantwortliche und fachlich unabhängige Erbringung von Dienstleistungen höherer Art im Interesse der Auftraggeber und der Allgemeinheit zum Inhalt haben. Das breite Spektrum der aus Art. 12 Abs. 1 GG ableitbaren Gewährleistungen der Freiheit der Berufsausübung garantiert die Gesamtheit der mit der Berufstätigkeit, ihrem Ort, ihren Inhalten, ihrem Umfang, ihrer Dauer, ihrer äußeren Erscheinungsform, ihren Verfahrensweisen und ihren Instrumenten zusammenhängenden Modalitäten der beruflichen Tätigkeit und umfasst eine Reihe von Einzelfreiheiten wie

- die berufliche Organisationsfreiheit, namentlich in Gestalt der privatautonomen Rechtsformenwahl und der Freiheit gemeinsamer Berufsausübung,
- die berufliche Selbstverwirklichung und Dispositionsfreiheit mit den für den medizinischen Bereich zentralen Komponenten der Therapiefreiheit, der Investitionsfreiheit, der freien Vertrags- und Preisgestaltung,

- die Wettbewerbsfreiheit und die Freiheit der beruflichen Außendarstellung einschließlich der sachlichen Informationswerbung, der Führung erworbener akademischer Grade und Tätigkeitsschwerpunkte,
- die wirtschaftliche Verwertung der beruflich erbrachten Leistung.

Das zahnärztliche Berufsrecht weist seit Jahrzehnten eine Tendenz auf, durch staatliche Vorgaben die Praxisführung und wirtschaftliche Entfaltungsfreiheit der Berufsangehörigen zu reglementieren. Die den Zahnarzt wirtschaftlich belastenden Anforderungen an Praxisausstattung, Qualitätssicherung und Fortbildung nehmen ständig zu, während die wirtschaftliche Basis, die Zahnärztliche Gebührenordnung (GOZ), seit mehr als 15 Jahren nicht an die wirtschaftliche Entwicklung angepasst wurde, sodass der Realwert der Leistungsvergütung erheblich gesunken ist.

Insbesondere das engmaschige Netz der Pflichten, denen Arzt und Zahnarzt in der Berufsausübungsform des Vertrags(zahn-)arztes unterworfen sind und die sowohl die Berufsausübung im engeren Sinne, d.h. die diagnostisch-therapeutische Kernzone der Berufstätigkeit tangieren als auch die wirtschaftliche Komponente der Berufsausübung sowie die allgemeine berufliche Entfaltungs- und Dispositionsfreiheit einschränken, hat dazu geführt, dass verschiedentlich Zweifel laut wurden, ob der Vertrags(zahn-)arzt überhaupt noch die Kriterien des Freien Berufes erfülle, ob er nicht vielmehr einen „Dreiviertelbeamten“, einen „Amtswalter“ der Gesetzlichen Krankenversicherung darstelle. Von den zentralen Definitionskriterien der Freien Berufe, nämlich der besonderen beruflichen Qualifikation, der Eigenverantwortlichkeit und Unabhängigkeit sei nur noch Ersteres übrig geblieben und im Grunde ein neues eigenständiges Berufsbild des „Vertrags(zahn-)arztes“ entstanden.

### **7.1.2 Einschränkung beruflicher und wirtschaftlicher Unabhängigkeit**

In der Tat ist sowohl die berufliche Entscheidungsfreiheit als auch die wirtschaftliche Komponente vertrags(zahn-)ärztlicher Berufstätigkeit zunehmend in den Bannkreis makrosozialer Steuerungsmechanismen und gesamtwirtschaftlich orientierter Daten geraten und damit an Kriterien gekoppelt, die außerhalb des individuellen Leistungsbezuges liegen. Die Einschränkung der Therapiefreiheit durch ein engmaschiges Regelwerk von Richtlinien und Budgetvorgaben, die Kontrolldichte der Wirtschaftlichkeits- und Qualitätssicherungsprüfungen, die Restriktionen durch Budgetierung und Degressionsregelungen sowie durch gesetzgeberische Interventionen in das Vertrags- und Vergütungssystem bezeichnen Tendenzen der Unterordnung medizinisch-therapeutischer Erfordernisse und betriebswirtschaftlicher Sachzwänge unter das Kalkül Kosten-Nutzen-analytischer Betrachtungsweise.

Schon die Zulassung zum Status des Vertragszahnarztes und die Modalitäten seiner Ausübung unterliegen einer Fülle von Restriktionen und Reglementierungen (vgl. hierzu Kap. 3). Am schwersten wiegen dabei die geltende

Bedarfsplanung sowie die seit 1999 bestehende Altersbegrenzung für den Zugang zur vertragsärztlichen Tätigkeit und für das Erlöschen der Zulassung. Nach den gesetzlichen Bestimmungen können approbierte (Zahn-)Ärzte, die das 55. Lebensjahr vollendet haben, grundsätzlich nicht mehr zur vertrags(zahn-)ärztlichen Versorgung zugelassen werden. Mit Vollendung des 68. Lebensjahres erlischt die Zulassung. Diese subjektiven Zulassungsbeschränkungen sah das Bundesverfassungsgericht als gerechtfertigt an, da sie ein geeignetes Mittel seien, um die Kosten des Gesundheitswesens zu begrenzen. Denn eine steigende Anzahl von Ärzten führe zu einem Anstieg der Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung. Abgesehen davon, dass dieser Befund angebotsinduzierter Nachfrage im zahnärztlichen Bereich nicht in einem dem ärztlichen Versorgungssektor vergleichbaren Maße besteht (vgl. hierzu auch Abschn. 4.2), erscheint es sehr zweifelhaft, ob ein partielles „Berufsverbot“ eine dem Übermaßverbot entsprechende Beschränkung ist, da sie in ihren Wirkungen einem Eingriff in die freie Berufswahl zumindest nahe kommt. An Regelungen der Berufsausübung mit nachhaltigen Auswirkungen auf die Berufswahl legt das Bundesverfassungsgericht ansonsten einen strengen verfassungsrechtlichen Maßstab an und hält sie nur für gerechtfertigt, wenn sie durch besonders wichtige Interessen der Allgemeinheit gefordert werden, die nicht anders geschützt werden können. Insofern sind auch Regelungen problematisch, die den Vertrags(zahn-)arzt hindern, seine Praxis oder den Anteil an einer Gemeinschaftspraxis frei zu veräußern oder zu vererben (§ 103 Abs. 4 SGB V). Die Rechte an Praxis und Praxisanteil genießen Eigentumsschutz, weil sie auf nicht unerheblichen Eigenleistungen des Zahnarztes beruhen und der Sicherung seiner Existenz dienen, sodass solche Regelungen einer staatlichen „Zwangsbewirtschaftung“ unverhältnismäßig sind. Das Gleiche gilt für Regelungen des kollektiven Verzichts auf die Zulassung nach § 95b Abs. 1 SGB V, die Vertragszahnärzte, die gemeinsam mit anderen Zahnärzten auf die Zulassung als Vertragszahnarzt verzichten, mit einer sechsjährigen Zulassungssperre belegen. Eine solche existenzvernichtende Strafsanktion käme angesichts eines Bevölkerungsanteils von mehr als 90 Prozent sozialversicherten Patienten faktisch einem Berufsverbot gleich.

In die gleiche Richtung gehen Pläne, den Erhalt der Zulassung als Vertrags(zahn-)arzt an die Pflicht zur Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen zu knüpfen und damit die Zulassung unter den Widerrufsvorbehalt nachgewiesener Kompetenzerhaltung zu stellen. Selbst wenn eine Pflicht zur Fortbildung, die ohnehin Bestandteil des Berufsrechts ist, verfassungsrechtlich zu legitimieren ist, bedeutet das noch nicht, dass auch die Inhalte sowie die Art und Weise ohne weiteres detailliert vorgeschrieben werden dürfen und dass eine Zwangsfortbildung in Gestalt eines „Ärzte-TÜVs“ mit den verfassungsrechtlichen Grundsätzen der Verhältnismäßigkeit zu vereinbaren ist. Auch wenn in der Förderung qualitativ hochwertiger Gesundheitsversorgung ein besonders wichtiges Gemeinschaftsgut zu sehen ist, bleibt die Verhältnismäßigkeit einer an den Zulassungsbestand geknüpften Rezertifizierung höchst zweifelhaft. Nicht nur, dass eine Rezertifizierung oder gar befristete Berufszulassung einen Paradigmenwechsel im deutschen Bildungs- und Berufssystem bedeutet und

sich daher auch am Gleichheitsgrundsatz des Art. 3 Abs. 1 GG messen lassen muss, er würde auch zentrale rechtsstaatliche Prinzipien wie den Vertrauensschutz derzeit tätiger Ärzte und Zahnärzte betreffen, deren Vertrauen in die Dauerhaftigkeit der erworbenen Rechtsposition berührt sein könnte. Die nachträgliche Entwertung bestehender Rechtspositionen ist jedenfalls dann unzulässig, wenn der Betroffene mit ihr nicht zu rechnen brauchte, sie also bei seinen Dispositionen nicht berücksichtigen konnte und sein Vertrauen schutzwürdiger ist als das mit dem Gesetz verfolgte Anliegen. Neben Kompetenz-Aspekten einer solchen Regelung in der Zuständigkeitsabgrenzung zwischen Bund und Ländern würden sich auch gemeinschaftsrechtliche Probleme stellen, weil gegenüber Berufsangehörigen aus EU-Staaten solche nationalen Alleingänge im Hinblick auf Freizügigkeitsregelungen nicht durchzusetzen wären und eine Inländerdiskriminierung zwar gemeinschaftsrechtlich zulässig ist, jedoch im Blick auf grundgesetzliche Gleichbehandlungsgebote nicht unproblematisch wäre.

### 7.1.3 Status- und Funktionsmetamorphose durch Systemzwänge

Die zunehmende Funktionalisierung des Vertragszahnarztes für Systembedingungen der GKV wird auch im Verhältnis zum Patienten deutlich. Die Überlagerungen einer an fachlich-wissenschaftlichen Kriterien orientierten Therapieentscheidung durch Wirtschaftlichkeitsgebote und Regress-Sanktionen lässt den Vertragszahnarzt seinen Patienten gegenüber nicht ohne weiteres als Partner der Behandlung im freiberuflichen Sinne gegenüberstehen, sondern in der instrumentellen Funktionserfüllung für die GKV. Dies ist schon in der Rechtskonstruktion des Sachleistungsprinzips angelegt, die den Vertragszahnarzt dem Patienten gegenüber als Realisator öffentlich-rechtlicher Systembedingungen auftreten lässt. Mangelnde Transparenz des Leistungsgeschehens, fehlende Selbstbestimmung und Vertragsautonomie der Partner sowie die normative Therapiefremdsteuerung durch Richtlinien, Richtgrößen und Budgets beeinträchtigen die (Zahn-)Arzt-Patienten-Beziehung ebenso wie die sachwidrigen, insbesondere an Durchschnittswerten orientierten Regresse der Behandlungs- und Verordnungsweise. Zusätzlich leidet das (Zahn-)Arzt-Patienten-Verhältnis der GKV daran, dass durch die Verschärfung datenschutzrechtlicher Bestimmungen des SGB X das Arztgeheimnis und das informationelle Selbstbestimmungsrecht des Patienten gefährdet werden.

Kennzeichen eines Freien Berufes ist neben der eigenverantwortlichen und unabhängigen Berufsausübung eine leistungsgerechte Vergütung der persönlichen Dienste des Freiberuflers. Dementsprechend wird im SGB V die angemessene Vergütung des Vertrags(zahn-)arztes und die Ausbalancierung zwischen den Leistungs- und Finanzierungsbestandteilen des Systems postuliert (vgl. Abschn. 6.2). Der Vertrags(zahn-)arzt wird zunehmend durch Budgetierung und Wirtschaftlichkeitsprüfung an allgemeinen Durchschnittszahlen gemessen, sodass nicht mehr die freiberufliche Verantwortung zu seinem Patienten im Mittelpunkt steht, sondern seine öffentlich-rechtliche

Verpflichtung zur Bewirtschaftung öffentlicher Mittel. Auf diese Weise wird der Vertrags(zahn-)arzt dazu gedrängt, allgemeine Kostenerwägungen zu Lasten einer individualbezogenen Behandlung in den Vordergrund zu stellen. Die Überwälzung des Morbiditätsrisikos auf die Ärzte- und Zahnärzteschaft führt dazu, dass die Vergütungsvereinbarungen sich der Realisierung eines bloßen Sozialanspruchs auf Teilhabe an der aus Zwangsabgaben gespeisten Gesamtvergütung nähern statt einer leistungs- und kostenadäquaten Vergütung für den freiberuflichen (Zahn-)Arzt. Der (Zahn-)Arzt wird damit in einen unauflösbaren Zielkonflikt zwischen ethischen Bindungen, gesetzlichem Behandlungsauftrag und wirtschaftlichen Rentabilitätsabwägungen versetzt. Die Budgetierung der Vergütungen führt schließlich dazu, dass es zu Rationierungen von Gesundheitsleistungen kommt, zu einer offenen oder verdeckten „Triage“ und zu einer Mehrklassenmedizin, die gerade von denjenigen abgelehnt wird, die beharrlich am Sachleistungsprinzip und an Budgets festhalten.

Die Status- und Funktionsmetamorphose des Vertrags(zahn-)arztes kommt auch im Funktionswandel der vertrags(zahn-)ärztlichen Selbstverwaltungsorgane zum Ausdruck. Anstelle ihres selbstverantwortlichen, von staatlicher Einflussnahme freien Gestaltens tritt auf der einen Seite immer mehr die nach innen gerichtete Vollzugsfunktion einer ausufernden Sozialgesetzgebung, die den Selbstverwaltungsorganen Disziplinierungsfunktionen gegenüber ihren Mitgliedern zuweist und diesen in Gestalt von Prüfungs- und Regressverpflichtungen, ausgebauter Disziplinargewalt und Bedarfsplanung vorrangiges Gewicht verleiht. Auf der anderen Seite werden die Handlungsräume der (zahn-)ärztlichen Selbstverwaltung zur Erfüllung ihres Interessenwahrungsauftrages in zunehmendem Maße restriktiv ausgestaltet. Der genossenschaftliche Gestaltungsrahmen der Selbstverwaltung wird eingeengt durch selbstverwaltungsferne Gremien, die einem strikten Aufsichts- und Beanstandungsrecht bzw. Genehmigungsvorbehalten der Ministerialverwaltung unterliegen oder neben der Selbstverwaltung operieren und dieser quasi-normative Vorgaben für Therapie- und Fortbildungsstandards oder Qualitätssicherungsmaßnahmen machen. Der (Zahn-)Arzt sieht daher in seiner Selbstverwaltung häufig nicht mehr die korporative Ausformung seiner freiberuflichen Interessenwahrung, sondern eine administrative Kontrollinstanz in der Gestalt mittelbarer Staatsverwaltung zur Realisierung von Systembedingungen (vgl. Abschn. 6.1). Dieser Prozess der Entfremdung und Umfunktionalisierung der Selbstverwaltung lähmt die freiberufliche Innovationskraft des ärztlichen Berufsstandes und erschwert seine freiberufliche Verantwortungsvermittlung gegenüber dem Patienten.

#### **7.1.4 Zahnärztliche Freiberuflichkeit und Europäisierung des Gesundheitswesens**

Neue Herausforderungen für die zahnärztliche Freiberuflichkeit und eine freiberufliche zahnärztliche Selbstverwaltung werden durch die Europäisierung des ärztlichen und zahnärztlichen Berufsrechts entstehen. Die Nieder-



lassungsfreiheit und die Dienstleistungsfreiheit sind zentrale Grundfreiheiten des Europäischen Vertrages und gewährleisten die grenzüberschreitende Ausübung des Zahnarztberufes in einem anderen EU-Staat einschließlich der Errichtung von Zweigpraxen. Die Dienstleistungsfreiheit gewährleistet eine grenzüberschreitende freiberufliche Tätigkeit und gilt sowohl als aktive Dienstleistungsfreiheit für die Leistungserbringung der Heilbehandlung als auch für den freien Dienstleistungsverkehr der Leistungsnachfrage durch den Patienten. 1978 wurde für den zahnärztlichen Berufsstand ebenso wie für manche anderen Freien Berufe wie Ärzte, Apotheker, Rechtsanwälte oder Architekten eine berufsspezifische Richtlinie der EU erlassen, die sowohl den Ausbildungsumfang als auch die Weiterbildung der Zahnärzte in der EU harmonisierte. Durch diese Richtlinie ist gewährleistet, dass sich Zahnärzte, die die entsprechenden Approbationsvoraussetzungen erfüllen, europaweit niederlassen können, ohne dass zusätzliche nationale Anforderungen gestellt werden können. Die für deutsche Vertragszahnärzte erforderliche zweijährige Vorbereitungszeit konnte daher nicht auf Zahnärzte aus anderen EU-Staaten erstreckt werden, die sich in Deutschland niederlassen wollen. Auch Diplome eines Drittlandes, die von einem anderen Mitgliedstaat der EU anerkannt sind, können bei entsprechender Berufserfahrung einen Niederlassungsanspruch eines Zahnarztes begründen, der Staatsangehöriger eines EU-Mitgliedsstaates ist. Die Tatsache, dass in zunehmendem Ausmaß die Bürger Europas von der Grundfreiheit der Freizügigkeit in der Union ohne Binnengrenzen Gebrauch machen und auch Zahnärzte die Freiheit nutzen, sich ohne jede Behinderung in anderen Mitgliedstaaten niederzulassen und Dienstleistungen zu erbringen, gerät immer wieder in Konflikt mit nationalem Recht, das noch nicht europakompatibel gestaltet ist. Die Spannungslage zwischen den gemeinschaftsrechtlichen Grundprinzipien des freien Binnenmarktes und den unterschiedlichen Regelungssystemen der nationalen Gesundheitssysteme in Europa beruht schon darauf, dass manche EU-Mitgliedsstaaten, wie zum Beispiel Großbritannien, die ärztliche Versorgung durch einen staatlichen Gesundheitsdienst sicherstellen, in Frankreich, Belgien und Luxemburg das Kostenerstattungsprinzip gilt, in Deutschland dagegen das Sachleistungsprinzip vorherrscht. Zulassungsbeschränkungen für Vertrags(zahn-)ärzte, Kollektivverträge zur Arztvergütung, Arzneimittel- und Honorarbudgets sind Spezifika des deutschen Systems, die immer wieder an die Grenzen des Europarechts stoßen. Die bereits zitierten Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofs zur grenzüberschreitenden Leistungsanspruchnahme ärztlicher und zahnärztlicher Leistungen zeigen den Sprengsatz, den die europäischen Grundfreiheiten der Waren-, Dienstleistungs- und Niederlassungsfreiheit für das nationale Krankenversicherungsrecht darstellen. Die Patienten werden in die Lage versetzt, Qualitäts- und Preisunterschiede in Europa zu nutzen, was einen europaweiten Wettbewerb der Leistungserbringer und später auch der Versicherungsträger auslösen könnte.

Für das deutsche Gesundheitswesen bedingt dies allerdings erhebliche Adaptionsprozesse, die neben der Priorität der Kostenerstattung die Aufgabe von bürokratischen Steuerungen der Bedarfsplanung und Mengenbegrenzungen

durch die Kassen(zahn-)ärztlichen Vereinigungen, die Umstellung von Vergütungssystemen mit budgetierten oder floatenden Punktwerten, die sich nicht für die Honorierung ausländischer Leistungserbringer eignen, die Aufgabe einer Qualitätskontrolle auf nationaler Ebene und eine Anpassung von Wettbewerbs- und Berufsausübungsregeln an europäische Standards erfordern. Auch das zahnärztliche Berufsrecht wird davon nicht unberührt bleiben: Regelungen zur Informationswerbung, zu gesellschaftsrechtlichen Formen gemeinsamer Berufsausübung werden sich europäischen Entwicklungen anpassen müssen. Die Institutionen berufsständischer Selbstverwaltungen werden ebenso wie die Sozialversicherungsträger verstärkt vor dem Hintergrund des europäischen Wettbewerbsrechts auf ihre Gemeinwohlfunktion hinterfragt. Die Tendenz der Europäischen Kommission und zum Teil auch des Europäischen Gerichtshofs, berufsständische Einrichtungen dem europäischen Wettbewerbsrecht zu unterstellen, wird tendenziell zunehmen. Immerhin hat der Europäische Gerichtshof in einem Urteil vom 19.2.2002 entschieden, dass die von Kammern durch Satzung erlassenen Berufsordnungen zwar dem EU-Wettbewerbsrecht unterliegen, Regelungen der Berufspflichten trotz wettbewerbsbeschränkender Wirkung jedoch zulässig sind, wenn solche Regelungen für die ordnungsgemäße Ausübung des Berufs erforderlich sind (AZ C-309/99). Demnach ist auch nach europäischem Wettbewerbsrecht nicht jede Bestimmung unzulässig, nur weil sie grundsätzlich geeignet ist, den Wettbewerb zu beschränken, sondern es wird auf den Gemeinwohlszusammenhang abgestellt. Dies gilt sowohl für die Regelung von Berufspflichten als auch für Gebührenordnungen Freier Berufe. Die Freien Berufe und insbesondere auch der Zahnarzt als Freier Beruf haben also unter den Auspizien der europäischen Rechtsentwicklung durchaus die Chance der Entfaltung, insbesondere wenn es gelingt, ihren unverzichtbaren Wert für eine qualifizierte Leistungserbringung in personaler Vertrauensbeziehung und damit ihre zentrale gesellschaftspolitische Bedeutung für eine freiheitliche Gesellschaftsordnung unter Beweis zu stellen. Erstmals hat der Europäische Gerichtshof in einer Entscheidung vom 11.10.2001 die Bedeutung der Freien Berufe im Rahmen des europäischen Rechts hervorgehoben: „Die Freien Berufe sind Tätigkeiten, die ausgesprochen intellektuellen Charakter haben, eine hohe Qualifikation verlangen und gewöhnlich einer genauen und strengen berufsständischen Regelung unterliegen. Bei der Ausübung einer solchen Tätigkeit hat das persönliche Element besondere Bedeutung und diese Ausübung setzt auf jeden Fall eine große Selbstständigkeit bei der Vornahme der beruflichen Handlungen voraus.“ Wenn diese Kriterien zur Grundlage der künftigen europäischen Rechtsentwicklung genommen werden und auf die nationale Rechtsentwicklung einwirken, haben Freie Berufe einschließlich dem des Zahnarztes auch in Zukunft eine Chance.

## 7.2 Wandel des Morbiditätsspektrums in der Medizin\*

Die demographische Entwicklung der Bundesrepublik Deutschland bis zum Jahr 2050 geht zum einen mit einer verlängerten durchschnittlichen Lebenserwartung der Bevölkerung, zum anderen mit einer Verringerung des Anteils jüngerer Menschen und damit der Bevölkerungszahl insgesamt infolge geringer Geburtenzahlen einher. Diese beiden Trends, die in den Medien häufig verkürzt unter dem Schlagwort Überalterung der Gesellschaft abgehandelt werden, zeichnen sich in ganz Europa ab. Die beiden Aspekte wirken sich in Form eines sich wandelnden Morbiditätsspektrums auf die zu erwartenden Anforderungen an das Gesundheitssystem aus und haben natürlich auch Einfluss auf die zukünftige zahnmedizinische Versorgung in Deutschland.

Das zunehmende orale Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung sowie der wissenschaftliche Fortschritt auf dem Gebiet der Zahnmedizin – sowohl im präventiven wie im kurativen Bereich – sind weitere Entwicklungen, die dazu führen, dass zukünftig immer mehr Menschen immer mehr eigene Zähne bis ins hohe Alter behalten werden. Das verstärkte Interesse der Patienten an der Erhaltung eigener Zähne bis in das hohe Alter motiviert die Zahnärzte zu aufwendigen zahnerhaltenden Maßnahmen und parodontalen Behandlungen. Möglich wird eine lebenslange Zahnerhaltung aber erst durch eine therapiebegleitende Prävention im Sinne eines abgestimmten Zusammenspiels von Maßnahmen der Primärprävention (Vorsorge), der Sekundärprävention (Früherkennung) und der Tertiärprävention (Vermeidung von Krankheitsverschlimmerung). Hierfür sind heute viele Patienten in allen Altersgruppen motivierbar.

Die folgende Übersicht (vgl. Tabelle 7) mag in diesem Zusammenhang das Wechselspiel von ausgewählten Oralkrankheiten und deren Hauptrisikofaktoren im Sinne einer Lebensbogen-Perspektive illustrieren, wobei auch deutlich werden soll, dass sowohl exogene als auch endogene Risikofaktoren gleichermaßen berücksichtigt werden müssen.

### 7.2.1 Prävalenz von Zahnkaries und „caries decline“

Große international vergleichende Querschnittsstudien zur Prävalenz von Zahnkaries zeigen in den meisten industrialisierten Ländern Westeuropas und in den USA seit den 1970er-Jahren einen kontinuierlichen Rückgang dieser Erkrankung (sog. „caries decline“). Bedingt durch fehlende gesundheitspolitische Anreize und sozialpolitische Richtungsentscheidungen war dieser Kariesrückgang in der Bundesrepublik Deutschland erst relativ spät zu beobachten. Seit Ende der 1980er-Jahre zeigen jedoch verschiedene bevölkerungsrepräsentative Querschnittsstudien, dass der Umfang der Karieserfahrung bei den Kindern und Jugendlichen auch in Deutschland stetig abnimmt.

---

\* Wir danken den Kollegen Dr. Wolfgang Micheelis (IDZ) und Dr. Sebastian Ziller (BZÄK) für die vielfältigen Hinweise bei der Abfassung dieses Kapitels.

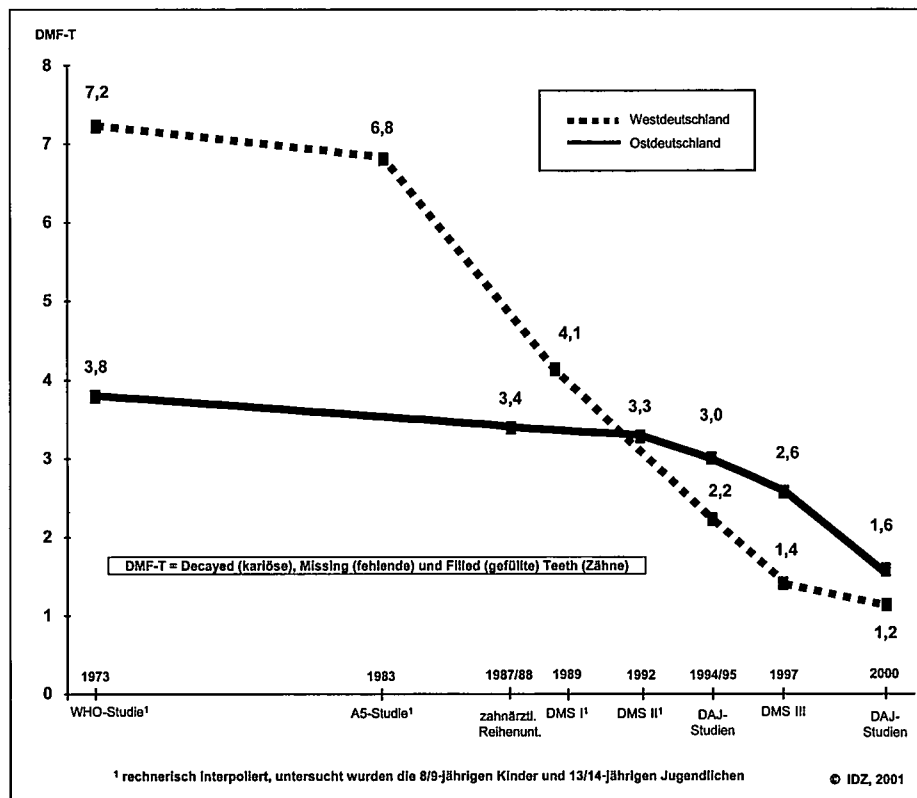
Als Ursachen des Kariesrückgangs in Deutschland sind gruppen- und individualprophylaktische Maßnahmen sowie die verbesserte häusliche Zahnpflege (mit fluoridhaltigen Zahncremes) und die zahnärztliche Versorgung zu nennen.

Tabelle 7: Ausgewählte orale Krankheiten und ihre Hauptrisikofaktoren		
Altersgruppe	Oralkrankheiten	Hauptrisikofaktoren
Säuglinge und Kleinkinder (0–4 Jahre)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Lippen-Kiefer-Gaumenspalten</li> <li>– Störung der Kieferentwicklung</li> <li>– Karies: Milchzahnkaries</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– genetische Anomalien bzw. Defekte</li> <li>– Habits: speziell Saughabits</li> <li>– unzureichende Mundhygiene</li> <li>– spezifische orale Bakterienstämme</li> <li>– Zuckerkonsum</li> </ul>
Schulkinder (5–14 Jahre)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Karies: Kauflächenkaries</li> <li>– Gingivitis</li> <li>– Zahnstellungs- und Bisslagefehler</li> <li>– Zahnverletzungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– unzureichende Mundhygiene</li> <li>– Zuckerkonsum</li> <li>– Habits</li> <li>– Dentitionsanomalien</li> <li>– Traumata (Sport/Spiel/Verkehr)</li> </ul>
Jugendliche und junge Erwachsene (15–24 Jahre)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Karies: Approximalkaries</li> <li>– Gingivitis</li> <li>– juvenile Parodontitis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– unzureichende Mundhygiene</li> <li>– Zuckerkonsum</li> <li>– spezifische orale Bakterienstämme</li> <li>– psychischer Stress</li> <li>– Störungen des Immunsystems</li> <li>– Störungen des Stoffwechsels</li> </ul>
Erwachsene in der Erwerbsphase (25–64 Jahre)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Karies: Sekundärkaries</li> <li>– Gingivitis</li> <li>– Parodontitis</li> <li>– Funktionsstörungen des Kauorgans</li> <li>– Zahnverlust</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– unzureichende Mundhygiene</li> <li>– Zuckerkonsum</li> <li>– Nikotinabusus</li> <li>– psychischer Stress</li> <li>– Störungen des Immunsystems</li> <li>– spezifische Co-Morbidität</li> </ul>
Erwachsene im Ruhestand (65 Jahre und älter)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Karies: Wurzelkaries</li> <li>– Parodontitis</li> <li>– involutive Parodontopathien</li> <li>– Mundschleimhauterkrankungen</li> <li>– Zahnverlust</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– unzureichende Mundhygiene</li> <li>– Zuckerkonsum</li> <li>– Nikotinabusus</li> <li>– Störungen des Immunsystems</li> <li>– spezifische Co-Morbidität</li> <li>– spezifische Medikationen</li> <li>– biologische Abbauvorgänge</li> </ul>

Seit der Änderung der Sozialgesetzgebung im Jahre 1989 (Finanzierung gruppenprophylaktischer Aktivitäten durch die GKV) profitieren Kinder und Jugendliche vor allem von den Fluoridierungsmaßnahmen und Aufklärungsaktionen im Rahmen der Gruppenprophylaxe. Diese positive Entwicklung der Mundgesundheit bei Kindern und Jugendlichen wurde durch die Einführung der Individualprophylaxe-Positionen in die GKV im Jahre 1991 (Erweiterung 1993) noch verstärkt (vgl. Abschn. 4.1). Insbesondere die präventive Fissurenversiegelung von Molaren (IP 5) hat einen klinisch-epidemiologisch messbaren Beitrag zum Kariesrückgang geliefert.

Besonders eindrucksvoll zeigen sich die Erfolge bei der Entwicklung der Mundgesundheit bei den 12-Jährigen in Deutschland (vgl. Abbildung 5).

Hatten vor rund 10 Jahren Kinder im Alter von 12 Jahren noch mehr als 4 kariöse, fehlende oder gefüllte Zähne (DMF-T-Wert: 4,1 für die alten Bundesländer), so liegt der mittlere DMF-T-Wert im Jahr 2000 bei den 12-Jährigen in Deutschland bei 1,2. Damit unterschreitet Deutschland den DMF-T-Grenzwert von 2, den die WHO als Zielvorgabe für das Jahr 2000 formuliert hat, deutlich



**Abbildung 5:** Kariesrückgang in Deutschland im Zeitraum von 1973–2000 am Beispiel der 12-Jährigen

und ist im internationalen Vergleich bei der Mundgesundheit in die Spitzen-  
gruppe aufgerückt.

Man kann also von einer wirklichen Erfolgsstory der Präventionsbemühungen  
in Deutschland bei Kindern und Jugendlichen sprechen. Erwähnt werden muss  
an dieser Stelle jedoch auch, dass eine Reihe von oralepidemiologischen  
Studien einen deutlichen Zusammenhang zwischen sozialer Schichtzuge-  
hörigkeit und der Mundgesundheit bzw. dem zahnärztlichen Versorgungs-  
niveau über alle Altersgruppen aufzeigen, sodass man grundsätzlich von einer  
„Schiefelage“ der Kariesverteilung innerhalb der Bevölkerung ausgehen muss  
(Kariespolarisierung). Die gezielte Betreuung von Personen mit einem erhöh-  
ten Kariesrisiko („Hochrisikogruppen“) gehört also zweifellos zu den großen  
sozialmedizinischen Herausforderungen auf dem Gebiet der Zahnheilkunde in  
Deutschland.

### **7.2.2 Verschiebungen im Behandlungsbedarf infolge von Prävention**

Der Fokus der zahnmedizinischen Präventionspolitik als auch der wissen-  
schaftlichen Forschung lag jahrzehntelang auf der Gruppe der Kinder und  
Jugendlichen. Ältere und Alte waren nur vereinzelt bzw. gar nicht Zielgruppe  
von Präventionsbemühungen. Die Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde im Alter  
wird zukünftig aber einen sehr viel breiteren Raum in der zahnärztlichen  
Tätigkeit einnehmen als bislang. Zum Abschätzen der Herausforderungen, die  
eine veränderte demographische Entwicklung und innovative wissenschaftliche  
Erkenntnisse nach sich ziehen, sind repräsentative Daten über den oralen  
Gesundheitszustand bei älteren Menschen notwendig. Letztmalig wurden sol-  
che Daten im Jahre 1999 durch das IDZ in der Dritten Deutschen Mund-  
gesundheitsstudie (DMS III) vorgelegt (vgl. Abschn. 2.1.5). Bei Erwachsenen  
und älteren Menschen, die nicht in den Genuss präventiver zahnmedizinischer  
Maßnahmen gekommen sind und deren spezifische Zielkrankheiten und  
Risikofaktoren sich zudem von denen der Jugendlichen unterscheiden, sind in  
den letzten Jahren weder ein ausgeprägter Kariesrückgang noch eine  
Abnahme der Prävalenz von schweren Parodontopathien zu beobachten. Eine  
fiskalisch ausgerichtete Gesundheitspolitik und starre Abrechnungsvor-  
schriften in Deutschland wirken diesbezüglich hemmend. Bei den Erwach-  
senen (35–44 Jahre) liegt der Sanierungsgrad ihrer Zähne bei über 90 Prozent,  
so dass von einem hohen kurativen Versorgungsniveau zumindest für die  
Zahnkaries ausgegangen werden kann. Die Prävalenzen von schweren,  
destruktiven Parodontalerkrankungen bei Erwachsenen und Senioren weisen  
dagegen gemäß dem sog. Community Periodontal Index (CPI) vergleichsweise  
hohe Werte auf: CPI-4 = 14,1 Prozent bei Erwachsenen und CPI-4 = 24,4 Pro-  
zent bei den Senioren.

Im Hinblick auf die Prävalenz von Mundschleimhautveränderungen ist zweifel-  
los davon auszugehen, dass allein unter demographischen Gesichtspunkten

(Zunahme des Anteils älterer und alter Menschen in allen modernen Industriegesellschaften) mit einem Ansteigen dieser Erkrankungsform zu rechnen ist.

Die zahnprothetische Versorgung der Senioren hat in den letzten Jahren hinsichtlich Aufwand und Qualität zugenommen. Bei den Senioren ist ein sehr deutlicher Rückgang der Zahnlosigkeit feststellbar. Totalprothesen sind nur noch bei ungefähr einem Viertel der 65- bis 74-Jährigen vorhanden. Die anderen haben zum Teil noch recht viele eigene Zähne. In der Zukunft werden daher auch zahnerhaltende Maßnahmen – von endodontischer Therapie über die aufwändige Füllungstherapie – und weiterführende prothetische Maßnahmen weiter zunehmen. Dabei ist aber aus sozialmedizinischer Perspektive darauf zu achten, dass gerostomatologische Betreuungsstrategien eigentlich schon im „Vorfeld“ des Erwachsenenalters einsetzen müssen, da durch frühzeitige zahnerhaltende Maßnahmen letztendlich auch Umfang und zeitliche Abfolge des Zahnverlustes erheblich beeinflusst werden.

Trotz einsetzender präventionspolitischer Erfolge wird sich der Zahnverlust als wichtigste Ursache für prothetische Maßnahmen aufgrund der demographischen Entwicklung bis zum Jahr 2020 nicht wesentlich verringern. In Deutschland ist deshalb mit einem rückläufigen Prothetikbedarf in diesem Prognosezeitraum wahrscheinlich nicht zu rechnen. Festsitzender Zahnersatz (Brücken) und implantatgetragener Zahnersatz werden stärker zum Einsatz kommen. Art und Umfang zahnprothetischer Maßnahmen sind insofern naturgemäß auch eine Folge präventiver Anstrengungen in früheren Lebensphasen: Die Versorgung von Einzelzahnlücken wird also zunehmen, während die Totalprothese deutlich seltener als Therapiemittel eine Indikation finden wird.

Neben ausgeprägten Zahnhartsubstanzverlusten durch Karies und Erosionen sowie daraus folgenden Spätschäden wie Bisslageveränderungen bilden die Erkrankungen des Zahnhalteapparates (Parodontopathien) das größte Gefahrenpotenzial für ein funktionsgesundes Gebiss im Alter. Schon Jugendliche zeigen in etwa zu einem Drittel deutliche Zeichen einer Gingivitis, Erwachsene in ähnlicher Größenordnung deutliche Zeichen einer Parodontitis. Schwere Parodontitiden liegen bei 14 Prozent der Erwachsenen und 24 Prozent der Senioren vor.

Eine langfristige Verringerung dieser ungünstigen Werte für die Parodontalerkrankungen lässt sich allerdings nicht allein über parodontaltherapeutische Interventionen erzielen. Hierzu sind vor allem primärpräventive Maßnahmen notwendig. Da diese sich erst nach Jahrzehnten bei den Senioren auswirken, ist kurzfristig mit keiner Änderung der Prävalenzen zu rechnen. Deshalb müssen präventive und therapeutische Maßnahmen in der Praxis eingesetzt werden. Es muss eine Verstärkung der „oral health self care“ durch zielgruppenorientierte Information und Motivation seitens der Zahnärzte sowie eine entsprechende Öffentlichkeitsarbeit erfolgen, um einen Großteil der Erwachsenen und Senioren gesundheitspsychologisch zu einer Verhaltensänderung zu motivieren.

### 7.2.3 Interaktionen von Zahnerkrankungen und Allgemeinerkrankungen

Die Mundgesundheit wird durch eine Vielzahl von somatischen Faktoren beeinflusst. Zudem existieren vielfältige klinische und epidemiologische Hinweise dafür, dass orale Störungen einen negativen Einfluss auf die Allgemeingesundheit ausüben können. Gerade im Erwachsenen- und Seniorenalter spielen die zahlreichen Wechselbeziehungen zwischen oralen Erkrankungen und Allgemeinerkrankungen eine große Rolle. So zeigen neuere Untersuchungen, dass z. B. Stoffwechselstörungen wie Diabetes mellitus sowie Nikotinabusus das Auftreten destruktiver Parodontitiden begünstigen. Umgekehrt werden schwere Parodontopathien mit einer Reihe von Allgemeinerkrankungen, von koronarer Herzkrankheit und Arteriosklerose bis hin zu chronisch rezidivierenden Bronchitiden und Pneumonien, in Verbindung gebracht.

Die vermehrte Bedeutung der Wechselwirkungen zwischen oralen und allgemeinen Erkrankungen, die zunehmende Konfrontation mit multimorbiden Patienten sowie mit altersspezifischen Funktionseinbußen im Alter, führen zu einem veränderten Stellenwert und Selbstverständnis der Zahnmedizin innerhalb der Gesamtmedizin. Die Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde wird mehr denn je integrativer Bestandteil des medizinischen Fächerkanons sein. Zahnmedizin wird gleichsam immer stärker zur „ZahnMedizin“ werden.

Im Rahmen der zahnärztlichen Aus- und Fortbildung müssen insofern verstärkt allgemeinmedizinische Aspekte betont werden. In diesem Zusammenhang bemüht sich die deutsche Zahnärzteschaft seit Jahren um eine Novellierung der Approbationsordnung Zahnärzte, um verstärkt präventionsorientierte und interdisziplinäre Ausbildungsinhalte zu vermitteln (vgl. Abschn. 3.1).

Die obigen Ausführungen verdeutlichen, wie komplex sich die zukünftige zahnmedizinische Versorgung alter Menschen in Deutschland gestalten wird. Das wirft natürlich die Frage nach den gesundheitsökonomischen Auswirkungen einer präventionsorientierten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde auf das Gesundheitssystem auf.

### 7.2.4 Gesundheitsökonomische Auswirkungen von Prävention

Das wesentliche Ziel einer lebenslang begleitenden Prävention ist ein Zusammendrängen des Zahnverlustrisikos auf einen möglichst späten und kurzen Abschnitt der Lebenszeit eines Menschen. Diese „Kompression der Morbidität“ führt zu einem erhöhten oralen und allgemeinen Gesundheitszustand über eine größere Lebensspanne, zu Gesundheitsgewinnen und damit zu einer verbesserten subjektiven Lebensqualität der Bevölkerung. Dieses Ziel der Prävention wurde – wie gezeigt – in Deutschland in der vergangenen Dekade durchaus erfolgreich verfolgt. Die kommende Generation wird mehr eigene Zähne bis ins hohe Alter erhalten können, weshalb zukünftig mit mehr festsitzenden prothetischen Versorgungen zu rechnen sein wird.



Kurz- bis mittelfristig ist trotz der erkennbaren oralen Gesundheitsgewinne daher nicht mit Kostensenkungen zu rechnen, sondern vielmehr mit einer Kostenverlagerung in hohe bis sehr hohe Altersphasen. Langfristig kann Prävention gleichwohl zu Einsparungen führen und – über die reinen Kosten-erwägungen hinaus besonders wichtig – zu einem erheblichen Gewinn an subjektiver Lebensqualität der Patienten beitragen.

Die präventionsorientierte Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde wird also zukünftig von vier wichtigen Aspekten beeinflusst und verändert werden:

- dem demographischen Wandel der Gesellschaft (Zunahme der älteren Bevölkerung, steigende Lebenserwartung, Rückgang der Geburtenraten),
- dem medizinisch-technischen Fortschritt,
- der wissenschaftlich belegten Tatsache, dass orale Gesundheit zunehmend Einfluss auf die allgemein-somatische Gesundheit einschließlich ihrer psychosozialen Aspekte hat (und umgekehrt),
- dem unübersehbaren soziologischen Gesellschaftstrend, dass die Patienten kritischer und selbstbewusster werden, wenn sie Gesundheitsleistungen im Medizinsystem nachfragen.

### 7.2.5 Zukünftige Herausforderungen

Für die Lösung der künftigen Herausforderungen ist die Definition erreichbarer, populationsbezogener Mundgesundheitsziele im Einklang mit entsprechenden Vorstellungen seitens der FDI oder der WHO zu empfehlen. In den Bereichen Oralepidemiologie im Alter, Bedarfs- und Versorgungsforschung, Evaluation von Präventionsprogrammen und gesundheitsökonomische Analyse sind gemeinsam mit den angrenzenden Wissenschaftsgebieten Schwerpunkte zu setzen.

Von großer Bedeutung für die Bewältigung der vorhandenen, aktuellen Aufgabenstellungen, wie sie aus dem Wandel des Morbiditätsspektrums abgeleitet werden können, wird allerdings auch sein, dass der berufstätige Zahnarzt Rahmenbedingungen erhält, die es ihm ermöglichen, seine Patienten in der Praxis wirklich nach zahnärztlichen Erfordernissen betreuen zu können. Hier ist in erster Linie die Politik gefordert, durch geeignete gesetzliche Grundlagen gesundheits- und sozialpolitischer Art diese Handlungsspielräume zu sichern bzw. auszubauen. Die betriebswirtschaftlichen Voraussetzungen müssen gegeben sein, um dem Zahnarzt eine im obigen Sinne ausgeweitete Präventions- und Betreuungstätigkeit im Rahmen seiner Praxisführung zu ermöglichen. Naturgemäß kann die Wissenschaft keine Abrechnungsbedingungen definieren, aber sie kann Veränderungen des Erkrankungspanoramas und der Prävalenz der Erkrankungen dokumentieren, die Leistungen und Ergebnisse der zahnärztlichen Therapie nachweisen und damit Grundlagen für die Politik liefern.

### 7.3 Szenario zur zukünftigen Leistungsgestaltung

Die vorangegangenen Ausführungen haben gezeigt, dass die Zukunft der zahnmedizinischen Versorgung im Rahmen der Strukturen der Gesetzlichen Krankenversicherung als gefährdet eingeschätzt werden muss. Die Regelungen des Kassenarztrechts mit ihrer Dominanz des Sachleistungsprinzips (vgl. Abschn. 6.2.1) tragen Antinomien in sich, die rechtsdogmatisch schwer auflösbar sind. Sie blockieren die Weitergabe zahnmedizinischer Innovationen an Versicherte und Patienten und verursachen falsche ökonomische Anreize (vgl. Abschn. 6.3). Das Störgefühl in der Politik angesichts dieser Strukturprobleme ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt offensichtlich. Was fehlt, ist der politische Wille, diese Probleme mit einem klar konturierten Konzept zu beseitigen. Dabei stellt die Zahnärzteschaft ein solches Konzept unter der Bezeichnung „Befundorientierte Festzuschüsse mit Kostenerstattung“ seit geraumer Zeit zur Verfügung. Es wird nachfolgend in seinen Grundzügen vorgestellt.

#### 7.3.1 Befundorientierte Festzuschüsse mit Kostenerstattung

Der Kerngedanke des Konzepts trägt einem allgemeinen Trend der finanziellen Ausgestaltung moderner Gesundheitssysteme Rechnung: Nicht das Therapiemittel ist die Grundlage für die Ermittlung der Finanzierungshöhe zahnmedizinischer Leistungen, sondern der pathologische Befund. Er ist nicht nur Basis der Therapieplanung, sondern auch Ausgangspunkt für die Bestimmung der Höhe eines Festzuschusses, den der Kostenträger seinem Versicherten für eine zahnmedizinische Behandlung gewährt. Dieser befundorientierte Festzuschuss kann auch für Therapieformen, die zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht im Katalog der Gesetzlichen Krankenversicherung enthalten sind, zur Anwendung kommen. Der Patient kann sich zum Beispiel für eine Implantatversorgung entscheiden, ohne dadurch seinen Festzuschuss zu verlieren. Der Patient trägt dann lediglich den Differenzbetrag zwischen dem Festzuschuss und den tatsächlichen Kosten der Implantatversorgung.

Vermieden wird bei einem Konzept befundorientierter Festzuschüsse damit eine zahnmedizinisch nicht indizierte Therapiemittelausgrenzung, wie sie derzeit im Sachleistungssystem der Gesetzlichen Krankenversicherung systematisch angelegt ist. Die Befundabhängigkeit in diesem Modell erlaubt eine unbürokratische und damit zukunfts offene Integration moderner zahnmedizinischer Therapiealternativen.

Ein vergleichbares Festzuschuss-System hat bereits in den Jahren 1997 und 1998 im SGB V in der Fassung des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes vom 23.6.1997 gegolten. Seinerzeit waren allerdings keine befundorientierten Festzuschüsse vorgesehen. Die Zuschüsse bezogen sich jeweils auf die zahnärztlichen und zahntechnischen Kosten des konkret eingesetzten Therapiemittels. Je aufwändiger dieses Therapiemittel war, für das sich der Patient entscheiden konnte, desto höher fiel der prozentual bemessene Festzuschuss seiner

Krankenkasse aus. Mit einer gerechten Verteilung der zur Verfügung stehenden Finanzmittel hätte eine solche Festzuschusslösung wenig zu tun. Sie bevorzugte in einer sozialpolitisch ungerechtfertigten Art und Weise diejenigen Patienten, die bei der Wahl einer teureren Versorgungsform mit der eigenen Entscheidung für einen höheren Eigenanteil einen höheren Beitrag von ihrer Krankenkasse einfordern konnten.

Patientenbefragungen, die im Auftrage der KZBV vom Institut für Demoskopie in Allensbach durchgeführt wurden, zeigen, dass die überwiegende Zahl der Befragten dieses System der befundorientierten Festzuschüsse als gerechter empfindet als ein System prozentualer Festzuschüsse.

### 7.3.2 Kriterien für die Ermittlung von Festzuschüssen

Vier Kriterien sind für die Ermittlung von Festzuschüssen zu nennen:

#### *1. Präventionsorientierung*

Die Festzuschusshöhe stellt ein wirkungsvolles gesundheitspolitisches Steuerungselement dar. So fällt im Rahmen einer präventiv ausgerichteten Zahnheilkunde ein Festzuschuss umso höher aus, je mehr die entsprechenden Leistungen zu einer langfristigen Erhaltung und Verbesserung der Mundgesundheit beitragen. Umgekehrt können Befundausgrenzungen dort vorgenommen werden, wo keine zahnmedizinischen Indikationen, sondern lediglich besondere ästhetische Wünsche des Patienten vorliegen.

#### *2. Grad der Ausdehnung auf alle zahnmedizinischen Leistungsbereiche*

Grundsätzlich kann das Festzuschussmodell für alle Bereiche der Zahnheilkunde (konservierend-chirurgische Behandlung, Prothetik, Endodontie, Parodontologie, Kieferorthopädie) gelten, für die es abgesicherte Therapiealternativen bezüglich eines Befundes gibt. Der Bereich Prothetik liefert ein besonders anschauliches Beispiel für den in der Zahnheilkunde generell geltenden „Befund“, dass bei gleichem klinischem Ausgangsbefund im Leistungsumfang verschiedene Therapiealternativen mit unterschiedlichem Aufwand und unterschiedlicher medizinischer und subjektiver Auswirkung möglich sind. Von daher liegt es nahe, den Bereich Prothetik als erstes Erprobungsfeld für die Entwicklung befundorientierter Festzuschüsse zu nutzen.

#### *3. Finanzierungsfähigkeit der Solidar- und Versicherungsgemeinschaft*

Die finanziellen Ressourcen, die die gesetzlichen Krankenkassen auch bisher für die zahnmedizinische Versorgung ihrer Versicherten bereitstellen, können für die künftige Gesamthöhe befundorientierter Festzuschüsse ein erster Anhaltspunkt sein, und zwar auch dann, wenn private Versicherungsunternehmen den Versicherungsschutz für die Patienten übernehmen.

Die Höhe der Festzuschüsse kann sich an weitergehenden Steuerungszielen des Sozialgesetzgebers, z. B. einer allgemeinen Reduzierung der Beitrags-

sätze der GKV oder der Begrenzung der Solidarbeiträge bei vom Einzelnen (mit)verursachten Behandlungskosten orientieren. Sie kann aber auch die Prämiengestaltung privater Versicherungsträger für die zahnmedizinischen Leistungsbereiche steuern.

Ein solches System ermöglicht zusätzliche Härtefallregelungen, durch die eine soziale Überforderung des Versicherten in jedem Falle ausgeschlossen werden könnte.

#### *4. Wettbewerbsaspekte*

Der im Gesundheitswesen immer wieder beschworene Wettbewerbsgedanke kann durch die Einführung befundorientierter Festzuschüsse mittelfristig zur vollen Entfaltung kommen. Jeder Krankenkasse steht es im Grundsatz frei, mit ihren Versicherten unterschiedliche Festzuschusshöhen zu vereinbaren und sich dadurch im Wettbewerb um Versicherte zu profilieren. Dies gilt insbesondere für Unternehmen der privaten Versicherungswirtschaft.

### **7.3.3 Kostenerstattungsprinzip und Abrechnungsgrundlagen**

Durch die Einführung eines umfassenden Kostenerstattungssystems im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung würde die allseits geforderte Transparenz der Behandlungsmaßnahmen und der damit verbundenen Kosten für den Versicherten, der in den Zahlungsfluss eingebunden ist, zeitnah sichergestellt. Für die Versicherten würde es sich um keine grundlegende Neuregelung handeln, da bereits seit Jahren in den Leistungsbereichen der zahnprothetischen und kieferorthopädischen Versorgung verschiedene Kostenerstattungsformen praktiziert werden.

Das Kostenerstattungsprinzip garantiert ferner die Anschlussfähigkeit des Systems befundorientierter Festzuschüsse an den Sektor der privaten Versicherungswirtschaft. Darüber hinaus wird das Kostenerstattungsprinzip den Finanzierungssystemen gerecht, wie sie in der überwiegenden Zahl der Länder in der Europäischen Union Anwendung finden.

Die Abrechnung der zahnärztlichen Leistungen erfolgt in diesem System unmittelbar gegenüber dem Patienten auf der Grundlage der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), wobei sich der Versicherte seinen jeweiligen Festzuschuss von seiner Krankenkasse erstatten lassen kann. Die außerhalb der durch den Versicherungsträger gezahlten Leistungen bedürfen keiner staatlichen Gebührenregelung. Die entsprechenden Preise werden sich – wie auch in anderen EU-Ländern – auf einem bestimmten Marktniveau einpendeln.

#### **7.3.4 Eignung des Festzuschussystems für die Gesetzliche Krankenversicherung und für private Versicherungsträger**

Ein System befundorientierter Festzuschüsse mit Kostenerstattung hat den Vorteil, dass es seine Leistungsfähigkeit nicht nur innerhalb des Systems der Gesetzlichen Krankenversicherung entfaltet, sondern auch im Rahmen privatisierter Versicherungsverhältnisse anwendbar ist. Angesichts der derzeitigen Reformdiskussion über die Ausgrenzung zahnmedizinischer Leistungen aus dem GKV-Leistungskatalog bietet die Zahnärzteschaft damit ein Finanzierungs- und Steuerungssystem zahnmedizinischer Versorgung an, das unterschiedlichen sozial- und finanzpolitischen Zielsetzungen gerecht wird.

Ein befundorientiertes Festzuschussystem hat erhebliche Vorteile für die Gesetzliche Krankenversicherung in ihrem derzeitigen, reformbedürftigen Zustand.

Die Festzuschüsse werden sowohl hinsichtlich der von ihnen umfassten Leistungen als auch in ihrer Höhe innerhalb des GKV-Systems festgelegt. Dies kann als Aufgabe dem Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen (vgl. Abschn. 2.3.1) zugewiesen werden. Die Festzuschüsse könnten in regelmäßigen Abständen von diesem Gremium fortgeschrieben, aber auch z.B. durch eine Anbindung an die Grundlohnsummenentwicklung der Krankenkassen dynamisiert werden.

Durch ein System befundorientierter Festzuschüsse können gezielt sowohl gesundheitspolitische Steuerungseffekte als auch eine prospektive, wirksame und dauerhafte Begrenzung der Gesamtausgaben der GKV in diesem Leistungsbereich ermöglicht werden. An eine gesetzliche Festlegung des Gesamtausgabenvolumens, das bei der Festsetzung der regulären Festzuschüsse nicht überschritten werden darf, kann gedacht werden.

Der weitgehende Wegfall aufwändiger Planungs- und Prüfungsverfahren infolge der wesentlichen Vereinfachung der Abrechnung auf der Grundlage vorab feststehender Festzuschüsse eröffnet weitreichende Einsparpotentiale, die eine Senkung der Verwaltungskosten und eine entsprechende Erhöhung der Leistungsausgaben bei den gesetzlichen Krankenkassen ermöglichen. Wegfallen könnten im Einzelnen die Instrumente der Gesamtvergütung, der Honorarverteilung sowie der Plausibilitäts- und Wirtschaftlichkeitsberechnung. Durch ein Gutachtersystem der KZVen würde weiterhin eine Beratung der Patienten sowohl im Bereich der Behandlungsplanung als auch nach Abschluss der Behandlung gewährleistet. Im Bereich der Mehrleistungsregelungen ist eine solche Änderung besonders leicht realisierbar, da die bisherige Vertragsleistung die neue Festzuschussgrundlage bildet.

In einem gesetzlich zu definierenden Rahmen könnte auch den Krankenkassen ein echter Wettbewerb – z.B. durch das Angebot differenzierter Versicherungsformen und -inhalte oder Modifikationen der Höhe, der

Anspruchsvoraussetzungen und der umfassten Leistungen der Festzuschüsse – eröffnet werden. Die Krankenkassen könnten dadurch zusätzlich eigene Steuerungsmöglichkeiten erhalten.

Die Versorgungsformen, auf die sich diese Festzuschüsse als Berechnungsgrundlage beziehen, können im Einzelnen variabel gestaltet werden. Mit dieser Flexibilität von Festzuschusslösungen verbindet sich ein Einsparungspotential von GKV-Finanzmitteln.

Ein Festzuschusssystem eignet sich auch für den Fall einer verfassungsrechtlich zulässigen Ausgrenzung der Zahnersatzversorgungen aus dem Leistungskatalog der GKV. Eine derartige Einschränkung des Leistungsumfanges der GKV wäre sowohl zahnmedizinisch als auch sozialpolitisch vertretbar, da das Risiko von Zahnverlusten einen starken Verhaltensanteil aufweist (Mundhygiene). Der Versicherte hat durch die vielfältigen Bemühungen des Gesetzgebers zur Verbesserung individual- und gruppenprophylaktischer Leistungen in den §§ 21, 22 SGB V die Möglichkeit erhalten, ein entsprechendes präventives Verhalten zu erlernen und zu praktizieren. Auch eine Überführung dieses Bereiches in eine vollständige Selbstverantwortung des Versicherten ist daher vor dem Hintergrund der übergeordneten sozialpolitischen Zielsetzung einer kurzfristigen und deutlichen Reduzierung der Beitragssätze in der GKV und einer daraus resultierenden Reduzierung der Lohnnebenkosten sozialpolitisch zu rechtfertigen. Bezogen auf die Ausgaben der GKV im Jahr 2001 in diesem Bereich könnten durch eine derartige Maßnahme Ausgaben in Höhe von ca. 3,7 Milliarden Euro eingespart werden.

Wenn es zu einer Ausgliederung des Zahnersatzes aus dem Leistungskatalog der GKV kommt, bietet ein System befundorientierter Festzuschüsse mit Kostenerstattung ein hervorragend geeignetes Instrumentarium für private Versicherungsunternehmen, das zahnmedizinisch-prothetische Leistungsgeschehen im Dreiecksverhältnis zwischen Zahnarzt, Patient und Versicherung sinnvoll auszugestalten. Die Finanzierungs- und Steuervorteile eines befundorientierten Festzuschuss-Systems gelten in Art und Ausprägung für öffentlich-rechtliche und private Versicherungsformen gleichermaßen.

Grundsätzlich wäre – über die derzeit diskutierte Ausgliederung einzelner Bereiche zahnmedizinischer Behandlungen aus dem Leistungsumfang der GKV – hinaus auch eine vollständige Ausgliederung denkbar. Es gibt in einigen europäischen Ländern, so z. B. in der Schweiz und in Schweden, anschauliche Beispiele für eine erfolgreiche vollständige Privatisierung der zahnmedizinischen Behandlung bei gleichzeitiger Förderung präventiver Maßnahmen durch Staat und Gesellschaft.

In diesem Falle sollte ein bestimmter Leistungsumfang, ähnlich wie in der Schweiz oder in Schweden, im Verantwortungsbereich der Gesetzlichen Krankenversicherung als Sachleistung verbleiben. Hierzu rechnen:

- Prävention, Untersuchung und Behandlung von Kindern und Jugendlichen,
- Versorgungen infolge von Tumor, Trauma und genetisch bedingten Fehlbildungen.

Der Sozialgesetzgeber sollte eine Absicherung der aus der GKV ausgegliederten Leistungsbereiche durch private Versicherungsverträge nicht nur mittels einer bloßen Verweisung auf die Möglichkeit des Abschlusses eines derartigen Versicherungsvertrages vorsehen. Vielmehr sollte eine gesetzliche Versicherungspflicht eingeführt werden. Als Träger eines solchen Versicherungssystems fungieren private Versicherungsunternehmen (vgl. Abschn. 2.2.2). Ähnlich wie in §§ 1 Abs. 2, 23 SGB XI ist die Verpflichtung zum Abschluss einer privaten Krankenversicherung für die ausgegliederten Teilbereiche unter Berücksichtigung der Kriterien möglich, die vom Bundesverfassungsgericht (BVerfGE 103, 197) hinsichtlich der verfassungsgemäßen Regelung zur Pflegeversicherung entwickelt worden sind. Denn ebenso wie bei der Pflegeversicherung würde es sich um die Absicherung eines allgemeinen Lebensrisikos im Sinne einer sozialen Aufgabe der staatlichen Gemeinschaft handeln, wobei mit der Einführung einer Versicherungspflicht keine unangemessene Belastung der Betroffenen verbunden wäre.

Bereits Erkrankte sind in die Versicherungspflicht einzubeziehen und ein Kontrahierungszwang für private Versicherungsunternehmen zu statuieren. Das Bundesverfassungsgericht hat eine entsprechende Regelung hinsichtlich der Pflege-Pflichtversicherung als Übergangsregelung als zulässig qualifiziert.

In die Vertragsautonomie sollte in der Form eingegriffen werden, dass ein bestimmter Leistungsumfang als Mindestversicherungsschutz gesetzlich vorgeschrieben wird. Dieser könnte wiederum in der Form eines Festzuschuss-Systems ausgebildet werden, sodass die Versicherten bei der Inanspruchnahme bestimmter Leistungen unter Zugrundelegung der GOZ auch aus ihrem privaten Versicherungsvertrag lediglich einen bestimmten, befundbezogenen Festbetrag und keine prozentuale Erstattungsleistung hinsichtlich des jeweiligen, konkreten Rechnungsbetrages erhalten.

### **7.3.5 Schrittweise Umsetzung des Konzepts**

Die Zahnärzteschaft plädiert für eine schrittweise Privatisierung der zahnmedizinischen Versorgung in Deutschland auf der Grundlage eines Systems befundorientierter Festzuschüsse mit Kostenerstattung.

In einem ersten Schritt sollten zunächst die Bereiche Zahnersatz und Kieferorthopädie aus dem GKV-Leistungskatalog ausgegliedert werden. Private Versicherungsunternehmen könnten – sinnvoll auf der Basis eines befundorientierten Festzuschuss-Systems – die finanzielle Absicherung der Patienten übernehmen. Die Leistungen würden auf der Grundlage der GOZ vom Zahnarzt unmittelbar mit dem Patienten abgerechnet.

In einem zweiten Schritt würde für alle zahnärztlichen Leistungen ein umfassendes Kostenerstattungssystem eingeführt. Ausnahme wären die Bereiche

- Prävention, Untersuchung und Behandlung von Kindern und Jugendlichen,
- Versorgungen infolge von Tumor, Trauma und genetisch bedingten Fehlbildungen,

die nach wie vor im Leistungskatalog der GKV als Sachleistung verblieben.

Für konservierend-chirurgische Behandlungen, Endodontie und Parodontologie wäre eine Pflicht zur Versicherung auf der Basis befundorientierter Festzuschüsse mit Kostenerstattung vorzusehen. Alle Leistungen würden auf der Grundlage der GOZ vom Zahnarzt unmittelbar mit dem Patienten abgerechnet.

Da in einem Kostenerstattungssystem auf der Grundlage einheitlicher Festzuschüsse jedem Versicherten ein bestimmter Festzuschuss für eine bestimmte Befundsituation zusteht, wäre eine Beschränkung der Arztwahl auf bestimmte, zugelassene Vertragszahnärzte nicht mehr erforderlich. Der Versicherte könnte vielmehr jeden Zahnarzt seines Vertrauens in Anspruch nehmen, da er mit diesem einen privaten Behandlungsvertrag abschließen würde, die Behandlungskosten selbst trüge und den Festzuschussbetrag von seiner Krankenkasse erstattet erhielte. Besondere Zulassungsverfahren und eine Bedarfsplanung hinsichtlich der vertragszahnärztlichen Versorgung wären im Ergebnis ebenso obsolet wie ein Sicherstellungsauftrag hinsichtlich der vertragszahnärztlichen Versorgung insgesamt.

Mit dem Wegfall des Status des Vertragszahnarztes würden gleichzeitig auch die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen als Körperschaften des öffentlichen Rechts (vgl. Abschn. 2.1.3) entfallen und die weiterhin bestehende Aufgabe einer Beratung der Versicherten und der Zahnärzte auf die Zahnärztekammern (vgl. Abschn. 2.1.1) übertragen. Diese könnten zudem in einem gemeinsamen Gremium – dem früheren Bundesausschuss – mit Vertretern der Krankenkassen und ggf. Patientenvertretern auf gesetzlicher Grundlage diejenigen Leistungen bestimmen, die von den Festzuschüssen umfasst würden.

In einem von Autonomie und Eigenverantwortung des Einzelnen geprägten Kostenerstattungssystem müsste in einer letzten Stufe auch die Gebührenordnung für Zahnärzte als Berechnungsgrundlage für zahnärztliche Leistungen entfallen und somit die allgemeine Abschlussfreiheit der Vertragspartner auch in diesem Bereich wiederhergestellt werden.

#### **7.4 Zusammenfassung**

Angesichts des beträchtlichen gesundheitspolitischen Reformstaus stellt sich die Frage nach den Zukunftsperspektiven des zahnärztlichen Versorgungssystems. Erkennbar ist – wie im ersten Abschnitt dargestellt wird – die Tendenz



einer zunehmenden Einschränkung und Funktionalisierung der zahnärztlichen Freiberuflichkeit. Die Europäisierung des zahnärztlichen Berufsrechts könnte dem Zahnarzt als Freiberufler durchaus Chancen der Entfaltung bieten. Veränderungen des zahnärztlichen Berufsfeldes sind aufgrund einer zunehmenden Präventionsorientierung, insbesondere aber auch infolge der demographischen Entwicklung und – damit eng verbunden – des sich wandelnden Morbiditätsspektrums zu erwarten. Die hieraus resultierenden Verschiebungen im Behandlungsbedarf werden im zweiten Abschnitt dargestellt. Abschließend wird als grundlegende Reformperspektive das zahnärztliche Konzept der „Befundorientierten Festzuschüsse mit Kostenerstattung“ vorgestellt.

## 7.5 Literaturverzeichnis

*Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.): KZBV Jahrbuch 2002. Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Köln 2002*

*Reich, E., Micheelis, W.: Die Ergebnislage aus Public Health-Sicht. In: IDZ, Institut der Deutschen Zahnärzte (Hrsg.): Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS III). Ergebnisse, Trends und Problemanalysen auf der Grundlage bevölkerungsrepräsentativer Stichproben in Deutschland 1997. Köln 1999, S. 509–516*

*Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Gutachten 2000/2001. Bd. 3: Über-, Unter- und Fehlversorgung. III.4. Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten*

*Schimmelpfeng-Schütte, R.: Der Arzt im Spannungsfeld der Inkompatibilität der Rechtssysteme. Medizinrecht 2002, S. 286 ff.*

*Sodan, H.: Freie Berufe als Leistungserbringer im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung. Tübingen 1997*

*Tettinger, P. J.: Grundfragen zahnärztlicher Freiberuflichkeit. Medizinrecht 2001, S. 287 ff.*

*Tiemann, B.: Rechtsgrundlagen und Zukunftsoptionen einer Europäischen Sozialunion. In: Boskamp, P., Theisen, H. (Hrsg.): Krisen und Chancen unserer Gesellschaft. Berlin 2002*

*Ziller, S., Micheelis, W.: Demographic trends and future requirements applicable to prevention-oriented dental care in old age: summary and prospects. In: IDZ, Institut der Deutschen Zahnärzte (Hrsg.): Kostenexplosion durch Prävention? Orale Gesundheitsgewinne im Alter und versorgungspolitische Konsequenzen. Köln 2002, S. 117–125*

## 8 **Abbildungsverzeichnis**

---

<b>Abbildung 1:</b> Gründungen von Vereinen und Körperschaften im historischen Rückblick.....	12
<b>Abbildung 2:</b> Entwicklung der zahnärztlichen Immatrikulationen und Approbationen (1971–2001) in Deutschland (bis 1991 bzw. 1992 nur alte Bundesländer).....	52
<b>Abbildung 3:</b> Zusammenhang zwischen Aus-, Fort- und Weiterbildung ...	55
<b>Abbildung 4:</b> Rechtsbeziehungen im zahnärztlichen Versorgungssystem.....	68
<b>Abbildung 5:</b> Kariesrückgang in Deutschland im Zeitraum von 1973–2000 am Beispiel der 12-Jährigen .....	127

## 9 Tabellenverzeichnis

---

<b>Tabelle 1:</b> Struktur des Krankenversicherungsschutzes in der Bundesrepublik Deutschland (Ergebnisse des Mikrozensus, April 1999).....	40
<b>Tabelle 2:</b> Zahl der gesetzlichen Krankenkassen und Anteil der GKV-Versicherten nach Kassenarten (Stand: 1.1.2002).....	41
<b>Tabelle 3:</b> Finanzierungsvolumina bei der Neugründung einer zahnärztlichen Einzelpraxis (Alte Bundesländer inkl. Berlin).....	58
<b>Tabelle 4:</b> Finanzierungsvolumina bei der Übernahme einer zahnärztlichen Einzelpraxis (Alte Bundesländer inkl. Berlin).....	58
<b>Tabelle 5:</b> Makrostrukturelle Daten zum Gesundheitswesen im internationalen Vergleich .....	88
<b>Tabelle 6:</b> Klassifikation von Honorierungssystemen .....	111
<b>Tabelle 7:</b> Ausgewählte orale Krankheiten und ihre Hauptrisikofaktoren .....	126



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



# Table of contents

---

<b>Foreword</b> .....	149
<b>1 Historical lines of development</b> .....	151
1.1 The difficult process of professionalization of dentists .....	151
1.1.1 Separation from the medical "unitary estate" .....	153
1.1.2 Separation from the status of a trade .....	154
1.1.3 Establishment of associations as an organizational medium of the professionalization process .....	154
1.1.4 Formation of Dental Chambers .....	156
1.2 Statutory health insurance and its consequences for the dental profession .....	157
1.2.1 Bismarck's influence on social legislation .....	157
1.2.2 The work of the Wirtschaftlicher Verband Deutscher Zahnärzte [Economic Association of German Dentists] .....	158
1.2.3 Formation of corporate bodies for statutory health insurance dentists .....	160
1.3 The dental profession and National Socialism .....	162
1.4 The period of reconstruction after 1945 .....	164
1.4.1 Formation of the BDZ [German Dental Association] and the KZBV [National Association of Statutory Health Insurance Dentists] .....	164
1.4.2 The 1955 Law Establishing the Legal Framework for Statutory Health Insurance Practitioners .....	166
1.4.3 The independent associations and their relations with the corporate bodies .....	167
1.4.4 New fee scales for statutory health insurance dentists and private dentists .....	167
1.5 Legislation since the mid-1970s .....	168
1.6 Reunification .....	169
1.7 Abstract .....	169
1.8 References .....	170
<b>2 Institutions</b> .....	171
2.1 Representative professional organizations and scientific institutions in the field of dentistry .....	171
2.1.1 Dental Chambers .....	171
2.1.2 Bundeszahnärztekammer (BZÄK) [German Dental Association] .	173

2.1.3	Kassenzahnärztliche Vereinigungen (KZVs) [Regional Associations of Statutory Health Insurance Dentists] . . .	174
2.1.4	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) [National Association of Statutory Health Insurance Dentists] . . .	176
2.1.5	Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) [Institute of German Dentists] . . . . .	177
2.1.6	Voluntary professional organizations (such as the FVDZ) . . . . .	178
2.1.7	Scientific societies (principally the DGZMK) . . . . .	179
2.2	Health insurance providers . . . . .	180
2.2.1	Statutory health insurance . . . . .	181
2.2.1.1	Insured persons . . . . .	181
2.2.1.2	Functions of the health insurance funds . . . . .	182
2.2.1.3	Funding . . . . .	184
2.2.1.4	Organs of the funds . . . . .	185
2.2.2	Private health insurance . . . . .	186
2.2.3	Special systems (free healthcare for members of the Federal Armed Forces and the police; benefits for public employees) . . . . .	187
2.3	Joint self-government: organs and statutory bodies . . . . .	188
2.3.1	Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen [Federal Committee of Dentists and Health Insurance Funds] . . .	188
2.3.2	Bundesschiedsamt [Federal Arbitration Board] . . . . .	189
2.3.3	Bewertungsausschuss [Assessment Committee] . . . . .	189
2.3.4	Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen [Concerted Action in Health Care] . . . . .	190
2.4	Abstract . . . . .	190
2.5	References . . . . .	191
<b>3</b>	<b>Training of dentists and exercise of the dental profession . .</b>	<b>193</b>
3.1	Courses of study and registration . . . . .	193
3.2	Work as an assistant . . . . .	195
3.3	Postgraduate training and continuing training . . . . .	196
3.4	Establishment of a practice and forms of investment . . . . .	198
3.5	Abstract . . . . .	201
3.6	References . . . . .	201
<b>4</b>	<b>Development and structure of dental treatments in general and under the statutory health insurance scheme . .</b>	<b>203</b>
4.1	List of dental treatment items covered by statutory health insurance . . . . .	206
4.2	Dental care under the statutory health insurance scheme: the system of contracts and remuneration . . . . .	208
4.3	The system of contracts and fees for health insurance dentists . .	213
4.3.1	Benefits in kind versus cost reimbursement . . . . .	213
4.3.2	Special provisions for certain treatments . . . . .	215
4.3.3	Extra-cost agreements . . . . .	216
4.4	Provisions governing dental laboratory work . . . . .	217



4.5	Ensuring the cost-effectiveness and quality of dental treatment carried out under the statutory health insurance scheme . . . . .	218
4.6	Private dental treatment and its remuneration . . . . .	222
4.7	Particular obligations of the dentist in the treatment relationship .	224
4.8	The dentist's entitlement to fees . . . . .	225
4.9	Abstract . . . . .	227
4.10	References . . . . .	227
<b>5</b>	<b>International comparison of macrostructural data . . . . .</b>	<b>229</b>
5.1	International comparison of healthcare spending . . . . .	229
5.2	International comparison of spending on dental care . . . . .	232
5.3	International comparison of density of dentists . . . . .	232
5.4	Abstract . . . . .	232
5.5	References . . . . .	232
<b>6</b>	<b>Structural problems . . . . .</b>	<b>233</b>
6.1	Structures of corporatism . . . . .	233
6.1.1	Corporatization strategy: structural components and critique . . . .	233
6.1.2	Political and economic benefits of the corporatization strategy . .	234
6.1.3	The three exposed flanks of corporatism: economics, power politics and professional ethics . . . . .	237
6.2	Structural problems of the system of dental treatments and contracts . . . . .	241
6.2.1	Dominance of the principle of benefits in kind . . . . .	241
6.2.2	Inappropriateness of the legal forms of benefit provision . . . . .	243
6.2.3	Deficiencies in regard to the law of liability and European law . . .	246
6.3	Structural problems of dentists' remuneration . . . . .	247
6.3.1	Functions of dentists' remuneration . . . . .	247
6.3.2	Cost containment policies: unilateral resolution of the conflict of aims by legislation . . . . .	248
6.3.3	Quality shortcomings due to inappropriate valuation of treatment items . . . . .	250
6.3.4	Advantages and disadvantages of different systems of remuneration . . . . .	250
6.3.5	Prospects for reform . . . . .	254
6.4	Abstract . . . . .	255
6.5	References . . . . .	255
<b>7</b>	<b>Outlook . . . . .</b>	<b>257</b>
7.1	The dentist as an independent professional within the complex of welfare-state constraints . . . . .	257
7.1.1	The legal framework governing the exercise of the dental profession and the activity of health insurance practitioners as the determinant of independent professional status . . . . .	257
7.1.2	Restriction of professional and economic independence . . . . .	259
7.1.3	Transformation of dentists' status and functions by system-related constraints . . . . .	261

7.1.4	Status of dentists as independent professionals and the Europeanization of healthcare .....	263
7.2	Changes in the morbidity spectrum .....	265
7.2.1	Caries: prevalence and decline .....	265
7.2.2	Shifts in treatment needs due to prevention .....	268
7.2.3	Interactions between dental and general pathology .....	269
7.2.4	Effects of prevention in terms of health economics .....	270
7.2.5	Future challenges .....	270
7.3	Scenario on the future configuration of dental treatment .....	271
7.3.1	Diagnosis-based fixed subventions with cost reimbursement ....	271
7.3.2	Criteria for determination of fixed subventions .....	272
7.3.3	The principle of cost reimbursement and the billing and payment system .....	273
7.3.4	Suitability of the fixed-subvention system for both statutory health insurance and private insurers .....	273
7.3.5	Step-by-step implementation of the proposal .....	276
7.4	Abstract .....	277
7.5	References .....	278
<b>8</b>	<b>List of figures .....</b>	<b>279</b>
<b>9</b>	<b>List of tables .....</b>	<b>280</b>

## Foreword

---

The laying before the German Parliament of a draft law on the healthcare system modernization has added fuel to the public debate on the shaping of dental care in this country. Whether prosthodontics should remain in the list of treatments covered by the statutory health insurance funds or be excluded from it; whether dental treatment should be funded by a budget-based system or by diagnosis-related fixed subventions; and whether the emphasis should be on oral wellness or prevention-oriented dentistry – once again it is a matter of setting the broad outlines of a system of dental care in line with future needs. In this connection, while there can be no question of minimizing the achievements of our current system, it is clear from our present-day vantage point that many aspects are in need of reform.

If the discussion of the necessary reforms is to be conducted on a suitably informed basis, an increasingly detailed knowledge of the facts is essential. When the predecessor to “The System of Dental Care in Germany” was published in 1980 as the 68-page “Brochure 1” of the former Research Institute for Dental Care (FZV), which was absorbed into the Institute of German Dentists (IDZ) in 1986, no one could have predicted the enormous growth in the complexity of the healthcare system.

The aim of that original publication was to make the extraordinarily complicated network of regulations and institutions more transparent. The same objective is now pursued with all the more reason by the present compendium on the system of dental care, which is intended as a guide for policymakers in the field of healthcare and the medical and dental professions, representatives of the media, healthcare and system researchers, as well as everyone working and studying in the field of dental medicine.

We are confident that the bilingual presentation in German and English will help to make the particularities of the German system known and understood both at home and abroad.

It is hoped that this volume, which clearly illuminates the multi-layered, interdisciplinary structure of dental care with its components of law, economics and social medicine, will be widely read and that full account will be taken of its contents in healthcare policymaking circles. At the same time we wish to thank the authors of this IDZ publication as well as the English translator for their effec-

tive teamwork: in our opinion, they have succeeded admirably in striking a balance between density of information on the one hand and readability on the other.

Dr. Jürgen Fedderwitz  
(Acting Chair of the KZBV  
and Acting Chair  
of the Joint Executive  
Committee of the IDZ)

Dr. Dr. Jürgen Weitkamp  
(President of the BZÄK  
and Alternating Chair  
of the Joint Executive  
Committee of the IDZ)

Cologne, August 2003

# 1 Historical lines of development\*

---

The present structure of dental care in Germany cannot readily be understood without a knowledge of the historical background. This applies particularly to the problematic parts of the system, the evaluation and reform of which constitute the main issues in the contemporary debate on health policy in this country. The account given in this section traces the historical lines of development of the dental care system and its principal organizations from the nineteenth century to the present day (see figure 1), as a basis for the ensuing description and analysis of the current system.

The history of the dental profession in Germany dates back to the early years of the nineteenth century, with the emergence of a society in which organizations played an important part and with the development of the welfare state. The logic of the process was determined by two crucial historical lines of development: first, the difficult process of professionalization of the German dentists, as revealed in particular by a comparison with that of their medical colleagues; and, second, the incorporation of dental organizations in the State social welfare system. The professionalization process was completed when the issue of the "Dentisten", or non-university-trained dentists, was finally resolved in the 1950s. The process of incorporation has continued to this day and has now become a matter of particular concern with the calling into question of dental corporate bodies' right to exist and of their areas of competence.

These two historical lines of development are traced below from the nineteenth century to the present day.

## 1.1 The difficult process of professionalization of dentists

It was only in the years after 1800 that dentistry gradually assumed significance as a profession. The oldest regulatory code governing the activity of dentists dates from 1811. Promulgated in the then Grand Duchy of Frankfurt under French influence, it for the first time recognized dentists as a professional group in their own right at local level. However, this recognition was not destined to last: the code was revoked after the end of the French occupation in 1817.

---

\* Thanks are due to Frau Dipl.-Volksw. Nadine-Michèle Redjabo (KZBV) for her help with the writing of this chapter.

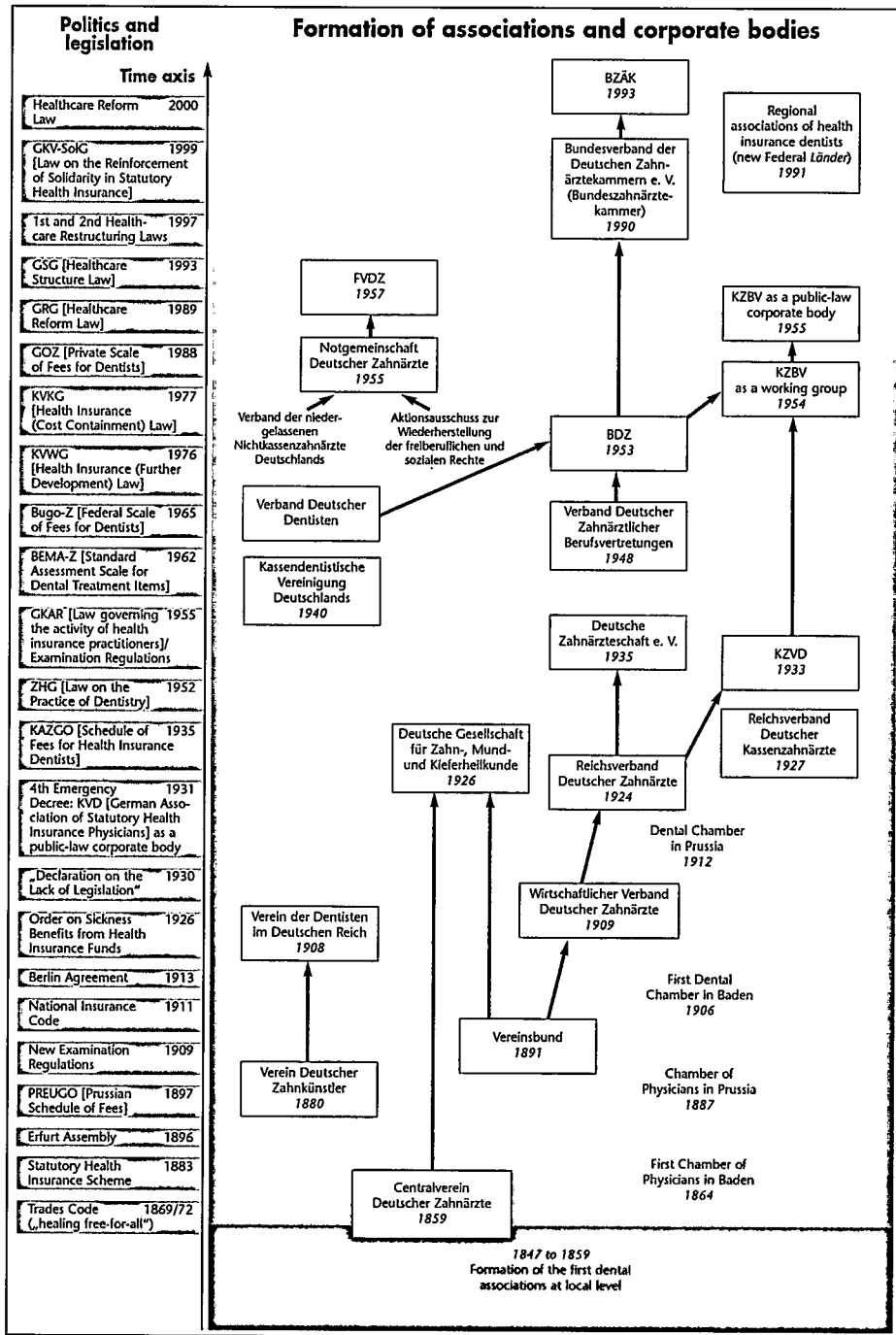


Figure 1: Formation of associations and corporate bodies: historical sequence

Dentists were described for the first time as “medical persons” in the Prussian Medical Regulation of 1825, which laid down rudimentary examination and training requirements. However, in most of the small states of which Germany was then composed, dental activity remained totally unregulated until the mid-nineteenth century. For this reason, providers of dental services found themselves exposed to the pressure of competition on two fronts. University-trained physicians and “First- and Second-Class Surgeons” were allowed to practise dentistry if they could produce evidence of possession of the relevant knowledge. There were also a large number of “tooth drawers”, who proffered their therapeutic skills in the field of dentistry on the basis of extremely questionable qualifications, which ranged from the barber’s to the hawker’s art. Their activity centred on “tooth pulling” – i.e., measures to relieve pain. Treatment methods directed towards healing did not become significant until the middle of the nineteenth century.

### 1.1.1 Separation from the medical “unitary estate”

The dental profession in the nineteenth century thus had to undergo a twofold emancipation, involving separation both from the medical “unitary estate” and from the status of a trade.

Within the field of medical science, dentistry was deemed a part of surgery. To set up in practice as a “dentist”, it was not necessary to be a university-trained physician or a First- or Second-Class Surgeon (the latter after a special examination) as mentioned above. Dentists’ former assistants were able to establish a practice of their own if they could purchase a surgeon’s name for it. The process of consolidation of dentistry as a medical speciality in its own right was impeded by the physicians themselves for decades. As Ekkhard Häussermann once put it, dentists both with and without university training were “fellow-travellers of medicine who were looked at askance”. Relations between physicians and dentists relaxed only during the course of the twentieth century. It was ultimately the constant progress of medical differentiation and specialization that deterred more and more doctors from undertaking dental treatment. By the end of the First World War, competition from doctors thus became relatively insignificant for specialists in dental and oral medicine.

In 1909, students of dentistry were transferred from the philosophical to the medical faculty, and as a result the examination regulations now demanded the Abitur (secondary school leaving examination qualifying for university entry) as one of the requirements for admission to the course. It took a few years more for dentistry to be finally accepted as an academic subject and incorporated as a speciality within the medical faculty. This, together with the introduction in 1919, after a struggle lasting many years, of doctorates in dental medicine, constituted an important stage in the accession of dentists to the medical and scientific intelligentsia of the Weimar Republic, and resulted in a constant increase in the number of academically trained dentists during the 1920s. By

1925 the number of dentists, at 9173, had already doubled compared with 1920.

### **1.1.2 Separation from the status of a trade**

The second emancipation process proved even more difficult. This very slow detachment from the field of trade, whereby dental treatment developed into an academic profession, was marked by appreciable social conflicts. In the nineteenth century, in addition to medically trained specialists, there were the “tooth drawers”, who possessed widely differing qualifications. The number of registered dentists in the second half of the century was insufficient to satisfy the demand for treatment throughout Germany. For this reason, acute dental care – mainly extractions – was provided by the “tooth drawers”.

The first professional organization of non-registered practitioners, the “Verein deutscher Zahnkünstler” (VdZK) [“Society of German Tooth Drawers”], was established in 1880. In its favour, it must be admitted that the VdZK saw itself primarily as an organized bulwark against the many different forms of quackery made possible by the 1869/1872 “healing free-for-all”. The Trades Code originally promulgated by the North German Confederation in 1869 and adopted by the new unitary German State in 1872 bore the stamp of the contemporary ethos of economic liberalism. It admittedly provided for an examination system entitling successful candidates in the relevant subjects to use the professional designation of “physician”, “dentist”, etc.; but at the same time anyone was legally entitled, under the “healing free-for-all” system, to practise a healing profession – including, of course, dentistry.

The dichotomy between academically trained dentists and their more craft-oriented colleagues (dental technicians) originated during this period and was to split the profession right down to the fifties of the next century. Be that as it may, the “healing free-for-all” dictated by the State led to an enhanced organizational awareness on the part of the dental profession and to a clearer articulation of interests in the world of public policy.

### **1.1.3 Establishment of associations as an organizational medium of the professionalization process**

Societies of dentists had been formed even before the introduction of the Trades Code in 1869/1872. The “Centralverein Deutscher Zahnärzte” [“Central Association of German Dentists”], established in Berlin in 1859, consolidated the local group initiatives then already existing in certain major cities and developed them further into “provincial dental societies”. Their ostensible purpose was to facilitate specialized scientific exchanges between dentists, by means, for example, of the Centralverein’s annual congresses. The issue of a specialist journal, “Mitteilungen des Centralvereins deutscher Zahnärzte”, renamed



“Deutsche Vierteljahresschrift für Zahnheilkunde” in 1861, further underlined the profession’s scientific ambitions.

However, the “training issue” was the main concern of the Centralverein, which constituted the first representative organization of the dental profession in its dealings with the individual “Länder” [provinces]. They urged the “Länder” to stop non-registered dentists from practising and to prohibit misleading professional designations. The Centralverein’s strategy of trying to have non-registered dental practitioners excluded ultimately proved unsuccessful. Various petitions to the Reichstag [Parliament] drawing attention to the problem of non-university-trained practitioners and seeking a remedy failed to bear fruit. The reasons for the official policy of the time were obvious. There were simply too few registered dentists to ensure the provision of an adequate service to the population throughout the country. In addition, with the establishment of health insurance funds after 1883, those bodies preferred to resort to the cheaper services of the Dentisten, or non-university-trained dentists, who were appreciably more inclined to compromise. An attempt to unify the two groups – university-trained and non-university-trained dentists – at the “Erfurt Assembly” in 1896 also failed. The Dentisten were better organized, had been dominant for decades in the countryside, and, last but not least, charged lower prices; for these reasons, the debate on the professionalization of dentistry was to rage on until the mid-twentieth century, ending only with the entry into force of the “Law on the Practice of Dentistry” of 31 March 1952 and the resulting amalgamation of the two groups’ professional organizations. Until then the two factions confronted each other as irreconcilable adversaries, battling it out in sometimes polemical public disputes.

In the nineteenth and early twentieth centuries, the professional associations of dentists were less successful than their medical sister organizations, as regards both their organizational penetration among potential members and their prospects of exerting political influence. The function of representation of the university-trained dentists as a profession was assumed from 1891 by the “Vereinsbund Deutscher Zahnärzte” [“Confederation of German Dentists”], while the Centralverein concentrated on its scientific objectives. The latter’s present-day successor is the “Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde” (DGZMK) [German Society of Dento-Maxillo-Facial Sciences]. In May 1909, the “Wirtschaftlicher Verband Deutscher Zahnärzte” [“Economic Association of German Dentists”] developed out of the Vereinsbund to look after dentists’ economic interests following the introduction of statutory health insurance. Initially intended as a subsidiary body and sharing some of its staff with the Vereinsbund, the Economic Association soon developed a life of its own and quickly came to overshadow its parent. We shall return to its activities later.

#### 1.1.4 Formation of Dental Chambers

The nineteenth century in Europe saw the emergence of a society in which organizations played an important part. It witnessed the rise not only of the rational, institutionalized State and the capitalist enterprise, but also that of organizations pursuing political objectives and representing the interests of different social groups. Sociologists characterize this trend as the dissolution of the old estate-based society. It was superseded by a functionally differentiated system of social entities – the State, the Church, science and industry – which sought to safeguard and extend their spheres of interest and power by means of modern organizations. The protagonists of these organizations were no longer the élites of old – the nobility, the clergy, and the patricians – but professional functional élites who deployed their management know-how and skills under a membership contract based on decision-making processes. This was the social background against which the professional associations concerned with the interests of physicians and dentists arose and developed in the second half of the nineteenth century.

However, Germany now followed a path towards a functionally differentiated, modern, organization-based society which differed from that prevailing in most other European countries and remains exceptional to this day. Its particular feature is the interpenetration of State administration and social institutions. The conservative political forces in the then German Empire did not wish to relieve the modern corporations entirely of responsibility for the organic cohesion of an increasingly differentiated society. Back in 1821, the philosopher Georg Wilhelm Friedrich Hegel, in "The Philosophy of Right", had defined the form of organization consistent with this conservative and authoritarian view of the State. To avoid the fragmentation of society, Hegel advocated a system of corporations mediating between the State and society. These would have their foundations in the new civil society. At the same time, however, they would be endowed with State- and professional-type qualities intended to "cancel out" the potential for disintegration and dissolution existing in the civil society.

Against this political background in the second half of the nineteenth century, professional organizations were assigned new roles, or in some cases were newly established, and charged with State administrative functions. In this way the "Kammern", or Chambers – public associations with sovereign authority, compulsory membership and State-conferred autonomy – came into being. As was often the case, the physicians were here once again in the vanguard. Chambers of Physicians were founded first in Baden in 1864 and later, in 1887, in Prussia. The dentists' long-nurtured wish for a State-sanctioned professional organization was fulfilled for the first time on 10 October 1906 in Baden; it was satisfied again in 1912 by a Prussian Imperial "Order Establishing a Professional Organization of Dentists". The medical and dental professions thus acquired a form of organization which protected the freedom to practise their profession from external legislative, administrative and judicial interference and which restricted uncontrolled mutual competition. This cooperative

structure contrasted with the authoritarian and institutional principle reflected, for example, in the organizational form of a public-law corporate body and, more specifically, in disciplinary powers over the “members”, who were compulsorily recruited. In what was seen as a successful outcome, there arose for the medical and dental professions an institutional platform that carried the right to petition the ministries of the State and thereby guaranteed involvement in decisions on the shaping of the public health system. Considering the conservative and still consistently anti-democratic attitude of the German political élites of the time, the value of this right of codetermination cannot be overestimated. However, the establishment of Chambers was also in the interests of the State, because it allowed a number of potentially conflictual regulatory functions specific to the professions concerned to be transferred to institutions of the “indirect State administration”.

In this way, the professional Chambers assumed the precise function of mediation between the State and social groups which, in Hegel's dialectic, was supposed to stabilize and “ethicize” society. The organizational compromise between indirect State administration and cooperative self-government has manifestly been so effective on the political level that, even after more than a century, the system of Chambers for the liberal professions in the German health-care system persists.

The difficult process of professionalization of the dental profession may be summarized as follows. Partly on account of feelings of inferiority vis-à-vis the politically successful physicians, the dental profession urgently aspired to secure State recognition of the practice of dentistry on a public-law basis and the requisite structure of the dental organizations as public-law corporate bodies. On the other hand, scepticism about the capacity of State institutions for control still lurks in the collective memory of the dental profession. This scepticism results from the experience of decades of indifference on the part of political institutions to regulatory deficiencies concerning the healing free-for-all and the dichotomy between university-trained and non-university-trained dentists, which are felt to have been due to a lack of legislation. Both of these aspects – a State-centred need for recognition of and unity within the profession on the one hand, and profound disappointment at decades of neglect of precisely this need on the other – must be considered together if one is to understand the dental profession's ambivalence, which arose in particular after 1950 and has persisted to this day, towards the dental care system.

## **1.2 Statutory health insurance and its consequences for the dental profession**

### **1.2.1 Bismarck's influence on social legislation**

The foundations of the social insurance systems of the old German Empire, the structural principles of which underlie the German healthcare system to this

day, date from the 1880s. On the basis of the Imperial Communication of 17 November 1881, Bismarck obtained a parliamentary majority in favour of extending insurance cover for the basic life risks of sickness, invalidity, old age and occupational accident. The introduction of statutory health insurance (see Section 2.2.1) on 15 June 1883 was largely a matter of social policy. Bismarck was mainly concerned to integrate the growing body of industrial workers into the society of the time while at the same time containing the increasing influence of social democracy in Germany. As the Imperial Communication of 1881 put it, “the healing of social wrongs must be sought not solely through the repression of social democratic excesses but just as much by positively advancing the well-being of the workers”.

The social insurance legislation of the time was adopted almost simultaneously with the passage of anti-socialist laws providing for State measures of repression. The authoritarian conception of the State underlying these legislative measures is reflected in the structural principles of statutory health insurance. It was therefore no coincidence that the Imperial legislation of 1883 did not flow from the liberal tradition of the independent provident funds for workers, whose history, for its part, dated back to the journeymen’s associations of the late Middle Ages. It was in fact the Prussian legislation of 1845 to 1850 establishing compulsory funds that constituted the basis for Bismarck’s sickness fund laws of the 1880s and thus exerted a decisive influence on the structure of the benefits provided – a structure that characterizes statutory health insurance to this day. The 1883 Law required the funds to provide their members with free medical assistance and free medicines “in kind”. In other words, the sickness funds, unlike private insurance schemes, were not required to refund doctors’ fees and other illness-related costs. Instead, they had to provide medical benefits in kind – if only because patients in those days were not trusted to handle money responsibly. The direct doctor-patient relationship was thus replaced by a trilateral contract of exchange between the doctor, the patient-member and the sickness fund. Whereas the relationship between fund and member took a sovereign form, so that the health insurance institutions obtained the status of a public-law legal entity, the Law did not contain any detailed provisions on the triangular relationship. All that was stipulated was a written contract between the sickness funds and the doctors. Owing to the resulting dependence of doctors on the funds, conflicts in the system of fund-based healthcare were predestined to arise; it would be several decades before these could be overcome, through the formation of associations of statutory health insurance physicians as public-law corporate bodies.

### **1.2.2 The work of the *Wirtschaftlicher Verband Deutscher Zahnärzte* [Economic Association of German Dentists]**

In 1883 the dental profession was at first unaffected by the “Imperial Communication”, because dental treatment was not included among the benefits to be provided by the funds. In those days the dentists were not – or not yet – dependent on the sickness funds, but instead on the fund doctors, who had

the sole right of decision on whether their patient's teeth needed treatment and who could, if need be, also conduct this treatment themselves.

The nineteenth century saw a few isolated judicial decisions in which tooth fillings were deemed to be sickness fund benefits, thus cautiously opening the door to the treatment of fund patients to dentists. However, from the beginning the funds adopted a very restrictive attitude towards what they regarded as expensive dental treatment of their members and therefore – to the annoyance of the registered dentists – preferred to resort to their non-university-trained colleagues, who charged appreciably less. The problem of non-registered dentists was thus superimposed on the sickness fund problem and, as Dominik Gross points out, became “the actual engine of dental policy in the sickness fund issue”.

The Wirtschaftlicher Verband Deutscher Zahnärzte [Economic Association of German Dentists], founded in May 1909, set itself the goal of effectively representing dentists' interests in the “sickness fund issue” and of thereby making it possible for the university-trained dentists to treat fund patients. The object was the conclusion of collective contracts between the sickness funds and the Economic Association, which in effect constituted a precursor of the subsequent associations of statutory health insurance dentists. In addition to laying the foundations of the organizational structure, the work of the Economic Association in its first year of existence involved attempts to secure what was felt to be a fair result for the university-trained dentists in the deliberations on the new Reichsversicherungsordnung (RVO) [National Insurance Code], which was intended to unify all the regulatory codes applicable to insurance. However, the Association's lobbying bore little fruit. It was in fact the “Dentisten” who emerged stronger from the deliberations on this proposed law. For instance, Section 123 of the Code provided as follows: “Subject to the consent of the insured, the treatment of dental diseases, excluding oral and maxillo-facial diseases, may be provided not only by university-trained dentists but also by dental technicians.”

Yet the Economic Association did succeed in securing licences for its members to treat patients insured with the “Ersatz-Kassen” [“substitute statutory health insurance funds”].

Compared with the physicians organized in the Leipziger Verband (a precursor of the Hartmannbund), too, the Economic Association achieved few successes. In the Berlin Agreement of 1913, the doctors managed to secure for themselves a de facto system of collective contracts. The dentists had to wait until 1922 before the sickness funds' central associations concluded initial overarching agreements, for example on a schedule of fees and on provisions concerning the form of remuneration, arbitration and the selection of statutory health insurance dentists. A new agreement was concluded in 1924 and remained in force until the introduction of the “Contractual Code for University-Trained and Non-University-Trained Sickness Fund Dentists” of 1935.

The Berlin Agreement constituted a decision on the structure of statutory health insurance whose effects have persisted to this day. On the one hand, the Agreement institutionalized the basis of self-government shared between the organized medical profession and the associations of insurance funds. On the other, it permanently enshrined the prominent participation of the State, both as a neutral arbitrator and as guarantor of what was in fact a purely private-law compact between the opposing parties, so that the Agreement's status fell half within the realm of private law and half within that of public law.

### **1.2.3 Formation of corporate bodies for statutory health insurance dentists**

In 1923, the Ministry of Labour's "Verordnung über Ärzte und Krankenkassen" ["Order on Physicians and Health Insurance Funds"] transferred the regulation of licensing, doctors' contracts and remuneration to a "Reichsausschuss für Ärzte und Krankenkassen" ["National Committee for Physicians and Health Insurance Funds"], an organ of joint self-government. Following repeated attempts by the health insurance funds to secure more favourable terms for themselves in the licensing code, the "Verordnung über Krankenhilfe bei den Krankenkassen" ["Order on Sickness Benefits from Health Insurance Funds"], which had strengthened the dominance of the funds by limiting the choice of doctors, was revoked in 1926, and physicians and dentists – including, however, also the non-university-trained practitioners – were granted equality with the funds.

Yet the funds sought again and again to sabotage free choice of practitioner by setting up institutions of their own (health insurance fund clinics). The "exploitation of dentists by the insurance funds" that often paralleled these attempts was further exacerbated by the world economic crisis of 1929/30 and the Government's associated emergency decrees. Once this economic crisis had been overcome, the professional organizations – in particular, the Reichsverband der Zahnärzte Deutschlands [National Association of German Dentists], which succeeded the Economic Association – became increasingly effective in furthering their interests.

At this time it was again the physicians, and in particular the Leipziger Verband, who were in the van of an institutional solution. With the Fourth Emergency Decree of 8 December 1931, the Brüning Government permanently enshrined the representation of doctors' interests by associations of health insurance physicians in the legal form of a public-law corporate body. In this way, the field of statutory health insurance too came to be governed by the principle of "State domestication of associations", as already successfully applied in the foundation of professional Chambers some decades earlier; this was thoroughly consistent with the traditional Hegelian and Bismarckian conception of the State. The physicians, followed a few years later by the dentists, entered into what amounted to a barter agreement with the Brüning Government. In exchange for

the creation of public-law corporate bodies, which the independent associations of physicians had been urging for many years, they offered to cooperate with the Government in the stabilization of health insurance contributions by declaring their willingness to have expenditure on practitioners' fees matched to the varying level of the insurance funds' revenue. Since they agreed at the same time to a reduction in the ratio determining the number of insured patients per licensed practitioner, this system resulted in a fall in the average fee received by the doctor. With the creation of the KVs [associations of statutory health insurance doctors] as public-law corporate bodies with compulsory membership, the health insurance funds had as their opposite numbers no longer the individual health insurance doctors, but instead collective organizations of health insurance doctors, which were interposed between the funds and the individual practitioners. The KVs were assigned the functions of distributing the overall pool of resources for outpatient care and of monitoring the activity of the health insurance doctors.

The dentists once again found it more difficult than the physicians to secure corporate bodies for themselves. This was due not least to the existence in the 1920s of two rival dental associations with differing policies towards contracts with the health insurance funds. Whereas the "Reichsverband der Zahnärzte Deutschlands e.V." ["National Association of German Dentists"], founded in 1924 as the successor to the old Economic Association, negotiated only exclusive contracts for its members, the "Reichsverband Deutscher Kassenzahnärzte" [National Association of German Health Insurance Dentists], formed in Leipzig in 1927, always concluded collective contracts, with which non-member dentists could also associate themselves. In addition to this competition between associations, there was that of the non-university trained "Dentisten", referred to several times above. The painful experience of the university-trained dentists with free contractual relationships was expressed, for example, in the "Declaration on the Lack of Legislation" by the National Association of German Dentists, which opposed the healing free-for-all, competition from the "Dentisten", and dental clinics, and advocated statutory regulation of the legal situation by means of an amendment to the RVO [National Insurance Code]. It was ultimately the Government which, with the adoption of the Order on Dental Care Provided by Health Insurance Dentists of 13 January 1932, laid the statutory foundations for the formation of associations of – not only university-trained but also non-university-trained – health insurance dentists in the form of public-law corporate bodies. These were to be responsible for the conclusion of contracts, payments to health insurance dentists, and supervision. The dental profession in Germany had in this way achieved its organizational goal. Terminable private-law contracts between individual dentists and individual health insurance funds gave way to a cooperative system based on a statutory function assigned to the body of health insurance dentists. The "Order on the German Association of Health Insurance Dentists" of 2 August 1933 brought the process of incorporation of the dental profession into a State-guaranteed system of dental care to a provisional conclusion.

The specific public-law institutional form of relations between associations and the State in Germany thus constitutes the outcome of a continuous line of development extending from the foundation of the unitary German State through the First World War and into the Weimar Republic. Its effects can still be discerned in the Federal Republic of the twenty-first century. Already in the nineteenth century, the State in Germany was prepared to give up some of its regulatory powers to a self-regulating system of associations. However, the gain in the autonomy of the associations – not only of physicians and dentists but also of health insurance funds – has actually been subject to limitations at all times. The State hierarchy continues to this day to cast its shadow over the system of self-government in healthcare. The shadow's length and intensity undergo constant adjustment as political opportunity dictates, through the carefully controlled exercise of State rights of supervision and intervention. The involvement of organized interests in tasks assigned to the sovereign competence of the State – which thus include administration of the social security system in Germany – is directed partly towards the political disciplining of particular interests of associations and their members, and satisfies the diffuse aspiration for a conflict-free, "ethicized" society. Hegelian moral categories continue to influence German healthcare policy to this day.

### 1.3 The dental profession and National Socialism

"An important, if not indeed the most important, part of the dentists' ideas on reform following Hitler's seizure of power was already foreshadowed during the period of the 'lack of legislation' in the Weimar Republic. It was subsequently incorporated in the legislation of the 1930s and was not a 'fruit of National Socialist juridical thinking'." This assessment by Ekkhard Häussermann, a former editor of the journal "Zahnärztliche Mitteilungen" [the German Dental Journal], is based on his comprehensive analysis of the history of the German dentists between 1933 and 1945, and no doubt correctly reflects the current state of historical research on the origins of the medical and dental corporate bodies. The foundations of the Kassenzahnärztliche Vereinigung Deutschlands (KZVD) [German Association of Statutory Health Insurance Dentists], formed in 1933, were actually laid during the Weimar Republic when Heinrich Brüning's cabinet was governing by executive decree. To be sure, the corporate organizational structure of the medical and dental professions was perfectly consistent with National Socialist notions of a centralistic, uniform system of social groups. After Hitler's seizure of power, the KZVD was subjected to the same process of "Gleichschaltung", or "standardization", and alignment with the "Führer principle", as the rest of the State administration in Germany. As the unified corporate body covering the entire territory of the Reich, it represented all the dentists listed in the Dental Register. The Land and provincial offices performed only subordinate administrative functions. Today, the only surviving reminder of the period of centralistic structure of the dental corporations is the Audit Unit of the National Association of Statutory Health Insurance Dentists (KZBV). As for the "Dentisten", or non-university-trained health insurance den-



tists, it was not until December 1940 that they obtained an equivalent association of their own; this shows that even the National Socialists, who were so concerned with centralization and unification, were unable to solve the problem of university-trained vs non-university-trained dentists.

At about the same time as the KZVD was established in 1933, the Ministry of Labour imposed a licensing system for both university-trained and non-university-trained dentists. For the first time, this enabled every dentist to treat all patients covered by the National Insurance Code (RVO) and their families. The licensing ratio was 10 (six university-trained and four non-university-trained dentists) to 15 000. The "Contractual Code for University-Trained and Non-University-Trained Statutory Health Insurance Dentists" came into force on 1 October 1935. It provided for a graduated contractual system with a nationwide framework contract, local contracts at Land level and individual-service contracts. A capitation-based system of remuneration was introduced against the will of the dentists. The distribution basis adopted was the "Kassenzahnärztliche Gebührenordnung" (KAZGO) [Schedule of Fees for Health Insurance Dentists], which was modelled on Part IV of the "Prussian Schedule of Fees" (PREUGO). The KAZGO, with the benefit items defined at that time, remained unchanged as the basis for dentists' fees for nearly 30 years, until it was finally superseded in 1962 by the introduction of the "Standard Assessment Scale for Dental Treatment Items" (BEMA-Z) in 1962. The Contractual Code also provided a legal foundation for the arbitration system that had already been introduced towards the end of 1932. In the event of conflict, the State arbitration bodies belonging to the Reichsversicherungsamt [National Insurance Office] were able to fix the terms of contracts. There was thus in practice no possibility of a contract-less situation.

The National Socialists' original intention of introducing a unified insurance system with a unified administration was never translated into reality. The historically based decentralized structure of social insurance proved to be relatively resistant. In practice, however, self-government of health insurance was abolished by the Law on the Structure of Social Insurance of 5 July 1934 and subsequent decrees. The responsibility of the former bodies was replaced by that of a State manager as the sole legal representative of all the insured individuals. The five central associations of the health insurance funds were placed under the supervision of the Reich Minister of Labour and amalgamated in a consortium of central associations of health insurance funds.

The medical and dental professions were relatively privileged groups in the 1930s. This was exemplified, for instance, in the preference accorded to medical and dental corporate bodies over health insurance funds. After the winding up of the Reichsausschuss der Ärzte und Krankenkassen [National Committee of Physicians and Health Insurance Funds], the Kassenzahnärztliche Vereinigung Deutschlands (KVD) [German Association of Health Insurance Physicians] became the sole institution responsible for relations between health insurance doctors and the funds themselves. The same status was granted to the KZVD

[German Association of Health Insurance Dentists]. The main reason for this preference was that, in the eyes of the National Socialists, the statutory health insurance funds had, since the early days of the unitary German State, been preserves of the Social Democratic Party and the trade unions, which often had not only the elected executive bodies but also, and in particular, the full-time administrative posts at the funds filled by deserving members.

As Ekkhard Häussermann writes, from the point of view of the dental profession the National Socialist period was a time of psychological repression, which no doubt also characterized the behaviour of the overwhelming majority of the German population before and after 1945. An example of this process of repression is the otherwise comprehensive account of the history of the dental profession in Germany by Kurt Marezky and Robert Venter (1974). One of the authors, Robert Venter, who was nevertheless one of the first managers of the National Association of Statutory Health Insurance Dentists (KZBV) after the Second World War, had, around 1933, been an ardent champion of National Socialist racial ideas, which were supposed to be applied for the “building up of the profession”. It is therefore not surprising that the passages on the period from 1933 to 1945 in this volume leave much to be desired. Let us therefore conclude with a quotation from Ekkhard Häussermann, who has the following to say about the description given by Marezky and Venter:

“There is not a word about the misery of the emigrants, some of them ageing and in failing health, who, like Kurt Proskauer and many others, were expelled from the country and ended up in foreign parts without any possibility of practising their profession; not a word on the rhetorical and publicistic excesses whereby those responsible for professional policy and science at the time consolidated the authoritarian ideology of the regime with its contempt for human life; and not a word on the egoism of the profession as exhibited by the ‘Aryans’ who looked on without lifting a finger as the proscribed minority bearing their yellow stars were driven out.”

## **1.4 The period of reconstruction after 1945**

### **1.4.1 Formation of the BDZ [German Dental Association] and the KZBV [National Association of Statutory Health Insurance Dentists]**

With the end of National Socialist rule, the public-law corporate body that was the KZVD was wound up as a “Nazi organization”. Its function of managing the relations between the dentists and the health insurance funds was assumed by the former regional payment offices acting as temporarily autonomous corporate bodies. Dental care was initially governed by different provisions in each Land. Yet the dental profession was also engaging in organizational activity at national level. The formation of the central “Verband der Deutschen Zahnärztlichen Berufsvertretungen” (VDZB) [“Association of German Representative Professional Organizations of Dentists”] in 1948 was intended

to resolve the issue of university-trained vs non-university-trained dentists, which had again become a matter of current concern. The dentists also urged the retention of the regionally based system of social insurance and opposed the unified, centralized structure favoured by the occupying powers and the Allied Control Commission. In both cases the newly organized dental profession succeeded in its aspirations.

The passing of the Law on the Practice of Dentistry (ZHG) of 31 March 1952 had already brought about a definitive solution to the problem of university-trained vs non-university-trained dentists, the latter group becoming fully-fledged members of the dental profession. In 1953, the Verband Deutscher Dentisten [Association of German Non-University-Trained Dentists] merged with the VDZB to form the Bundesverband der Deutschen Zahnärzte (BDZ) [German Dental Association]. The formation of the BDZ as the sole professional body representing both groups was the organizational reflection of this amalgamation. At first, in addition to the newly established Dental Chambers in the Länder, the Associations of Statutory Health Insurance Dentists, most of which did not yet possess public-law status, also belonged to the BDZ. The BDZ changed its name in 1990 to "Bundesverband der Deutschen Zahnärztekammern e.V. (Bundeszahnärztekammer)" (BZÄK), after the Chambers of Bavaria and Lower Saxony resigned from the BDZ and joined with the North Rhine Chamber to form the ARGE ZÄK [Working Group of Dental Chambers]. The split between the Dental Chambers was healed on 1 January 1993, when a union of all Land Dental Chambers was achieved. Since then the BDZ has been known as the Bundeszahnärztekammer e.V. (BZÄK) [literally, the "Federal Chamber of Dentists, incorporated society"] (see Section 2.1.2).

In addition, the Law on the Practice of Dentistry provided for a thorough revision of the examination regulations for dentists, the new regulations being issued in 1955. The broadening and deepening of courses in the fields of medical science and technique eliminated deficiencies in the professional training of both groups of dentists. As the official in charge at the Federal Ministry of the Interior wrote at the time, "The examination regulations mark the completion of the new order with regard to the practice of dentistry."

In the early years of the Federal Republic of Germany, the idea of self-government rescued from the ashes of the Weimar Republic assumed new political significance. The rebuilding of self-government within the social security system on a regional, public-law basis was provisionally completed with the adoption of the Self-Government Law of 22 February 1951, which applied throughout the territory of the Federal Republic. The doctors and dentists thus manifestly needed a corresponding organizational counterweight.

The consequence at Federal level was the establishment, in Cologne in 1954, of the Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) [National Association of Statutory Health Insurance Dentists] (see Section 2.1.4), which initially operated in the legal form of a non-incorporated society as a working group of the KZVs [Regional Associations of Statutory Health Insurance Dentists] of the individual Länder. Its management was at first entrusted to the BDZ. It was only with the passing of the Law Establishing the Legal Framework for Statutory Health Insurance Practitioners (GKAR) on 17 August 1955 that the KZBV was converted into a public-law corporate body and thus became the official legal successor to the KZVD. In the Länder, the KZVs were then also established as public-law corporate bodies. Following the transformation of its legal status, the KZBV withdrew from the BDZ.

In the early years of its existence, the KZBV was confronted with appreciable problems of acceptance on the part of its members. The dental profession was rife with dissension on policy issues such as compulsory membership of corporate bodies, limitations on the freedom to establish a practice, and the fee structure. In the ensuing years, the KZBV was nevertheless able to expand and consolidate its function of shaping the system of dental care under the statutory health insurance scheme in Germany.

#### **1.4.2 The 1955 Law Establishing the Legal Framework for Statutory Health Insurance Practitioners**

It was only with the passing of the Law Establishing the Legal Framework for Statutory Health Insurance Practitioners (GKAR) in 1955 that the relations between medical and dental practitioners on the one hand and the health insurance funds on the other were once again placed on a uniform foundation in the post-war period. The Law eliminated the juridical fragmentation that had arisen with the collapse of the "Reich" and put an end to legal uncertainties.

From the point of view of the dental profession, the central element of the Law was the transfer of responsibility for ensuring the provision of dental services to the dental corporate bodies. Some critics felt that the GKAR went too far in the limitations it imposed on dentists' freedom and independence. Criticism was levelled primarily at the institutionalization of the "corporate bodies that robbed the dentists of their freedom" through compulsory membership and at the arbitration system, which was rejected because it was felt to involve the imposed settlement of disputes and to constitute the "cold socialization of the medical profession". An insistent demand on the part of the dentists, which was ultimately acceded to, was that the Law should provide for a system of fee-per-item remuneration (alongside capitation) with the possibility of arbitration. The dentist's demand for patients to have unlimited freedom to choose their dentist was opposed by the health insurance funds and also by a majority in the medical profession. The KZBV did not at first succeed in its aspiration. A ratio was laid down in the GKAR, but was abandoned in 1961 after a number of com-

plaints of unconstitutionality led to its banning by the Federal Constitutional Court. This was an important breakthrough for the dental profession.

### **1.4.3 The independent associations and their relations with the corporate bodies**

In the period of general economic distress following the end of the war, and in the struggle over the provisions of the Law Establishing the Legal Framework for Statutory Health Insurance Practitioners (GKAR), the dentists who were not licensed to practise for the health insurance funds joined together, along the lines of the Hartmannbund for physicians, in the “Verband der niedergelassenen Nichtkassenzahnärzte Deutschlands” [“Association of Practising Non-Health-Insurance Dentists in Germany”]. Like the “Aktionsausschuss zur Wiederherstellung der freiberuflichen und sozialen Rechte der Zahnärzte des Bundesgebietes” [“Action Committee for the Restoration of the Rights to Independent Professional Status and Social Rights of Dentists in the Federal Territory”], the independent Association acted as an opposition to the BDZ and KZBV. In 1955 the organizations that lacked corporate-body status spawned the “Notgemeinschaft Deutscher Zahnärzte” [“Emergency Association of German Dentists”], whose successor since 1957 has been the “Freier Verband Deutscher Zahnärzte” (FVDZ) [“Independent Association of German Dentists”] (see Section 2.1.6).

The FVDZ was a vocal critic of the KZBV, and the two organizations’ disagreements on problems of professional and health policy were sometimes marked by polemics directed at specific individuals. It was only during the 1960s that there developed a constructive climate of cooperation, in which the BDZ was also involved. The “three-pillar theory” currently constitutes the basis of close collaboration between the KZBV, the BZÄK and the FVDZ. Its institutional reflection is the “Joint Deliberation Committee”, in which the professional interests of the three organizations are coordinated.

### **1.4.4 New fee scales for statutory health insurance dentists and private dentists**

Two years after the formation of the KZBV, the remuneration situation was still characterized by a number of coexisting fee scales (PREUGO, KAZGO, the Scale of Fees for Substitute Statutory Health Insurance Funds, the Federal Dental Tariff, etc.) and a variety of payment systems (capitation, payment per case and fee per item). The old Prussian PREUGO system, unchanged since 1924, no longer bore any relation to current monetary values and prices and had been thoroughly overtaken by scientific progress in the field of dentistry; it was now to be replaced by a new scale of fees covering the entire territory of the Federal Republic, based on the dental state of the art and the fee-per-item system of remuneration that had proved its worth over several decades. Before

the KAZGO system was succeeded by the BEMA-Z [Standard Assessment Scale for Dental Treatment Items] for statutory health insurance dentists in 1962 and the PREUGO by the Bugo-Z ["Federal Scale of Fees for Dentists"] in 1965 for private dentists, the fees provided for in the PREUGO scale had been increased only twice in four decades, in 1953 and 1957 respectively. The Bugo-Z scale remained unchanged for more than 20 years until it was superseded in 1988 by a new Private Scale of Fees for Dentists (the GOZ).

### **1.5 Legislation since the mid-1970s**

The first significant changes to the healthcare system as a whole were brought about by the Health Insurance (Further Development) Law (KVWG) of 1976 and the Health Insurance (Cost Containment) Law (KVKG) of 1977, which were adopted for the control and monitoring of expenditure in the field of statutory health insurance (GKV) (see Section 2.2.1.3). These laws were also partly a reaction to the growth in the number of dental treatment items provided for under the statutory health insurance scheme in the 1970s. The development and structure of the dental treatment items covered by the statutory health insurance scheme are discussed in detail in Chapter 4.

The KVWG introduced a system of needs planning, which was partly justified by the fact that hospital doctors outnumbered doctors treating outpatients outside the hospital environment, thus potentially making it impossible for the associations of statutory health insurance practitioners to provide care in accordance with the legal and contractual requirements incumbent on them. Responsibility for meeting the legal and contractual requirements was transferred to a joint committee on which the health insurance funds and the dental and medical practitioners were represented equally. The trend for withdrawal of further tasks from the exclusive control of the dental and medical professions continued with the Cost Containment Law (KVKG) of 1977. Cost-benefit auditing was entrusted to an audit and complaints committee, and modernization of the standard assessment scales to an evaluation committee (see Section 2.3.3), on both of which the two sides were again equally represented.

The KVKG 1977 strengthened the negotiating position of the Land Associations of Health Insurance Funds, while at the same time weakening the special legal status of the substitute statutory funds (Ersatzkassen). The Healthcare Reform Law (GRG) of 1989 completely abolished the now largely symbolic separation of statutory and substitute statutory health insurance funds and endowed the central associations of the health insurance funds with decision-making powers for new forms of cooperation.

The main emphasis of the Healthcare Structure Law (GSG) of 1993, in addition to further cost containment measures and organizational reforms of the health insurance funds, lay on reform of the structures of healthcare provision. A new system to deal with over-provision in the planning of needs resulted in

a stiffening of the licensing rules. Licensing restrictions were imposed to counter over-provision in the outpatient sector. With the introduction of a budget-based system for the overall remuneration of health insurance doctors and dentists, the GSG constituted a further step in the cost containment policy. In some cases – e.g., dental prosthetics and orthodontia – the budget-based system was replaced by reductions in fees (for more information, see Chapter 4, Sections 4.2 and 4.3, on remuneration and fee systems for dentists).

The Health Insurance Contributions Relief Law of 1996 and, to an even greater extent, the First and Second Statutory Health Insurance Restructuring Laws (NOG) of 1997 constituted a departure from pure cost containment, as pursued in the earlier laws, in favour of an extension of private supplementary payments. Following the accession to power of the coalition between the Social Democrats and the Green Party, the healthcare reform of 2000 resulted in a substantial reversal of the privatization trends in statutory health insurance. Government policy now provided for greater State control of the healthcare system and a reduction in the strength of the medical and dental corporate bodies.

## **1.6 Reunification**

The reunification of Germany imposed new and difficult tasks on statutory health insurance. The level of care provided by the State healthcare system in the German Democratic Republic (“uniform insurance”) was below that of the Federal Republic. The standard of medical institutions differed enormously as between the two parts of Germany. With a few exceptions, the East German dentists worked in “policlinics”.

With effect from 1 January 1991, the West German Social Security Code was introduced in the new Federal Länder too, albeit with transitional provisions. With the support of the partner associations in the former West Germany, self-governing dental corporate bodies for the five new Federal Länder had to be set up literally overnight. In 1991, a KZV [Regional Association of Statutory Health Insurance Dentists] was established for each new Federal Land in the form of a public-law corporate body (they had originally operated as societies [Vereine]), East Berlin being combined with the Berlin KZV. The process of unification in the field of statutory health insurance was completed without manifest discontinuities or reductions in the level of healthcare provision.

## **1.7 Abstract**

The historical lines of development of the system of dental care and its central organizations from the nineteenth century to the present day are traced in a brief, concentrated survey. The process of professionalization of dental practitioners is described as a twofold emancipation, involving separation, on the one

hand, from the “unitary medical estate” as a part of the continuing trend of medical differentiation and specialization and, on the other, from the status of a “trade” with the development of dental medicine into an academic profession. The establishment of dental associations and corporate bodies is portrayed in its historical and political context, and the relations between these institutions and with respect to State healthcare policy are outlined. The ambivalence of the dental profession towards the official incorporation of their organizations into the expanding structures of statutory health insurance is described.

## 1.8 References

*Benz, C., Hundsdorfer, E.:* Zahnärzte zwischen 1933 und 1945. Zahnärztliche Mitteilungen 11/1996, p. 76–78

*Groß, D.:* Die schwierige Professionalisierung der deutschen Zahnärzteschaft (1867–1919). Frankfurt am Main 1994

*Häussermann, E.:* Zahnärzte zwischen 1933 und 1945. Zahnärztliche Mitteilungen 9/1996, pp. 112–117; 10/1996, pp. 78–83; 16/1996 pp. 50–54; 17/1996, pp. 80–84; 18/1996, pp. 93–98; 20/1996, pp. 89–97; 22/1996 pp. 114–120; 6/1997, pp. 86–93

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

*Maretzky, K., Venter, R.:* Geschichte des deutschen Zahnärzte-Standes. Cologne 1974

*Tennstedt, F.:* Sozialgeschichte der Sozialversicherung. In: Blohmke, M., v. Ferber, C., Kisker, K. P., Schaefer, H. (eds.): Handbuch der Sozialmedizin. Vol. 3, Stuttgart 1976, pp. 385–492

*Türk, K., Lemke, T., Bruch, M.:* Organisation in der modernen Gesellschaft. Wiesbaden 2002



## **2 Institutions**

---

Although the provision of dental care to the population is primarily determined by the patient-dentist relationship, that relationship is embedded in a highly complex interwoven funding and benefit structure that is not a product of the drawing board but, in its institutional diversity, represents the outcome of historical trends and experience. If only to facilitate comprehension, a problem-oriented introduction to the system of dental care must necessarily consist largely of descriptions of institutions.

### **2.1 Representative professional organizations and scientific institutions in the field of dentistry**

There were a total of 78 579 dentists in Germany in 2001, of whom 63 854 offered treatment services. The number of dentists working in the statutory health insurance field was 54 095. Dentists' professional interests are represented by a number of corporate bodies to which practitioners are required by law to belong, as well as by other organizations and associations with a voluntary membership base.

The principal organizations are presented below.

#### **2.1.1 Dental Chambers**

The Dental Chambers constitute the statutory professional organizations representing dentists. All registered dentists and all state-recognized non-university-trained dentists who practise or are resident in Germany are required to belong to the relevant regional Dental Chamber. The Dental Chambers of the Länder, numbering 17 in all, are organized as public-law corporate bodies and are responsible for performing the functions entrusted to them by the supervisory authority on the basis of the law of the individual Land. The State is charged with supervising the Chambers in legal matters but not in regard to the practice and science of dentistry.

The functions of the Dental Chambers are determined by the specific laws governing the healing professions in the individual Länder. These provide that the Dental Chambers shall:

- ensure the maintenance of a high professional standard, monitor members' conformity with the legal and ethical requirements applicable to their profession, and adopt the necessary measures for dealing with situations contrary to the relevant professional codes (namely, the promulgation of a professional code and the organization and implementation of disciplinary sanctions for malpractice);
- to protect the professional interests of Chamber members;
- to promote Chamber members' postgraduate training and continuing training, to regulate postgraduate training in accordance with legal requirements (by a Postgraduate Training Code) and to certify additional qualifications;
- to promote the professional training and continuing training of dental auxiliaries such as, in particular, dental assistants and expanded-duty dental auxiliaries;
- to facilitate beneficial relations between Chamber members ("creation and maintenance of a unitary profession") and to settle disputes (arising out of professional practice) between Chamber members themselves and between members and third parties; for this purpose the Dental Chambers are required to establish malpractice assessment panels;
- to promote quality assurance in the healthcare field – in particular, by providing certification – and to coordinate it with the parties concerned;
- to issue opinions at the request of the supervisory authorities, to draw up expert reports when required by the competent authorities, and to appoint experts;
- to establish an out-of-hours dental emergency service, to publicize it, and to draw up an Emergency Service Code;
- to help promote and protect public health and, for this purpose, to monitor and evaluate the health situation in the relevant Land;
- to establish welfare institutions and, with the approval of the supervisory authorities, pension facilities on the basis of a special statute for Chamber members and their families (welfare and pension facilities for the profession).

The organs of the Chambers are the Assembly of Delegates and the Executive. The Assembly of Delegates takes decisions on legal instruments such as statutes and codes, and, acting as a "legislative body", elects and supervises the actions of the Executive. The Executive, as its name implies, performs the ongoing functions of the Land Dental Chamber and prepares resolutions. Under the Law Governing Chambers in the Healing Professions, the Land Dental Chamber is also required to establish a "Land Professional Tribunal" and, for each government district, a "District Professional Tribunal" for dentists. All elected officers are practising dentists who perform the functions for which they were elected on an honorary basis in addition to their professional practice.

### 2.1.2 Bundeszahnärztekammer (BZÄK) [German Dental Association]

The German Dental Association (official German name “Bundeszahnärztekammer, Arbeitsgemeinschaft der deutschen Zahnärztekammern e.V.”) is the professional body representing all German dentists at Federal level. It is a private-law body with the status of an incorporated society under German law (e.V.), and membership is accordingly voluntary. The members of the German Dental Association are not individual dentists but the Land Dental Chambers (see Section 2.1.1), which appoint delegates to the Federal Assembly, the Association’s supreme decision-making body. The Presidents of the Land Dental Chambers, together with the President and the two Vice-Presidents of the Association, jointly constitute its Executive.

The German Dental Association thus in effect acts as an umbrella organization for the Dental Chambers; it sees itself as a provider of services for the dental profession, whose health-related and professional interests it represents. The BZÄK considers its principal task as working together with the relevant political bodies to create the conditions for a scientifically based, prevention-oriented system of dental and oral care with due allowance for the applicable social context. The specific functions of the BZÄK include the following:

- representation of the dental profession vis-à-vis the world of politics, the media and the public at Federal level;
- working towards the creation of appropriate contextual conditions for the provision and recognition of dental services based on the principles of liberal-profession (independent professional) status for the dentist and substantial patient autonomy;
- coordination and implementation of member organizations’ tasks across Land boundaries;
- coordination and further development of the training, postgraduate training and continuing training of dentists in collaboration with organizations devoted to the science of dentistry;
- promotion of active health awareness among the public;
- representing the interests of the dental profession at European and international level.

In the field of dental science and practice, the German Dental Association draws on the research of the Institute of German Dentists (IDZ) and its associated Agency for Quality in Dentistry (zzq) (see Section 2.1.5), and works closely together with the German Society of Dento-Maxillo-Facial Sciences (DGZMK) (see Section 2.1.7). Political competence is vested in the BZÄK’s Scientific Council (“Consilium”), appointed in 1991, which groups together experts in the fields of dentistry, the social sciences, labour law, administrative law, European law and economics.

The German Dental Association’s highest decision-making body is the Federal Assembly. It is currently made up of 134 delegates from the 17 Land Dental

Chambers. The number of delegates from each Land is determined by the number of members of the individual Land Dental Chambers. Each Chamber appoints one delegate for every 600 dentists in its catchment area and one further delegate for the remainder if over 300. The minimum number of delegates to the Assembly from each Chamber is two.

The Federal Assembly elects its President and two Vice-Presidents for four-year terms. It determines the budget and lays down the broad outlines of the Association's professional policy. The functions and powers of the Federal Assembly include the following:

- election and dismissal of the President and the two Vice-Presidents;
- receiving accountability reports from, and granting of discharge to, the Executive;
- approval of the administrative budget and the membership dues that fund it;
- ruling on motions;
- fixing the Association's priority objectives and tasks;
- approval of amendments to the Association's statutes (by a two-thirds majority of all delegates).

The Executive Committee, which is honorary, is made up of the President and the two Vice-Presidents of the Association. Subject to the decisions of the Executive and of the Federal Assembly, the Executive Committee is responsible for representing the Association in healthcare-related and professional matters both internally and externally, for the conduct of ongoing business, and for administrative control.

### **2.1.3 Kassenzahnärztliche Vereinigungen (KZVs) [Regional Associations of Statutory Health Insurance Dentists]**

The Kassenzahnärztliche Vereinigungen (KZVs) [Regional Associations of Statutory Health Insurance Dentists], of which there are currently 22, are the self-governing bodies that act on behalf of all statutory health insurance dentists in the individual Federal Länder. They are public-law corporate bodies and represent the interests of the statutory health insurance dentists vis-à-vis the supervisory authority and the statutory health insurance funds.

Chief among the responsibilities of the KZVs is the requirement of ensuring adequate provision – that is to say, the KZVs must ensure that, subject to observance of the principle of liberal-profession (independent professional) status, there are sufficient numbers of dentists in the relevant region. The KZVs plan the region's needs in terms of health insurance dentists and monitor trends. In this connection, the KZVs are required to license dentists to provide dental services under the statutory health insurance scheme.

Each KZV also monitors and safeguards the quality of dental care, thus performing the function laid down by law, which is to ensure the provision of adequate, appropriate and cost-effective dental care under the health insurance scheme. This also includes the organization and guaranteed implementation of the emergency service.

The KZVs negotiate contracts with the statutory associations of health insurance funds (e.g., overall contracts, remuneration agreements and audit agreements). These contracts form the basis of the provision of dental care to patients who are members of a statutory health insurance fund. The KZVs are not responsible for private dentists, private treatments and services rendered on a private basis, all of which fall within the competence of the relevant Dental Chamber (see Section 2.1.1). The dental services rendered by a dentist under the health insurance scheme are paid for by the KZVs in accordance with a set fee distribution scale (HVM). The competent KZV checks these accounts and settles them with the health insurance funds. The current standard of dental care is defined by the agreements concluded with the statutory health insurance funds – for instance, by the “Standard Assessment Scale for Dental Treatment Items” (BEMA-Z) and the “Guidelines of the Federal Committee of Dentists and Health Insurance Funds for the Adequate, Appropriate and Cost-Effective Provision of Dental Care under the Health Insurance Scheme” (see Section 2.3.1).

The KZVs also perform advisory functions. They advise dentists on all matters relating to dental activity under the health insurance scheme. These extend from accounting via the establishment of a practice to economic issues. A telephone advisory service for patients is provided. The KZVs also facilitate the settlement of disputes between patients, dentists and health insurance funds. The general-policy tasks of the KZVs include the representation of health insurance dentists’ concerns towards the public, participation in the further development of the system of social security and dental care under the health insurance scheme, and securing an adequate economic basis for dentists to practise under the health insurance scheme.

As provided in Section 79 of Social Security Code V (SGB V), the self-government system for dentists is made up of two organs, the Assembly of Representatives and the Executive. The highest-level organ of the KZVs is the Assembly of Representatives, which is elected by the membership for a four-year term of office; the Executive is in turn elected from candidates already elected to the Assembly. The Assembly of Representatives, as the “legislature” of a KZV, rules on such matters as the Statutes and the fee distribution scale, and decides on the investment and appropriation of resources and on the granting of discharge to the Executive and Management. The Assembly of Representatives is also responsible for setting the budget, determining staffing requirements and fixing the level of membership dues.

The Executive is responsible for all tasks not explicitly reserved to the Assembly of Representatives. These include, in particular, legal representation of the KZV vis-à-vis third parties.

#### **2.1.4 Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) [National Association of Statutory Health Insurance Dentists]**

The functions of the National Association of Statutory Health Insurance Dentists (KZBV), like those of its member organizations, the Regional Associations of Statutory Health Insurance Dentists (KZVs) of the Länder (see Section 2.1.3), are determined by the statutory requirements laid down in Chapter Four of Social Security Code V (SGB V).

The KZBV is a public-law corporate body and is subject to legal supervision by the Federal Ministry of Health and Social Security (BMGS). It represents the interests of Germany's statutory health insurance dentists. The principal task of the KZBV, like that of the Land KZVs, is to guarantee the provision of dental care under the health insurance scheme. In concrete terms, this means that binding contracts specifying the rights and obligations of the health insurance dentists are concluded with the statutory health insurance funds, and that the dental treatment – including prosthetic and orthodontic measures – of those insured under the statutory scheme and their families must be carried out on the basis of these contracts.

The specific functions of the KZBV include the following:

- protection of dentists' rights vis-à-vis the health insurance funds;
- protection of dentists' interests vis-à-vis the supervisory authority and law-making bodies;
- ensuring (guaranteeing) the provision of dental care under the health insurance scheme in accordance with legal and contractual requirements;
- securing of appropriate remuneration for health insurance dentists;
- conclusion of Federal skeleton contracts;
- dealing with dental care provision across Land boundaries, and settlement of payments between the Associations of Statutory Health Insurance Dentists of the individual Länder;
- drafting of management, budgeting and accounting guidelines for the Associations of Statutory Health Insurance Dentists;
- keeping of the Federal Register of Dentists;
- appointment of representatives of the statutory health insurance dentists to the Federal Arbitration Board for the Statutory Health Insurance Fund Scheme and to the Federal Committee of Dentists and Health Insurance Funds (see Sections 2.3.1 and 2.3.2).

The supreme self-government organ of the KZBV is the Assembly of Representatives. Each KZV appoints one delegate to the Assembly for every

500 members. The Assembly of Representatives, which is currently made up of some 120 delegates, decides on such matters as the drafting and amendment of the Statutes, elects and supervises the Executive, sets the level of membership dues and elects the dentists' representatives to the Federal Arbitration Board and the Federal Committee of Dentists and Health Insurance Funds.

The Executive of the KZBV is made up of 11 practising dentists and works on an honorary basis. The members of the Executive are elected by the Assembly of Representatives for a four-year term. The Chairman and Deputy Chairman are elected from the members of the Executive by the Assembly of Representatives for four year terms; the holders of these offices are eligible for re-election. The Executive performs all functions not reserved to the Assembly of Representatives.

### **2.1.5 Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) [Institute of German Dentists]**

Scientific research on fundamental issues of medical and dental care has become an indispensable feature of the contemporary healthcare and social policy scene. For this reason, the National Association of Statutory Health Insurance Dentists (KZBV) and the German Dental Association (BZÄK) have established a joint research institution to advise on scientific policy. This is the Institute of German Dentists (IDZ), of which the Forschungsinstitut für die zahnärztliche Versorgung (FZV) [Research Institute for Dental Care], founded in 1980, may be regarded as a precursor. The IDZ undertakes research with a practical bias and advises on scientific matters relevant to the professional policy of the German dentists and within the framework of the activities of the BZÄK and the KZBV (see Sections 2.1.2 and 2.1.4). The IDZ's research activities include:

- studies in the field of oral epidemiology (oral health trends among the population);
- ergonomic and sociological research in relation to the work involved in the exercise of the dental profession;
- initiation of research projects on dentistry-related problems in the fields of social medicine and preventive medicine;
- analyses and projections of the level of utilization of the dental care system;
- research on the economics of individual practices and health economics;
- research in the field of quality assurance;
- international system benchmarking;
- promotion of research into dental materials, with particular reference to safety, reliability and cost;
- provision of advisory and other services to practising dentists;
- organization of symposia and conferences.

The results of the Institute's research and other scientific activities are presented in its three series of publications, the "Materialienreihe" (monographs), the "Broschürenreihe" (brochures) and "Sonderbände" (special-subject volumes). The Institute also issues free information newsletters ("IDZ-Information") at irregular intervals and concise reports on other research topics of current interest. For example, the Third German Oral Health Study (DMS III) carried out by the IDZ – a survey of the state of the German people's oral health based on representative random samples of the population – is, like many of the IDZ's other research results, widely accepted and is utilized in the official Federal Health Monitoring System (GBE).

Within the IDZ, the "Zahnärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung" (zzq) [Agency for Quality in Dentistry] has been operating as an autonomous unit since 2000. The principal function of the zzq is documentation of the scientific-dentistry-related foundations of quality assurance and quality assurance measures in relation to both national and international trends and activities. Another focal point of the zzq's work is inventorization, documentation and coordination of the continuing training of dentists, as an important element of a system of quality assurance that takes account of all relevant contextual parameters and not just of results.

### **2.1.6 Voluntary professional organizations (such as the FVDZ)**

In addition to the representative professional bodies organized in the form of corporate bodies under German law, voluntary dental associations have also been established. These have wider scope for action in the political field because they do not operate on behalf of the State and are not required to represent the interests of the profession as a whole.

A uniquely important body for the dental profession in Germany is the Freier Verband der Deutschen Zahnärzte (FVDZ) [Independent Association of German Dentists], which has 23 000 members and is organized in groups at Land, area and district level. The FVDZ's objective, as expressed in its Statement of Principles, is "to guarantee the free exercise of the dental profession for the patient's benefit". The main political demands of the FVDZ include a guarantee of freedom in the field of dental therapy, the making of modern dental treatment methods available to all patients, the promotion of prophylaxis, the assumption of greater individual responsibility on the part of both patients and dentists, and a solid funding system for dentistry based on the reimbursement of treatment costs with fixed diagnosis-related subventions (a system in which some treatments would be compulsorily covered by the statutory health insurance scheme while others could be freely chosen and paid for by the patient).

In addition to the FVDZ, the following other significant organizations may be mentioned:



- Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) [German Working Committee on Dentistry];
- VDZM – Vereinigung Demokratische Zahnmedizin e.V. [Association for Democratic Dentistry];
- Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden (BDK) e.V. [Professional Association of German Orthodontists];
- Berufsverband Deutscher Oralchirurgen [Federal Association of German Oral Surgeons];
- Bundesverband der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V. [Federal Association of Public Health Dentists];
- Bundesverband der naturheilkundlich tätigen Zahnärzte in Deutschland e.V. [Federal Association of Naturopathic Dentists in Germany].

### 2.1.7 Scientific societies (principally the DGZMK)

The function of the scientific societies is to consolidate the scientific foundations of the dental and maxillo-facial sciences, to disseminate the results of research and to facilitate their translation into practice. Chief among these organizations is the “Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde” (DGZMK) [German Society of Dento-Maxillo-Facial Sciences], which was originally founded in 1859 as the “Centralverein Deutscher Zahnärzte” [Central Association of German Dentists] (see Section 1.1.3). It now has over 10 000 dentist members belonging to all specialities. Within the field of the dento-maxillo-facial sciences, the DGZMK’s competence extends to all scientific aspects, which it represents both inside and outside the profession as the basis for the practical exercise of dentistry. The DGZMK’s functions, as laid down in its Statutes, include the promotion of research, the representation and dissemination of German research results both in Germany and abroad, the transmission of valuable research results from other countries, the promotion of continuing training for dentists, and collaboration with scientific associations, working groups and societies in Germany and other countries.

In view of the high degree of specialization in the dento-maxillo-facial sciences today, the DGZMK sees its role as that of an umbrella organization integrating a number of specialist societies in Germany, such as the “Deutsche Gesellschaft für Zahnerhaltung” [German Society for Restorative Dentistry], the “Deutsche Gesellschaft für Parodontologie” [German Society for Periodontology], the “Deutsche Gesellschaft für Kieferorthopädie” [German Society for Orofacial Orthodontics] or the “Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde” [German Society for Prosthodontics and Material Science], all of which work closely together with the DGZMK. In cooperation and coordination with the specialist societies, the DGZMK draws up consolidated Statements on important subjects relevant to the practice of dentistry. Together with the profession’s policy-making bodies, it also draws up and adopts guidelines on aspects of the dento-maxillo-facial sciences. Within the DGZMK there are a large number of study groups, work groups and specia-

lized societies for particular disciplines, which were originally formed within the DGZMK and are now affiliated to it. The DGZMK's continuing training institution, "Akademie Praxis und Wissenschaft" (APW) [Academy of Dentistry and Oral Medicine] was formed in 1974, and supplemented by the "International Online Academy of Dentistry and Oral Medicine" (IOA) in 1999. The DGZMK holds an annual congress on specific fields of dentistry. It issues a number of scientific publications of its own, such as the "Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift" [German Journal of Dentistry], the "Zeitschrift für Zahnärztliche Implantologie" [Journal of Dental Implantology] and "Oralprophylaxe" [Oral Prophylaxis], all of which are renowned journals of a high scientific standard, intended not only for academic but also for practising dentists.

Another specialized society that should be mentioned is the "Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie" (DGMKG) [German Society for Dento-Maxillo-Facial Surgery], an association that groups together all specialists in the relevant fields in Germany and has over 1100 members.

## 2.2 Health insurance providers

Advances in medicine and medical technology have resulted in a large number of new diagnostic methods and treatments, while at the same time appreciably increasing the cost risk in the event of illness, with concomitant growth of the need for protection against that risk. Some 99.8% of the population of the Federal Republic of Germany are insured under the statutory health insurance scheme (GKV), by private health insurance (PKV) or by a special system (e.g., free healthcare for members of the Federal Armed Forces and the police, or State benefits for public employees) (see Table 1).

Table 1: Structure of health insurance protection in the Federal Republic of Germany (results of microcensus, April 1999)				
Persons with health insurance as a percentage of the resident population				
Statutory scheme (GKV)	of which: persons insured under the statutory scheme with complementary private insurance	Persons with comprehensive private insurance (PKV)	Persons with other health insurance protection	Persons not covered by health insurance
88.5	9.2	8.9	2.4	0.2
Sources: BMG [Federal Ministry of Health], Statistisches Taschenbuch Gesundheit 2000, Bonn, Table 10.2 Verband der privaten Krankenversicherung e.V., Zahlenbericht 2001/2002, p. 16.				

An increasing proportion of the population is taking out complementary private health insurance. As a general principle, it seems that the value placed on health-related goods increases with the level of prosperity in society (in accordance with the "thesis of the superiority of health-related goods").

The various forms of financial protection against illness are described below in more detail.

### 2.2.1 Statutory health insurance

The providers of statutory health insurance are the health insurance funds, which, while financially and organizationally independent, are subject to State supervision. For historical reasons, the bodies responsible for providing statutory health insurance are regional, company and occupational health insurance funds. Mergers in the last few decades have resulted in a constant reduction in the number of health insurance funds, which amounted to 355 at the beginning of 2002 (see Table 2). When the RVO [National Insurance Code] was introduced in 1911, there were still some 22 000 funds.

<b>Table 2: Number of statutory health insurance funds and proportion of persons insured under the statutory scheme covered by each type of fund (as at 1 January 2002)</b>		
Type of fund	Number of funds	Percentage of persons insured under the compulsory scheme
Total	355	100.0
of which: Local health insurance funds	17	36.8
Company health insurance funds	287	17.9
Guild insurance funds	24	6.3
Farmers' health insurance funds	13	1.4
Sailors' health insurance fund	1	0.1
Federal Miners' Health Insurance Fund	1	1.9
Substitute statutory health insurance funds for hourly paid workers	5	2.0
Substitute statutory health insurance funds for salaried employees	7	33.5

Source: BMG [Federal Ministry of Health], Statistisches Taschenbuch Gesundheit 2002, Bonn, Table 9.4.

### 2.2.1.1 Insured persons

Since 1 January 1997 all insured persons have been free to join the statutory health insurance fund of their choice. However, this right extends only to the free-choice funds – that is, those whose members are not assigned to them by law (local, company and guild funds and substitute statutory health insurance funds). Funds are not allowed to refuse applications – that is to say, they are under a legal compulsion to enter into a contract.

Only the “Zuweisungskassen” [“assigned funds”] whose members are defined by law (sailors, farmers and miners) are excluded from the system of free choice. Some 88.5% of the German population are currently insured under the statutory scheme, which can therefore be regarded in quantitative terms as a “national insurance scheme”.

The following groups can be distinguished among those compulsorily insured under the statutory scheme:

- the group of compulsorily insured persons, required by law to join the statutory scheme (hourly paid and salaried employees whose incomes are below the compulsory participation limit (in 2003 this was 3825 euro, or 3450 euro for “protected-position cases”), unemployed persons, persons in receipt of ongoing subsistence benefits, farmers, artists and writers, disabled persons, students, etc.);
- the group of voluntarily insured persons, who are entitled to insurance under the statutory scheme but are not (or are no longer) required to participate in it (hourly paid and salaried employees with incomes above the compulsory participation limit, civil servants, independent professionals, casual workers with low earnings, etc.);
- the group of family members (children and spouses up to the “low-income limit”, which is at present 400 euro) covered free of charge under the statutory scheme.

The most freedom in the choice of fund is enjoyed by the group of voluntarily insured persons, since they can not only, like their compulsorily insured counterparts, choose freely between the statutory funds but also switch to a private health insurance scheme (see Section 2.2.2). This applies in particular to hourly paid and salaried employees with incomes above the compulsory participation limit. Under Section 173(6) of Social Security Code V (SGB V), the choices available to insured persons’ families depend on the individual fund member’s status and consequent rights of choice.

### 2.2.1.2 Functions of the health insurance funds

As a “solidarity community” pursuant to Section 1 of Social Security Code V, the statutory health insurance scheme has the function of preserving, restoring or

improving the health of those insured under the scheme. Insured persons are jointly responsible for their own health and are therefore required to play an active part in prevention, treatment and rehabilitation. For this purpose, the health insurance funds must help insured persons by means of information, advice and benefits and must work towards the achievement of healthy living conditions.

To accomplish these objectives, the statutory health insurance scheme uses a variety of measures to influence the supply and utilization of health-related goods. These include:

- the State-imposed requirement of ensuring the provision of health-related goods in terms of quality, quantity and time (Sections 72, 72a and 75 of Social Security Code V);
- allocation of health-related goods in accordance with the principle of need (Section 11 of Social Security Code V);
- contribution-based funding in accordance with the principle of ability to pay (Section 3 of Social Security Code V);
- compulsory insurance (Section 5 of Social Security Code V);
- the principle of benefits in kind (Section 2(2) of Social Security Code V).

The statutory health insurance funds provide benefits in kind in accordance with the principle of need, for the prevention, early diagnosis and treatment of diseases and for medical rehabilitation. Monetary payments are also made in the form of sickness benefit, maternity benefit, birth grants and death grants.

The provision of dental care for those insured under the statutory scheme extends to individual and group prophylactic measures, conservative and prosthetic dental treatment, and orthodontic treatment up to age 18 (see Section 4.1). According to Section 28(2) of Social Security Code V, dental treatment shall comprise “such activity on the part of the dentist as is adequate and appropriate, according to the rules of the dental art, for the prevention, early diagnosis and treatment of diseases of the teeth, mouth and jaw”.

All benefits are subject to the requirement of cost-effectiveness (see Section 4.5) – that is to say, the benefits must be adequate, appropriate and cost-effective and must not extend beyond what is necessary. Benefits which are unnecessary or not cost-effective cannot be claimed by insured persons, must not be supplied by the benefit providers and must not be agreed to by the health insurance funds (Section 12 of Social Security Code V).

The list of benefits provided by the health insurance funds is for the most part set by law (“regulation benefits”), so that “specific benefits offered by individual funds under their Statutes” are, at least for the time being, the exception. This being the case, the list of benefits provided cannot constitute a significant competitive parameter.

### 2.2.1.3 Funding

The statutory health insurance scheme is by far the largest consumer of resources in the German healthcare system. Expenditure in 2002 totalled 142.61 billion euro, which was offset by total revenue of 139.65 billion euro in the same year. Total expenditure on dental treatment under the statutory health insurance scheme in 2002 amounted to 6.886 billion euro, of which 3.527 billion euro was accounted for by prostheses and 1.110 billion euro by orthodontic treatments. Dental treatment (including prostheses and orthodontic treatments) accounted for 8.08% of expenditure. The equivalent proportion in 1981, at 15.23%, was nearly twice as high.

The health insurance funds' benefits are financed on a pay-as-you-go basis by contributions based on a specified percentage of income liable to contributions (the principle of ability to pay). Income liable to contributions is defined as remuneration from gainful activity up to the "contribution assessment limit", which currently (as at 1 January 2003) stands at 3450 euro. Contributions vary in general with the type of fund, and different contribution rates may also apply within one and the same type. However, since the introduction in 1983 of the risk structure equalization system applicable to all fund types, the range of contribution rates between funds has narrowed appreciably.

The average contribution rate, still just 8.2% in 1970, has increased substantially over the last 30 years owing to the declining proportion of GDP accounted for by wages and salaries, the appreciable growth in the range of benefits provided under the statutory health insurance scheme, demographic trends and medical advances. In addition, the last few years have seen a number of political decisions which have lightened the burden on other branches of social insurance and/or the State budget while adding to that imposed on statutory health insurance (this has been called the "shunting yard policy"). In the period since 1995 alone, these measures have resulted in losses of revenue and/or additional expenditure amounting to some 30 billion euro for the statutory health insurance funds. The statutory health insurance scheme spends another 3 billion euro a year on "non-insurance benefits" – i.e., ones which have been transferred to statutory health insurance for reasons of social or family policy and thus ought strictly speaking to be funded from taxation.

For these reasons, the average contribution rate in the old Federal Länder (the former West Germany) has now increased to 14.35% (as at 1 January 2003); the contribution rate in the new Federal Länder (the former East Germany) averaged 14.18% of gross income liable to contributions on the same date. To stabilize contribution rates, in 1993 the principle of revenue-related expenditure was declared by law to be a priority policy aim and the principle of contribution rate stability was enshrined in the statutory health insurance scheme (Section 71(1) of Social Security Code V).

The requirement that expenditure on healthcare must represent a fixed proportion of total wages and salaries in the economy as a whole is a matter of keen debate. Owing to the close interdependence between the healthcare system and other economic sectors, healthcare funding inevitably has implications for both the overall economy and society as a whole. On the one hand, contribution-funded healthcare expenditure is an ancillary labour cost, so that increases in contribution rates must always be considered also in terms of their impact on international competitiveness. On the other hand, health-related expenditure should be regarded not only as a cost, but also as income. While consuming economic resources, it also provides a large number of jobs, and in this way potentially contributes to economic growth.

#### **2.2.1.4 Organs of the funds**

The individual health insurance funds are self-governing public-law corporate bodies under German law (Sections 29(1) and (3) of Social Security Code IV). The administrative organs of the health insurance funds are the Assembly of Representatives and the Executive. The Assembly is made up of equal numbers of representatives of the members and of the employers, who are elected in "social elections" for a six-year term of office. For historical reasons, the Ersatzkassen [supplementary statutory health insurance funds] are an exception to this rule: their administrative bodies are made up solely of representatives of the insured members. The aim of the joint participation by the "social partners" is to ensure that the various interests are properly reflected in terms of cost-effectiveness, level of contributions and alignment of benefits with demand.

The Assembly of Representatives, as the legislative organ of an individual fund, has the sole right of decision on the fund's Statutes and hence also on the level of contributions and the nature and extent of benefits provided for by the Statutes. The Executive is responsible for administration and for both judicial and extrajudicial representation of the fund. The Executive also issues guidelines on the conduct of administrative business.

To safeguard their joint supraregional interests, the health insurance funds have joined together in associations at Land and Federal level. These are responsible, in particular, for the conclusion and amendment of contracts with service providers, where the relevant powers have been conferred on the associations by the member funds.

The law imposes relatively narrow limits on the regulatory autonomy of the organs of self-government. With regard to the concrete form assumed by the insurance contract, in particular, there is little scope for variation in individual funds' statutes. The legitimacy-conferring basis of self-administration, too, is comparatively narrow. This is due partly to the low level of participation (less than 45%) in the "social elections" and to the widespread "peace ballot" system,

whereby the nominating institutions put forward only as many candidates as are to be elected, so that a social election can be dispensed with altogether. Apart from these detailed points of criticism, however, the principle of self-government has proved basically satisfactory, because it allows those concerned to participate directly in determining the form of healthcare provision and, as an instance of social partnership, contributes to harmony between employers and members.

### 2.2.2 Private health insurance

Alongside the statutory health insurance scheme, the private health insurance sector offers financial protection in the event of illness. Persons not required or not entitled to participate in the statutory scheme can apply for insurance cover from a private health insurance company. The extent of cover is contractually agreed and flexible; that is to say, part-cover can be taken out if required. As at the end of 2001, 7.710 million people had comprehensive private health insurance policies.

At present there are about 90 private health insurers, with the legal form either of public limited companies or of mutual insurance funds organized on a cooperative basis. The larger undertakings have formed the Verband der privaten Krankenversicherung e.V. [Association of Private Health Insurance] to represent their political interests. The member organizations, of which there are at present 50, differ appreciably in economic significance and size. The three largest companies, with some 3.345 million comprehensively insured persons, account for almost half (43.4%) of the total, while 13 smaller undertakings with less than 10 000 comprehensively insured members represent only 0.4%. Six firms provide supplementary insurance only. In addition to the insurance companies belonging to the private insurers' association, there are 40 other small and very small mutual health insurance bodies, often catering for specific professions, which are subject to supervision by the Federal or Land authorities.

Private comprehensive health insurance is open to anyone not compulsorily insured under the statutory scheme. The relevant groups include freelance workers and members of the liberal professions, civil servants and employees with incomes above the limit for compulsory insurance. After switching to private health insurance, the insured cannot normally return to the statutory scheme, except in the event of unemployment or if his or her income falls below the limit for compulsory insurance, which is adjusted annually. Unlike the statutory scheme, private health insurance does not cover family members free of charge; in other words, each family member must be insured in his or her own right by a contribution calculated individually in accordance with the principle of risk equivalence. Unlike the statutory scheme, there is no legal compulsion for private health insurers to enter into a contract; that is to say, a private health insurance company is not required by law to accept an application for insurance. In the event of acceptance notwithstanding an increased



health risk, it may charge individually calculated premium supplements or impose limitations on benefits.

In addition to comprehensive sickness cover, the private sector offers a range of additional tariffs intended to supplement the statutory provision. In 2001, some 7.6 million people had supplementary health insurance cover of this kind. An increasingly important part is played by, for example, "supplementary dental insurance", whereby the excess payable by persons insured under the statutory scheme towards the cost of prostheses is covered wholly or partially by private health insurance. This supplementary private insurance of the excess has been criticized in various quarters on the grounds that it might in certain circumstances nullify the legislator's intended strengthening of insured persons' own responsibility.

The prevailing principle in private health insurance is that of cost reimbursement, in which the company reimburses the insured with the cost of medical or dental treatment in accordance with the provisions of the individual contract. Unlike the benefit-in-kind principle of the statutory scheme, there is in this case an individual contractual relationship and a direct financial relationship between the patient and the doctor or dentist.

The importance of private health insurance has increased constantly since the mid-1970s. Premium revenue in 2001 amounted to 19.76 billion euro (an increase of 7.0% over the previous year); benefits provided in the same year amounted to 13.93 billion euro (up by 4.5%). Like the statutory scheme, private health insurance too has been hit by rising costs in the healthcare sector. However, whereas the statutory scheme operates on a pay-as-you-go basis, the private insurers use the expectancy cover procedure, whereby sickness costs, which increase with age, are covered by an "ageing reserve" formed in earlier years. A total of 8.67 billion euro was appropriated to the ageing reserve in 2001.

### **2.2.3 Special systems (free healthcare for members of the Federal Armed Forces and the police; benefits for public employees)**

In addition to the forms of social and individual insurance described above, there are also special systems of social protection in the event of illness, which, however, are based not on the insurance principle (i.e., payment of premiums in exchange for assumption of risk) but on healthcare provision or welfare. The relevant schemes are, in particular, free healthcare for members of the Federal Armed Forces and the police; welfare benefits provided by public assistance, and benefits for civil servants and other public employees. A total of 2.4% of the population are covered by these special schemes. Beneficiaries of the system for public employees are partially reimbursed with sickness costs by their employer (this replaces the employer's contribution usually made under the statutory health insurance scheme); the excess cost risk is normally covered by a supplementary private health insurance policy (see Section 2.2.2).

### **2.3 Joint self-government: organs and statutory bodies**

Collaboration between the bodies representing the dental profession and the statutory health insurance funds is institutionalized in a large number of organs and statutory bodies, which together constitute the “joint self-government system for dentists and health insurance funds”. This satisfies the principle of subsidiarity, under which professionals and affected parties are supposed to settle their affairs on their own responsibility before the State intervenes.

#### **2.3.1 Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen [Federal Committee of Dentists and Health Insurance Funds]**

The Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen [Federal Committee of Dentists and Health Insurance Funds] is a statutory body pursuant to Section 91 of Social Security Code V. It is made up of an impartial chairman, two further impartial members, nine representatives of the KZBV and nine representatives of the central associations of the health insurance funds. The functions of the Federal Committee are laid down in Section 92 of Social Security Code V, which requires the Committee to issue guidelines to ensure adequate, appropriate and cost-effective care for insured persons. The work of the Committee has come to be defined by a number of specific guidelines, some of which substantially determine the concrete benefits provided. The following may be mentioned in particular:

- guidelines on measures for the prevention of dental diseases (individual prophylaxis);
- guidelines on examinations for early diagnosis of oral and dento-maxillo-facial diseases (dental early diagnosis pursuant to the second sentence of Section 26(1) of Social Security Code V);
- guidelines on the adequate, appropriate and cost-effective provision of dental prostheses and crowns under the statutory health insurance scheme;
- guidelines on orthodontic treatment;
- guidelines on New Methods of Examination and Treatment and on post-inspection of the results of dental treatment provided under the statutory health insurance scheme;
- guidelines on dental-care needs planning under the statutory health insurance scheme (“Guidelines on Needs Planning for Dentists”).

### **2.3.2 Bundesschiedsamt [Federal Arbitration Board]**

The Federal Arbitration Board is also a statutory body, which is based on Section 89 of Social Security Code V. It is composed of equal numbers of representatives of the central associations of the statutory health insurance funds and of the KZBV, an impartial chairman and two further impartial members. The members hold office for four-year terms. The Federal Arbitration Board draws up its own rules of procedure. At Land level, the regional health insurance funds and the KZVs [Associations of Statutory Health Insurance Dentists] of the Länder constitute Land Arbitration Boards.

If a contract for the provision of dental care under the health insurance scheme is not concluded in whole or in part, the content of the contract is laid down by the Federal Arbitration Board by a majority of its members within three months.

### **2.3.3 Bewertungsausschuss [Assessment Committee]**

The Assessment Committee is a statutory body pursuant to Section 87 of Social Security Code V. It is made up of equal numbers of representatives of the KZBV and of the central associations of the health insurance funds. The chairmanship alternates between a representative of the dentists and a representative of the health insurance funds. If agreement is not forthcoming within the Assessment Committee, the Enlarged Assessment Committee may be convened. This consists of the members of the Assessment Committee, an impartial chairman and four further impartial members, two of whom are appointed by the KZBV and two by the central associations of the statutory health insurance funds. The decisions of the Assessment Committee and the Enlarged Assessment Committee have the legal force of a contractual agreement within the meaning of Section 82(1) of Social Security Code V.

The Assessment Committee is responsible for setting the Standard Assessment Scale for Dental Treatment Items (see Section 4.2). The Standard Assessment Scale determines the content of the items chargeable under the system and their relative values, expressed as a number of points. The Assessment Scale must also be reviewed at specified intervals to determine whether the treatment item descriptions and their assessments (points values) still conform to the scientific and technical state of the art in the field of dentistry and to the requirement of cost-effectiveness (Section 87(2) of Social Security Code V).

### **2.3.4 Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen [Concerted Action in Health Care]**

The KZBV represents the statutory health insurance dentists on Concerted Action in Health Care. This institution was established by the KVKG [Health Insurance Cost Containment Law] in 1977 as a statutory body pursuant to Section 141 of Social Security Code V. The Federal Minister of Health, at the suggestion of the relevant groups, appoints representatives of, for example, the statutory and private health insurance sectors, physicians, dentists, hospital authorities, pharmacists, the pharmaceutical industry, trade unions, employers, the Länder and the central associations at local level as members of Concerted Action.

Concerted Action was intended to give the groups responsible for healthcare provision to the population an opportunity of drawing up and coordinating empirical data and proposals to enhance the efficiency, efficacy and cost-effectiveness of healthcare. In particular, it was supposed to issue recommendations on individual fields of healthcare, partly based on changes in remuneration and designed in such a way as to avoid increases in statutory health insurance fund contribution rates (according to the principle of the primacy of contribution rate stability). Over a period of many years, Concerted Action has drawn up recommendations of this kind and expressed its views on empirical medical and economic data. However, with the increase in statutory regulation of the remuneration system and the introduction of budgeting, Concerted Action has now become appreciably less significant.

A body that has, on the other hand, remained relevant to the debate on health policy is the Advisory Committee (Sachverständigenrat) institutionalized in Section 142(2) of Social Security Code V. This consists of seven members with particular knowledge of and experience in the fields of medicine, economics or the social sciences, and is intended to assist Concerted Action in the performance of its functions. With their innovative approach to the future development of the statutory health insurance scheme, the Advisory Committee's reports have stimulated the debate on health policy in a variety of ways. In its 2000/2001 Annual Report, the Advisory Committee also dealt in detail with such matters as excessive, insufficient and incorrect treatment of dental, oral and maxillo-facial diseases.

## **2.4 Abstract**

A detailed account is given of the present institutional structure of the system of dental care, with its representative professional organizations and scientific institutions and its many complex horizontal links. An introduction is given to the statutory health insurance scheme (GKV), which is quantitatively the main healthcare funding institution; its insured membership structure and the form in which resources are obtained and allocated are explained. Other, alternative

forms of social protection in the event of illness are private health insurance and the special systems of benefits for public employees and of free care for members of the Federal Armed Forces and the police. In the corporatist German healthcare system, collaboration between the professional organizations of dentists and the statutory health insurance funds is institutionalized in a large number of organs and bodies of joint self-government, the most important of which are described.

## 2.5 References

*Beske, F., Hallauer, J. F.*: Das Gesundheitswesen in Deutschland: Struktur – Leistung – Weiterentwicklung. 3rd revised new edition, Cologne 1999

*Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (ed.)*: KZBV Jahrbuch 2002, Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Cologne 2002

*Lampert, H., Althammer, J.*: Lehrbuch der Sozialpolitik. 6th revised edition, Berlin 2001, p. 237 ff.

*Statistisches Bundesamt (ed.)*: Gesundheitsbericht für Deutschland. Gesundheitsberichterstattung (GBE) des Bundes. Wiesbaden 1998

*Zdrowomyslaw, N., Dürig, W.*: Gesundheitsökonomie: Einzel- und gesamtwirtschaftliche Einführung. 2nd minimal revised edition, Munich/Vienna 1999



### **3 Training of dentists and exercise of the dental profession**

---

Persons wishing to practise dentistry in the Federal Republic of Germany must possess a number of specified qualifications. These criteria (largely developed by the dental profession itself) are intended to endow each (aspiring) dentist with a level of specialist knowledge and skills sufficient to ensure a uniformly high standard of dental care.

#### **3.1 Courses of study and registration**

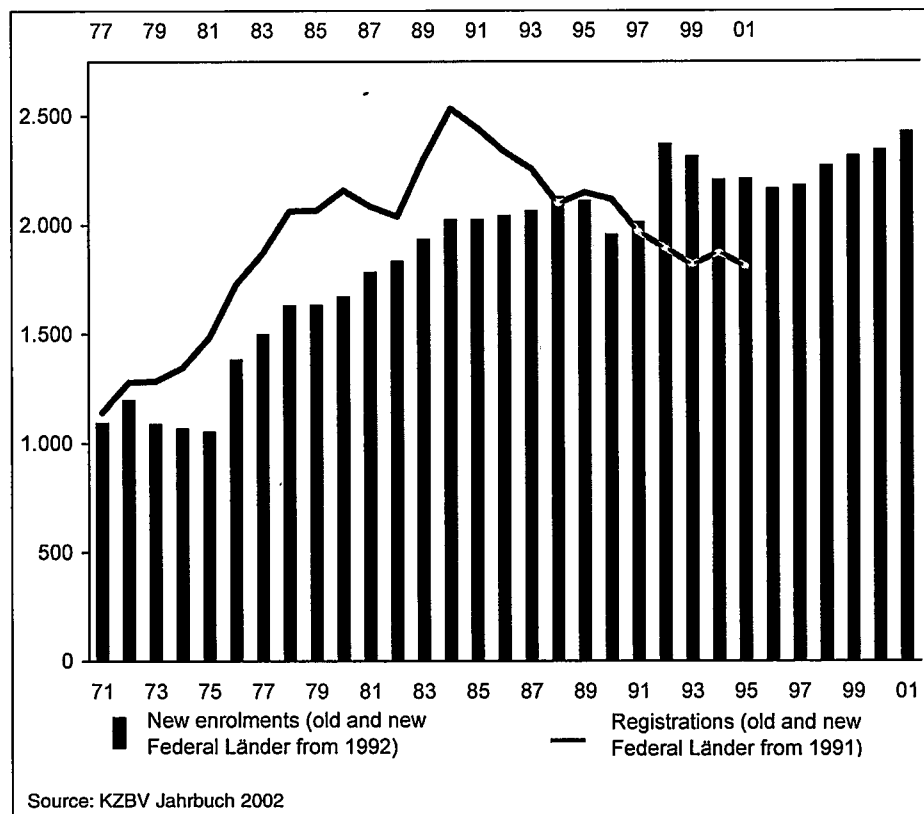
The curriculum for the study of dentistry covers the diagnosis, prophylaxis and therapy of dental, oral and maxillo-facial diseases and the treatment of tooth and jaw malpositioning. The object of the training is to impart a fundamental knowledge of methodology, practical skills and a professional attitude towards the individual and the public consistent with the ethos of a medical/dental practitioner. The basis of the training is the Approbationsordnung für Zahnärzte (AppOZ) [Registration Code for Dentists], dating from 26 January 1955. However, in the opinion of the organizations representing the dental profession, this Code is now obsolete and takes insufficient account of advances in the field of dentistry (and in particular of the new emphasis on prevention) in the training of young dentists at the universities. A revision of the Registration Code for Dentists is in preparation and will make an important contribution to quality assurance in dental medicine.

As a preliminary qualification for the study of dentistry, most institutions require candidates to have passed the Allgemeine Hochschulreife [school-leaving examination qualifying for university entrance] and a Medical Courses Qualifying Test at the appropriate level. Applications for the Test and the course must be submitted to the Zentralstelle für die Vergabe von Studienplätzen (ZVS) [Central Student Places Awards Office] in Dortmund. Restrictions on admission to medical courses are imposed at Federal level, and places are awarded by a special selection procedure. The selection criteria include not only achievement of an average grade in the Abitur [school-leaving examination qualifying for university entrance] and a pass in the test, but also waiting time (this includes the number of semesters between the date of the application and actual commencement of studies).

Dentistry can currently be studied at 31 universities in Germany. An important – although not the only – indicator of training quality at each site is the student-

assistant ratio or, in other words, the number of students per assistant. This ratio is governed by the "Capacity Order" (KapVO), but cannot in practice always be observed. For this reason, to ensure a high level of dental qualification, the self-governing corporate bodies have for a long time been demanding that the criteria for admission to the study of dentistry be based on the training capacity actually available. The regulation period of study for the dentistry course is ten semesters (plus one examination semester). The preclinical phase amounts to five semesters; it includes the preliminary examination in natural sciences after two semesters and ends with the dental preliminary examination. This constitutes the basis for the clinical phase, which also comprises five semesters. Here again, the dental profession has for some years been proposing reforms with the aim of abolishing the separation between the pre-clinical and clinical stages and allowing students to commence the treatment of patients sooner.

Figure 2 shows the variation of the number of newly enrolled dentistry students and the number of registrations as qualified dentists in recent years.



**Figure 2:** Variation of enrolment and registration numbers of dentists (1971–2001) in Germany (until 1991/1992 old Federal Länder only)



Persons wishing to practise dentistry must have obtained registration as a dentist (Section 1(1) of the Law on the Practice of Dentistry [ZHG]), which may be applied for after successful completion of a university dental course. The 1952 Law on the Practice of Dentistry determines who in Germany is entitled to undertake “the professional diagnosis and treatment of dental, oral and maxillo-facial diseases on the basis of a knowledge of dental science” (Section 1(3) ZHG). The entry into force of the Law on the Practice of Dentistry put an end to the decades of conflict between the university-trained dentists and their non-university-trained counterparts known as “Dentisten” (see Chapter 1), because from then on all those in the latter group, provided that they could produce evidence of participation in a specific continuing training course, could obtain registration as dentists.

Under Section 59 of the Registration Code for Dentists, applications for registration (approval for the practice of dentistry) must be made to the competent authority of the Land in which the dental examination was taken. Section 2(1) ZHG provides that applicants must have appropriate health status for the exercise of the dental profession and must not have been guilty of any conduct whereby they might be deemed unworthy or insufficiently reliable to practise as dentists. Competence as a dentist thus calls for knowledge and skill, coupled, however, with other requirements too. The practice of dentistry also involves a number of professional obligations, including that of continuing training, of confidentiality, of personal exercise of the profession on the practitioner’s own responsibility, of keeping and retaining records of important diagnoses and treatment measures, of participation in the emergency service, and of loyalty to colleagues.

### **3.2 Work as an assistant**

Completion of the study course followed by registration is the basic qualification for practising dentistry in Germany. Although this suffices in purely legal terms for the immediate establishment of a private dental practice, as a rule a dentist will initially work as an assistant; this will enable him or her to qualify also to treat patients insured under the statutory health insurance scheme (“licensing to practise as a statutory health insurance dentist” – see also Section 3.4). Again, the conduct of an independent dental practice, which will normally be one providing treatment under the statutory health insurance scheme, demands extensive professional and management knowledge and skills at every level. A dentist in private practice requires a good knowledge of the law applicable to health insurance practitioners and to the profession, as well as of management, of educational skills for the training of dental auxiliaries, organizational talent in the conduct of a practice and, last but not least, familiarity with the institutions involved in dental self-government and their functions. Hence work as an assistant is intended principally to prepare young dentists to cope with the many different kinds of problems associated with the running of a practice of their own. Up to now, however, whether a young assistant

acquires, or can acquire, the knowledge and skills necessary for the independent exercise of the profession has depended on his or her individual situation and has thus been a matter of chance. The individual training practice is the main determinant of how a young dentist acquires the skills necessary for establishing a practice of his or her own.

Section 3 of the Licensing Regulations for Statutory Health Insurance Dentists (Zahnärzte-ZV) provides that a registered dentist may be licensed to provide dental care under the statutory health insurance scheme only on completion of a preparatory period of at least two years' duration. The preparatory period is intended to allow the dentist to become acquainted with the particular characteristics of dental care under the statutory health insurance scheme, and in particular with the requirement of cost-effectiveness laid down in Social Security Code V. An essential part of the preparation is that the dentist must work for not less than six months as an assistant to or representative of one or more health insurance dentists. A dentist can be recognized as a representative in this sense only if he or she has already worked for not less than one year as an assistant to a health insurance dentist, at university dental clinics or in comparable institutions. Up to three months of the preparatory period as an assistant to a health insurance dentist may be replaced by an equivalent period of work at a university clinic.

During the preparatory period, a registered dentist has the status of a salaried employee, with all the relevant implications under the labour, fiscal and social security legislation. A dentist can be entered in the Register of Dentists kept by the Associations of Health Insurance Dentists – an essential requirement for licensing to practise as a dentist under the statutory health insurance scheme – only after completing this preparatory period, whose total length is at least two years.

The licensing of health insurance dentists has been subject to stricter regulation since the entry into force in 1993 of the Healthcare Structure Law, which also introduced new legal and financial arrangements for the recruitment of doctors and dentists with assistant status in independent health insurance fund practice; this has also affected the employment situation for assistants in training. Under Section 75(8) of Social Security Code V, the Associations of Statutory Health Insurance Dentists and the National Association of Statutory Health Insurance Dentists are required to adopt appropriate measures to facilitate the provision of sufficient places for newly qualified dentists to complete their preparatory periods.

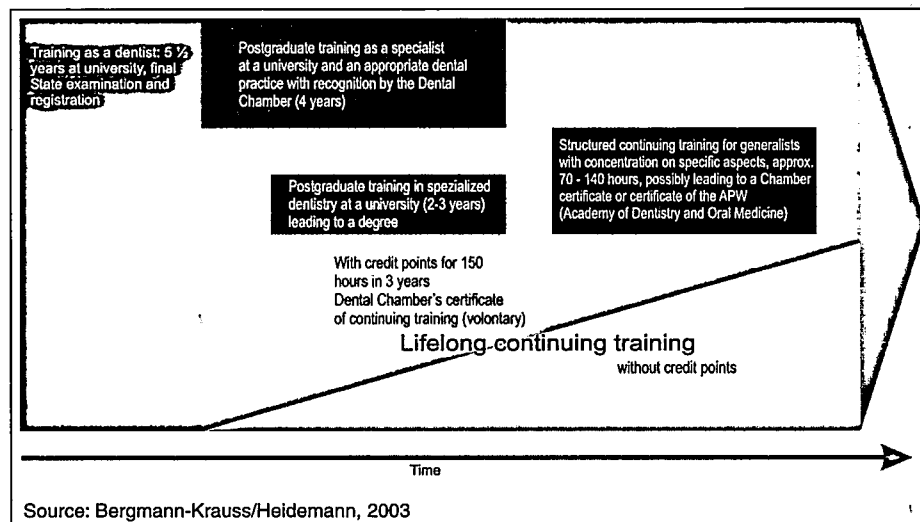
### **3.3 Postgraduate training and continuing training**

Whereas the dentistry curriculum is intended to provide the necessary foundations, the purpose of postgraduate training is the acquisition of in-depth knowledge, experience and skills in a particular dental, oral or maxillo-facial spe-

cialty at a university or recognized postgraduate training institution. "Postgraduate training" thus means specialization in a specific dental specialty. There are postgraduate training courses leading to the qualification of a dentist specializing in orthodontics (four years), oral surgery (three years) or oral and maxillo-facial surgery (the last of which requires additional studies in general medicine). Section 15 of the Model Professional Code allows dentists to add to the basic title "dentist" further designations indicating a particular knowledge of specific fields of dental, oral and maxillo-facial science ("specialty descriptions"). Dental postgraduate training is regulated by the detailed "Model Postgraduate Training Codes" drawn up by the Land Dental Chambers (see Section 2.1.1). These include lists of specialty descriptions.

In view of the tremendous rate of new discovery in the fields of medicine and dentistry, training and postgraduate training must be followed by an ongoing process of learning to accompany the exercise of the profession. This takes the form of lifelong continuing training, in which the Model Professional Code requires every dentist to engage. The relationship between training, continuing training with or without the assignment of points, structured continuing training and postgraduate training is illustrated in figure 3.

This diagram shows that continuing training – with or without the acquisition of points – is a lifelong process following the completion of basic training; structured continuing training normally takes place at a later stage in professional life, after some years of work in a practice; while postgraduate training and the relevant specialized qualification as a rule follow basic training and constitute a full-time commitment.



**Figure 3:** Relationship between training, continuing training and postgraduate training

In the public debate, demands for compulsory continuing training and regular monitoring in the form of recertification are often voiced. However, both the Law on the Healing Professions and the individual Statutes of the Dental Chambers already include an obligation to engage in continuing training. Hence the issue is basically whether the field of continuing training should be a matter for prescriptive legislation, with monitoring and/or sanctions imposed by the State, or the prerogative of the dental profession itself, exercising its responsibility by means of suitable incentives.

Continuing training is organized by the Dental Chambers and scientific societies. For this purpose many Dental Chambers have established institutes of their own offering a wide range of relevant subjects.

In June 2002 the German Dental Association (BZÄK) adopted a policy paper on the voluntary certification of continuing training as a three-year pilot project, in which several Dental Chambers are participating. For this purpose, the participating Chambers and the DGZMK (German Society of Dento-Maxillo-Facial Sciences) have agreed on a points system for assessing the different forms of continuing training. Additional points may be awarded in this system not only for the certified acquisition of new knowledge but also for active participation. The DGZMK has decided to introduce a continuing training seal of its own, similar to the German Dental Association's certificate of continuing training and framework guidelines. It is awarded after three years of participation in the relevant forms of continuing training if a specified minimum number of points are obtained. These activities are intended by the dental profession to demonstrate that State-imposed "compulsory continuing training" is unnecessary and to preserve dentists' autonomy in the exercise of their profession.

### **3.4 Establishment of a practice and forms of investment**

The essence of a dentist's activity is the economically independent exercise of the profession on his or her own responsibility. All registered dentists enjoy freedom of establishment – that is to say, dentists setting up in practice of the first time are free to choose the place where they wish to work (in a solo practice or practice partnership). Under European Community law, this applies equally to all dentists from EU Member States. Where further approvals (such as licensing in Germany) are necessary over and above establishment, citizens of the European Union must receive equal treatment.

Since 1993, dentists have been able to obtain licences to practise under the statutory health insurance scheme at their chosen location only if this does not result in the needs-related provision being exceeded by more than 10% (Section 101(1) of Social Security Code V). It is an official responsibility of the Land Committees of Physicians and Health Insurance Funds to determine whether over-provision of general dentists exists in their area. The specified rate of provision is one dentist to 1280 persons in urban areas and one dentist

to 1680 persons in all other areas. The proportion of closed (over-provided) planning zones has increased from 11.1% in 1993 to 29.2% now (as at 31 March 2003). A further limitation on the practice of the dental profession was imposed by the Healthcare Structure Law of 1993, which laid down a blanket age limit for dentists' participation in the statutory health insurance scheme (Section 95(7) of Social Security Code V). Since 1 January 1999, licences to practise as a statutory health insurance dentist expire at age 68.

Notwithstanding these restrictions confronting the newly qualified dentist, the majority of dentists do establish practices of their own. There are currently some 78 600 dentists in Germany, approximately 81% of whom are practising. Just under 54 600 dentists (69%) have set up a practice of their own or are working as partners in a practice; about 9300 (12%) work as assistants or locums or in State healthcare institutions. Hence the number of persons per practising dentist in the old Federal Länder (the former West Germany) is 1305, while the average in the new Länder (the former East Germany) is 1226 persons per dentist. Of the statutory health insurance dentists in Germany, some 2900 are orthodontists.

As alternatives to independent professional status, a dentist at the beginning of his or her career has the following options:

- an academic career at a university or equivalent institution;
- work as a dental officer in the Federal Armed Forces;
- work as a dentist in the public healthcare system;
- work in the professional organizations and associations of dentists, in the dental industry or in medical journalism.

For a long time now, the number of young dentists starting up in a practice on their own account each year has exceeded the number of those retiring. This means that the density of dentists has increased. However, at the same time health awareness among the population, and hence the demand for dental services, has grown considerably. For a new dentist wishing to establish a practice, the density of dentists is relevant because it gives some indication of the competition situation in a given location. The highest density of dentists is observed in large cities and university towns, and it is here that competition is also keenest. Rural regions of the Federal Republic, on the other hand, tend to be under-provided for.

The average funding required to establish a new solo practice conforming to present-day standards is about 327 000 euro (see Table 3). This is 30% more than ten years ago. In the case of acquisition of an existing practice, for which the required resources average some 260 000 euro (see Table 4), it is important to note that the capital needed for replacement and additional investment must be furnished considerably sooner than when a new practice is established. Further substantial investment is often necessary in the first five years after the take-over. The economic advantage of acquiring an existing practice is that investment decisions can be spread over a relatively long period and

<b>Table 3: Capital required to establish a new individual dental practice (old Federal Länder including Berlin)</b>		
	1992	2002
	<i>(thousand euro)</i>	
Medical/technical equipment and fitting out	170	209
+ construction and conversion costs	31	43
<b>= investment in the practice</b>	<b>201</b>	<b>252</b>
+ loans for working capital	51	75
<b>= total funding requirement</b>	<b>252</b>	<b>327</b>
Source: IDZ/Apo-Bank, 2003		

matched to changing economic contextual conditions. The profitability of an investment can be assessed more precisely after a practice has commenced operation than at the theoretical stage of planning and preparation.

Where those concerned agree and their specialties are complementary, dentists may establish a new practice partnership or join an existing one. For younger dentists at the beginning of their careers in particular, a practice partnership is an increasingly popular option; indeed, relatively more new practice partnerships than solo practices are now being established. In addition to the advantage that the individual dentist does not need so much capital, this form of working results in more efficient use of technical and other facilities and hence an appreciable reduction in costs. Again, collaboration with the partner in a practice may help a beginner in particular to cope better with the professional and economic tasks arising.

<b>Table 4: Capital required for acquisition of an existing individual dental practice (old Federal Länder including Berlin)</b>		
	1992	2002
	<i>(thousand euro)</i>	
Net asset value plus new acquisitions	101	110
+ goodwill	67	82
+ construction and conversion costs	8	13
<b>= investment in the practice</b>	<b>176</b>	<b>205</b>
+ loans for working capital	44	55
<b>= total funding requirement</b>	<b>220</b>	<b>260</b>
Source: IDZ/Apo-Bank, 2003		

In most cases practices are funded without a capital contribution from the dentist. The average own-capital proportion is only about 5%. As a general rule, it should be possible to fund a practice without resources from its principals, since otherwise there is a danger of living off the assets. Newly qualified dentists are eligible for low-interest loans from State assistance programmes (such as the ERP [European Recovery Programme] own-capital aid programme, the DtA [Deutsche Ausgleichsbank] startup programme or the KfW [Kreditanstalt für Wiederaufbau] SME programme).

### 3.5 Abstract

The training and professional practice of dentists are subject to wide range of legal and economic demands. This chapter describes the conditions to be satisfied by those wishing to study dentistry, the points to be taken into account when applying for registration as a dentist, and the requirements laid down as to the period of preparation for work as a health insurance dentist. Attention is drawn to the importance of postgraduate training and lifelong continuing training for the exercise of the dental profession. The chapter ends with some remarks on the political and economic contextual conditions of the exercise of the dental profession and on a dentist's prospects of establishing a practice and working in it as an independent professional.

### 3.6 References

*Bergmann-Krauss, B., Heidemann, D.:* Glossar: Zahnärztliche Aus-, Fort- und Weiterbildung. Deutscher Zahnärzte Kalender 2003, Cologne 2003, p. 129–136

*Birgler, W., Duddeck, D.:* Curriculum Studienführer Zahnmedizin. Berlin etc. 1996

*Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (ed.):* KZBV Jahrbuch 2002. Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Cologne 2002

*Klingenberg, D., Schwarte, A.:* Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung 2002. IDZ-Information No. 2/2003





## **4 Development and structure of dental treatments in general and under the statutory health insurance scheme**

---

The statutory and institutional provisions of Social Security Code V concern the provision of treatment by both doctors and dentists working in the statutory health insurance scheme. They are the product of a line of historical evolution in the legislation governing the work of statutory health insurance practitioners which, in the dental sector, has substantially paralleled the trend in the medical sphere, albeit with a time lag – dental science having branched off from general medicine relatively late as a discipline in its own right. Whereas the Health Insurance Law of 1883 still referred exclusively to “medical treatment”, the 1914 National Insurance Code (RVO) took account of the development of dentistry in so far as the therapy of dental pathology was deemed a component of medical treatment that could be conducted “also by registered dentists”. The National Insurance Office decided in 1917 that caries was a disease that required treatment and that the filling of teeth was an obligatory treatment item. Contractual agreements between the dentists’ professional bodies and the health insurance funds were first concluded at central level in 1922. These agreements also included the stipulation of a list of basic dental fees, which was added to the Prussian Schedule of Fees for Registered Physicians and Dentists as Part IV and given independent status in 1935 as the Kassenzahnärztliche Gebührenordnung (KAZGO) [Schedule of Fees for Health Insurance Dentists].

This development was in effect brought to an end by the Contract Code of 1935, which formed the collective-contract basis for the provision of dental care under the health insurance scheme following the creation of the Kassenzahnärztliche Vereinigung Deutschlands (KZVD) [German Association of Health Insurance Dentists] as a public-law legal entity by the Order of 27 July 1933. Under the Reich Minister of Labour’s “Improvement Decree”, the funds’ cover was extended in 1943 to prosthodontic treatment as an optional subvention-type benefit (in the case of statutory health insurance funds providing dental cover). With the entry into force of the Law Establishing the Legal Framework for Statutory Health Insurance Practitioners (GKAR) of 17 August 1955, this development was resumed and placed on a new footing by the conclusion of the Federal Skeleton Contract of 2 May 1962, which introduced a new Standard Assessment Scale for Dental Treatment Items (BEMA-Z) and a procedural code.

In parallel with this trend, the extent of dental treatment was constantly broadened. The process was characterized by scientific development and the extension of dental activity into the fields of orthodontics, the treatment of periodontal disease, prophylaxis, functional analysis and implantology, as well as by progress in prosthodontics. These developments were also reflected in the definition given in Section 1(3) of the 1952 Law on the Practice of Dentistry, according to which “dental, oral and maxillo-facial diseases” were deemed to be “any manifestation deviating from the norm in the sphere of the teeth, mouth and jaw, including tooth malpositioning and missing teeth”.

In their decisions, the courts have increasingly accepted this extension of the concept of illness and included prosthetic treatment among the items covered by statutory health insurance provided that it eliminates or mitigates functional disorders due to missing teeth or prevents them from getting worse. Case law has established that, like prosthodontics, orthodontic treatment falls within the definition of illness used in the social security legislation if this treatment is necessary to achieve normal chewing, biting or articulation.

This development was recognized in legislation by the Rehabilitation Alignment Law of 7 August 1974, under which the insured’s legal claim to a subvention from the health insurance funds for dental prostheses was institutionalized in the National Insurance Code. Before this, however, the contracting parties had agreed on the inclusion of orthodontic treatment among the dental benefits provided under the health insurance scheme. The Federal Committee of Dentists and Health Insurance Funds (see Section 2.3.1) drew up guidelines to this effect. A 1974 decision of the Federal Social Court determined that prosthetic treatments were to be covered by the contracts between the health insurance funds and the organizations of health insurance dentists, and were, where applicable, subject to the findings of the arbitration boards. The judgement recognized the special position of prosthetic provision as a benefit qualifying for subvention, which was based on a private contractual relationship between dentist and patient and was not included in the collective remuneration. On the basis of this judgement, the parties incorporated prosthodontics into the Federal Skeleton Contract for Dentists and the Standard Assessment Scale. As a result of contractual negotiations between the parties to the Federal Skeleton Contract for Dentists, the systematic treatment of periodontal diseases was included in that contract with effect from 1 July 1974. Under a law dating from 1977, it was stipulated that payments for dental laboratory work were also covered by contracts for dental care under the statutory health insurance scheme.

Whereas for many decades the focus had been on restorative dentistry and prosthetic treatment, with effect from 1 January 1989 the Healthcare Reform Law (GRG) for the first time institutionalized prevention on a statutory basis, in the form of group and individual prophylaxis items. In 1996, higher-cost filling options were included in the statutory health insurance scheme in so far as the law now provided for the conclusion of an extra-cost agreement between the

patient and the dentist; as a result, where the insured chose a higher-cost option, the health insurance funds now had to pay the cost of a comparable, cheap direct filling as a benefit in kind. Individual prophylactic services were extended in 1997 by the Second Statutory Health Insurance Scheme Restructuring Law (2. NOG). Whereas implants and their superstructures had not previously been covered by statutory health insurance, they were now partially incorporated in it by an addition to the relevant law.

Owing to the upward trend of expenditure on statutory health insurance, especially in the inpatient and pharmaceutical sectors, to demographic trends, to changing morbidity structures and to progress in medical science, legislative intervention in the contractual and remuneration structures of the statutory health insurance scheme was repeatedly found to be necessary, from the mid-1970s on, in the form of a series of cost containment laws (see Section 2.2.1.3). The manifest signs of this legislative hypertrophy are the constantly changing legal vicissitudes of prosthetic treatment and a number of "restructurings" of the assessment scale for dental treatments, with the aim of reducing alleged overvaluations of, in particular, orthodontic and prosthetic treatments.

The Healthcare Reform Law (GRG) constituted a direct legislative intervention in the contractually agreed remuneration structures, in that, in the case of dental prostheses, payments for the drawing up of a Treatment and Cost Plan and flat-rate payments for materials and laboratory costs were declared impermissible. The Healthcare Structure Law (GSG) that took effect on 1 January 1993 resulted in a further direct statutory reduction in payments for prosthetic treatments, crowns and orthodontics: under this version of the relevant law, the number of points assigned to these treatments was reduced by 10% for a one-year period. Under the Statutory Health Insurance Scheme Solidarity Law, a limitation was again imposed, albeit for 1999 only, on the collective remuneration paid for dental treatment under the health insurance scheme, for the first time extending also to expenditure on prosthetic and orthodontic treatment. Since 1 January 2000, dental treatment under the statutory health insurance scheme has also been subject to the provision laid down in Section 71(2) of Social Security Code V, as amended by the Statutory Health Insurance Scheme Healthcare Reform Law 2000, according to which the agreed change in collective remuneration amounts must not be greater than an average rate of change, to be established annually by the Federal Ministry of Health and Social Security, in the income liable to contributions of all members of the health insurance funds per individual member throughout the territory of the Federal Republic. The rate of change is based on a determination by the Health Ministry in accordance with provisional calculations by the health insurance funds; the law provides neither for verification of these calculations nor for subsequent correction. The budget-based system of funding dental care is adversely affected by appreciable distortions due to the law governing the relevant benefits; these distortions result from the fact that frequent legislative interventions have led to variations in demand and reductions in the number of

treatments carried out, with the consequence that the overall volume of remuneration has been fixed at a low level.

Under the Statutory Health Insurance Scheme Healthcare Reform Law 2000, Sections 87(2d) and 92(1a) of Social Security Code V once again imposed a restructuring of the valuations for dental treatment items and a revision of the guidelines, with a view to further cuts in the assessment scale at the expense of prosthetic treatment items – although these had already been reduced in several stages by a total of some 35% by the various cost containment laws since the beginning of the 1980s.

#### **4.1 List of dental treatment items covered by statutory health insurance**

The current list of dental treatment items is set out in Sub-Chapters 3 (items for the prevention of diseases), 4 (items for the early diagnosis of diseases) and 5 (items in the event of disease) of Chapter 3 of Social Security Code V. The statutory health insurance scheme has increasingly been directed towards prevention, and recent legislation has accordingly assigned more and more priority to the prevention of dental pathology. Under Section 21 of Social Security Code V, the health insurance funds, in collaboration with dentists and the *Länder* authorities, are required to adopt measures for the diagnosis and prevention of dental diseases in their insured members under the age of 12. These measures are to be carried out preferentially in groups, especially at schools and nursery schools. They are to cover in particular examination of the oral cavity, determination of dental status, hardening of tooth enamel, dietary advice and oral hygiene; specific programmes are to be developed for children at particularly high risk of caries. The statutory system, which is based on many years of initiatives by the regional dental corporate bodies themselves, provides for framework agreements between the *Land* associations of health insurance funds, the dentists and the competent authorities in the *Länder*. The central associations of the health insurance funds are responsible for the content, funding and evaluation of these measures.

In addition to group prophylaxis as a collective form of preventive measures, Section 22 of Social Security Code V specifies that individual prophylaxis shall be provided under the statutory health insurance scheme. Insured individuals over 6 and under 18 years of age may have a dental examination once every calendar half-year for the prevention of dental diseases. The examinations cover gum condition, education on the causes and avoidance of disease, the compilation of diagnostic comparisons on oral hygiene, gum condition and caries risk, motivation and instruction on oral hygiene, and measures to facilitate enamel hardening. Insured individuals over 6 and under 18 years of age are entitled to fissure sealing of the molars. The Federal Committee of Dentists and Health Insurance Funds draws up guidelines detailing the nature, extent and recording of individual prophylactic measures (see Section 2.3.1).

Section 26 of Social Security Code V stipulates that cover for the early diagnosis of diseases in insured children up to age 6 shall include examinations for the early diagnosis of dental, oral and maxillo-facial diseases – in particular, inspection of the oral cavity, estimation or determination of the caries risk, advice on diet and oral hygiene, and measures to facilitate enamel hardening and for bacterial count reduction.

Besides prevention and early diagnosis, a focal point of statutory health insurance is clinical treatment. Section 28(2) of Social Security Code V defines dental treatment as the activity of the dentist that is adequate and appropriate for the prevention, early diagnosis and therapy of dental, oral and maxillo-facial diseases in accordance with the rules of the dental art. According to Section 27(1) No. 2 of Social Security Code V, clinical treatment relates to dental treatment including prosthodontics.

Hence dental treatment comprises in particular conservative and surgical treatment, the treatment of periodontal disease, prosthodontics and orthodontics. In the field of conservative treatment, Section 28(2) of Social Security Code V includes specific provisions on the extra cost to be met by the insured for fillings beyond what is deemed necessary and cost-effective. The law explicitly excludes certain forms of treatment from compulsory cover under the statutory health insurance scheme. For example, dental treatment is deemed not to include the orthodontic treatment of insured persons over the age of 18 at the time of its commencement, except for insured persons with severe anomalies of the jaw that call for combined surgical and orthodontic measures. Dental treatment also excludes functional analysis and functional therapy, and the health insurance funds are not allowed to grant subventions for the cost of such measures. The same applies to implant treatments, including superstructures, except in the case of rare and exceptional indications to be defined by the Federal Committee of Dentists and Health Insurance Funds (see Section 2.3.1).

In the field of orthodontics, Section 29 of Social Security Code V defines entitlement to orthodontic treatment in terms of medically justified groups of indications involving malpositioning of the jaw or teeth which substantially impairs, or threatens to impair, chewing, biting, speaking or respiration. Whereas 100% of the cost of conservative, surgical and periodontal treatments is met by health insurance, the insured must pay 20% of the cost of orthodontic treatment to the health insurance dentist. If not less than two insured children under the age of 18 at the time of commencement of treatment and living in a single household with their parent or guardian are in orthodontic treatment, the proportion to be paid by the insured for the second and every subsequent child is 10%. Section 29(3) of Social Security Code V includes a statutory bonus scheme applicable where the treatment has been completed to the extent required on medical grounds as determined by the treatment plan. In this case the health insurance fund reimburses the insured individuals with their own contribution to the cost of the treatment.

In the prosthodontic field, Section 30 of Social Security Code V distinguishes between a number of situations. It provides that insured individuals are entitled to prosthetic treatment as medically required – that is, dental treatment and laboratory-prepared items. Prosthetic treatment includes crowns. In the case of large bridges, the provision is limited to a maximum of four missing teeth per jaw and of three missing posterior teeth on each side. For combinations of fixed and removable prosthetic elements, the health insurance fund's liability is limited to two prosthetic elements per jaw, or three such elements per jaw where the insured has no more than three residual teeth per jaw. For prosthetic treatment, insured persons pay 50% of the cost, calculated on the basis of the Treatment and Cost Plan to be drawn up by the dentist; in the case of own-initiative measures to maintain dental health – i.e., if the patient undergoes regular preventive examinations over a five-year period – this proportion is reduced by 10 percentage points, and by a further 5 percentage points if the insured has cared regularly for his or her teeth and has undergone the relevant examinations uninterruptedly for the last ten calendar years prior to commencement of the treatment. Section 30 of Social Security Code V includes further provisions on the extra cost incurred for higher-cost prosthetic options, and on the dentist's obligation to compile a free Treatment and Cost Plan covering the entire treatment before it commences. The prosthetic provision proposed in the Treatment and Cost Plan must be approved by the health insurance fund before treatment begins, and the health insurance fund is responsible for determining the proportion of the cost to be met by the insured individual.

#### **4.2 Dental care under the statutory health insurance scheme: the system of contracts and remuneration**

The provision of dental care under the statutory health insurance scheme is regulated by Section 72 ff. of Social Security Code V. These sections impose an explicit legal obligation on doctors, dentists and health insurance funds to work together to guarantee the provision of medical/dental care for insured persons under the statutory health insurance scheme. To guarantee concerted and coordinated collaboration between doctors/dentists and health insurance funds with a view to discharging their legal and contractual obligations to provide care, the law stipulates a system of skeleton and collective contracts for dental/medical care under the statutory health insurance scheme; in addition to the statutory requirements and guidelines of the Federal Committees made up jointly of the Federal Associations of Health Insurance Practitioners and the health insurance funds, these contracts constitute the principal regulatory basis for the provision of dental/medical care under the statutory health insurance scheme. The contracts and guidelines are linked to the statutory target projections of uniform, adequate, appropriate and cost-effective treatment of patients. The correlate of the assumption of the obligation to meet the contractual and legal requirements by the associations of health insurance doctors/dentists is entitlement to an appropriate level of remuneration for the practitioner. This is provided in the form of a collective payment made to the

association of health insurance doctors/dentists and then distributed to the doctors/dentists concerned; the basis for determining the level of the remuneration and the distribution criteria is fixed by law.

Responsibility for the provision of medical/dental care under the health insurance scheme in accordance with statutory and contractual requirements, for monitoring of the activity of health insurance doctors/dentists, and for distribution of the collective remuneration for health insurance doctors/dentists is vested in the associations of health insurance doctors/dentists (Section 72 of Social Security Code V). To obviate gaps in the contractual system of care provided by health insurance doctors/dentists, the law provides for the imposition of a contract by the Arbitration Boards if one is not concluded or if one contracting party gives notice of termination.

Against this statutory background, the development of the law governing the activity of health insurance practitioners is characterized by a tendency towards the collectivization of contractual relationships. In the past, the cornerstone of care for patients covered by social security and the foundation of all rights and obligations of the statutory health insurance doctor/dentist was the individual

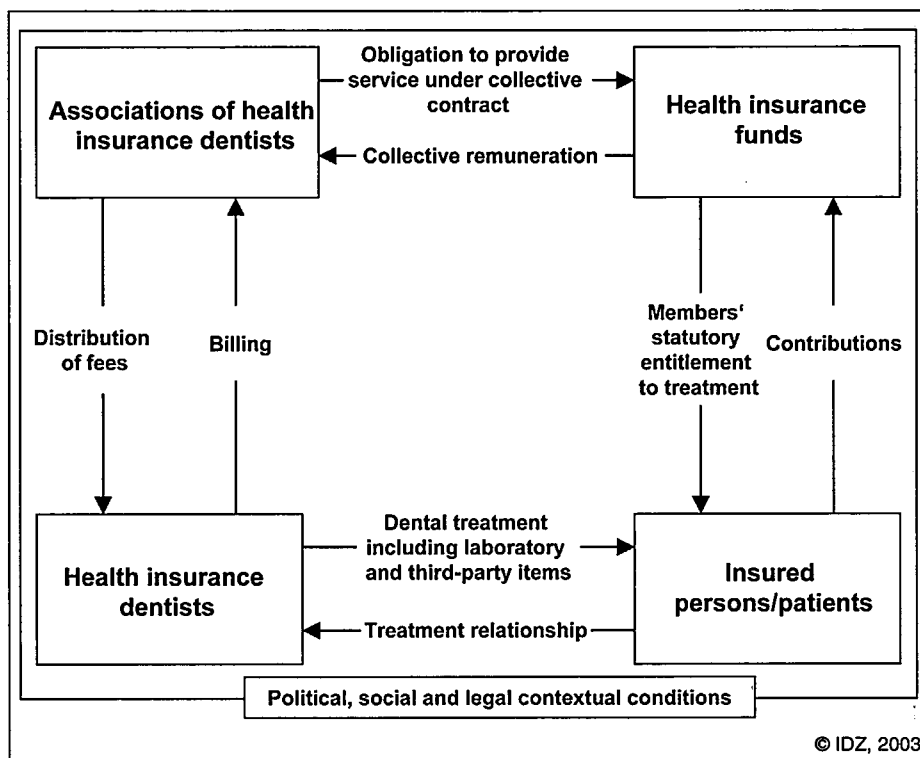


Figure 4: Legal relationships in the system of dental care

private-law contract between the practitioner and the health insurance fund. Today, however, the legal relationships under the current system applicable to health insurance practitioners can be represented by a four-sided figure, the four elements being the health insurance fund, the insured, the health insurance practitioner and the association of health insurance practitioners (see figure 4). The difference compared with the legal situation at the beginning of the twentieth century is that there is no longer a direct relationship between the practitioner and the health insurance fund.

Social Security Code V provides that, by virtue of his/her licence and membership of the association of health insurance doctors/dentists, a health insurance doctor/dentist is required to treat insured persons in accordance with the relevant statutory and contractual provisions. The insured's right to go to a licensed doctor/dentist of his/her choice and to be treated by that doctor/dentist because he/she is entitled to benefit from his/her health insurance fund has its counterpart in the obligation of the health insurance doctor/dentist to provide treatment on the basis of his/her membership of the competent association of health insurance doctors/dentists, which entitles and obliges him/her to participate in the system of medical/dental care under the statutory health insurance scheme. The following groups of parties thus each stand in a legal relationship to each other: on the one hand the insured and the health insurance fund, and on the other the association of health insurance doctors/dentists and the health insurance doctor/dentist.

Just as the legal relationship between a patient insured under the social security scheme and the health insurance fund is a matter of public law owing to the membership relationship involved, so too the legal relationship between the association of health insurance doctors/dentists and the individual health insurance doctor/dentist is a consequence of the statutory requirement of membership of the association of health insurance practitioners. The rights and obligations of the health insurance doctor/dentist are laid down by the relevant law, the guidelines and the contractual agreements concluded between the associations of health insurance doctors/dentists and the health insurance funds by way of the collective contracts for the treatment of health insurance patients and for remuneration in respect of medical/dental and other services (Section 83(1) of Social Security Code V). The collective contracts, which are public-law contracts, not only specify the rights and obligations of the contracting parties but also have a normative effect: that is to say, they directly determine the rights and obligations of the health insurance practitioners providing care under the statutory health insurance scheme and of the health insurance funds. The Federal Associations of Health Insurance Practitioners and the Federal Associations of Health Insurance Funds conclude Federal Skeleton Contracts, which determine the general content of the collective contracts on a uniform basis for the entire Federal Republic (Section 82(1) of Social Security Code V).

Besides the collective contracts, the guidelines issued by the Federal Committee of Physicians/Dentists and Health Insurance Funds (see Section



2.3.1) determine the criteria for discharging the legal and contractual obligation to provide patients with adequate, appropriate and cost-effective treatment (Section 92 of Social Security Code V). The guidelines, which provide for a right of objection by the relevant Federal Minister, who may also substitute provisions of his/her own (Section 94(1) of Social Security Code V), cannot in themselves give rise to a new codification of the obligations of the parties involved in the statutory health insurance scheme, but perform an important function of specification and interpretation of existing statutory and contract law. They are also very important in formally spelling out the items covered by statutory health insurance, because they define the treatment methods and medicines covered by the health insurance scheme.

The claim of a health insurance doctor/dentist to remuneration is enforceable against his/her association of health insurance doctors/dentists; for this purpose the health insurance pays the association of health insurance doctors/dentists the "collective remuneration", which has the effect of discharging its liability (Section 85 of Social Security Code V). As a legal construction, the collective remuneration is the correlate of the dentist's claim to his fee on the patient, which does not exist in the case of benefits in kind. Hence the collective remuneration covers only items provided by the health insurance fund as benefits in kind. The level of the collective remuneration is agreed in the collective contract and is effective with respect to the health insurance funds concerned (Section 85(2) of Social Security Code V). Changes in the collective remuneration are agreed by the parties to the collective contract, the associations of health insurance doctors/dentists and the *Land* associations of health insurance funds. An important element here is the principle of contribution rate stability (Section 71 of Social Security Code V) in relation to aggregate expenditure on the medical/dental treatment items to be paid for under the health insurance scheme (Section 85(3) of Social Security Code V). The criteria for a change in collective remuneration are practice costs, working time devoted to health insurance scheme medical/dental activity, and the nature and extent of medical/dental treatment items where based on an extension of treatment provision laid down by law or in a Statute of one of the bodies concerned (Section 85(3) of Social Security Code V). The Healthcare Structure Law (GSG) 1993 placed a "cap" on the collective remuneration for dental treatments under the statutory health insurance scheme, with the effect that the collective remuneration may not change by more than the percentage change in total wages and salaries liable to contributions. If, however, the amount for the period covered by the agreement turns out to be larger, the difference must be allowed for in the next agreement on a change in the collective remuneration (Section 85(3c) of Social Security Code V). Since 1 January 2000, the change in the collective remuneration has been coupled to the average rate of change in the income liable to contributions of all health insurance fund members as determined annually by the Federal Ministry of Health and Social Security. As a result, either the health insurance funds pay only a certain proportion of the collective remuneration, which must then be divided among the doctors or dentists irrespective of the volume of treatment provided, or subsequent agree-

ments on points values must where necessary stipulate deductions if the specified quantity has been exceeded.

For distribution of the collective remuneration, the regional association of health insurance doctors/dentists uses its own fee distribution scale. The fee distribution scale (Section 85(4) of Social Security Code V) determines the distribution of the collective remuneration amount among the members of the association. The basis stipulated is the nature and extent of medical/dental treatment items under the health insurance scheme, although limitations may be imposed in order to prevent excessive proliferation of medical/dental activity under the statutory health insurance scheme. The fee settlement statements of the associations of health insurance doctors/dentists are based on the fee distribution scale. This scale, which is subject to the autonomous right of the associations of health insurance doctors/dentists to determine their Statutes in agreement with the *Land* associations of health insurance funds, can include the chargeable treatment items and provisions on billing of and payment for treatments as well as the distribution of the collective remuneration. The doctor's or dentist's fee entitlement is laid down by the association of health insurance doctors/dentists in a fee statement that constitutes an administrative act vis-à-vis the doctor/dentist, against which the doctor/dentist has a right of appeal to the Social Courts.

The Healthcare Structure Law introduced the "degressive points value" system (Section 85(4b) of Social Security Code V), according to which the remuneration entitlement for further dental treatments under the statutory health insurance scheme is reduced by 20% with effect from a total of 350 000 points per calendar year, by 30% with effect from 450 000 points per calendar year and by 40% with effect from 550 000 points per calendar year. Since the entry into force of the Law on the Reinforcement of Solidarity in Statutory Health Insurance (1999), this has also applied to prostheses, crowns and orthodontic treatments. In the case of practice partnerships, the points limits are determined by the number of dentist members with equal entitlement (Section 85(4b) of Social Security Code V). Considerable constitutional objections have been raised to these provisions, in particular because they were combined with simultaneous legally imposed reductions in remuneration and because the phenomenon of "supply-induced demand" – i.e., quantitative increases due to the healthcare providers themselves – is much less prevalent in the health insurance scheme dental sector than in the medical field. A number of court decisions at the highest level have so far failed to find merit in these objections.

The content of the individual chargeable treatment items and their relative values expressed in points are determined by the Standard Assessment Scale (Section 87(2) of Social Security Code V), which is set by the Assessment Committee (see Section 2.3.3). The Committee is made up of equal numbers of representatives of the dentists and of the health insurance funds and, in the event of failure to agree, is supplemented by impartial members so as to form the Enlarged Assessment Committee (Section 87(4) of Social Security Code

V). The Enlarged Assessment Committee fixes the Standard Assessment Scale by majority decision of its members; the Scale has the legal effect of a contractual agreement. By assigning the relevant numbers of points, the Assessment Committee determines the relative weights of the individual dental specialties (conservative and surgical treatments, prosthodontics, periodontal treatment and orthodontics); this capacity to assign weightings also gives the Committee an important control function with respect to the level of provision. Just as the Standard Assessment Scale is subject to compulsory arbitration in the determination of the relative valuations, so too the contracts for the provision of dental care under the health insurance scheme must, where the level of the collective remuneration is exceeded owing to the value assigned to a point, be submitted to a public-law system of arbitration (see Section 2.3.2) in the event of failure to agree. This ensures that a contract-less situation cannot arise in regard to the provision of dental care by health insurance dentists. The view of the Arbitration Boards, which are composed of a chair, two further impartial members and equal numbers of representatives of the dentists and of the health insurance funds, prevails over that of the contracting parties. Appeals against their decisions may be made to the Social Courts.

### **4.3 The system of contracts and fees for health insurance dentists**

#### **4.3.1 Benefits in kind versus cost reimbursement**

The German Social Security Code (Section 11 of Social Security Code I) distinguishes between benefits in the form of services, monetary benefits and benefits in kind. Section 2(2) of Social Security Code V provides that persons insured under the statutory health insurance scheme shall receive benefits in the form of benefits in kind and benefits in the form of services except where otherwise stated in Social Security Code V. The health insurance fund may not undertake cost reimbursement instead of providing benefits in kind or in the form of services except where the law expressly provides for this possibility (Section 13(1) of Social Security Code V). Cost reimbursement applies in particular to voluntary members' right of choice (Section 13(2) of Social Security Code V) and to the health insurance fund's obligation to provide benefit in the case of non-deferrable items whose cost the health insurance fund is required to refund to the insured if they were necessary and could not be provided in due time in the form of benefits in kind.

Like almost all dental treatments under the health insurance scheme, conservative and surgical treatments have traditionally been provided in the form of benefits in kind, but the legal situation with regard to orthodontics and prosthodontics has undergone a number of vicissitudes. Prostheses were initially included in the statutory health insurance scheme as a treatment qualifying for subvention from 1974: the health insurance fund met 80% of the treatment costs and the insured also had to make a contribution to the cost of orthodon-

tic treatments. Treatment was carried out on the basis of an individual contract concluded between the health insurance dentist and the health insurance patient, so that the patient was directly liable to pay the amount agreed in the contract and was not entitled to a benefit in kind, but only to cost reimbursement as provided by the fund's Statutes. Following a change in the law in 1981, with the passage of the "Supplementary Law on Health Insurance Cost Containment" (KVEG), prostheses were temporarily transferred to the benefits-in-kind system. Then, in 1989, the Healthcare Reform Law introduced a system of cost reimbursement for prosthetic and orthodontic treatments, whereby the health insurance funds were required to reimburse the insured with his or her proportion of the treatment cost by payment of a variable subvention. However, according to the relevant decisions of the Federal Social Court, these health insurance fund benefits do not constitute cost reimbursements proper, but merely a "surrogate benefit in kind", characterized by the stipulation of a part-contribution by the insured and not institutionalized as a counter-principle to benefits in kind. In the ensuing years, this intermediate positioning of the relevant items between benefits in kind and cost reimbursement was reflected in a number of attempts at legislation, some of them contradictory in their effects.

The characteristic feature of benefits in kind is that, by virtue of his or her insurance contract, the patient has a claim on the health insurance fund to treatment, and the health insurance fund meets this claim through its contracts with the association of health insurance doctors/dentists and the fund doctors'/dentists' obligation to provide treatment; there is no individual contract on the payment of fees between the doctor/dentist and the patient. In the cost reimbursement system, however, a private-law treatment contract exists between the doctor/dentist and the patient, so that the patient acquires a claim for treatment on the doctor/dentist, who in turn acquires an entitlement to receive his or her fee from the patient. As a rule, bills are therefore settled direct between doctor/dentist and patient. *Vis-à-vis* his or her health insurance fund, the insured has a claim to cost reimbursement independently of his or her payment obligation to the doctor/dentist. Payment via the association of health insurance doctors/dentists is permissible in the cost reimbursement system only if the collective contract includes provisions to that effect; the insured's claim to cost reimbursement can be assigned to the doctor/dentist in individual cases if this is in the insured's interests pursuant to Section 53 of Social Security Code I.

The 1993 Healthcare Structure Law (GSG) introduced a modified cost reimbursement principle for prostheses and orthodontic treatments, whereby the health insurance fund discharges its obligation to provide benefit to the insured by paying its proportion of the treatment cost to the association of health insurance dentists and by the fact that the dentist has no claim on the insured for payment of the proportion of the cost to be borne by the health insurance fund. The revision of Sections 29 and 30 of Social Security Code V embodied in the Second Statutory Health Insurance Scheme Restructuring Law of 1997 represented a departure from this "limping" form of cost reimbursement. It provided that the health insurance dentist had a claim on his patient for the full amount

of the payment, which thus included the health insurance fund's proportion, and settlement via the association of health insurance dentists was ruled out. For prostheses, a system of fixed subventions was introduced, whereby the health insurance fund was required to pay the insured a certain fixed amount, regardless of the actual treatment cost, for a specific clinically necessary treatment. The charges for dental treatments were based on the Private Scale of Fees for Dentists (GOZ). This constituted a genuine system of cost reimbursement, as a counter-model to the benefits-in-kind principle that otherwise continued to apply. The Law on the Reinforcement of Solidarity in Statutory Health Insurance (GKV-SolG) of 1999 substantially reinstated the previous legal situation, revising Sections 29 and 30 of Social Security Code V so as to bring both orthodontic and prosthetic treatments back into the benefits-in-kind system, in such a way that the insured paid his or her own variable percentage contribution direct to the health insurance dentist, the health insurance fund's proportion again being paid in full via the association of health insurance dentists.

#### **4.3.2 Special provisions for certain treatments**

Whereas conservative and surgical treatments are provided on the basis of a treatment certificate in the form of the health insurance card, which constitutes proof of entitlement under the social security system (Section 8(1) of the Federal Skeleton Contract for Dentists [BMV-Z]), special contractual arrangements apply to periodontal, prosthetic and orthodontic treatments.

In the case of periodontal diseases, the dentist draws up a periodontal status record before the treatment begins and sends it to the health insurance fund, which then agrees to meet the cost. The health insurance fund may ask for an expert opinion on the periodontal status record (Section 2(3) of the Federal Skeleton Contract for Dentists).

For orthodontic treatment, the health insurance fund uses the orthodontic treatment plan drawn up by the dentist as the basis for its decision whether to issue the entitlement certificate. The certificate is issued provided that pathology exists and treatment for it is necessary. If this is not the case and the situation does not fall within the "orthodontic indication groups" (KIG) identified by the Federal Committee (see Section 2.3.1), the planned orthodontic treatment is not chargeable under the health insurance scheme.

For prosthetic treatment, a Treatment and Cost Plan is compiled on the basis of the diagnosis (Section 17(1) of the Federal Skeleton Contract for Dentists). It must be drawn up before prosthetic treatment begins. The dentist submits the Plan to the health insurance fund, which returns it via the insured patient to the dentist, accompanied by its agreement to meet the cost (Section 1(1) of Annex 12 to the Federal Skeleton Contract for Dentists). Approval of the Treatment and Cost Plan also covers the "non-contract items" charged by the dentist. The purpose of the approval is to provide the insured with a binding legal basis for

determining the extent to which the prosthodontic treatments set out in the Treatment and Cost Plan will be paid for by the health insurance fund. The approval extends to all treatment items enumerated and unequivocally identified in the Treatment and Cost Plan. Material and laboratory costs feature in the form of estimates. The approval (agreement to meet the cost) constitutes an administrative act with direct legal effects vis-à-vis both the patient insured under the social security scheme and the dentist.

#### 4.3.3 Extra-cost agreements

In the field of dental treatment under the health insurance scheme, the law must allow for the particularity that a large number of different treatments for a given diagnosis exist both in the sphere of fillings and, more especially, in prosthodontics and orthodontics. The all-or-nothing principle inherent in the system of benefits in kind – that is to say, acceptance of a standard treatment specified in the social security laws or renunciation of benefit from the health insurance fund – is inconsistent with the diversity of available dental therapies. Higher-cost options perform the same function as more economic treatments, but are associated for the patient, at least subjectively, with advantages in terms of comfort (for instance, fixed versus removable prostheses) or aesthetic preferences. Section 182c(5) of the old National Insurance Code (RVO) had already allowed for an “extra-cost agreement”, whereby an insured person choosing a higher-cost prosthetic option had to pay the extra cost himself or herself. Extra-cost provisions of this kind are included in the current version of the law in Section 30(3) of Social Security Code V. This provides that all dental treatments over and above those deemed by Section 30(1) of Social Security Code V to be covered by the health insurance scheme constitute extra-cost options. This concerns in particular items excluded by the relevant law, such as large bridges and combined fixed/removable prosthetic elements, as well as implant superstructures. Other extra-cost options are the new methods of dental examination and treatment not covered by the health insurance scheme, where not yet recognized by the Federal Committee of Dentists and Health Insurance Funds (see Section 2.3.1) in pursuance of Section 135(1) of Social Security Code V. The same applies to new techniques for the production of crowns and bridges. Both the additional laboratory costs and the extra work by the dentist can be charged to the insured on the basis of an extra-cost agreement of this kind.

A revision of sentences 2-5 of Section 28(2) of Social Security Code V in 1996 introduced an extra-cost system for alternative forms of fillings too. Owing to the misgivings repeatedly expressed about amalgam as a filling material, the large number of different possibilities (not only amalgam but also plastics and ceramic and gold fillings) were allowed for by giving the insured the option to choose higher-cost treatments. Where amalgam fillings are strongly counter-indicated, the health insurance funds will agree to meet the cost of composite fillings. If an extra-cost agreement is concluded, the second sentence of

Section 28(2) of Social Security Code V provides that the insured must meet the extra cost himself or herself on the basis of the Private Scale of Fees for Dentists (GOZ). In these cases, the amount payable by the health insurance funds is that applicable to the lowest-cost direct filling as a benefit in kind. It is a general principle that even patients covered by the social security scheme are entitled to receive all forms of treatment as private patients on the basis of a private agreement. Such a private agreement must be expressly requested by the patient and concluded in writing. If a private agreement is concluded, the patient must be informed in advance that the dental treatment concerned will not be covered by the health insurance scheme and that he or she stands to lose part of his claim on the health insurance fund. In such a case, fees and terms of payment will be based on the Private Scale of Fees for Dentists (GOZ).

#### **4.4 Provisions governing dental laboratory work**

Throughout the history of the dental profession, dental technology has formed an integral part of the training and activity of a dentist. The professional competence of the dentist defined in Section 1(3) of the Law on the Practice of Dentistry, comprising the diagnosis and treatment of dental, oral and maxillo-facial diseases, includes the provision of dental laboratory services. Accordingly, the Registration Code for Dentists provides for an examination in prosthodontics and, within this field, the preparation and fitting of both removable and fixed prostheses. This is provided for in Social Security Code V, Section 30(1) of which states that prosthodontic treatment under the health insurance scheme includes dental laboratory work. The decisions of the courts at the highest level, too, have recognized that prosthodontic treatment consistently includes not only dental items as such but also dental laboratory work, so that this treatment is deemed to constitute a single service provided by the dentist, who is therefore liable to the patient with regard not only to the actual treatment but also to the dental technology element.

Where a dentist operates a dental laboratory in connection solely with his or her own dental practice, it is deemed to be a "practice laboratory", which constitutes an ancillary facility under the law applicable to craft trades provided that dental laboratory services are rendered not to third parties but only to the dentist's own practice.

In terms of social security law, Section 88 of Social Security Code V lays down special provisions for the rendering of dental laboratory services and their remuneration: the central associations of the health insurance funds agree with the Bundesinnungsverband der Zahntechniker [Federal Association of Guilds of Dental Technicians] on a uniform list of chargeable items of dental laboratory work covering the entire territory of the Federal Republic. This list is to be agreed in consultation with the National Association of Statutory Health Insurance Dentists (KZBV). For the treatment of patients covered by social

security, payment for dental laboratory work is governed by special agreements between the *Land* associations of health insurance funds and the representatives of the guilds or associations of guilds (Section 88(2) of Social Security Code V). These agreements constitute public-law contracts. Under the relevant law, the agreed prices are maximum prices. Section 88(2) of Social Security Code V grants the health insurance funds the right to inform both insured individuals and dentists of low-cost options. Prices for dental laboratory work performed by a dentist must be at least 5% below the prices agreed by the dental technicians (Section 88(3) of Social Security Code V). The prices of dental laboratory work performed by health insurance dentists may be determined by the collective contracts. Constitutional objections have repeatedly been raised to this inequality of treatment between external and practice laboratories.

As to liability for dental laboratory work, the patient is faced with a mixed picture. This is because the dentist is liable to the patient in respect of the fault-free manufacture of the item ordered, whereas the dental technician is responsible to the dentist only in accordance with the provisions of the contract between these two parties. When an order is placed by a dentist with a dental technician, it results in a private-law work contract, or work supply contract, under which the dental technician must provide a two-year guarantee of fault-free manufacture of the prosthetic item in accordance with the contract. The dentist, however, is liable to the patient under the treatment contract in accordance with the law applicable to service contracts (Sections 611 and 195 of the Civil Code [BGB]) in respect of the whole of the dental treatment carried out by him/her, including any deficiencies in the work item, and this liability lapses only after a period of 3 years. In the specific field of statutory health insurance, Section 136b(2) of Social Security Code V includes a special provision whereby the dentist must give a two-year guarantee for fillings and prosthetic treatments. During this period, the dentist must replace and repair prostheses, including crowns, free of charge. These provisions, which apply explicitly only to the dentist, do not affect the dental technician's guarantee obligations and the relevant periods of validity. The Federal Arbitration Board for Dental Treatment under the Health Insurance Scheme (see Section 2.3.2) has imposed the necessary limitations on liability for such risks by defining fault criteria that allow for the vagaries of organic and behaviour-related reactions.

#### **4.5 Ensuring the cost-effectiveness and quality of dental treatment carried out under the statutory health insurance scheme**

Whereas Section 11 of Social Security Code V describes the entitlement of patients covered by social security to the individual benefits of the statutory health insurance scheme, Section 12 makes this entitlement more specific by stating that the benefits must be adequate, appropriate and cost-effective and that they must not go beyond what is necessary. Benefits that are not neces-



sary or cost-effective cannot be claimed by insured persons, must not be given by healthcare providers and must not be approved by health insurance funds.

The requirement of cost-effectiveness laid down in Social Security Code V is made up of a number of criteria – namely, observance of the rules of the dental art, appropriateness, adequacy and necessity. The treatment provided must be objectively suitable in accordance with the rules of the dental art, must contribute to diagnosis of the relevant clinical picture and/or serve the purpose of healing or mitigating a disease or relieving symptoms. The entitlement of a patient covered by social security, as determined by the relevant law, is identical to the range of treatments available under the statutory health insurance scheme as permitted by law. Benefits beyond the bounds of cost-effectiveness cannot be claimed by a patient under the provisions of the social security legislation, and are therefore not included within the dental care provided under the statutory health insurance scheme.

The notion of cost-effectiveness is embodied in the guidelines on adequate, appropriate and cost-effective provision laid down by the Federal Committee of Dentists and Health Insurance Funds (see Section 2.3.1). The cost-effectiveness of provision is monitored by audit bodies institutionalized by the competent association of health insurance dentists together with the Land associations of health insurance funds. These bodies are Audit-Committees and Appeal Committees, which are institutions of the system of joint self-government of dentists and health insurance funds and, as such, are composed of equal numbers of representatives of both sides. They are chaired alternately by a representative of the dentists and a representative of the health insurance funds; in the event of a tie in voting, the chair has the casting vote (Section 106(4) of Social Security Code V).

The audit covers the entire range of activity of health insurance dentists. This includes referral and the prescribing of drugs. The competence of the audit bodies is limited by law to monitoring the cost-effectiveness of dental provision under the health insurance scheme; that is to say, the audit is required to determine whether and to what extent the services provided by health insurance dentists conform to the provision of dental care under the health insurance scheme to which the insured is entitled. These bodies are not responsible for verifying the accuracy of the items and amounts billed or for identifying any other loss or damage. The audit does not cover benefits already covered by a prior approval by the health insurance funds. This applies in particular to health insurance funds' agreement to meet the cost of prosthetic and orthodontic treatments specified in a Treatment and Cost Plan. In such a case, an a posteriori cost-effectiveness audit is ruled out. Treatments for periodontal disease are subject to an a posteriori cost-effectiveness audit only if the interval between preliminary treatment and systematic treatment laid down in the guidelines has not been observed.

The procedure for auditing the cost-effectiveness of treatment and prescribing is determined by the procedural codes agreed in the collective contracts. Diagnosis, the prescribing of medicines and therapeutic aids, the issue of medical certificates, and inpatient treatment are much less significant in the dental field than in general medical treatment under the health insurance scheme. Moreover, the treatments provided can be verified by direct inspection of the patient in many cases – in particular, fillings and prosthetic treatments.

Section 106(2) of Social Security Code V provides for a number of different forms of cost-effectiveness auditing of medical care under the health insurance scheme – namely, practitioner-related verification of medical treatment items, or treatment items prescribed by a practitioner, on the basis of average values; practitioner-related verification where guide values are exceeded; and practitioner-related verification on the basis of practitioner- and insured-patient-related random samples covering a specified total number of practitioners per quarter. Whereas verification of the cost-effectiveness of treatment by means of comparative statistics was introduced at an early stage in the field of general medical care under the health insurance scheme, for the dental sector it was specifically agreed that verification would take place on an individual-case basis, so that an audit must always be based on individual treatments where this is feasible without disproportionate difficulty and expense. However, verification based on an individual case has been deemed by the Federal Social Court to be a permissible audit method only if direct determination of the medically indicated treatment is possible, the objective diagnostic documentation alone being insufficient for this purpose. On this basis, the decisions of the Federal Social Court have increasingly shifted the verification criteria in the direction of overall audits for health insurance dental treatment too, on the grounds that individual-case checks are truly feasible only in very exceptional cases and that it is impossible to include an adequate number of cases in the audit for the purposes of comparison.

This case law fails to take account of the particularities of dental treatment under the health insurance scheme, in which the treatment records and other documentation make it possible to verify the actual treatment situation in an individual case, thus allowing a closer approach to the reality of the treatment than a comparative statistical check could ever provide. The courts have established various criteria for this statistical comparison, to mitigate the fuzziness of the audit procedure by the use of a relatively high threshold of tolerance. For instance, the suspicion of non-cost-effectiveness arises in the event of a manifest disproportion between the average for the treatments billed and the treatments of the health insurance dentist being audited, unless that dentist can show that the treatment concerned was attributable to particular features of the practice (particular methods of examination and treatment, the specific patient complement or special local conditions).

Major areas of the dental care provided by health insurance dentists – in particular, periodontal, orthodontic and prosthodontic treatment – are character-

rized by high-cost forms of therapy extending over a relatively long period (several years in the case of orthodontics). As a result, the health insurance fund's agreement to meet the cost, made on the basis of Treatment and Cost Plans, is tantamount to an advance appraisal of the cost-effectiveness of the treatment, so that there is no a posteriori cost-effectiveness audit pursuant to Section 106 of Social Security Code V. With regard to the prior planning of treatment, it is open to the health insurance funds to commission an expert opinion on the basis of a contractual agreement. The expert is required to say whether he or she considers, without prejudice to the freedom of the dentist concerned to determine the appropriate therapy in terms of the applicable criteria of the dental art, that the proposed therapeutic measures are commensurate with the treatment objective. By agreeing to meet the cost of the treatment, the health insurance fund incurs a binding legal obligation towards both the patient and the dentist.

These kinds of treatment are thus covered by particular arrangements, not invalidated by the provisions of Section 275 of Social Security Code V, which grants the Medical Service of the Health Insurance Funds certain powers to obtain expert opinions and undertake audits. The expert opinion procedure contractually agreed between the health insurance funds and the health insurance dentists thus takes precedence.

Besides the cost-effectiveness audit, the law provides, in Section 83(2) of Social Security Code V, for plausibility checks by the associations of health insurance practitioners, carried out, in particular, on a random sample basis. These checks are directed principally to the volume of work billed per day in relation to the time spent performing it. This audit instrument, which is used for the compilation of "daily profiles" and was developed for the general medical sector of the health insurance scheme, cannot be transposed to the dental situation because a wide range of treatments provided by health insurance dentists are not carried out on the date on which they are billed. This applies to both prosthetic and orthodontic treatments.

The requirement of quality assurance laid down in Section 135a of Social Security Code V that is applicable to health insurance doctors applies equally to their dentist counterparts. This states that the treatment provided must accord with the relevant scientific state of the art and conform to the quality standards appropriate for the specialty concerned. Under the system of self-government, the profession has on its own initiative adopted a large number of measures, such as the facilitation of continuing training and postgraduate training, quality circles and improvement of hygiene standards and dental practice equipment, to enhance the quality not only of structures but also of processes and outcomes. The quality assurance measures in the field of general medical care under the health insurance scheme, provided for by Section 136a of Social Security Code V, in relation to the criteria for the indication-related necessity and quality of high-cost diagnostic and therapeutic procedures, have

not yet been specified in the dental field by the Federal Committee of Dentists and Health Insurance Funds (see Section 2.3.1).

The law associates specific quality assurance measures in the field of health insurance dental care with provisions as to liability (the liability aspects of dental laboratory work are discussed in Section 4.4). It has always been a principle of the law governing the activity of health insurance practitioners that the health insurance doctor/dentist owes the insured a duty of care in accordance with the provisions of civil contract law (Section 76(4) of Social Security Code V). Although few individual-law relationships exist in the benefits-in-kind system between the attending health insurance doctor/dentist and a patient covered by the social security scheme, the liability provisions of the Civil Code (BGB) apply to the treatment relationship. For the health insurance dentist, this liability has been extended by the third sentence of Section 136b(2) of Social Security Code V, which requires him or her to give a two-year guarantee on fillings and prostheses. During this period, the dentist must carry out identical and partial repeat fillings, and replace or repair prostheses, including crowns, free of charge. Over and above this requirement, longer guarantee periods may be agreed between the associations of health insurance dentists and the Land Associations of Health Insurance Funds, or be laid down in individual and group contracts between health insurance dentists and health insurance funds. The health insurance funds may agree to pay supplementary amounts for these. Health insurance dentists who grant their patients a longer guarantee period may inform their patients of this fact. Although the intention of these provisions was to enhance quality, they have not so far assumed any practical relevance. Following the enumeration by the Federal Arbitration Board (see Section 2.3.2) of a list of exceptions, the guarantee obligation laid down in the third sentence of Section 136b(2) of Social Security Code V, which is worded along the lines of a non-fault guarantee obligation on the part of the dentist, now takes account of the element of fault.

In addition, Section 136b(2) of Social Security Code V contains a provision to the effect that the Federal Committee of Dentists and Health Insurance Funds (see Section 2.3.1) must also lay down quality criteria for treatment with fillings and prostheses; the Verband der Zahntechnikerinnungen [Association of Guilds of Dental Technicians] must be involved in the setting of these criteria.

#### **4.6 Private dental treatment and its remuneration**

Outside the sphere of statutory health insurance, the provisions of civil contract law apply fully to the legal relations between dentist and patient. When a private patient enters into dental treatment, a treatment contract classifiable as a service contract pursuant to Section 611 ff. of the Civil Code (BGB) arises between him or her and the dentist. This service contract, which may also be concluded implicitly by conduct implying a specific intention, is subject to the rules governing the capacity to enter into a contract and/or, in the case of minors, the

provisions of the Civil Code concerning legal incapacity to enter into a contract (Section 104) or limited capacity to enter into a contract (Section 106). In the case of patients below the age of majority, the agreement of the patient's legal representative is therefore required, as a rule in the form of an undertaking by both spouses (Section 1357 of the Civil Code).

In terms of the legal situation of the contract as a whole, the preparation of a prosthesis as a craft operation subject to the provisions of the relevant work contract is of secondary importance. In accordance with the nature of a service contract, the dentist's contractual obligation consists in the provision of the therapeutic treatment in the form of diagnosis and therapy pursuant to the rules of the medical art and based on scientific knowledge. A guarantee of success is not an element of the contract, as the dentist promises only treatment in accordance with the rules of the art, and not success (cure).

Specific elements of the treatment contract must be agreed individually with the patient. The dentist's liability risk in connection with the treatment is twofold: it concerns, firstly, liability in accordance with the law of obligations in the event of deficiencies in the performance of the treatment contract – in particular, failure to discharge the obligation of treatment in accordance with the rules of the art, this being the main obligation arising out of the treatment contract – and, secondly, liability situations in accordance with the principles of a wrongful act (Sections 823ff. of the Civil Code) in regard to the infliction of damage on the patient's body or health or any other violation of his or her rights. The liability depends on fault; that is to say, it is limited to deliberate acts and negligence. For this reason, failure of the treatment does not necessarily imply malpractice. Malpractice would depend on a violation of the generally acknowledged principles of dental science. The dentist is required to exercise the care normally to be expected of a dentist practising his profession appropriately and with due awareness of the obligations incumbent on him or her. The dentist is in all cases also liable for mistakes by his or her employees and/or agents (Section 831 of the Civil Code) – in particular, dental assistants and assistant dentists, as well as locums.

In the event of culpable failure to discharge his or her treatment obligations, the dentist is liable in respect of the entire material damage arising, in particular for the cost of the treatment and medicines and for damages in respect of loss of earnings if the patient's earning capacity has been adversely affected. With regard to the liability arising from wrongful acts, the patient may in certain circumstances claim not only damages but also financial compensation (Section 847 of the Civil Code). Claims for damages arising out of the treatment contract lapse after three years (Section 195 of the Civil Code); claims for damages arising out of wrongful acts (Section 823 of the Civil Code) lapse after thirty years (Section 199(2) of the Civil Code).

#### **4.7 Particular obligations of the dentist in the treatment relationship**

Since in legal terms the therapeutic action of a doctor or dentist constitutes an injury to the body – that is, an impairment of bodily integrity or well-being – the patient's consent is required to justify a bodily injury inflicted for therapeutic purposes. This follows both from the patient's right of self-determination and from his or her entitlement to inviolability of his or her bodily integrity. For effective consent, the patient must be in possession of a sufficient basis of information to weigh up the pros and cons of the proposed treatment, so that he or she knows the reason for the consent and what is being consented to. Effective consent thus depends on the patient's knowing the circumstances relevant to his or her decision – that is, the appropriate diagnosis, the nature and extent of the proposed action, the possible degree of healing or improvement to be expected, possible appropriate alternative treatments, and the likely or unavoidable risks of the action. These legal conditions impose a duty of comprehensive information on the dentist. The information to be provided personally by the dentist as a part of the treatment must give an indication of at least the basic elements of the nature, significance and consequences of the dental action and must be consistent with the patient's capacity for understanding. The extent of the information requirement also depends on the level of the risk, the urgency of the action and the patient's individual need for information.

One of the obligations of a treatment relationship in the healing professions is that of professional secrecy. The duty of preserving medical confidentiality is an element both of the dentists' professional codes and of the criminal law (Section 203 of the Penal Code [StGB]). The duty of secrecy applies to all facts that have been entrusted or become known to the dentist in his or her capacity as a medical practitioner. These include not only medical facts concerning the patient's state of health and treatment, but also personal communications or details of the patient's personal circumstances where not generally known. Professional secrecy also applies vis-à-vis the bodies and persons with whom the dentist has contacts in the course of his professional activity, such as dental treatment payment offices or dental technicians. Professional secrecy must be observed not only by the dentist himself or herself but also by his or her employees and agents and by persons working in the practice in preparation for the exercise of the profession (Section 203(2) of the Penal Code) – that is, assistant dentists, locums, dental assistants, students in practical training and other trainees. There are very few exceptions to the duty of professional secrecy; chief among them is a dispensation by the patient. Other justifications are a threat to higher-level objects of legal protection – a "justifying emergency" pursuant to Section 34 of the Penal Code – certain situations involving the pursuit of justified interests (for instance, the collection of outstanding fees, criminal prosecutions or the sale of a practice), compulsory notification under the Federal Epidemics Law, or the obligation to warn of impending crimes (Section 138 of the Penal Code). As a part of his duty of professional secrecy, the dentist also has the right to refuse to give evidence (pursuant to Section 53 of the

Code of Criminal Procedure [StPO] or Section 383(1) No. 6 of the Code of Civil Procedure [ZPO]). Patient data protection in accordance with the Federal Data Protection Law (BDSG) is very important owing to the implications for medical professional secrecy.

Another aspect of a medical practitioner's duty of information is the documentation requirement, which arises out of the professional obligation to compile treatment documents and also constitutes an independent ancillary contractual obligation under the treatment contract with the patient. In the case of health insurance dentists, the Federal Skeleton Contract lays down the obligation to keep records of each patient treated, which must include details of the individual treatments, the teeth treated and, where necessary, the diagnosis and treatment data. There are specific obligations concerning the retention of these notes, in relation to which the patient has a right of personal inspection where a justified interest exists. Failure to comply with the documentation requirement constitutes a violation of professional duty and an infringement of the obligations incumbent on a health insurance dentist; however, it also represents an infringement of contract that may lead to a claim for damages on the part of the patient.

#### **4.8 The dentist's entitlement to fees**

The dentist's entitlement to fees for the treatment of a private patient is based on Sections 611 and 612 of the Civil Code. These provide that the patient is required under the terms of the treatment contract to pay the agreed amount. Even in the case of a separate agreement on fees, the treatment will be deemed to be provided for a fee unless special circumstances indicate that the patient was entitled to assume that it would be given free of charge. Dentists may in certain circumstances have a particular duty of information concerning excess amounts payable by patients covered by the social security scheme. The fee entitlement relates to dental treatments – that is, those either conducted by the dentist himself or herself or those carried out under his or her responsibility and supervision. A dentist is free to set the fee for his or her services at his or her discretion unless a scale of fees calling for different rates applies (Section 316 of the Civil Code). In cases where no agreement was made on the level of the fee, the level of the remuneration is determined by an official scale of charges, where one exists for the relevant service (Section 612(1) of the Civil Code). The Private Scale of Fees for Dentists (GOZ) of 22 October 1987 constitutes an official scale of charges of this kind for dental treatment.

Payment for private dental treatment is thus normally determined by the GOZ. This scale of fees is issued by executive order of the Federal Minister of Health with the agreement of the Bundesrat [Upper House of the Federal Parliament]. It is thus an official scale laid down by the State, in which certain financial interests of the Federal Länder also play a part, because it constitutes the basis for

the assessment of State benefits to public employees (see Section 2.2.3). According to Section 1 of the GOZ, free agreements on fees are allowed only within certain limits, the rates laid down in the GOZ being applicable as a rule. Annexed to the GOZ is a schedule of fees with a list of dental treatments, to each of which a specific fee is assigned. This is calculated by multiplying the number of points specified for the individual treatments in the schedule by the value of a point. The amount to be charged by the dentist will be in the range 1 to 3.5 times the specified rate (Section 5(1) of the GOZ). The criteria determining the actual figure are the difficulty of the treatment, the time spent and the circumstances of the conduct of the treatment, as assessed on an equitable basis. Section 5(2) of the GOZ provides for a "standard fee", which should be in the range 1 to 2.3 times the rate featuring in the schedule. The factor of 2.3 here applies to a treatment of average difficulty and average duration. If the dentist bases his fee on a multiplier higher than the standard level, he must, if the patient so requests, give reasons for the choice of this multiplier and prove the validity of the relevant criterion in the event of a dispute. Conversely, a dentist may not unfairly charge less than the rates set out in the official scale of fees – that is to say, he or she must not apply a multiplier of less than 1. Failing an express provision to the contrary, the fee is deemed to include general practice overheads and the costs arising from the use of dental instruments and apparatus (Section 4(3) of the GOZ). The cost of medicines, dressings and materials, as well as dental laboratory costs, may be charged separately. Items not included in the Scale of Fees are to be charged for in accordance with the provisions of the Private Scale of Fees for Physicians (GOÄ) if that scale includes the relevant rates. Apart from this, equivalent treatment items are rated by analogy; appropriate guidance is provided by the professional organizations.

The level of fees may also be determined by an agreement concluded between the dentist and the patient. Subject to certain conditions, an agreement of this kind may be made between the dentist and the patient notwithstanding the existence of the GOZ (Section 2 of the GOZ). Such an agreement must be made in writing and contain a statement to the effect that not all of the fee may be reimbursed by the relevant bodies. In the case of treatments provided for neither in the GOZ nor in the GOÄ, details of the treatments themselves and of the rates to be charged for them may be agreed in writing. The agreement must include a statement to the effect that the treatments concerned are "specifically demanded items", for which reimbursement may not be possible. Material and laboratory charges are to be billed at cost. Section 10(1) of the GOZ provides that fees are payable against invoice. The fee is payable by the treated patient or, where applicable, the person with whom the treatment contract was concluded – that is, the legal representative or spouse as provided by Section 1357 of the Civil Code (BGB). Fee claims by doctors and dentists lapse after three years (Section 195 in conjunction with Section 199(1) of the Civil Code).



## 4.9 Abstract

Since the establishment of statutory health insurance in 1883, the list of dental treatment items covered has been subject to constant changes in both extent and structure. At first, with the broadening of the concept of illness, the range of treatments grew continuously, but since the mid-1970s a series of cost containment laws have embodied the increasing intervention of the State in the setting of contractual terms and stipulations on permissible treatments; the relevant legislation has included repeated "restructuring" of the standard assessment scale for dental treatments. Prosthodontics and orthodontics have undergone many such legal vicissitudes. This chapter discusses the particular conditions applicable to orthodontic and prosthodontic treatments, as well as such matters as extra-cost agreements and the legal basis of dental treatment, including private dental treatment, with particular reference to the law of liability.

## 4.10 References

*Forschungsinstitut für die zahnärztliche Versorgung (ed.): 100 Jahre Krankenversicherung. Standortbestimmung und Weiterentwicklung des Kassenarztrechts. Berlin 1984*

*Muschallik, T.: Besonderheiten der vertragszahnärztlichen Versorgung. In: Schnapp, F. E., Wigge, P. (eds.): Handbuch des Vertragsarztrechts. Munich 2002*

*Tiemann, B., Tiemann, S.: Kassenarztrecht im Wandel – Die gesetzliche Krankenversicherung zwischen Kostendämpfung und Strukturveränderung. Berlin 1983*



## **5 International comparison of macrostructural data**

---

The production and distribution of health-related goods can be considered on three different levels, as follows. a) On the micro-level, the process of health “production” between the dentist and the patient, who is seen as a “co-producer” of oral health, can be analysed. b) On the meso-level, conversely, the focus is on the actions of institutions – for example, the fee negotiations of the associations of health insurance dentists with the associations of health insurance funds. c) Finally, the macro-level concerns the macrosocial aspect of health-care, in terms of the social function assigned to dentistry, the health-policy objectives resulting from that function, the nature and volume of resources allocated by society to dental care (the scale and structure of the production of goods in the healthcare system), and the particular instruments and means of regulation used by a society to achieve the healthcare objectives deemed macrosocially important.

The macro-level differs from the micro- and meso-levels by its high degree of aggregation, which has two elements: firstly, the individuals under consideration (“economic subjects”) are combined into aggregates (e.g., the group of persons covered by the statutory health insurance scheme, the group of health insurance dentists, etc.) or sectors (the dental care sector); and, secondly, the goods concerned are aggregated into bundles. One consequence of the combination of microeconomic phenomena so as to yield highly aggregated macroeconomic data is a loss of information (conclusions as to individual situations cannot be drawn from aggregated data); on the other hand, however, aggregation provides a better overall view and facilitates system comparisons (benchmarking).

### **5.1 International comparison of healthcare spending**

In terms of macrostructure, the proportion of gross domestic product accounted for by healthcare spending (and, specifically, spending on dental treatment and prostheses) is particularly interesting because this statistical parameter reflects its social significance (see Table 5).

Table 5: International comparison of macrostructural data on healthcare					
Country	Healthcare spending per capita (US dollar purchasing power parity) (2000) <sup>1</sup>	Healthcare spending as a percentage of GDP (2000) <sup>1</sup>	Total spending on dental treatment as a percentage of GDP <sup>1</sup>	Total spending on dental treatment as a percentage of healthcare spending <sup>1</sup>	Density of dentists (practising dentists per thousand inhabitants) <sup>2</sup>
Australia	2 211	8.3	0.4 (1998)	5.1 (1998)	0.4 (1998)
Austria	2 162	7.4	0.8 (1991)	10.7 (1991)	0.5 (1998)
Belgium	2 269	8.7	0.2 (1988)	3.2 (1988)	0.7 (1998)
Canada	2 535	9.1	0.7 (2001)	7.4 (2001)	0.6 (2000)
Czech Republic	1 031	7.2	0.4 (1998)	5.2 (1998)	0.6 (1998)
Denmark	2 420	8.3	0.5 (1996)	6.1 (1996)	0.9 (1995)
Finland	1 664	6.6	0.4 (2000)	6.2 (2000)	0.9 (1998)
France	2 349	9.5	0.5 (2000)	4.8 (2000)	0.7 (2000)
Germany	2 748	10.6	1.1 (1998)	10.6 (1998)	0.8 (2000)
Greece	1 399	8.3	0.3 (1992)	3.9 (1992)	1.0 (1995)
Hungary	841	6.8	-	-	0.4 (1998)
Iceland	2 608	8.9	0.7 (1999)	7.7 (1999)	1.1 (1997)
Ireland	1 953	6.7	0.3 (1992)	4.3 (1992)	0.5 (1998)
Italy	2 032	8.1	-	-	0.6 (1997)
Japan	2 012	7.8	0.5 (1999)	6.6 (1999)	0.7 (1996)
Korea	893	5.9	0.1 (1995)	1.8 (1995)	0.3 (1997)
Luxembourg	2 613*	6.0*	0.1 (1999)	2.4 (1999)	0.7 (1998)
Mexico	490	5.4	-	-	0.7 (1990)
Netherlands	2 246	8.1	0.3 (2000)	3.9 (2000)	0.5 (2000)
New Zealand	1 623	8.0	0.3 (1993)	4.6 (1993)	0.4 (1997)
Norway	2 362	7.8	0.3 (1991)	3.6 (1991)	1.2 (1998)
Poland	558*	6.2*	-	-	0.5 (1997)
Portugal	1 441	8.2	1.7 (1985)	26.3 (1985)	0.3 (1998)
Slovakia	690	5.9	-	-	0.5 (1998)
Spain	1 556	7.7	0.5 (1991)	7.6 (1991)	0.4 (1997)
Sweden	1 748**	7.9**	0.8 (1992)	9.8 (1992)	1.5 (1997)
Switzerland	3 222	10.7	0.7 (1999)	6.6 (1999)	0.5 (2000)
Turkey	303**	4.8**	-	-	0.2 (1998)
United Kingdom	1 763	7.3	0.4 (1992)	5.5 (1992)	0.4 (2000)
USA	4 631	13.0	0.6 (2000)	4.7 (2000)	0.6 (1999)

\* 1999  
\*\* 1998  
1 OECD Health Data 2002. A Comparative Analysis of 30 Countries, June 2002  
2 WHO Statistics. WHO Estimates of Health Personnel, 2000

Let us begin with a comparison of total healthcare spending by the Member States of the OECD. At the lower end of the scale are countries like Turkey, Mexico and the former communist nations of eastern Europe, all of which are at the “catching up” stage of development – their economic prosperity still, however, being significantly below that of the United States or western Europe. The highest level of healthcare spending, in both absolute and relative terms, is exhibited by the United States. Second and third places are taken by Switzerland and Germany, which follow some way behind. The first point to emerge from the macro-data is that health-related goods in all cases become more significant with increasing prosperity (as reflected in GDP) – in both absolute and relative terms. Health constitutes a “superior good”, the relative demand for which rises with increasing income. That is to say, the proportion of gross domestic product accounted for by healthcare spending does not remain constant, but increases with growing economic strength. This means that per capita income exerts a dominant influence on the level of healthcare expenditure. A study by Robert Leu based on figures for selected OECD member countries showed that 85% of the differences in spending between countries could be explained by differences in per capita income. The international comparison reveals – in accordance with the gradient of economic strength – a wide scatter of healthcare spending, equivalent to a factor of about 15 in absolute terms (calculated on the basis of purchasing power parity), and of nearly 3 even in relative terms.

Other possible determinants of healthcare spending levels are: a) the influence of the State on healthcare provision; and b) the proportion of healthcare spending accounted for by public funding – or, in other words, the degree of centralization of the healthcare system. The influence of the State on healthcare provision may tend to increase costs because public-sector productivity is less than that of the private sector. However, consideration of the proportion of public funding, or the degree of centralization of the healthcare system, shows that the level of spending in privately funded healthcare systems is comparatively higher, partly because publicly funded healthcare systems are in a stronger position to resist the claims of the healthcare providers. The relative significance of organizational expenditure in private and public healthcare systems is a matter of controversy: on the one hand, publicly funded systems may be expected to have comparatively higher administrative costs owing to the lack of competition, but, on the other, the organization and transaction costs of privately financed systems with decentralized pricing are significantly higher. However, the statistics of course give no indication of the quality of outcomes and hence of the cost-effectiveness of healthcare provision in individual countries; for this purpose, outcomes would also need to be included as a parameter in the analysis.

## 5.2 International comparison of spending on dental care

The same reservation obviously applies to the specific field of dental care too. Spending on dental treatment and prostheses also varies significantly from country to country, ranging from 0.1% of GDP in Korea to 1.7% of GDP in Portugal. The proportion of overall healthcare expenditure accounted for by dental care varies between 1.8% in Korea and 26.3% in Portugal. In terms of expenditure on dental treatment, Germany belongs to the group of highest-spending countries, with proportions of 1.1% of GDP and 10.6% of the total healthcare budget. There are many reasons for this wide scatter. An important factor is no doubt the cultural value attached to dental health, which varies greatly between the countries considered. The healthcare funding system (self-retention provisions, complementary insurance, etc.) no doubt also affects the demand for dental treatment and hence spending in this field.

## 5.3 International comparison of density of dentists

The density of dentists is another important macrostructural parameter of healthcare policy. The ratio of the number of dentists to total population indicates the average number of persons serviced by one dentist. If the density of dentists (number of dentists per thousand inhabitants) were "too low", it would not be possible to guarantee the availability of dental care, especially in regional terms. For dentists wishing to establish a practice, the density of dentists is an important indicator of the intensity of local and regional competition. There is no a priori relationship between the density of dentists and the level of healthcare spending; the effect of this parameter must in all cases also be considered in connection with the price elasticity of patient demand (how sensitively does the patient respond to price changes by changes in the level of demand?).

## 5.4 Abstract

Macrostructural data have become an indispensable element of the comparative analysis of healthcare systems. Comparative international parameters, such as the proportion of gross domestic product accounted for by healthcare spending or the density of dentists, are important indicators of national system particularities and of differences in cost efficiency and the quality of care.

## 5.5 References

*Hajen, L., Paetow, H., Schumacher, H.: Gesundheitsökonomie: Strukturen – Methoden – Praxisbeispiele. Stuttgart/Berlin/Cologne 2000, p. 228 ff.*

*OECD Health Data 2002: A Comparative Analysis of 30 Countries. CD-ROM, June 2002*

*Schneider, M., Beckmann, M., Biene-Dietrich, P., Gabanyi, M., Hofmann, U., Köse, A., Mill, D., Späth, B.: Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich. Übersichten 1997. Augsburg 1998*

## 6 Structural problems

---

### 6.1 Structures of corporatism

An account of the special path followed by German healthcare policy and hence also of the system of dental care was been given in the introductory historical chapter; its particular feature is the incorporation of the professional organizations of physicians and dentists into the State social welfare system in Germany. This aspect will now be considered again under the heading of "structural problems", because corporatization as a healthcare strategy currently appears to be approaching the limits of its feasibility. In the present-day debate on healthcare policy and, more particularly, the economics of healthcare, the efficiency of the corporate structural model, and specifically its tradition of collective contracts, has been called into question. A new organizational paradigm is now assuming prominence – namely, that of competition and the use of market elements within and between the corporate players – namely, the corporate bodies of physicians and dentists and the health insurance funds. At the time of writing, an overall view of the current trend of legislative initiatives is not yet possible. One thing seems, however, to be clear: the associations of health insurance doctors and dentists have come into the sights of the coalition between the Social Democrats and the Greens that now constitutes the Federal Government. Their right to exist has not – yet – been questioned, but they are to be deprived of some of their key powers, concerning, for example, the guarantee of dental care in accordance with legal and contractual requirements, and the right to determine the fee distribution scale. On the other hand, the function of patient care is increasingly being assigned to the health insurance funds, which are supposed to discharge it under, for example, "disease management" programmes.

#### 6.1.1 Corporatization strategy: structural components and critique

The cornerstone of the corporatization strategy in German healthcare policy is the system of joint self-government by doctors/dentists and health insurance funds (see Section 2.3), which is characterized by the following components:

- central collective contracts;
- joint committees to decide on medical/clinical issues (for instance, the Federal Committee or the Assessment Committee);

- compulsory arbitration procedures to resolve conflicts between the contracting parties and to obviate contract-less situations;
- the public-law status of doctors/dentists and associations of health insurance funds;
- compulsory membership for doctors and dentists who are established in practice and licensed; and hence
- far-reaching powers on the part of the public-law corporate bodies to impose obligations on their members.

The main charge levelled at the corporate structural model, in particular by experts in health economics, is that its capacity for innovation is insufficient to solve the structural problems of the healthcare sector. In contrast to the impressive innovations achieved by medicine at scientific and technological level, organizational deficiencies are stated to exist with regard to control – for instance in cross-sector coordination and integrated patient care – and are attributed to obstruction with the aim of protecting the interests of the “cartel” of established doctors and dentists.

Even if the critique of the lack of integration between different spheres of medical care applies only to a very limited extent to the dental sector – dentists commission very few third-party services and have only limited links to other providers in the field of diagnosis and therapy – the associations of health insurance dentists are lumped together with others as an “obstructive cartel”. For this reason, the critics recommend that the supply monopolies represented by the associations of health insurance doctors and dentists be replaced in future by individual doctors/dentists or groups of doctors/dentists who, for their part, would conclude direct contracts with the health insurance funds. Underlying the proposed abolition of the system of collective contracts is the assumption that the introduction of competitive mechanisms would exert downward pressure on the fees charged by doctors and dentists working in the outpatient sector, thus making a positive contribution to reducing healthcare costs.

### **6.1.2 Political and economic benefits of the corporatization strategy**

According to the above charge, the healthcare strategy of corporatization has failed to satisfy a requirement always adduced since at least the mid-1970s as a justification for the existence – and to an even greater extent, the extension – of the collective contract model: namely, that of containing the increasing costs of the statutory health insurance scheme. For many years, a consensus prevailed in the field of healthcare policy and, in particular, also among the administrative echelons of the Federal Ministry of Labour and, later, of the Federal Ministry of Health, to the effect that the structures of joint self-government needed to be strengthened in order to provide an instrument of control over the cost structures of the healthcare system, which were ultimately highly complex and opaque. As recently as in the 1990s, an intensive debate was conducted on the possibility of extending corporatization and the system of col-



lective contracts to the hospital sector (corporatization of the Land hospital federations) and the pharmaceutical sector (establishment of a system of self-government for the pharmaceutical industry). The assignment of negotiating powers on fees to the high level of the Federal and Land associations of health insurance funds, the standardization of association structures that formerly took a number of different forms – in particular, the substantial alignment of the legal status of the substitute health insurance funds with that of other types of funds – and the constant expansion of the functions of decision-making bodies such as the Federal Committee and the Assessment Committee: all these constitute proof of the political and legislative reinforcement of the system of joint self-government.

In particular, the ministerial administration at Federal and Land level has always been regarded as a pillar of the corporate structural model. It first emphatically assumed this function in the 1950s, when the Federal Republic of Germany was still struggling to reconstruct the healthcare system, the political parties did not yet have detailed plans for healthcare reform, and the association-centred model was seen and used primarily as an instrument for pacification of the sector. The 1955 Law Establishing the Legal Framework for Statutory Health Insurance Practitioners (GKAR), which has already been mentioned several times, is the legal embodiment of this strategy, and as such falls within the tradition of the incorporation of the organizations of physicians and dentists in the healthcare system that was already effective at the time of the Weimar Republic and can be traced back to the nineteenth century (see Chapter 1).

Consideration of the strengths of the corporate structural model clearly reveals why precisely the system of ministerial administration, with its specific interest in relevant problem-solving, the settlement of conflicts and practicable procedures, has a high affinity with this model. However, genuinely political advantages can, of course, also be identified. The political scientist Wolfgang Streeck has exemplified the "political capital" represented by corporate associations for a society in four points, which are also, and indeed precisely, relevant to the German healthcare system:

1. "Associations organize cooperation between competitors."

Costly excrescences of a competitive struggle between providers – such as, for example, marketing and advertising measures designed to promote sales – can thereby be avoided. Given appropriate State policy, the regulation of interests on a corporate basis can therefore reduce transaction costs, provided that the resulting cartels do not enrich themselves at society's expense.

2. "Associations allow not only cooperation between players with identical interests but also compromises between ones with different interests."

This statement too can be aptly applied to the German healthcare system. A conflict of interests between the health insurance funds and the associations of

practitioners can certainly be identified. The transfer of the obligation to guarantee care in accordance with legal and contractual requirements to the associations of health insurance doctors and dentists was consistent in so far as health insurers – if only for reasons of financial stabilization of their business – represent primarily the interest of those insured with them, and to a lesser extent the smaller number of persons who actually fall ill, who are in turn the “clients” of the doctors and dentists. The transfer of the obligation to meet the legal and contractual requirements of medical care to the associations of statutory health insurance doctors and dentists, and the shifting of responsibility for funding these services to the health insurance funds, ultimately constitute nothing other than an attempt to mitigate the conflict of interest between insured individuals and patients. The doctors’ strikes and the many instances when it had proved impossible to conclude contracts, dating from the time before the establishment of corporate bodies of medical practitioners, were the direct occasion for the introduction of corporate structures in the healthcare field. This pacifying and conflict-absorbing function, performed by the system of joint self-government of practitioners and health insurance funds, is sometimes underestimated in the current debate on health policy.

3. “Associations increase the level and intensity of information in a society by – in their own interests – telling the policymakers what is necessary and their members what is possible.”

The particular attraction of the corporate model from the point of view of the State administrative bodies is that the associations provide them with detailed information which they could not obtain by themselves except at prohibitive expense, if at all. This political and, in particular, administrative benefit emerges clearly in the healthcare field in connection with delicate medical decisions on the application and assessment of diagnostic and therapeutic procedures for the purposes of medical and dental care under the health insurance scheme.

Vis-à-vis their members, the associations have the function of providing not only realistic interpretations of their interests but also of applying distribution procedures that are felt to be fair and allow the individual to withstand unavoidable disappointments without loss of face. This last point is of great practical importance in connection with the problems of distributing the total available remuneration pool among different groups of specialists.

4. “Associations enable members to gain an effective hearing for their views. They thus provide dissatisfied practitioners with an alternative to feelings of resignation and abandonment of the profession.”

This statement leads one to predict that a weakening of the corporate players represented by the associations of health insurance doctors and dentists will lead to the formation of new, competing organizations that will endeavour to represent practitioners’ interests more effectively.

This is precisely what is happening at present, at a time when the contractual monopoly of the associations of health insurance doctors and dentists is being called into question for reasons that will be discussed below, in favour of a system of direct contracts. The response of the medical and dental professions is the establishment of independent bodies, for instance in the form of co-operatives, private limited companies or incorporated societies under German law, intended to take over the negotiation and conclusion of contracts with the health insurance funds in the future, and, moreover, on different – i.e., better – financial terms than those feasible under the current budget-based system. This must at least place a question mark against the politicians' hopes of a reduction in doctors' and dentists' fees and a lowering of cost pressures in the healthcare field.

### **6.1.3 The three exposed flanks of corporatism: economics, power politics and professional ethics**

The question remains why, notwithstanding the "political capital" afforded the healthcare system by the corporate players, the corporatization strategy is perceived in the current debate on healthcare policy as a cause of problems rather than a means of solving them.

Three arguments must be distinguished in this respect:

#### *1. Economic insufficiency*

The main reason for the political revaluation of the corporate model in the healthcare sector in the second half of the 1970s was the hope that the strengthening and extension of collective-contract competences would allow a rein to be kept on costs in the statutory health insurance scheme. In view of the constant increases in contribution rates over the last few years, the problem-solving potential of the system of joint self-government no longer appears adequate for managing healthcare costs.

Objective consideration of this view, however, reveals it to be inapplicable to the dental field: a retrospective long-term consideration of the trend in the old Federal Länder (the former West Germany) shows that expenditure on dental care has grown at an appreciably lower rate than spending in the hospital and pharmaceutical sectors, the relative proportion of spending accounted for by dental treatment having fallen from 15.1% in 1976 to 8.9% in 2001. Similar findings, although quantitatively less marked, apply to the entire field of outpatient treatment. The increases in statutory health insurance contribution rates are attributable primarily to cost trends in the hospital and pharmaceutical sectors, and thus arise, precisely, in the non-incorporated parts of the healthcare system.

However, in the current reform debate, which is dominated by healthcare economics, such empirical facts are manifestly so subtle that they tend to be over-

looked. The exposed flank of the corporate model lies in the lack of market and competition elements that characterizes its ponderous, association-based structure of collective contracts; private-enterprise mechanisms of organization and distribution are advocated as a functionally superior alternative. It is precisely this flank that is the target of the healthcare economists' critiques, according to which the corporatist organizational structure exhibits a fundamental incapacity for innovation and a hostility towards progress. Competition-based approaches, in which individual health insurers contract with individual service providers or groups of service providers, are instead favoured as a more efficient solution to the problems of medical care in terms of the allocation of resources. This is bound to call into question the justification for the existence of the corporate bodies of doctors and dentists, because their key responsibilities – of guaranteeing the provision of healthcare to the population in accordance with legal and contractual requirements, and of distributing the collective remuneration paid by the health insurance funds to the practising doctors and dentists – would then necessarily become obsolete or have to be transferred to the health insurance funds. The joint self-government of incorporated associations of practitioners and of health insurance funds would be replaced by market-type competitive structures made up of a large number of entities on the side both of the practitioners and of the health insurance funds. The hope is that, on this quasi-market for healthcare services, the patient, or citizen at risk of falling ill, could be offered "more medical quality" at macroeconomically calculable prices – that is, prices that would not add even more to ancillary wage costs.

It is difficult to predict which structural model is ultimately the more economically efficient. Let us just briefly consider the objection that the market model outlined above would necessarily give rise to an increase in transaction costs, both in the conclusion of the much larger number of individual contracts and in the time-consuming and costly ex post verification of contractual terms and conditions. This would have to be offset by cost savings that would first need to be achieved by "competitive forces" on the healthcare quasi-market.

In view of the financial problems currently facing the statutory health insurance scheme, the ultimately vague prospects held out by the health economists in their competition-based models are, it seems, sufficient reason for the politicians to set about "modernizing" the system and "breaking up" the supply-side cartels that are allegedly driving up costs.

## *2. Calculation in terms of power politics*

From the political point of view, the idea that corporate-body status might help to moderate the mobilization of the medical and dental professions in the pursuit of their interests proved to be over-optimistic at a very early stage in the history of the Federal Republic of Germany. The occasion was the first legislative attempt, in 1958, to contain healthcare costs. The then Minister of Labour in the Adenauer cabinet, Theodor Blank, staked everything on a reform (the Health Insurance Reorganization Law [KVNG]) intended to reduce the scope

for negotiation of the corporate players in favour of State-imposed stipulations. A uniform scale of fees for practitioners fixed by ministerial order, as well as State rights to impose terms (rather than, say, arbitration procedures) if the contracting parties failed to reach agreement, were the intentions of Blank's reforms – which, however, provoked vigorous opposition on the part of the National Association of Statutory Health Insurance Physicians. It was only the medical profession's famous "Chancellor talks" that prevented these proposals from becoming law. What remained was an impression on the part of a confused public that a public-law corporate body – conceived as a part of the indirect administrative apparatus of the State and hence programmed for "objectivity" – possessed highly effective mechanisms for articulating and securing its interests.

In the ensuing decades, these experiences of the failure of the Blank health-care reform, which were positively traumatic for the politicians, played a decisive part in relations between government and the associations not only of doctors but also of dentists. The parties in government lived in constant fear of the potential loss of votes that might result from a serious conflict with the doctors, and were even more afraid of the public opinion the doctors might be able to mobilize against the government of the day. In this respect, over the decades the dentists proved to be even more critical of the system in their statements and even more resolute in their actions. This is partly because they were – and are – much less interested than the medical profession in the survival and further development of the statutory health insurance scheme and the corporate structural model, so that the reaching of a settlement with the parties in government at any given time has been much less important to them.

Obstructive behaviour of this kind by social groups is no doubt tolerated, on the level of power politics, only as long as it still just has the appearance of performing a useful function in the solution of concrete problems – primarily, that of healthcare costs. This brings us to the second exposed flank of the corporate model. The principle of joint self-government is anathema to the traditional German understanding of politics, which ultimately regards the organized interests of associations only as a problem-solving instrument, and the associations' aggressive pursuit of their interests as troublesome, if not actually illegitimate. Typical of this attitude are the statements made in 1988 by the then Minister of Labour, Norbert Blüm, in connection with his attempted reform of the statutory health insurance scheme, the Healthcare Reform Law (GRG). The protest campaign against this proposed law, in which the National Associations of Statutory Health Insurance Physicians and Dentists played a prominent part, induced Blüm – inspired by Theodor Eschenburg's famous 1955 study on the State and society in Germany – to conjure up the spectre of an imminent political take-over by "the associations".

The politicians' calculation that, depending on the particular problem constellation, they can gradually superimpose hierarchical instruments of control on the negotiations between the corporate players, to the point of putting the institu-

tion of joint self-government completely out of action, is the second exposed flank of the corporate structural model. In the current political situation, the present government coalition between the Social Democrats and the Greens evidently need not take much account of protests by doctors and dentists. At the same time, as stated, competition-based models are felt to be more likely to solve the financial problems of statutory health insurance. This power-political constellation no doubt constitutes a favourable juncture for further repressing the political influence of the medical and dental corporate bodies and instrumentalizing these organizations primarily for auxiliary State and para-fiscal functions. Even so, the principle of joint self-government would then have retained one of its latent functions, to which the public-law jurist Ernst Forsthoff drew attention long ago – namely, as a constructive means of disciplining social domains.

### *3. Professional ethics*

It is now no longer just the politicians and their economist advisers who are increasingly calling into question the corporate structural model in the health-care field. The professionals themselves, and in particular the dentists, are now adopting a predominantly critical attitude towards this model, thus revealing its third exposed flank.

The essence of the institution of the liberal profession, as the sociologist Horst Baier once put it, is a service rendered by persons and directed towards persons. Anyone familiar with the reality of the “control” of medical and dental activity in the regional associations of health insurance doctors and dentists will soon recognize that the system now entails a degree of over-regulation and bureaucratization, as well as of rationing of care, that constitutes a permanent impediment to the free exercise of the individual doctor’s or dentist’s profession in line with the satisfaction of individual patient needs.

One can only speculate on whether this tendency to limit the freedom of doctors’ and dentists’ actions is a consequence of the specific organizational logic of the system of joint self-government. It may, for example, be presumed that the public-law status of the corporate bodies constitutes an a priori limitation on their service orientation towards their members. Whatever the result of an objectivizing analysis, the fact remains that a large number of practising doctors and dentists subjectively see the activity of “their” corporate bodies primarily as a restriction on the professional autonomy they are able to exercise in their work. The only justification – if any – for the existence of the corporate bodies, in the eyes of their members, lies in the relative technical reliability of payment of the fees remitted by the health insurance funds. However, with the increasing financial problems of the statutory health insurance scheme, this advantage too may well gradually fade away, causing the dentists to look out for new, competing forms of organization.

Consideration of current legislative proposals for “professionalization” of the corporate bodies of doctors and dentists inevitably suggests that the role of

these organizations is indeed increasingly being transformed into that of bodies for the monitoring of medical activity. This will not be conducive to their acceptance by their compulsory membership and could well contribute to a further weakening of the corporate structural model.

Having regard to the foregoing, it is impossible to arrive at an unequivocal conclusion on the extent of the "structural problem of corporatism". The political capital afforded a society such as that of the Federal Republic by corporate organizations surely remains. However, the corporate model seems very exposed to political opportunism, which could, depending on the calculations of the relevant parties, extend to the point of perverting the notion of joint self-government by doctors/dentists and health insurance funds. This dependence on short-term political fashion suggests that the model will ultimately be unable to withstand the pressures of the future.

## **6.2 Structural problems of the system of dental treatments and contracts**

### **6.2.1 Dominance of the principle of benefits in kind**

The historical development of the law governing dental treatments and contracts under the statutory health insurance scheme is characterized by a progressive expansion of treatments and contracts, a trend which accelerated in the 1970s and has been periodically contained by restrictions on remuneration and by self-retentions.

With the start of the new millennium, which also marks the passage of half a century since the introduction of the current legal regime governing the activity of health insurance practitioners, this regime has evidently undergone a change of paradigm. This has taken place within a cyclic process of evolution that concerns both the legal position of the insured and the function and internal structure of the health insurance institutions, as well as the status of the health insurance doctor/dentist. The most prominent features of this process of change are the increased instrumentalization of the health insurance doctor/dentist for the system of statutory health insurance, the impact of overall macrosocial control of the treatment and remuneration system, and a reinforcement of public-law constraints on the activity of the medical profession. The strengthening of the social-welfare aspect of the role of the health insurance doctors/dentists, coupled with the repercussions of macroeconomic processes on their treatment activity and on the doctor/dentist-patient relationship, has given rise to specific tensions in the system of medical/dental care under the statutory health insurance scheme. These are evident between, on the one hand, the fundamental right to an autonomous doctor/dentist-patient relationship based on personal trust and medical/dental competence, with its many and varied implications (freedom of therapy, the patient's right to choose, duties of information and co-responsibility, and personal conduct of the treatment)

and, on the other, the social-welfare requirements of macrosocial organizational principles. This leads to multidimensional contradictions in the law governing the activity of health insurance practitioners, which can be resolved without doing violence to the constitution only if the relevant objects of legal protection and interests are harmonized in a manner consistent with citizens' fundamental rights.

The first contradiction stems from the legal framework as such and concerns the three pillars of statutory health insurance – namely benefits in kind, the collective contract and collective remuneration – which govern the system almost without exception. Within this structure, the health insurance funds are required not only to relieve the insured of the financial risk of illness, but also to guarantee him or her the provision of medical and dental treatment and medicines. Services and benefits in kind are characterized by the fact that the claim of a person insured under the social security scheme on the provider of the service or benefit relates directly to the service or benefit itself. As a rule, the only financial contribution made by the insured is his or her social security contribution. The legislative intention behind the introduction of the principle of benefits in kind was to guarantee medical/dental care under the health insurance scheme to all health insurance fund members. Because the need was to be satisfied directly without the insured having to make a cash payment at the time – this being the characteristic feature of the principle of benefits in kind – the threshold of inhibition for less well-off patients to claim benefits would be lowered, so that they would not be deterred from having necessary treatments for material reasons. Hence the patient was to be relieved both of the need to put down a payment and of the actual process of obtaining the benefit. These principles derive from the original objectives of health insurance, based on a paternalistic welfare system operated by the State and on the notion of care under the labour legislation.

The legal relationships between the legal entities in the benefits-in-kind system take the following form: on the basis of his or her licensing, doctors/dentists are entitled and obliged to treat patients covered by the social security scheme, and have a claim in public law on their association of health insurance doctors/dentists for remuneration for their services. The association of health insurance doctors/dentists is responsible for guaranteeing the provision of medical/dental treatment under the health insurance scheme for patients covered by social security in accordance with legal and contractual requirements, and has a claim on the health insurance funds to collective remuneration pursuant to the collective contracts. On the basis of their insurance relationship with their health insurance fund and of their contribution payments in conjunction with the benefit provisions of the Social Security Code, which determine the content and scope of benefits, patients have a public-law claim, in the form of a subjective-public and judicially enforceable right, on the health insurance funds to the provision of medical/dental benefits under the health insurance scheme to the extent provided for in the Social Security Code. The legal relationship obtaining between the insured and the health insurance fund – the “social law



relationship” – is in this case a public-law legal relationship which, owing to its similarity to a debtor/creditor relationship, is sometimes called a public-law debtor/creditor relationship, and is in some respects also comparable with the relationship arising out of an insurance contract. The four-sided public-law configuration (see Section 4.2, figure 4) has superseded the treatment contract between doctor and patient in the benefits-in-kind system and robbed it of its constitutive private-law factors, so that a treatment contract between a health insurance doctor or dentist and a patient covered by social security is largely a fiction and a meaningless empty shell.

Under the system of benefits in kind, there exists between the health insurance doctor/dentist and the patient neither a claim to treatment under the law of obligations in relation to the medical/dental treatment concerned nor a private-law claim to remuneration for the medical/dental services rendered. The private-law relations between the doctor/dentist and the patient are reduced, under the benefits-in-kind system, to a relationship involving a duty of care under the law of liability, which is incorporated in the public-law relationship by way of a transformation of civil-law duties of care. This reference to the civil law in terms of legal consequences constitutes a legal “crutch” to make up for the absence of contractual rights and obligations in regard to liability. This means that the role of the health insurance doctor/dentist vis-à-vis the patient is that of a party who satisfies the public-law claim arising out of a third-party relationship, the insurance relationship. Hence the doctor/dentist-patient relationship, under the law governing the activity of health insurance practitioners, takes the form of a public-law performance relationship which both satisfies the patient’s claim and acts as a guarantee, for the patient, of cost-effective care in accordance with the rules of the art.

### **6.2.2 Inappropriateness of the legal forms of benefit provision**

This “encroachment of the social security system on the doctor-patient relationship” has legal consequences which have not as yet been resolved by an authoritative juridical consensus. Legal inconsistencies arise as soon as forms of provision other than benefits in kind have to be fitted into this thoroughly public-law-based system. A typical example of such a problem is prosthetic treatment, which, prior to the entry into force of the Supplementary Law on Health Insurance Cost Containment (KVEG), took the form of a subvention-based benefit under a private-law contract between dentist and patient. In its prosthodontics decision of 24 January 1974, which acknowledged the special position of prosthetic treatment as a subvention-based benefit under a private contract, the Federal Social Court admittedly confirmed that this benefit did not fall within the system of collective remuneration. However, it considered itself bound to force this form of benefit into the straitjacket of the law governing the activity of health insurance practitioners. The Court took this view even though it was aware of the incompatibility, in terms of the relevant laws, of subvention-based benefits and collective remuneration. Legislative difficulties have also

arisen with the seamless incorporation into the dominant system of benefits in kind of the legal relationships involved in the making and fitting of prostheses. The Health Insurance (Cost Containment) Law (KVKG) split the contractual relationship between dentists and dental technicians into a private-law performance contract and a collective remuneration agreement, which was inconsistent with the legal form of a private contract and with its function as an exchange of individual performance and counter-performance in the interests of the parties. This inconsistency ran counter to the intention of the system. The dentist was subjected to a contractual system negotiated by third parties, over whose form he or she had no influence and which, with its quasi-normative purview, was transformed into the private legal relationship between the dentist and the dental technician. With the removal of payment for dental laboratory work from the contractual relationship between the dentist and the dental technician, one of the constitutive components of the contract – performance and counter-performance – was abolished, and the civil-law contractual model, as a synallagmatic fabric of provisions and a unified structure in its own right, was torn up.

A final indication that the inappropriateness of the requirements of the law governing the activity of health insurance practitioners leads, by virtue of the fixation on benefits in kind, to dogmatic rigidity and distortion, is the difficulty of integrating forms of direct contribution to costs by the patient or cost reimbursement into the benefits-in-kind construction. The direct nature of the economic purchase of services substantially imposed an all-or-nothing principle on the health insurance fund: the fund either had to provide a benefit which, in view of the restrictions of the National Insurance Code (RVO) and later of the Social Security Code (SGB) with respect to cost-effectiveness and appropriateness, failed to satisfy the requirements and legitimate personal wishes of the individual patient; or it had to provide a benefit that outstripped the capability of the welfare state to deliver, because it bore no relation to the specific financial capacity of the health insurance fund.

However, in this system it is still possible for the insured to obtain care over and above what the health insurance funds are required to provide, by bearing a proportion of the cost himself or herself. Even the principle of benefits in kind, which for a long time was assumed to entail a ban on cost reimbursement, does not dictate that the insured must in all cases rest content with a benefit within the bounds of the necessary. The gulf between the relatively rigid funding of the claim to benefit in the benefits-in-kind system and the insured's actual needs is demonstrated by judicial practice at the highest level, which recognizes that non-contractual benefits can be claimed provided that the insured meets the extra cost – for instance, for aids to vision, orthopaedic shoes, and also hospital treatment. This was described in the relevant decisions as a “further development [of the principle of benefits in kind] consistent with the times”.

In the particular field of dental prostheses too, the diversity of options and forms obliged the legislator to recognize the inflexibility of the public-law rules on entitlement and to make it possible for insured persons to meet the extra cost of higher-cost options themselves (Section 30(3) of Social Security Code V). The same applies to fillings (Section 28(2), sentence 2, of Social Security Code V). The sheer persistence of the principle of benefits in kind in German social security law is demonstrated by the new system for prosthetic treatment contained in the draft "Healthcare System Modernization Law" of May 2003, which provides for therapy-based fixed subventions for dental prostheses on a benefits-in-kind basis.

The substantial exclusion of private autonomy from the principle of benefits in kind, which legal authorities have lately addressed by reducing the civil-law component to a mere duty-of-care relationship, raises important issues of the medical/dental profession's view of its own role in the system of statutory health insurance. Under the system of benefits in kind, the legal subjects in the treatment relationship relate to each other as persons whose private autonomy has been eliminated by public-law provisions; that is to say, they have in effect been "deprived of their rights" as regards the direct relationship between them. There is no space between them for a legal consensus on the content of the treatment relationship, because they have no private-law right to decide what claims each can make on other within their internal relationship. In this way, the consensus characteristic of private-law contractual relationships is already anticipated on the public-law level – namely, in the relations between the insured and the health insurance fund on the one hand, and between the health insurance fund, the association of health insurance doctors/dentists, and the health insurance doctor/dentist on the other. The provision of benefits in kind and the doctor-patient relationship are thus characterized by anonymity of the treatment relationship. However, the public-law predetermination of the form of the treatment relationship fails to allow for the relationship of trust between the doctor/dentist and the patient, which includes elementary objects of legal protection such as personal rights, bodily integrity, etc. The treatment contract must deal with far more than the mere question of cost: it concerns information and consent, as well as rights to choice and self-determination or duties of co-responsibility on the part of the patient. In view of the sensitivity of the relevant objects of legal protection in terms of fundamental rights, and of the relationship between rights and obligations in the law governing the activity of health insurance practitioners, the constitutive elements of a private contract must be preserved in the doctor-patient relationship too. A patient who takes responsibility for his or her own life decisions cannot be restricted in the deployment of his or her personality to the extent of being forced to accept an anonymous treatment relationship. The reactivation of private-contract elements both inside and outside the system of benefits in kind, and the restriction of that system to areas of provision consistent with the protective social function of statutory health insurance, is a task incumbent on our constitutional State, to ensure that the status of the doctor/dentist and the patient as subjects is respected and to guarantee a treatment relationship based on individual rights.

### 6.2.3 Deficiencies in regard to the law of liability and European law

Another reason for addressing these issues is to obviate conflicts between the obligations of medical/dental practitioners and the various demands to which they are subject. These demands arise, on the one hand, from the public-law-based legislation governing the activity of health insurance practitioners, directed towards economic criteria such as cost-effectiveness and cost saving, and, on the other, from their civil-law liability in relation to the general scientific and medical state of the art. Under the principle of benefits in kind enshrined in Social Security Code V, a health insurance doctor/dentist may apply new methods of examination and treatment only if they have been recognized by the Federal Committee of Physicians/Dentists and Health Insurance Funds (see Section 2.3.1). However, under the civil law governing medical liability, health insurance doctors/dentists have a duty to conduct their treatment in accordance with current medical and scientific standards, as verified by themselves. An unresolved potential conflict thus exists between the requirement of cost-effectiveness enshrined in the social security legislation (sentence 2 of Section 12(1) of Social Security Code V) and the civil-law criterion of liability.

A further shortcoming of the principle of benefits in kind as a basis for the provision of treatments and other benefits results from its incompatibility with European law. Community competence in the field of healthcare is admittedly very limited (Articles 3(1)(p), 136 and 152(5) of the Treaty Establishing the European Community), and does not extend to the harmonization of national healthcare systems. However, the exclusive responsibility of Member States for the organization of healthcare for their citizens is potentially not fully consistent with the fundamental principle of the free internal market enshrined in Community law. This applies particularly to the territorial limitation of the insurance system, as hitherto provided by Section 18 of Social Security Code V in Germany, which states that a health insurance patient is not entitled to have the fund meet the cost of medical/dental treatment undertaken abroad without the prior consent of the fund, except in emergency.

This means that fund patients will necessarily – if only in accordance with the principle of benefits in kind – have to obtain outpatient and inpatient treatments, medicines or therapeutic aids, in Germany. This limitation conflicts with the fundamental freedoms guaranteed by the EC Treaty: the freedom to provide services (Article 49) and the free movement of goods (Article 28).

The European Court of Justice has ruled, in a number of dramatic decisions, that national reservations by social security institutions concerning approval of outpatient and inpatient treatments or the purchase of medicines and therapeutic aids abroad are permissible only subject to strict conditions. Rulings to this effect were made in regard to the cost of dental treatment carried out in another EU country (Case C-158/96, judgement of 28 April 1998 [Kohl]), as well as to the purchase of a pair of spectacles (Case C-120/95, judgement of 28 April 1998 [Decker]) and to hospital treatment (Case C-157/99, judgement

of 12 July 2001 [Geraets-Smits and Peerbooms]). Although the ECJ endorses the principle that Member States alone are responsible for determining the form of their social security systems, it points out that they must observe Community law in the exercise of these powers. A system such as the principle of benefits in kind, with its territorial limitations, which, by means of reservations as to approval, effectively prevents insured persons from freely obtaining medical and dental services in another EU Member State, violates the fundamental freedoms both of the insured and of the healing professions. This principle, which applies both to healthcare systems based on cost reimbursement and to those governed by the benefits-in-kind principle, was confirmed by the ECJ in a more recent decision (Case C-385/99) concerning an instance of dental treatment of Dutch citizens in Germany. The only possible exception, for the inpatient sector, is if the opening up of the system carries a "risk of seriously undermining [...] the social security system" in the country concerned. These ECJ decisions are expected, in the future, to contribute to the transformation of the German benefit system to one based on cost reimbursement, so as to ensure the necessary mobility and transparency of the demand for and provision of benefits and to make the relevant German law "Europe-proof".

### **6.3 Structural problems of dentists' remuneration**

A wide variety of demands are made on remuneration systems in the field of medical and dental care. As a general principle, the remuneration system should facilitate consultations involving personal contact between practitioner and patient and those directed towards prevention; they should make for quality assurance, promote innovation and contribute to a cost-effective system of care consistent with needs. The remuneration of doctors and dentists should also be appropriate and consistent with the services they provide.

#### **6.3.1 Functions of dentists' remuneration**

Remuneration systems thus have a number of functions, among which control and motivation, funding and its distribution, and innovation can be distinguished. The only purpose of distinguishing the various functions of the remuneration of dentists is analysis; the aim is, on the one hand, to illustrate the complexity of the requirements to be satisfied by an effective remuneration system and, on the other, to draw attention to the central importance of the issue of remuneration for the concrete services provided. The differences in national healthcare systems in terms of quality levels and innovative capacity, as revealed by international comparisons, are largely, if not wholly, attributable to the form in which resources are obtained and allocated.

##### *1. Control and motivation function of dentists' remuneration*

The control and motivation function of dentists' remuneration is supposed to encourage healthcare providers to render their services in accordance with

needs and cost-effectively. Remuneration systems should therefore be constructed in such a way as to reward efforts directed towards reducing costs and improving treatment quality, while deterring provision inconsistent with needs. For this purpose, economic incentives should ideally perform a control function in the healthcare sector, seen as a "market", without necessitating further intervention on the part of the State. In other words, the remuneration system should – where appropriate, within the framework of corporatist structures (see Section 6.1) – have the effect of "relieving the burden on the State"; that is to say, it should allow self-regulation of the conflicts of interest arising between the various players involved in the healthcare system. Such conflicts of interest are likely mainly in regard to the funding (who pays how much and for what?) and distribution (who gets how much and for what?) of the material resources within the healthcare system.

### *2. Funding and distribution function of dentists' remuneration*

With regard to funding and distribution, the system of dentists' remuneration should be designed so as to provide health insurance dentists with an income consistent with the services they provide, while at the same time not imposing an excessive burden on those who fund their services (persons liable to contributions and taxpayers). This aspect includes the problems presented by the fair apportionment of funding risks between the providers (health insurance dentists) and funders (health insurance funds) of the relevant services. An efficient remuneration system must also be practicable and transparent, while achieving as high as possible a degree of acceptance among the service providers. If this acceptance is lacking because the distribution is felt to be unfair and because the wrong economic incentives are offered, this may have serious implications for the progress of dental medicine.

### *3. Innovation function of dentists' remuneration*

Hence the development and application of innovative methods of diagnosis and therapy and of new medical products should also be encouraged, or at least not impeded, by the remuneration system. For this reason, the adaptability of the remuneration system to progress in the field of medical technology, to changes in the morbidity spectrum (see Section 7.2) and to new social and political contextual conditions (on the problem of compatibility with European law, see Section 7.1) is an extremely important requirement. The shaping and development of a modern system of dentistry directed towards prevention should be facilitated and supported by the remuneration system.

## **6.3.2 Cost containment policies: unilateral resolution of the conflict of aims by legislation**

The functions of dentists' remuneration as outlined above reveal a complex configuration of requirements, associated with normative expectations of an ideal image of the players, structures and processes involved in the system of dental care. The State has attempted to resolve the conflict of aims between

the extent of provision and economic interests by legislation (Section 2(1) in conjunction with Sections 12(1) and 141(2) of Social Security Code V), but without providing the necessary instruments of healthcare policy to accomplish this task.

The inability of the State to adopt a higher-level, macrosocial viewpoint is partly attributable to the structural particularities of the German healthcare system. An initial consequence of the federal structure of the German State is that every revision of the remuneration system calls for a prolonged legislative process, so that prompt adaptation of fee scales to the trend of prices and incomes, progress in dental techniques and new mega-trends in the field of healthcare policy (i.e., prevention!) are hampered if only for structural reasons. This situation is exacerbated by the fact that the State, being responsible for the benefits received by public employees, has economic interests of its own, and must therefore take account of the burden imposed on its own budget by a reform of the remuneration system. Delay in adapting fee scales to the trend of prices and incomes and to progress in dental techniques – like the “shunting yard policy” (see Section 2.2.1.3) – has the effect of reducing the fiscal burden. However understandable such an attitude may be in budgetary terms, it will not be possible to resolve the conflict of aims mentioned above in a situation of reciprocal “partial optimization” by the corporate players in the healthcare system.

Clearly, then, the structural deficiencies and contradictions of the corporatist model (see Section 6.1.3) impact in every way on the system of remuneration for dentists. The politicians' distrust of the control functions of the system of joint self-government results in an additional emphasis on hierarchical instruments of control, which they hope will make for a substantial degree of controllability of macro-variables (stability of contribution rates). However, too little attention is still paid by healthcare policymakers to the microeconomic motivation and steering effects of the remuneration system, with the result that remuneration is primarily assigned the function of meeting costs rather than of motivation.

The cost containment efforts of the last three decades have accordingly focused on overall spending and/or expenditure in specific sectors, these being seen as “hard”, because quantifiable, parameters. In the process, the effects of the cost containment policy on “soft” outcome variables, such as the quality of medical/dental care, have consistently been relatively neglected. The Advisory Committee for Concerted Action in Healthcare has keenly criticized “this unilateral approach, with its exaggerated emphasis on the expenditure side” for its adverse effects on the quality of care.

The fundamental structural problem of dentists' remuneration, then, is how to achieve a system of dental care combining high quality with innovation while at the same time satisfying the requirement of stability of contribution rates.

### **6.3.3 Quality shortcomings due to inappropriate valuation of treatment items**

The relationship between remuneration and the quality of care is particularly important in the dental field (see Section 4.5). The quality of care is an aggregate of structural, process and outcome quality. As an important structural parameter, the remuneration system has direct and indirect effects on process and outcome quality. The quality shortcomings evident in the field of dental care are partly due to the fact that the treatment-item structure laid down in the Standard Assessment Scale (BEMA) is obsolete and inconsistent with the findings of, and demands on, a modern prevention-oriented system of dentistry, because it is directed primarily towards the restoration of function rather than towards tackling the causes of oral pathology.

Like obsolete treatment-item descriptions, a traditional and microeconomically inadequate form of remuneration for treatments has adverse effects on medical quality. For example, the Advisory Committee for Concerted Action in Healthcare (see Section 2.3.4) explicitly attributes the quality shortcomings in the endodontic field to the unfavourable remuneration of endodontic treatment, for which the microeconomic valuations are in its view inappropriate, and expresses general doubts as to “whether a state-of-the-art system of dental medicine is microeconomically feasible under the prevailing conditions applicable to health insurance funds and to public employees’ benefit arrangements, even if all remaining opportunities for the rationalization of care are fully exploited”.

### **6.3.4 Advantages and disadvantages of different systems of remuneration**

The existing remuneration systems can be distinguished by the reference parameters on which they are based (see Table 6). The possible reference parameters for the remuneration of medical/dental treatment items are as follows:

- factor utilization (staff, material, etc.) (input);
- the medical/dental treatments provided (output);
- the health-related advantage to the patient (outcome).

The reference parameters of a remuneration system can also be combined in a number of different ways.

The healthcare system of the Federal Republic of Germany currently uses a mixed form of budget-based collective remuneration for medical/dental treatments. Under Section 85(1) of Social Security Code V, the health insurance fund pays a collective remuneration amount to the association of health insurance doctors/dentists; this has the effect of discharging its liability. The collective remuneration amount constitutes the total amount of expenditure for the aggregate of all the medical/dental treatments to be paid for; it may be calcu-



Table 6: Classification of remuneration systems		
Control level	Micro-level	Macro-level
Input level (factor utilization)	– Salary or – Flat-rate amount for factor utilization	– Budget for factor utilization
Output level (treatment items)	– Individual treatment items – Complexes of treatment items	– Budget for total treatment volume
Outcome level (health-related advantage to the patient)	– Capitation – Target-related remuneration	– Needs-related budget – Target-related budget
Source: Adapted from Schneider, M., Biene-Dietrich, P., Gabanyi, M., Hofmann, U., Huber, M., Köse, A., Sommer, J. H.: Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich. Vol. 1994. Augsburg 1995, p. 71		

lated as a fixed sum (not currently used in any collective contract), on a fee-per-item basis, as a capitation fee, as a payment per case, or as a combination of different forms. When the Law on the Reinforcement of Solidarity in Statutory Health Insurance (GKV-SolG) took effect in 1999, an upper spending limit was once again introduced for the collective remuneration of medical/dental care. Under the 2000 reform of the statutory health insurance scheme, a sector budget of this kind also applied in 2000, 2001 and 2002.

With a budget-based collective remuneration system and a floating points value, an increase in the number of individual treatments billed results in a decline in the value assigned to a point. In this form of remuneration, the morbidity risk is substantially borne by the health insurance doctors/dentists, while the health insurance funds' spending on outpatient medical/dental care remains constant.

To facilitate understanding, the basic forms of dentists'/doctors' remuneration are described briefly below and their effects explained.

Salary-based remuneration is normally governed by employment contracts between doctors/dentists and the paying institutions. A practitioner working under a contract of employment is basically paid in accordance with his working time, irrespective of the volume of treatment carried out or the number of patients treated. The paying institution provides the equipment necessary for the doctors'/dentists' professional activity and has authority to issue instructions to the doctor/dentist. This form of remuneration is advantageous to the paying institution because it appreciably facilitates control of treatment and costs, thus allowing prospective budgeting. In Germany, not only the statutory but also the private health insurance funds are increasingly contemplating the possibility of providing services in the future through "Health Maintenance Organizations"

(HMOs) operated by the funds themselves with employed doctors/dentists. From the point of view of the doctor/dentist, a salary system of remuneration removes the entrepreneurial risk, but at the same time the doctor/dentist forfeits his or her status as an independent professional. While a salary-based remuneration system permanently slows the growth of the volume of treatment provided, it also reduces practitioners' interest in minimum-cost production and in innovation, while at the same time jeopardizing the quality of care. The comparatively loose bond between the doctor/dentist and the patient, and the consequent low degree of patient compliance, has a by no means negligible adverse effect on treatment outcome. The fact that the remuneration bears little relation to the volume of treatment provided is often felt by practitioners working under an employment contract to be unfair and may have a demoralizing effect on doctors/dentists in the routine exercise of their profession.

In a fee-per-item remuneration system, payment is based on the individual treatment items provided by the doctor/dentist. The underlying principle here is that the work of the doctor/dentist can be broken down into individual components distinguished by their nature, difficulty and time input and in terms of the aids and facilities used. In its ergonomic project "Relative-Values Analysis for Dental Activities" (BAZ-II), the Institute of German Dentists (IDZ) (see Section 2.1.5) conducted a detailed examination of the work of the dentist in accordance with the aspects of stress duration (timings) and level (quantitative levels of mental and physical stress). Unlike the present budget-based system, the dental profession's notions on fee-per-item remuneration are based on objectivizable input calculations.

A fee-per-item system of remuneration can take a number of different forms. First of all, there is free pricing, in which the price of medical/dental treatment is agreed individually between the patient and the doctor/dentist. Opponents of free pricing adduce particularities of the healthcare market (information asymmetries, price-inelastic patient demand for treatments, etc.) and therefore advocate State-regulated pricing by scales of fees. Scales of fees (GOÄ [Private Scale of Fees for Physicians], GOZ [Private Scale of Fees for Dentists], EBM and BEMA [the Standard Assessment Scales for Doctors and Dentists respectively]) are lists of all medical/dental treatment items that can be billed by a doctor/dentist, in which the relative values of the treatments, for example in points or monetary units, are also usually set. Of course, fee scales as a rule represent the outcome of negotiations between the paying institutions and the doctors'/dentists' representatives (see the comprehensive account given in Chapter 4), so that many parts of the scales are not based on a firm foundation of data. Since the cost structures of medical/dental practices vary appreciably, it is impossible to set a scale of fees that will be equally satisfactory for all. The definition of treatment items in a list constricts the range of medical/dental treatments and correspondingly inhibits the introduction and dissemination of innovative forms of diagnosis and therapy.

Individual treatment items may be lumped together in groups or complexes. In this way, for example, all items with substantially the same content can be combined, as can all items provided in a single visit to the doctor/dentist or a single clinical episode, or all items provided in relation to a specific therapeutic or diagnostic objective. Remuneration for complexes is on a flat-rate basis; on the one hand, this reduces administrative costs, but, on the other, it again takes less account of the actual work involved. Complex-based payment, moreover, is suitable only for groups of specialists providing a relatively homogeneous range of treatments.

The principal argument in favour of fee-per-item remuneration is the comprehensive diagnostic and therapeutic care received by a patient in this system. The doctor/dentist has a positive incentive to comply with patients' needs and wishes. The resulting close relationship between doctor/dentist and patient has favourable effects on treatment outcome. Hence fee-per-item remuneration leads to an improvement in the quality of care, unless a fixed sum is allocated for the collective remuneration amount. The payment is closely bound up with the volume of work carried out and is therefore more likely to be seen as fair by the doctor/dentist providing the treatment. Critics of the fee-per-item system hold that this form of remuneration gives rise to misdirected incentives, resulting, in particular, in growth of the volume of treatment and sometimes in over-provision. Moreover, the financial incentive is said to result in a medicalization of problems which may actually be more psychological or social.

Another form of payment is target-related remuneration (on the macro-level, this may also take the form of target- or needs-related budgets), whose level is not related to the actual work performed but depends on the achievement of specified targets. In this way, doctors/dentists can be motivated to attain targets defined by healthcare policy. These targets may be formulated generally (see, for example, Section 4.2 on the statutory target projections of uniform, adequate, appropriate and cost-effective care), or else they may be very specific, formulated in considerable detail. Target-related remuneration is seen as having the disadvantage of demotivating the doctor/dentist if there is no possibility of achieving the target. Again, once the target has been achieved, there is no further incentive to provide additional treatments, as the doctor or dentist receives no extra income for them.

A special form of target-related remuneration is capitation. A capitation payment is received by a doctor/dentist who agrees to care for a patient for a specific period. In this case the fee is determined by the number of insured persons registered with the practitioner, and not by the volume of treatment provided. To use this form of remuneration, all doctors/dentists need lists of names, in which insured persons register for an accounting period. A change of practitioner is possible only upon the expiry of each accounting period, so that this form of remuneration imposes a limitation on the insured's freedom of choice of doctor or dentist. Since the doctor/dentist bears the morbidity risk, it is in his or her interests to maximize the number of insured persons with a low morbi-

dity risk registered with him or her. The danger of risk selection thus arises. The flat-rate system of remuneration encourages the practitioner to try to achieve the treatment outcome with minimum input, which is of course desirable from the point of view of cost efficiency. However, a capitation-based system of payment carries the risk of under-provision, if insufficient or inferior-quality medical measures are carried out and patients with greater treatment needs are "quickly" referred on to the next higher level of care. But the shifting of costs to other institutions is anything but cost-efficient on the macro-level.

### 6.3.5 Prospects for reform

As shown, none of the German healthcare system's forms of remuneration for dentists satisfactorily and simultaneously meets all the relevant strict demands (i.e., performing the functions of control and motivation, funding and its distribution, and innovation).

Of those described, the fee-per-item model seems most amenable to a reform leading to improved performance of these functions. The Assembly of Representatives of the National Association of Statutory Health Insurance Dentists (KZBV) has drawn up concrete proposals for reform on the basis of fee-per-item remuneration, the favoured configuration being a diagnosis-based fixed-subvention model (which is described in more detail in Section 7.3).

The diagnosis-based fixed-subvention model satisfies the above requirements particularly well because it is:

- prevention-oriented (the more the relevant treatment items contribute to long-term preservation and/or improvement of oral health, the higher the amount of the fixed subvention);
- flexible and conducive to innovation (because, given one and the same initial diagnosis, it allows for alternative therapies at different cost levels and does not, like the existing system, exclude future forms of diagnosis and therapy);
- fundable (since the level of the fixed subvention can be based on cost control targets set by law, thereby avoiding excessive financial demands on contributors);
- consistent with the treatment given from the dentist's point of view (because dental treatment conforming to the rules of the art becomes feasible again at microeconomic level);
- consistent with the need from the patient's point of view (because the patient can choose freely from all the available alternatives, including higher-cost options if preferred, and is not prevented from having certain treatments, since budgets are now superfluous so that rationing no longer takes place); and
- favourable to competition and quality (because the increased transparency of planning, treatment and cost issues also strengthens the dentist-patient relationship).

## 6.4 Abstract

The multiplicity of politically motivated legislative interventions clearly indicates that the German healthcare system does not, or does not yet, have a stable organizational framework. The reasons for this “political failure” are substantially structural in nature. The first section of this chapter contains a critique of the efficiency of the corporate organizational model, and in particular of its traditional basis in collective contracts. The second section identifies the dominance of the principle of benefits in kind as a major structural problem in the system of dental treatment and contracts and shows it to be incompatible with European law. Finally, the third section deals with the structural problems of dentists’ remuneration, which it analyses in terms of their consequences for the structure and quality of dental care.

## 6.5 References

*Baier, H.*: Gesundheit als Lebensqualität – Folgen für Staat, Markt und Medizin. Zurich 1997

*Breyer, F., Zweifel, P. S., Kifmann, M.*: Gesundheitsökonomie. 4th edition, Berlin etc. 2003, p. 307 ff.

*Gäfgen, G.*: Neokorporatismus und Gesundheitswesen. Baden-Baden 1988

*Hajen, L., Paetow, H., Schumacher, H.*: Gesundheitsökonomie: Strukturen – Methoden – Praxisbeispiele. Stuttgart/Berlin/Cologne 2000, p. 138 ff.

*Schulenburg, J.-M. Graf v. d., Claes C.*: Neue Honorierung in der privatärztlichen Versorgung. Klare Trennung zwischen Liquidation und Erstattung. Cologne/Munich 2000

*Streeck, W.*: Verbände als soziales Kapital: Von Nutzen und Nutzung des Korporatismus in einer Gesellschaft im Wandel. Working Paper 99/2, Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung, Cologne 1999

*Szucs, T. D.*: Medizinische Ökonomie – Eine Einführung. Munich 1997, p. 39 ff.

*Tiemann, B.*: Aktuelle Entwicklungstendenzen des Kassenarztrechts. Medizinrecht 1983, p. 176 ff., p. 211 ff.

*Tiemann, B.*: Wandel vom Kassenarzt zum Vertragsarzt – Definition oder Statusänderung? Vierteljahresschrift für Sozialrecht (VSSR) 1994, p. 407 ff.

*Weber, M.*: Wettbewerb im Gesundheitswesen – oder: Warum können und dürfen Einkaufsmodelle der Kassen nicht Realität werden? Sozialer Fortschritt Vol. 50 (2001), pp. 254–260



## 7 Outlook

---

### **7.1 The dentist as an independent professional within the complex of welfare-state constraints**

#### **7.1.1 The legal framework governing the exercise of the dental profession and the activity of health insurance practitioners as the determinant of independent professional status**

The professional activity of the dentist within the system of dental care in the Federal Republic of Germany is as a rule – that is, in the case of health insurance dentists – governed by two regulatory corpora: (1) the legal framework governing the exercise of the dental profession – in particular, the Law on the Practice of Dentistry as revised by the Notice of 16 April 1987 (BGBl. [Federal Law Gazette] I, p. 1225), a supplementary Registration Code for Dentists in the version published on 17 December 1986 (BGBl. I, p. 2524), and the Land laws on the healing professions and Chambers; and (2) the regulations governing the activity of health insurance practitioners – in particular, those of Social Security Code V – as well as the guidelines, skeleton contracts and collective contracts whose legal form is determined by that body of statutory instruments.

Both the Law on the Practice of Dentistry and the Professional Code for German Dentists of 6 November 1975 describe the dental profession as “by its nature a liberal profession”, which can be practised only on the basis of freedom of diagnosis and therapy and whose exercise does not constitute a trade. A dentist is thus required to exercise his or her profession in accordance with the rules of the dental art and the principles of humanity, to act in conformity with the trust placed in him or her by virtue of the exercise of his or her profession, and to place his or her knowledge and skill in the service of the care, preservation and restoration of health. This general definition of professional obligations is specified in much more detail in the professional codes, which lay down a whole spectrum of individual obligations, extending from continuing training, via secrecy, the keeping of records and loyalty to colleagues, to participation in the emergency service (see Sections 3.1 and 4.7).

The liberal-profession component of the practice of dentistry – as an activity undertaken on the dentist’s own responsibility, not subject to instructions from an authority, and not primarily directed towards profit – is subject, where the dentist works in the statutory health insurance scheme, to the constraints of the

legal framework governing the activity of health insurance practitioners. The potential conflict between the individual-responsibility element of an independent (or liberal) profession and the legal standard of the health insurance fund system was resolved as follows by the Federal Constitutional Court's fundamental decision of 1960–61 on the legal status of health insurance doctors/dentists: The work of a health insurance doctor/dentist does not constitute a profession in its own right that can be contrasted with that of a doctor or dentist in free practice who is not licensed to work in the statutory health insurance scheme. The activity of a health insurance doctor/dentist is in fact merely one form of the exercise of the profession of a doctor/dentist in free practice. Nor is the legal status of a health insurance doctor/dentist that of a public employee; although a health insurance doctor/dentist is included, by virtue of his/her licensing, in a public-law system, within this system he/she is not in the employ either of the health insurance funds or of the association of health insurance doctors/dentists. There is no direct legal relationship between him/her and the health insurance fund. A health insurance doctor/dentist is not an employee but a member of the association of health insurance doctors/dentists, which is a cooperative group of doctors/dentists that exists for the purpose of corporate discharge of the obligation to guarantee the medical/dental care of the members of the health insurance fund. A health insurance doctor/dentist bears the economic risk of his/her profession himself or herself. The health insurance scheme uses the liberal profession of the doctors/dentists for the performance of its task. This activity is subject only in certain aspects, which are immaterial to the overall picture, to particular limitations arising from the practitioner's involvement in the system of medical/dental care provided under the health insurance scheme.

The liberal profession of doctors and dentists thus has a specific status combining the individual responsibility proper to the liberal professions and the constraints of the doctor's/dentist's role in the welfare state system. It is very important to define the limits of these constraints, not only with regard to the constitutional guarantee of freedom to exercise the medical and dental professions laid down in Article 12 of the German Basic Law, but also in terms of the macrosocial relevance of the healthcare provided for the population by the independent healing professions. The legal concept of a liberal profession is specifically defined in Section 1(2) of the Partnerschaftsgesellschaftsgesetz [Partnership Association Law] of 22 July 1998, which provides that the essential characteristic of a liberal profession is the personal rendering, on the professional's own responsibility and in a situation of independence to exercise the discipline concerned, of services of a superior nature in the interests of clients and of the public at large, on the basis of a particular professional qualification or creative talent. The broad spectrum of guarantees of freedom to exercise professions derivable from Article 12(1) of the Basic Law relate to all the modalities of professional activity connected with the activity itself, the place where it is conducted, its content, extent, duration, external form, procedures and instruments, and include a range of individual freedoms, such as:



- professional freedom of organization – specifically, in the choice of legal form, which may be exercised on a basis of private autonomy, and the freedom to practise the profession jointly;
- professional self-realization and freedom of disposition, with the components – of central importance in the medical sector – of freedom of therapy, freedom of investment, freedom to conclude contracts and freedom of pricing;
- freedom of competition and freedom of professional publicization, including the use of publicity based on factual information and the publicizing of academic degrees and specialties;
- gainful utilization of the professional services rendered.

For decades, the law governing the exercise of the dental profession has tended to impose State regulations on dentists' running of practices and freedom of economic development. The financial demands on dentists, in terms of practice equipment, quality assurance and continuing training, are constantly increasing, whereas the economic basis, the Private Scale of Fees for Dentists (GOZ), has not been brought into line with economic trends for 15 years, so that the real value of dentists' remuneration has fallen appreciably.

Doctors and dentists, then, when exercising their profession in the framework of the health insurance scheme, are subject to a densely woven network of obligations which affect not only their professional activity proper – that is, the core components of diagnosis and therapy – but also the economic aspect and their general freedom of professional development and disposition. Accordingly, doubts have sometimes be expressed as to whether a health insurance doctor/dentist still conforms to the definition of an independent (liberal) professional, or is in fact now a “three-quarters civil servant” – the “holder of an office” in the statutory health insurance scheme. Of the principal defining criteria of the liberal professions – namely, particular professional qualification, individual responsibility and independence – it is suggested that only the first remains, and that, in effect, a new profession in its own right, that of the “health insurance doctor/dentist”, has come into being.

### **7.1.2 Restriction of professional and economic independence**

In fact, both the professional freedom of decision and the economic component of the professional activity of the health insurance doctor/dentist have increasingly become subject to macrosocial control mechanisms and macroeconomic parameters, and are thus substantially linked to criteria that bear no relation to the work of the individual practitioner. The limitation of freedom of therapy by a closely knit regulatory fabric of guidelines and budgetary conditions; the exercise of strict control in the form of regular cost-effectiveness and quality assurance audits; the restrictions resulting from budgeting and degressive provisions; and constant legislative intervention in the system of contracts and remuneration – all these factors are symptomatic of a trend towards the sub-

ordination of medical and therapeutic requirements, and of material constraints at microeconomic level, to an approach based on cost-benefit calculation and analysis.

Licensing to become a health insurance doctor/dentist and the actual performance of the relevant functions are already subject to a plethora of restrictions and regulations (see Chapter 3). Chief among these are the current system of needs planning and the age limits, in force since 1999, for the commencement and cessation of activity as a licensed health insurance practitioner. The law provides that registered doctors/dentists who have reached the age of 55 cannot be granted a licence to provide medical/dental care under the health insurance scheme. All licences expire at age 68. The Federal Constitutional Court has deemed these subjective restrictions on licensing to be justified, as an appropriate means of limiting healthcare costs, on the grounds that an increase in the number of practitioners causes spending on statutory health insurance to rise. Apart from the fact that this situation of supply-induced demand does not apply in the dental sector to anything like the same extent as in the medical field (on this point, see also Section 4.2), it seems very doubtful whether a partial “ban on professional practice” is the right way of tackling the surplus, because it is virtually tantamount, at least in its effects, to interference with the free choice of profession. With regard to regulations on the practice of professions which have lasting effects on the choice of profession, the Federal Constitutional Court normally applies strict constitutional criteria, deeming such regulations to be justified only if they are demanded by particularly important public interests which cannot be protected in any other way. From this point of view, provisions that prevent a health insurance doctor/dentist from freely disposing of his/her practice or share in a practice partnership, or transferring it by will (Section 103(4) of Social Security Code V), are also problematical. The rights to a practice or share of a practice benefit from the law governing the protection of property rights, because they are based on non-negligible activity on the part of the individual dentist and serve the purposes of safeguarding his/her livelihood, so that coercive State control measures of this kind are disproportionate. The same applies to the rules concerning collective relinquishment of licensing contained in Section 95b(1) of Social Security Code V, which impose a six-year licensing ban on health insurance dentists who relinquish their licences as health insurance dentists jointly with other dentists. Given that more than 90% of the population are covered by social security, a penal sanction of this kind destroys a dentist's livelihood and is tantamount to a ban on the practice of the profession.

Similar considerations apply to plans to make retention of a health insurance doctor's/dentist's licence subject to the obligation to participate in organized forms of continuing training and hence to allow a licence to be revoked in the absence of proof that competence has been maintained. Even if an obligation to engage in continuing training – which is in any case a requirement of the law governing the exercise of the profession – is constitutionally legitimate, this does not mean that both its content and its form can simply be prescribed in

detail and that compulsory continuing training in the shape of a “periodic road-worthiness test for doctors/dentists” is reconcilable with the constitutional principles of proportionality. While the promotion of high-quality healthcare is admittedly a particularly important desideratum for the community, the proportionality of a requirement of recertification for licence retention remains dubious in the extreme. On the one hand, recertification, or indeed time-limited licensing to practise the profession, would constitute a paradigm change in the German educational and professional system, which would therefore have to be considered in the light of the principle of equality set out in Article 3(1) of the Basic Law; and, on the other, it would have implications for some of the most important constitutional principles, such as protection of the principle of legitimate expectation for currently practising doctors and dentists, whose expectation of the permanence of their acquired legal position might be affected. The invalidation of existing legal positions is impermissible at least in a situation where those concerned could not have had any reason to expect it and were therefore unable to allow for it in their plans, and where their expectation is more deserving of protection than the intention behind the relevant law. Besides the competence-related aspects of such a measure, in terms of the relative powers of the Federal Government and of the Länder, problems would also arise in the field of European Community law: national go-it-alone actions of this kind against professionals from EU Member States could not be enforced because they would be inconsistent with provisions concerning the freedom of movement and because, although under Community law countries may discriminate against their own nationals, problems would surely be presented by the requirement of equality of treatment laid down in the Basic Law.

### **7.1.3 Transformation of dentists' status and functions by system-related constraints**

The increasing functionalization of health insurance dentists for the purposes of statutory health insurance system conditions is becoming evident in the relationship with the patient too. When cost-effectiveness requirements and liability to economic sanctions are superimposed on therapeutic decisions based on clinical and scientific criteria, a health insurance dentist cannot simply act as an independent professional in partnership with the patient for the purposes of the treatment, but is instead required to perform an instrumental function on behalf of the statutory health insurance scheme. This is inherent in the legal construction of the principle of benefits in kind, which causes the health insurance dentist's role vis-à-vis the patient to be that of compliance with public-law system conditions. The lack of transparency in the system of benefits and treatment, the absence of self-determination and contractual autonomy for the parties, and the normative control of the therapy by extraneous parameters such as guidelines, target values and budgets – all these factors impair the doctor/dentist-patient relationship, as does the dysfunctional system whereby economic sanctions may be imposed in respect of treatment and medicines deviating from the stipulated average values. A further threat to the doctor/den-

tist-patient relationship under the statutory health insurance scheme is presented by the tightening of the provisions of Social Security Code X on data protection, which undermine medical secrecy and the patient's right of self-determination in regard to information.

The characteristic feature of a liberal profession, besides its independent exercise on the basis of individual responsibility, is remuneration of the personal services rendered by the independent professional in accordance with the actual work done. Accordingly, Social Security Code V provides for reasonable remuneration of health insurance doctors/dentists and seeks to strike a balance between the treatment and benefit components of the system on the one hand and its funding aspects on the other (see Section 6.2). The activity of health insurance doctors/dentists is increasingly measured against overall averages in the budget-based system with its cost-effectiveness audits, so that the central aspect of a dentist's status as a member of a liberal profession assuming responsibility towards the patient is replaced by a public-law obligation on the management of public resources. In this way, health insurance doctors/dentists are compelled to concentrate on general considerations of cost at the expense of individually tailored treatment. Owing to the transfer of the morbidity risk to the medical and dental professions, remuneration agreements are tending to take the form of a mere social claim to a share of the collective remuneration pool sourced from compulsory contributions, instead of providing that the doctor/dentist, as an independent professional, is rewarded in accordance with the treatment provided, with due allowance for costs. Health insurance doctors/dentists thus find themselves caught up in an unresolvable conflict of aims between ethical constraints, statutory treatment requirements and considerations of economic viability. Finally, the budget-based remuneration system results in a rationing of healthcare benefits, overt or covert "triage" and precisely the kind of multi-tier healthcare that is rejected by the diehard adherents of the principle of benefits in kind and budgets.

The transformation of health insurance doctors'/dentists' status and functions is also reflected in the changing functions of the self-government organs responsible for medical and dental care under the health insurance scheme. On the one hand, their autonomous responsibility unencumbered by State control is increasingly being replaced by the inward-directed enforcement function of proliferating social legislation, which assigns the self-government organs disciplinary functions vis-à-vis their members; these functions then come to dominate relations with the membership in the form of audit obligations, potential economic sanctions, strict disciplinary powers and needs planning. On the other hand, the freedom of action of medical/dental self-government in the protection of professional interests is becoming increasingly restricted. The co-operative configuration of self-government is constricted by bodies foreign to that conception, in which the ministerial administration has vested strict rights of supervision and objection or refusal of consent, or which operate alongside the system of self-government and impose quasi-normative targets on it in relation to standards of therapy and continuing training or quality assurance

measures. As a result, doctors and dentists often see their self-governing institutions no longer as the corporate expression of their interests as members of a liberal profession, but as an administrative supervisory body exercising indirect State power with the aim of fulfilling imposed system conditions (see Section 6.1). This process of alienation and functional transformation of the system of self-government is crippling the innovative capacity of doctors and dentists as independent professionals and making it harder for them to exercise the corresponding responsibility towards patients.

#### **7.1.4 Status of dentists as independent professionals and the Europeanization of healthcare**

New challenges to the status of dentists as independent professionals and to their corresponding system of self-government will be presented by the Europeanization of the law applicable to the medical and dental professions. The fundamental freedoms enshrined in the Treaty Establishing the European Community include freedom of establishment and freedom to provide services; these guarantee a dentist's right to exercise the profession in another EU Member State, including the setting up of branch practices. The freedom to provide services guarantees the right to practise as an independent professional in another Member State, and thus applies both to the active rendering of therapeutic services and to patient demand for such services. In 1978, specific European directives were adopted for the dental profession and some other liberal professions, such as doctors, pharmacists, lawyers and architects, harmonizing the scope of training and the system of postgraduate training for dentists throughout the Community. This directive ensures that dentists who satisfy the relevant requirements for registration can practise anywhere in Europe without the imposition of additional national requirements. For this reason, it has not been possible to apply the two-year preparation period laid down for German health insurance dentists to dentists from other Member States wishing to practise in Germany. Qualifications issued by a third country and recognized by another EU Member State may, given appropriate professional experience, entitle a dentist who is a national of an EU Member State to establish a practice. The fact that European citizens are increasingly taking advantage of the fundamental freedom of movement within a Union without internal boundaries, and that dentists too are utilizing the freedom to practise without impediment in other Member States and to render services there, is giving rise to more and more frequent conflicts with national law where not yet aligned with European provisions. One basic reason for the tension between the fundamental principles of the free internal market enshrined in Community law and the different arrangements governing healthcare systems in Europe is that some Member States, such as the United Kingdom, provide care by way of a State health service, whereas the cost reimbursement principle is applied in France, Belgium and Luxembourg, and the principle of benefits in kind predominates in Germany. Licensing restrictions for health insurance doctors/dentists, collective remuneration contracts for practitioners, and budgets for medi-

cines and fees are specific features of the German system that constantly collide with the boundaries of European law. The decisions of the European Court of Justice mentioned above, on cross-border entitlement to medical and dental services, illustrate the explosive potential of the fundamental European freedoms relating to the movement of goods, the rendering of services and establishment where national health insurance law is concerned. Patients are being given the opportunity of taking advantage of quality and price differentials in Europe – something that could give rise to Europe-wide competition between service providers and, later, also between insurers.

However, the implication for the German healthcare system is a need for substantial processes of adaptation. Apart from the priority of introducing a system of cost reimbursement, these concern the abandonment of bureaucratic control of needs planning and quantitative limits by the associations of health insurance doctors/dentists; the transformation of remuneration systems using budget-based or floating points values, which are unsuitable for the remuneration of foreign service providers; the ending of quality control at national level; and harmonization of the rules on competition and professional practice with European standards. The law governing the exercise of the dental profession will also not be unaffected: provisions on information-based publicity and corporate forms of practice partnership will have to be brought into line with European developments. In the context of European competition law, the institutions responsible for professional self-government and for social security are increasingly coming under scrutiny in terms of their public-interest function. The tendency of the European Commission and to some extent also of the European Court of Justice to subject professional institutions to European competition law will increase. At any rate, in a judgement of 19 February 2002, the ECJ ruled that, although regulations adopted by professional bodies were subject to EU competition law, provisions governing professional obligations were permissible even if they had the effect of restricting competition provided that they were necessary for the proper practice of the profession (Case C-309/99). This means that, under European competition law, a provision is not necessarily impermissible merely because it is likely to limit competition; the deciding criterion will be the public-interest context. This applies both to the regulation of professional obligations and to scales of fees charged by the liberal professions. Trends in European law thus certainly hold out favourable prospects for the liberal professions, and in particular for the dental profession, especially if they can be shown to perform an indispensable function in the skilled rendering of services based on a personal relationship of trust, thus demonstrating their vital role in contributing to a social order governed by principles of liberty. In a decision of 11 October 2001, the European Court of Justice for the first time drew attention to the importance of the liberal professions in the framework of European law: "... the liberal professions ... are activities which, *inter alia*, are of a marked intellectual character, require a high-level qualification and are usually subject to clear and strict professional regulations. In the exercise of such an activity, the personal element is of special importance and such exercise always involves a large measure of independence in the accomplish-

ment of the professional activities." If these criteria are accepted as the basis for the future development of European law and also influence that of national law, the liberal professions, including the dental profession, can look forward to the future with confidence.

## 7.2 Changes in the morbidity spectrum\*

The demographic trend in the Federal Republic of Germany to 2050 is characterized, on the one hand, by increased average life expectancy and, on the other, by a fall in the proportion of younger people and hence in total population owing to declining birth rates. These two tendencies, often telescoped in the media under the heading of an ageing population, are evident throughout Europe. They influence the expected demands on the healthcare system in the form of a changing morbidity spectrum, and thus of course also have implications for the future of dental care in Germany.

The increasing popular awareness of oral health, coupled with scientific advances in dental medicine – in the fields of both prevention and treatment – also indicate that more and more people will retain more and more of their own teeth into very old age. Patients' growing interest in keeping their own teeth to an advanced age is motivating dentists to undertake elaborate tooth-conservation measures and periodontal treatments. However, lifelong retention is conditional upon dental therapy being accompanied by a coordinated preventive approach involving primary prevention (prophylaxis), secondary prevention (early diagnosis) and tertiary prevention (holding pathological processes in check). Many patients in all age groups today are amenable to such motivation.

In this connection, the following table (Table 7) illustrates the interaction between selected oral diseases and their main risk factors in the perspective of the overall course of life; it will be seen that equal account must be taken of exogenous and endogenous risk factors.

### 7.2.1 Caries: prevalence and decline

Large-scale comparative international cross-sectional studies on the prevalence of caries reveal a continuous decline in this pathology in most of the industrialized countries of western Europe and the United States since the 1970s. This caries decline began in the Federal Republic of Germany only at a relatively late stage, owing to the lack of health policy incentives and relevant social policy decisions. Since the end of the 1980s, however, a number of population-representative cross-sectional studies have shown that caries experience in children and adolescents is constantly declining in Germany as elsewhere.

---

\* Thanks are due to Dr. Wolfgang Micheelis (IDZ) and Dr. Sebastian Ziller (BZÄK) for their assistance with the drafting of this section.

The caries decline in Germany can be attributed largely to measures of group and individual prophylaxis, to improved cleaning of teeth at home (with fluoride-containing toothpastes) and to dental care. Since the 1989 amendment of the social security legislation (providing for the funding of group prophylaxis activities by the statutory health insurance scheme), children and adolescents in particular have benefited from fluoridation measures and group-prophylaxis

**Table 7: Selected oral diseases and their main risk factors**

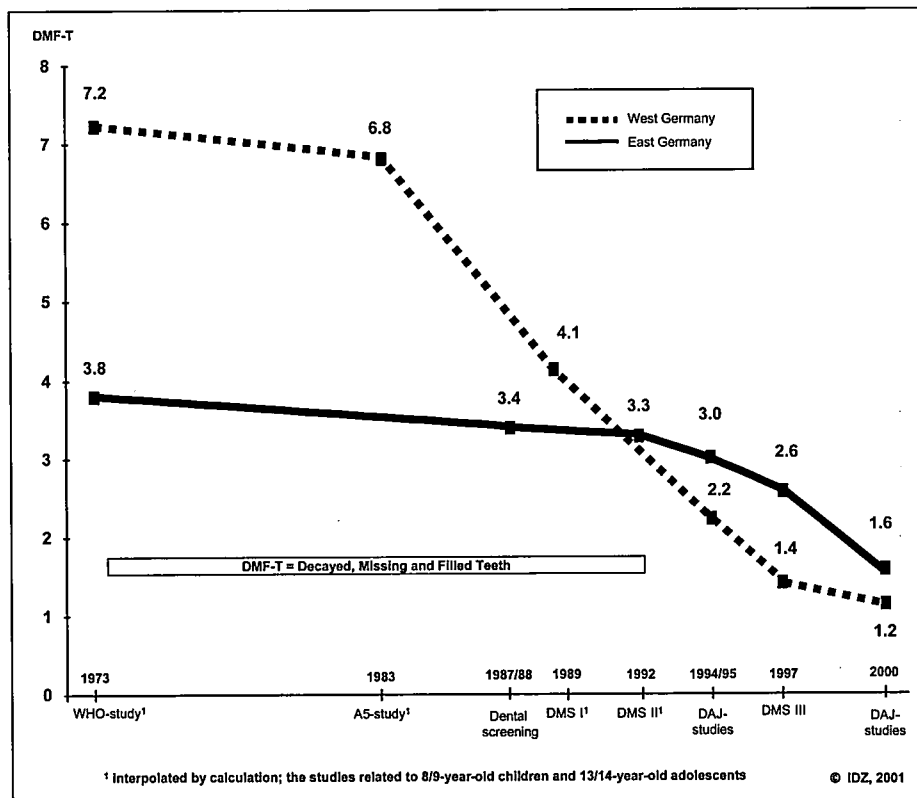
Age group	Oral pathology	Main risk factors
Babies and young children (0–4 years)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Cheilognathopalatoschisis</li> <li>– Maldevelopment of the jaw</li> <li>– Caries (primary teeth)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Genetic anomalies/defects</li> <li>– Habits, in particular in relation to sucking</li> <li>– Deficient oral hygiene</li> <li>– Specific oral bacterial strains</li> <li>– Sugar consumption</li> </ul>
Schoolchildren (5–14 years)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Caries (occlusal)</li> <li>– Gingivitis</li> <li>– Tooth malposition and malocclusion</li> <li>– Injuries to teeth</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Deficient oral hygiene</li> <li>– Sugar consumption</li> <li>– Habits</li> <li>– Dentitional anomalies</li> <li>– Trauma (sport/games/road accidents)</li> </ul>
Adolescents and young adults (15–24 years)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Caries (approximal)</li> <li>– Gingivitis</li> <li>– Juvenile periodontitis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Deficient oral hygiene</li> <li>– Sugar consumption</li> <li>– Specific oral bacterial strains</li> <li>– Psychological stress</li> <li>– Disturbances of the immune system</li> <li>– Metabolic disturbances</li> </ul>
Adults of working age (25–64 years)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Caries (secondary)</li> <li>– Gingivitis</li> <li>– Periodontitis</li> <li>– Functional disturbances of the masticatory apparatus</li> <li>– Tooth loss</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Deficient oral hygiene</li> <li>– Sugar consumption</li> <li>– Nicotine abuse</li> <li>– Psychological stress</li> <li>– Disturbances of the immune system</li> <li>– Specific co-morbidity</li> </ul>
Adults, retired (65 years and older)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Caries (root)</li> <li>– Periodontitis</li> <li>– Degenerative (non-inflammatory) periodontal disease</li> <li>– Diseases of the oral mucosa</li> <li>– Tooth loss</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Deficient oral hygiene</li> <li>– Sugar consumption</li> <li>– Nicotine abuse</li> <li>– Disturbances of the immune system</li> <li>– Specific co-morbidity</li> <li>– Specific medications</li> <li>– Degenerative biological processes</li> </ul>



information campaigns. This positive oral health trend in children and adolescents was enhanced by the incorporation of individual prophylaxis items in the statutory health insurance scheme in 1991 (with a further extension in 1993) (see Section 4.1). In particular, preventive fissure sealing of molars (item IP 5) has contributed measurably to the caries decline in terms of clinical epidemiology.

The improvement in the oral health of 12-year-olds in Germany is particularly impressive (see figure 5). Whereas, a decade ago, twelve-year-old children still had more than 4 decayed, missing or filled teeth (DMF-T 4.1 for the old Federal Länder [the former West Germany]), the average DMF-T for 12-year-olds in Germany in 2000 was 1.2. Germany is thus significantly below the DMF-T target of 2 set by the WHO for 2000, and is now among the leaders in comparative international dental health terms.

The preventive efforts directed towards children and adolescents in Germany can thus justifiably be described as a success story. However, a number of oral-epidemiological studies have revealed a significant correlation between social



**Figure 5:** Caries decline in Germany, 1973-2000, illustrated by the example of 12-year-olds

class and oral health, and between social class and the level of dental care, in all age groups, so that caries distribution in the population must be regarded as skewed or polarized. The specific targeting of persons at increased risk of caries ("high-risk groups") is thus without question one of the major social-medicine challenges facing German dentistry.

### 7.2.2 Shifts in treatment needs due to prevention

For many decades the emphasis of both dental prevention and scientific research fell squarely on children and adolescents. Older persons and seniors were the targets of only isolated preventive efforts, if any. However, dental, oral and maxillo-facial care of older patients will play a much greater role in the future activity of the dentist than it does now. To assess the challenges presented by changing demographic trends and scientific innovation, representative data on the state of older people's oral health are essential. Such data last became available in 1999 when the Institute of German Dentists (IDZ) published its Third German Oral Health Study (DMS III) (see Section 2.1.5). Among adults and older people who have not benefited from preventive dental measures and whose specific target diseases and risk factors also differ from those of younger subjects, recent years have revealed neither a significant caries decline nor a fall in the prevalence of severe periodontal disease. A healthcare policy dominated by fiscal considerations, coupled with rigid billing regulations, stands in the way of such measures in Germany. The ratio of filled to carious teeth among adults (aged 35-44) is more than 90%, so that the treatment level is high at least for caries. On the other hand, the prevalences of severe destructive periodontal disease in adults and senior citizens, as measured by the Community Periodontal Index (CPI), are comparatively high: 14.1% of adults and 24.4% of senior citizens had a CPI of 4.

If only because of demographic trends (the growing proportion of older adults and senior citizens in all modern industrial societies), the prevalence of diseases of the oral mucosa is certain to increase.

Prosthetic provision for senior citizens has increased both quantitatively and qualitatively in the last few years. Edentulousness has fallen very significantly in this group. Complete denture prostheses are now used by only about a quarter of 65- to 74-year-olds. Others in this age group often still have many of their own teeth. For this reason, conservative treatments – including endodontic therapy and elaborate filling options – as well as more extensive prosthodontic measures will also continue to increase in the future. From the point of view of social medicine, however, gerostomatological treatment strategies ought really to begin earlier in adult life, as early tooth-conserving measures ultimately have a considerable effect on the extent and chronology of tooth loss.

Notwithstanding initial successes in the field of prevention, the demographic trend to 2020 suggests that tooth loss, as the main reason for prosthodontic

measures, is unlikely to decline appreciably. The demand for prostheses in Germany is therefore not expected to fall during this forecast period. Fixed prostheses (bridges) and implants will be used more commonly. The nature and extent of prosthetic dental measures are thus a natural consequence of preventive efforts at earlier stages of life: prosthetic treatment for single-tooth gaps will therefore increase, while complete denture prostheses will be less and less frequently indicated.

Besides pronounced dental hard tissue loss due to caries and erosion, with sequelae such as occlusal changes, diseases of the attachment apparatus (periodontal disease) present the greatest threat to a healthy functional dentition in old age. About a third of adolescents already show significant signs of gingivitis, while manifest periodontitis is found in a similar proportion of adults. Severe periodontitis is observed in 14% of adults and 24% of senior citizens.

However, a long-term reduction in these unfavourable values for periodontal disease cannot be achieved solely by periodontal therapy. Primary prevention measures, in particular, are also needed. Since the benefits are felt only decades later in old age, prevalences are unlikely to change in the short term. For this reason, both preventive and therapeutic measures must in practice be applied. Oral health self-care must be promoted by means of information and motivation directed by dentists at specific target groups and by public information campaigns aimed at altering the psychological attitude of a high proportion of adults and senior citizens towards health issues and hence at modifying behaviour.

### **7.2.3 Interactions between dental and general pathology**

Oral health is influenced by a large number of somatic factors. In addition, there are many clinical and epidemiological indications that oral disorders can have an adverse effect on general health. The many interactions between oral and general pathology play a major part particularly in adults and old people. For instance, recent research shows that, for example, metabolic disorders such as diabetes mellitus, as well as nicotine abuse, are conducive to destructive periodontitis. Conversely, severe periodontal disease has been linked to a number of general medical conditions, ranging from coronary heart disease and arteriosclerosis to chronic recurring bronchitis and pneumonia.

In view of the increased awareness of interactions between oral and general diseases, the greater frequency of co-morbidity in patients and of age-specific losses of function in older people, dentistry is assuming new significance within the field of medicine as a whole, coupled with a change in its own self-image. More than ever, dental, oral and maxillo-facial science will be seen as an integral part of the canon of medical specialties. The use of the term "dental medicine" will be increasingly justified.

Additional emphasis will therefore have to be placed on aspects of general medicine in dentists' basic and continuing training. That is why the dental profession in Germany has for years been urging a revision of the registration code for dentists, to include more prevention-oriented and interdisciplinary material in the training curriculum (see Section 3.1).

The foregoing account illustrates the complexity of the future situation of dental care for old people in Germany. What, then, are the implications for health economics of a prevention-oriented model of dental, oral and maxillo-facial care?

#### **7.2.4 Effects of prevention in terms of health economics**

The principal aim of lifelong preventive measures is to condense the risk of tooth loss into as late and short as possible a phase of a person's life. This "compression of morbidity" results in enhanced oral and general health over a longer period of life, with a consequent improvement in the population's subjective quality of life. As shown, Germany has pursued this aim quite successfully over the last decade. The next generation will be able to retain more natural teeth into old age, so that non-removable prostheses are likely to assume a more prominent role in the future.

For this reason, in spite of the manifest gains in oral health, costs are unlikely to fall in the short to medium term, but will instead accrue in old or very old age. In the long term, however, prevention can lead to savings and – beyond pure considerations of cost – to a substantial enhancement of patients' subjective quality of life.

In future, then, the nature of prevention-oriented dental, oral and maxillo-facial care will be influenced and modified by four important aspects:

- demographic changes in society (ageing population, increasing life expectancy and reduced birth rates);
- advances in medical technology;
- the scientifically proven fact that oral health increasingly affects general somatic health, including its psychosocial aspects (and vice versa);
- the unmistakable sociological trend for patients to become more critical and self-confident in their demand for services from the healthcare system.

#### **7.2.5 Future challenges**

To meet the challenges of the future, the best approach will be to define attainable population-related oral health targets consistent with the relevant FDI or WHO recommendations. Together with neighbouring scientific disciplines, dental medicine should concentrate on the fields of oral epidemiology in old age, research on treatment needs and provision, evaluation of preventive programmes and analysis in terms of health economics.

However, to tackle the current tasks potentially arising from the changed morbidity spectrum, practising dentists will also need to work in a context conducive to treatment in accordance with the patient's actual dental requirements. For this purpose, the politicians must create or augment the necessary flexibility by means of appropriate healthcare and social legislation. Dentists must have the necessary microeconomic framework to enable them to extend the prevention and treatment activity of their practice along the above lines. Science cannot of course define conditions for billing, but it can document changes in the range of pathologies observed and the prevalence of particular diseases, furnish evidence of dental treatments provided and their outcomes, and thereby supply a basis for political decisions.

### **7.3 Scenario on the future configuration of dental treatment**

In view of the foregoing, the future of dental care within the structures of the statutory health insurance scheme must be deemed to be at risk. The legal framework governing the activity of health insurance practitioners, in which the principle of benefits in kind predominates (see Section 6.2.1), contains intrinsic contradictions that cannot easily be resolved in terms of legal dogma. They obstruct the transfer of dental innovation to insured persons and patients and make for inappropriate economic incentives (see Section 6.3). The political malaise resulting from these structural problems is obvious at the present time. What is lacking is the political will to tackle these problems by a clearly defined approach. Yet the dental profession has long been advocating precisely such an approach – namely, a system of “diagnosis-based fixed subventions with cost reimbursement”. Its main features are outlined below.

#### **7.3.1 Diagnosis-based fixed subventions with cost reimbursement**

The idea underlying this approach conforms to the general trend of funding policy in modern healthcare systems, according to which the basis for setting the level of funding for dental treatments is not the form of therapy used but the pathology identified in the diagnosis. This constitutes the foundation not only for the planning of therapy, but also for determining the level of the fixed subvention granted by the paying institution to its insured members for dental treatment. This diagnosis-based fixed subvention can also be applied to forms of treatment not at present included in the statutory health insurance list. For instance, a patient could opt for an implant without losing his or her fixed subvention. The patient would then merely pay the difference between the fixed subvention and the actual cost of the implant.

A diagnosis-based fixed subvention model would also avoid the clinically inappropriate exclusion of treatments that is virtually inherent in the present statutory health insurance system of benefits in kind. Because this model depends on the diagnosis, it allows the unbureaucratic integration of modern alternative dental therapies and is therefore open to future developments.

A comparable system of fixed subventions in fact already operated in 1997 and 1998 under Social Security Code V, in accordance with the provisions of the Second Statutory Health Insurance Scheme Restructuring Law of 23 June 1997. However, those fixed subventions were not diagnosis-based, but related in each case to the specific dental and dental-laboratory cost of the actual form of therapy used. The more expensive the form of therapy (in accordance with the option chosen by the patient), the higher the health insurance fund's percentage-based fixed subvention was. A system of fixed subventions of this kind was anything but consistent with the aim of fair distribution of the available resources. In a manner totally devoid of social justification, it specifically benefited patients who deliberately chose a more expensive form of treatment, for which they themselves would meet a higher proportion of the cost, but could at the same time claim a larger amount from their health insurance fund.

Patient surveys conducted on behalf of the National Association of Statutory Health Insurance Dentists (KZBV) by the Institut für Demoskopie, Allensbach, show that the majority of respondents consider this system of diagnosis-based fixed subventions to be fairer than a percentage-based fixed-subvention model.

### **7.3.2 Criteria for determination of fixed subventions**

Four criteria for the determination of fixed subventions may be adduced:

#### *1. Preventive orientation*

The level of fixed subventions is an effective healthcare policy control parameter. In a prevention-oriented system of dentistry, a fixed subvention will be higher the greater the contribution of the relevant treatment items to the long-term preservation and improvement of oral health. Conversely, exclusions can be provided for in the absence of a dental indication, where the desired option is a purely aesthetic preference on the part of the patient.

#### *2. Specific dental treatments to be covered*

The fixed-subvention model is essentially applicable to all fields of dentistry (conservative and surgical treatment, prosthodontics, endodontics, periodontology and orthodontics), for which an accepted range of therapies exist for a given diagnosis. The prosthodontic field is paradigmatic of a general principle of dentistry – namely, that one and the same clinical diagnosis can be treated in a number of alternative ways at different cost levels and with different medical and subjective effects. For this reason, prosthodontics would be a suitable initial trial field for the development of diagnosis-based fixed subventions.

#### *3. Funding capacity of the “solidarity community” of insured persons*

The funding currently provided by the statutory health insurance funds for the dental care of their insured members can constitute a provisional basis for the future aggregate level of diagnosis-based fixed subventions; moreover, this basis can still be used if patients are covered by private insurance.

The amount of the fixed subventions can be determined by higher-level control objectives of social legislation – for instance, a general reduction in statutory health insurance contribution rates, or limitation of solidarity-community contributions in the case of treatment costs wholly or partially imputable to an individual. However, this amount can also be used to control the setting of premium levels by private insurers for dental treatments.

Such a system could also include hardship provisions, to rule out any possibility of imposing an excessive social burden on an individual insured.

#### *4. Competition-related aspects*

The notion of competition, which is repeatedly advocated in the healthcare field, can be fully implemented in the medium term by the introduction of diagnosis-based fixed subventions. Any health insurance fund is in principle free to compete for clients by agreeing different levels of fixed subventions with its insured members. This applies particularly to private insurers.

### **7.3.3 The principle of cost reimbursement and the billing and payment system**

The introduction of a comprehensive cost reimbursement system for dental care would immediately satisfy the universal demand for transparency of treatment measures and the associated costs for the insured fund member who is seen as a link in the payment chain. This would not be a fundamental innovation for the insured, as different forms of cost reimbursement have already been practised for years in the fields of prosthodontics and orthodontics.

Furthermore, the cost reimbursement principle would facilitate the application of the system of diagnosis-based fixed subventions to the private insurance sector. It would also be consistent with the funding systems used in the majority of European Union countries.

In this system, patients would be billed for dental treatments directly on the basis of the Private Scale of Fees for Dentists (GOZ); insured persons could then be reimbursed with the relevant fixed subvention from their health insurance fund. State regulation of fees is not necessary for treatments not covered by insurance. As in other EU Member States, prices would settle at a level determined by market forces.

### **7.3.4 Suitability of the fixed-subvention system for both statutory health insurance and private insurers**

A system of diagnosis-based fixed subventions with cost reimbursement has the advantage not only of efficiency within the system of statutory health insurance, but also of applicability in a private insurance context. Having regard to

the current reform proposals for excluding dental treatments from the statutory health insurance list, the dental profession is thus proposing a system for the funding and control of dental care consistent with a variety of social and financial policy objectives.

A diagnosis-based system of fixed subventions has considerable advantages for the statutory health insurance scheme as currently constituted, which is greatly in need of reform.

Both the treatment items covered and the level of the fixed subventions would be determined within the statutory health insurance scheme. This task could be assigned to the Federal Committee of Dentists and Health Insurance Funds (see Section 2.3.1). The fixed subventions could be adjusted by this body at regular intervals, or, alternatively, a dynamic element could be introduced into them by, for example, linking them to the variation of total wages and salaries liable to contributions as the parameter determining the revenue of the health insurance funds.

A system of diagnosis-based fixed subventions could both facilitate control in the field of healthcare policy and permit prospective, effective and lasting limitation of total statutory health insurance spending on the relevant treatment items. One possibility would be the statutory fixing of a ceiling on the total volume of expenditure when the levels of the standard fixed subventions are set.

With the substantial elimination of expensive planning and audit procedures resulting from the fundamental simplification of billing and payments allowed by a system of fixed subventions set in advance, far-reaching savings would be possible. Administrative costs would be cut and the statutory health insurance funds would be able to spend correspondingly more on actual treatment. In particular, the instruments of collective remuneration, fee distribution, and plausibility and cost-effectiveness calculations could be abandoned. Patient advice, both on treatment planning and post-treatment, would continue to be provided through a consultancy system operated by the regional associations of statutory health insurance dentists. Such a change would be very easy to implement in the field of "extra-cost" treatments, as the present contractual treatment item would be the basis for the new fixed subvention.

In addition, a new legislative framework could provide for genuine competition between health insurance funds, which could, for example, offer varying forms of insurance and cover or modifications in the level of the fixed subventions, the conditions for claiming them and the treatments to which they relate. The health insurance funds could thereby also be endowed with control functions of their own.

The individual treatment items for which these fixed subventions constitute the charging basis could vary. This flexibility would result in potential savings of statutory health insurance resources.



A system of fixed subventions could also be used in the event of exclusion of prosthodontics from the list of treatment items covered by statutory health insurance, were this to be constitutionally permissible. Such a limitation of the treatments provided under the statutory health insurance scheme would be justifiable both from the point of view of dental therapy and in terms of social policy. As a rule, the risk of tooth loss is to a great degree dependent on the patient's behaviour (oral hygiene). The many different legislative initiatives aimed at improving individual and group prophylaxis services, as embodied in Sections 21 and 22 of Social Security Code V, have enabled insured persons to learn and practise the relevant preventive measures. An extension of this approach so as to make the insured fully responsible would therefore be socially justified, to facilitate achievement of the higher-level social-policy objective of a rapid and significant reduction in statutory health insurance contribution rates and a consequent reduction in non-wage labour costs. On the basis of the relevant level of statutory health insurance spending in 2001, such a measure could save some 3.7 billion euro.

If prosthodontics were excluded from the statutory health insurance list, a system of diagnosis-based fixed subventions with cost reimbursement would be a particularly suitable instrument for enabling private insurers to devise an appropriate system of prosthetic provision within the triangular relationship between dentist, patient and insurer. The funding and control advantages of a diagnosis-based system of fixed subventions, in both nature and extent, apply equally to public and private forms of insurance.

Beyond removing certain fields of dental treatment from the statutory health insurance list which is under discussion at present, complete exclusion would principally also be a conceivable alternative. Some European countries – e.g., Switzerland and Sweden – are shining examples of the successful total privatization of dental treatment coupled with the simultaneous promotion of preventive measures by both the State and society.

In this event, as in Switzerland or Sweden, certain treatments should still be covered by the statutory health insurance scheme in the form of benefits in kind namely:

- prevention, examination and treatment for children and adolescents;
- treatments necessitated by tumours, trauma and genetic malformations.

Social legislation should ensure cover for the treatment items excluded from statutory health insurance by means of private insurance contracts – not only by drawing attention to the possibility of concluding such a contract, but by the introduction of a statutory obligation to insure. The system would be operated by private insurers (see Section 2.2.2). Along the lines of Sections 1(2) and 23 of Social Security Code XI, an obligation to take out private health insurance for the excluded treatments could be envisaged in accordance with the criteria developed by the Federal Constitutional Court (BVerfGE [Decisions of the

Federal Constitutional Court] 103, 197) for the regulation of long-term care insurance. After all, as in the case of long-term care insurance, the issue would be insurance of a general life risk, seen as a social responsibility of the State community, and for this purpose the introduction of compulsory insurance would not impose an unreasonable burden on those concerned.

Persons who are already ill would also be required to take out insurance and private insurance companies would have to be compelled to enter into a contract with them. The Federal Constitutional Court has deemed an analogous requirement in relation to compulsory long-term care insurance to be permissible as a transitional measure.

A limitation on contractual autonomy should be imposed by the statutory fixing of a specific level of treatment as the minimum insurance cover. This cover could in turn be based on a system of fixed subventions, so that when privately insured persons claim for specific treatments on the basis of the Private Scale of Fees for Dentists (GOZ), they too would receive only a certain fixed amount based on their diagnosis, and not a percentage reimbursement of the actual amount billed.

### **7.3.5 Step-by-step implementation of the proposal**

The dental profession advocates step-by-step privatization of dental care in Germany in accordance with a system of diagnosis-based fixed subventions with cost reimbursement.

As a first step, prosthodontics and orthodontics should be excluded from the list of items covered by statutory health insurance. Private insurance companies could provide financial safeguards for patients; this would readily be feasible with a diagnosis-based fixed-subvention system. Patients would be billed for treatment directly by the dentist on the basis of the Private Scale of Fees for Dentists (GOZ).

The second step would be the introduction of a comprehensive cost reimbursement system for all dental treatment items except the following:

- prevention, examination and treatment for children and adolescents;
- treatments necessitated by tumours, trauma and genetic malformations.

These would remain benefits in kind included in the statutory health insurance list.

Compulsory insurance in accordance with the system of diagnosis-based fixed subventions with cost reimbursement would apply to conservative, surgical, endodontic and periodontal treatments. Patients would be billed for all treatments directly by the dentist on the basis of the GOZ.

Under a cost reimbursement system using standard fixed subventions, every insured person would be entitled to a given fixed subvention for a given diagnosis, and so limitation of the choice of practitioner to certain licensed health insurance dentists would no longer be necessary. Instead, insured patients could go to any dentist whom they trust, since the contract with the dentist would be a private one, and patients would pay for the treatment themselves and then be reimbursed with the amount of the fixed subvention by their health insurance fund. As a result, special licensing procedures and needs planning for dental care under the health insurance scheme would become obsolete, as indeed would be the entire institution of a legal and contractual guarantee of dental care under the health insurance scheme.

With the abolition of the status of a health insurance dentist, there would at the same time be no further need for the regional associations of health insurance dentists as public-law corporate bodies (see Section 2.1.3); the function of advising insured persons and dentists would, however, remain and would be transferred to the Dental Chambers (see Section 2.1.1). Moreover, the Dental Chambers could work together on a statutory basis in a joint body – the former Federal Committee – with representatives of the health insurance funds and possibly also patients' representatives to determine the treatment items covered by the fixed subventions.

In the final stage of implementation of a cost reimbursement system characterized by individual autonomy and responsibility, the Private Scale of Fees for Dentists (GOZ) would be abolished as the charging basis for dental treatment; this would be a further element in the restoration of the parties' general contractual autonomy.

#### **7.4 Abstract**

The present impasse in healthcare reform raises the issue of the outlook for the system of dental care. As the first section shows, the status of dentists as independent professionals is increasingly tending to be limited and functionalized. The Europeanization of the law applicable to the dental profession is quite likely to provide dentists with favourable prospects as independent professionals. The profession faces change due not only to an increasing concentration on prevention, but also, and in particular, to demographic trends and the associated modification of the morbidity spectrum. An account of the resulting changes of emphasis in treatment needs is given in the second section. In conclusion, the dental profession's proposal for "diagnosis-based fixed subventions with cost reimbursement" is presented as a fundamental blueprint for reform.

## 7.5 References

*Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (ed.):* KZBV Jahrbuch 2002. Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Cologne 2002

*Reich, E., Micheelis, W.:* Die Ergebnislage aus Public Health-Sicht. In: IDZ, Institut der Deutschen Zahnärzte (ed.): Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS III). Ergebnisse, Trends und Problemanalysen auf der Grundlage bevölkerungsrepräsentativer Stichproben in Deutschland 1997. Cologne 1999, pp. 509–516

*Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen:* Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Gutachten 2000/2001. Vol. 3: Über-, Unter- und Fehlversorgung. III.4. Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten

*Schimmelpfeng-Schütte, R.:* Der Arzt im Spannungsfeld der Inkompatibilität der Rechtssysteme. *Medizinrecht* 2002, p. 286 ff.

*Sodan, H.:* Freie Berufe als Leistungserbringer im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung. Tübingen 1997

*Tettinger, P. J.:* Grundfragen zahnärztlicher Freiberuflichkeit. *Medizinrecht* 2001, p. 287 ff.

*Tiemann, B.:* Rechtsgrundlagen und Zukunftsoptionen einer Europäischen Sozialunion. In: Boskamp, P., Theisen, H. (eds.): *Krisen und Chancen unserer Gesellschaft*. Berlin 2002

*Ziller, S., Micheelis, W.:* Demographic trends and future requirements applicable to prevention-oriented dental care in old age: summary and prospects. In: IDZ, Institut der Deutschen Zahnärzte (ed.): *Kostenexplosion durch Prävention? Orale Gesundheitsgewinne im Alter und versorgungspolitische Konsequenzen*. Cologne 2002, pp. 117–125

## 8 List of figures

---

<b>Figure 1:</b>	Formation of associations and corporate bodies: historical sequence .....	152
<b>Figure 2:</b>	Variation of enrolment and registration numbers of dentists (1971–2001) in Germany (until 1991/1992 old Federal Länder only) .....	194
<b>Figure 3:</b>	Relationship between training, continuing training and postgraduate training .....	197
<b>Figure 4:</b>	Legal relationships in the system of dental care .....	209
<b>Figure 5:</b>	Caries decline in Germany, 1973–2000, illustrated by the example of 12-year-olds .....	267

## 9 List of tables

---

<b>Table 1:</b> Structure of health insurance protection in the Federal Republic of Germany (results of microcensus, April 1999).....	180
<b>Table 2:</b> Number of statutory health insurance funds and proportion of persons insured under the statutory scheme covered by each type of fund (as at 1 January 2002) .....	181
<b>Table 3:</b> Capital required to establish a new individual dental practice (old Federal Länder including Berlin) .....	200
<b>Table 4:</b> Capital required for acquisition of an existing individual dental practice (old Federal Länder including Berlin).....	200
<b>Table 5:</b> International comparison of macrostructural data on healthcare.....	230
<b>Table 6:</b> Classification of remuneration systems.....	251
<b>Table 7:</b> Selected oral diseases and their main risk factors.....	266

# Veröffentlichungen des Instituts der Deutschen Zahnärzte

---

Stand: August 2003

## Materialienreihe

**Amalgam – Pro und Contra.** Gutachten – Referate – Statements – Diskussion. Wissenschaftliche Bearbeitung und Kommentierung von G. Knolle, IDZ-Materialienreihe Bd. 1, 3. erweiterte Aufl., ISBN 3-7691-7830-0, Deutscher Ärzte-Verlag, 1992

**Parodontalgesundheit der Hamburger Bevölkerung.** Epidemiologische Ergebnisse einer CPITN-Untersuchung. G. Ahrens/J. Bauch/K.-A. Bublitz/I. Neuhaus, IDZ-Materialienreihe Bd. 2, ISBN 3-7691-7812-2, Deutscher Ärzte-Verlag, 1988

**Zahnarzt und Praxiscomputer.** Ergebnisse einer empirischen Erhebung. S. Becker/F. W. Wilker, unter Mitarbeit von W. Micheelis, IDZ-Materialienreihe Bd. 3, ISBN 3-7691-7813-0, Deutscher Ärzte-Verlag, 1988

**Der Zahnarzt im Blickfeld der Ergonomie.** Eine Analyse zahnärztlicher Arbeitshaltungen. W. Rohmert/J. Mainzer/P. Zipp, IDZ-Materialienreihe Bd. 4, 2. unveränderte Aufl., ISBN 3-7691-7814-9, Deutscher Ärzte-Verlag, 1988

**Möglichkeiten und Auswirkungen der Förderung der Zahnprophylaxe und Zahnerhaltung durch Bonussysteme.** M. Schneider, IDZ-Materialienreihe Bd. 5, ISBN 3-7691-7815-7, Deutscher Ärzte-Verlag, 1988

**Mundgesundheitsberatung in der Zahnarztpraxis.** T. Schneller/D. Mittermeier/D. Schulte am Hülse/W. Micheelis, IDZ-Materialienreihe Bd. 6, ISBN 3-7691-7817-3, Deutscher Ärzte-Verlag, 1990

**Aspekte zahnärztlicher Leistungsbewertung aus arbeitswissenschaftlicher Sicht.** M. Essmat/W. Micheelis/G. Rennenberg, IDZ-Materialienreihe Bd. 7, ISBN 3-7691-7819-X, Deutscher Ärzte-Verlag, 1990

**Wirtschaftszweig Zahnärztliche Versorgung.** E. Helmstädter, IDZ-Materialienreihe Bd. 8, ISBN 3-7691-7821-1, Deutscher Ärzte-Verlag, 1990

**Bedarf an Zahnärzten bis zum Jahre 2010.** E. Becker/F.-M. Niemann/J. G. Brecht/F. Beske, IDZ-Materialienreihe Bd. 9, ISBN 3-7691-7823-8, Deutscher Ärzte-Verlag, 1990

**Der Praxiscomputer als Arbeitsmittel.** Prüfsteine und Erfahrungen. M. Hildmann, unter Mitarbeit von W. Micheelis, IDZ-Materialienreihe Bd. 10, ISBN 3-7691-7824-6, Deutscher Ärzte-Verlag, 1991

**Mundgesundheitszustand und -verhalten in der Bundesrepublik Deutschland.** Ergebnisse des nationalen IDZ-Survey 1989. Gesamtbearbeitung: W. Micheelis, J. Bauch, mit Beiträgen von J. Bauch/P. Dünninger/R. Eder-Debye/J. Einwag/J. Hoeltz/K. Keß/R. Koch/W. Micheelis/R. Naujoks/K. Pieper/E. Reich/E. Witt, IDZ-Materialienreihe Bd. 11.1, ISBN 3-7691-7825-4, Deutscher Ärzte-Verlag, 1991

**Oral Health in Germany: Diagnostic Criteria and Data Recording Manual.** Instructions for examination and documentation of oral health status. – With an appendix of the sociological survey instruments for the assessment of oral health attitudes and behavior. J. Einwag/K. Keß/E. Reich, IDZ-Materialienreihe Bd. 11.2, ISBN 3-7691-7826-2, Deutscher Ärzte-Verlag, 1992

**Mundgesundheitszustand und -verhalten in Ostdeutschland.** Ergebnisse des IDZ-Ergänzungssurvey 1992. Gesamtbearbeitung: W. Micheelis, J. Bauch, mit Beiträgen von J. Bauch/A. Borutta/J. Einwag/J. Hoeltz/W. Micheelis/P. Potthoff/E. Reich/H. Stechemesser, IDZ-Materialienreihe Bd. 11.3, ISBN 3-7691-7834-3, Deutscher Ärzte-Verlag, 1993

**Risikogruppenprofile bei Karies und Parodontitis.** Statistische Vertiefungsanalysen der Mundgesundheitsstudien des IDZ von 1989 und 1992. Gesamtbearbeitung: W. Micheelis, E. Schroeder, mit Beiträgen von J. Einwag/W. Micheelis/P. Potthoff/E. Reich/E. Schroeder, IDZ-Materialienreihe Bd. 11.4, ISBN 3-7691-7839-4, Deutscher Ärzte-Verlag, 1996

**Psychologische Aspekte bei der zahnprothetischen Versorgung.** Eine Untersuchung zum Compliance-Verhalten von Prothesenträgern. T. Schneller/R. Bauer/W. Micheelis, IDZ-Materialienreihe Bd. 12, 2. unveränderte Aufl., ISBN 3-7691-7829-7, Deutscher Ärzte-Verlag, 1992

**Gruppen- und Individualprophylaxe in der Zahnmedizin.** Ein Handbuch für die prophylaktische Arbeit in Kindergarten, Schule und Zahnarztpraxis. Gesamtbearbeitung: N. Bartsch, J. Bauch, mit Beiträgen von N. Bartsch/J. Bauch/K. Dittrich/G. Eberle/J. Einwag/H. Feser/K.-D. Hellwege/E. H. Hörschelmann/K. G. König/C. Leitzmann/F. Magri/J. Margraf-Stiksrud/W. Micheelis/H. Pantke/E. Reihlen/R. Roehl/F. Römer/H. P. Rosemeier/T. Schneller, IDZ-Materialienreihe Bd. 13, ISBN 3-7691-7829-9, Deutscher-ÄrzteVerlag, 1992



**Betriebswirtschaftliche Entscheidungshilfen durch den Praxiscomputer.** E. Knappe/V. Laine/P. Klein/S. Schmitz, IDZ-Materialienreihe Bd. 14, ISBN 3-7691-7831-9, Deutscher Ärzte-Verlag, 1992

**Qualitätssicherung in der zahnmedizinischen Versorgung.** Weißbuch. J. Bauch/J. Becker/E.-A. Behne/B. Bergmann-Krauss/P. Boehme/C. Boldt/K. Bößmann/K. Budde/D. Buhtz/H.-J. Gronemeyer/K. Kimmel/H.-P. Küchenmeister/W. Micheelis/P. J. Müller/T. Muschallik/C.J. Plöger/M. Schneider/H. Spranger/M. Steudle/B. Tiemann/J. Viohl/K. Walther/W. Walther/J. Weitkamp/P. Witzel, IDZ-Materialienreihe Bd. 15, 2. Aufl., ISBN 3-7691-7837-8, Deutscher Ärzte-Verlag, 1995

**Prophylaxe ein Leben lang.** Ein lebensbegleitendes oralprophylaktisches Betreuungskonzept. Gesamtbearbeitung: J. Bauch, mit Beiträgen von N. Bartsch/J. Einwag/H.-J. Gülzow/G. Johnke/W. Kollmann/L. Laurisch/J. Magraf-Stiksrud/T. Schneller/K.-P. Wefers, IDZ-Materialienreihe Bd. 16, 2. unveränderte Aufl., ISBN 3-7691-7844-0, Deutscher Ärzte-Verlag, 1998

**Streß bei Zahnärzten.** Ch. von Quast, IDZ-Materialienreihe Bd. 17, ISBN 3-7691-7840-8, Deutscher Ärzte-Verlag, 1996

**Zahnärztliche Qualitätszirkel.** Grundlagen und Ergebnisse eines Modellversuches. W. Micheelis/W. Walther/J. Szecsenyi, IDZ-Materialienreihe Bd. 18, 2. unveränderte Aufl., ISBN 3-7691-7846-7, Deutscher Ärzte-Verlag, 1998

**Hygiene in der Zahnarztpraxis.** Ergebnisse einer Pilotstudie zu den betriebswirtschaftlichen Kosten. V. P. Meyer/D. Buhtz, IDZ-Materialienreihe Bd. 19, ISBN 3-7691-7842-4, Deutscher Ärzte-Verlag, 1998

**Amalgam im Spiegel kritischer Auseinandersetzungen.** Interdisziplinäre Stellungnahmen zum „Kieler Amalgam-Gutachten“. S. Halbach, R. Hickel, H. Meiners, K. Ott, F. X. Reichl, R. Schiele, G. Schmalz, H. J. Staehle, IDZ-Materialienreihe Bd. 20, ISBN 3-7691-7847-5, Deutscher Ärzte-Verlag, 1999

**Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS III).** Ergebnisse, Trends und Problemanalysen auf der Grundlage bevölkerungsrepräsentativer Stichproben in Deutschland 1997. Gesamtbearbeitung: W. Micheelis, E. Reich, mit Beiträgen von R. Heinrich/M. John/E. Lenz/W. Micheelis/P. Potthoff/E. Reich/P. A. Reichart/U. Schiffner/E. Schroeder/l. von Törne/K.-P. Wefers, IDZ-Materialienreihe Bd. 21, ISBN 3-7691-7848-3, Deutscher Ärzte-Verlag, 1999

**Ökonomische Effekte der Individualprophylaxe.** Dokumentation eines computergestützten Simulationsmodells. Ralph Kaufhold, Peter Biene-Dietrich, Uwe Hofmann, Wolfgang Micheelis, Lothar Scheibe, Markus Schneider, IDZ-Materialienreihe Bd. 22, ISBN 3-934280-14-5, Deutscher Zahnärzte Verlag, 1999

**Evidence-Based Dentistry.** Evidenz-basierte Medizin in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Gesamtbearbeitung: Winfried Walther, Wolfgang Micheelis, IDZ-Materialienreihe Bd. 23, 2. unveränderte Auflage, ISBN 3-934280-18-8, Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV 2003

**Arbeitsbelastungen bei Zahnärzten in niedergelassener Praxis.** Eine arbeitsmedizinische Bestandsaufnahme zu Wirbelsäulenbelastungen, Berufsdermatosen und Stressfaktoren. V. P. Meyer, R. Brehler, W. H. M. Castro, C. G. Nentwig, unter Mitarbeit von W. Micheelis, IDZ-Materialienreihe Bd. 24, ISBN 3-934280-24-2, Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV-Hanser, 2001

**Die zahnärztliche Versorgung im Umbruch.** Ausgangsbedingungen und Gestaltungsperspektiven. Festschrift zum 20-jährigen Bestehen des Instituts der Deutschen Zahnärzte 1980–2000. Gesamtbearbeitung: W. Micheelis, D. Fink, mit Beiträgen von E. Reich/K. H. Schirbort/P. J. Tettinger/B. Tiemann/E. Wille/F.-J. Willmes, IDZ-Materialienreihe Bd. 25, ISBN 3-934280-25-0, Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV-Hanser, 2001

**Kostenexplosion durch Prävention?** Orale Gesundheitsgewinne im Alter und versorgungspolitische Konsequenzen. Gesamtbearbeitung: S. Ziller, W. Micheelis, mit Beiträgen von R. Biffar, P. Boehme, W. Kirch, A. Künkel, W. Micheelis, D. Oesterreich, E. Reich, M. Schneider, F. W. Schwartz, J. Weitkamp, S. Ziller, IDZ-Materialienreihe Bd. 26, ISBN 3-934280-37-4, Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV, 2002

**Arbeitswissenschaftliche Beanspruchungsmuster zahnärztlicher Dienstleistungen (BAZ-II).** Materialien zur Beanspruchungsdauer und Beanspruchungshöhe ausgewählter Behandlungsanlässe. Gesamtbearbeitung: W. Micheelis, V. P. Meyer, mit Beiträgen von P. Dünninger, M. Essmat, N. Gülden, U. Hofmann, H.-J. Krankenhagen, G. Meißner, V. P. Meyer, W. Micheelis, B. H. Müller, IDZ-Materialienreihe Bd. 27, ISBN 3-934280-51-X, Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV, 2002

### **Broschürenreihe**

**Zur medizinischen Bedeutung der zahnärztlichen Therapie mit festsitzendem Zahnersatz (Kronen und Brücken) im Rahmen der Versorgung.** T. Kerschbaum, IDZ-Broschürenreihe Bd. 1, ISBN 3-7691-7816-5, Deutscher Ärzte-Verlag, 1988

**Zum Stand der EDV-Anwendung in der Zahnarztpraxis.** Ergebnisse eines Symposiums. IDZ-Broschürenreihe Bd. 2, ISBN 3-7691-7818-1, Deutscher Ärzte-Verlag, 1989

**Mundgesundheit in der Bundesrepublik Deutschland.** Ausgewählte Ergebnisse einer bevölkerungsrepräsentativen Erhebung des Mundgesundheitszustandes und -verhaltens in der Bundesrepublik Deutschland. IDZ-Broschürenreihe Bd. 3, ISBN 3-7691-7822-X, Deutscher Ärzte-Verlag, 1990

**Interprofessionelle Zusammenarbeit in der zahnärztlichen Versorgung. Interprofessional Cooperation in Dental Care.** Dokumentation – Documentation FDI-Symposium Berlin, September 1992. IDZ-Broschürenreihe Bd. 4, ISBN 3-7691-7833-5, Deutscher Ärzte-Verlag, 1993

#### **Sonderpublikationen**

**Das Dental Vademekum.** Hg.: Bundeszahnärztekammer – Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern, Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Redaktion: IDZ, 7. Ausgabe, ISBN 3-934280-09-9, Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV-Hanser 2000

**Dringliche Mundgesundheitsprobleme der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland.** Zahlen – Fakten – Perspektiven. W. Micheelis, P. J. Müller, ISBN 3-924474-00-1, Selbstverlag, 1990\*, Überarbeiteter Auszug aus: „Dringliche Gesundheitsprobleme der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland. Zahlen – Fakten – Perspektiven“ von Weber, I., Abel, M., Altenhofen, L., Bäcker, K., Berghof, B., Bergmann, K., Flatten, G., Klein, D., Micheelis, W. und Müller, P. J., Nomos-Verlagsgesellschaft Baden-Baden, 1990\*

**Dringliche Mundgesundheitsprobleme der Bevölkerung im vereinten Deutschland.** Zahlen – Fakten – Perspektiven. A. Borutta/W. Künzel/W. Micheelis/P. J. Müller, ISBN 3-924474-01-X, Selbstverlag, 1991\*

**Curriculum Individualprophylaxe in der vertragszahnärztlichen Versorgung.** Handreichung für Referenten zur Fortbildung von Zahnärzten und zahnärztlichen Assistenzberufen. Projektleitung und Redaktion: W. Micheelis/D. Fink, Bearbeitung: J. Einwag/K.-D. Hellwege/J. Margraf-Striksrud/H. Pantke/H. P. Rosemeier/T. Schneller, Fachdidaktische Beratung von N. Bartsch, 2. aktualisierte Aufl., ISBN 3-7691-7835-1, Deutscher Ärzte-Verlag, 1993\*

**Geschichte, Struktur und Kennziffer zur zahnärztlichen Versorgung in der ehemaligen DDR.** Eine kommentierte Zusammenstellung verfügbarer Daten von 1949–1989. D. Bardehle, ISBN 3-924474-02-8, Selbstverlag, 1994\*

**Verträglichkeit von Dentallegierungen unter besonderer Berücksichtigung „alternativer“ Verfahren zur Diagnostik.** Abschlußbericht zum Forschungsvorhaben. Gesamtbearbeitung: H. Schwickerath, unter Mitarbeit von H. F. Kappert/J. Mau/P. Pfeiffer/G. Richter/S. Schneider/H. Schwickerath/G. K. Siebert, ISBN 3-7691-7845-9, Deutscher Ärzte-Verlag, 1998\*

**Entgegnung der Autoren des Materialienbandes „Amalgam im Spiegel kritischer Auseinandersetzungen“.** Zur Replik der Autoren des „Kieler Amalgam-Gutachtens“ (Wassermann et al., 1997). S. Halbach/R. Hickel/H. Meiners/K. Ott/F. X. Reichl/R. Schiele/G. Schmalz/H. J. Staehle. IDZ-Sonderband, ISBN 3-924474-03-6, Selbstverlag 2001\*

*Die Publikationen des Instituts sind im Fachbuchhandel erhältlich. Die mit \* gekennzeichneten Bände sind direkt über das IDZ zu beziehen.*







Das „Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ)“ mit der „Zahnärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung (zzq)“ ist eine gemeinsame, organisatorisch verselbstständigte Einrichtung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und der Bundeszahnärztekammer. Das IDZ erfüllt die Aufgabe, für die Standespolitik der deutschen Zahnärzte praxisrelevante Forschung und wissenschaftliche Beratung im Rahmen der Aufgabenbereiche von KZBV und BZÄK zu betreiben.

Die öffentliche Debatte über die Ausgestaltung der medizinischen und zahnmedizinischen Versorgung in Deutschland hat sich in den letzten Jahren intensiviert, zugleich hat die Regelungsdichte des Gesundheitssystems erheblich zugenommen. Die Vielzahl an gesundheitspolitischen Gesetzen und Verordnungen sowie die außerordentlich komplizierten Regelungen und Institutionen des Gesundheitssystems sind auch für Fachleute mittlerweile kaum noch überschaubar. Um die Reformdiskussion mit dem erforderlichen Sachverstand führen zu können, bedarf es daher immer tieferer Detailkenntnisse.

Mit dem vorliegenden IDZ-Band, der die vielschichtigen interdisziplinären Komponenten der zahnmedizinischen Versorgung in ihren juristischen, ökonomischen und sozialmedizinischen Bezügen transparent macht, wird Gesundheits- und Standespolitikern, Medienvertretern, der Gesundheits- und Systemforschung sowie allen im zahnmedizinischen Bereich Tätigen und Lernenden ein in sich geschlossenes Kompendium zur Orientierung an die Hand gegeben.

Die deutsch-englische Herausgabe soll dazu beitragen, die Kenntnisse und das Verständnis für die deutschen Systembesonderheiten auch im internationalen Bereich zu erhöhen und gleichzeitig den Austausch und die Verständigung über mögliche Systemkorrekturen bzw. Systemalternativen voranzutreiben.

*The public debate on the shaping of medical and dental care in Germany has intensified in recent years, in parallel with a mushrooming of the regulatory framework of the healthcare system. Given the multiplicity of relevant legislative and other instruments and the extraordinarily complicated network of regulations and institutions making up the system, even specialists now find it difficult to gain an overall view. To allow suitably informed discussion of the necessary reforms, an increasingly detailed knowledge of the facts is therefore essential.*

*This IDZ compendium, which clearly illuminates the multi-layered, interdisciplinary structure of dental care with its components of law, economics and social medicine, constitutes a self-contained guide for policymakers in the field of healthcare and the medical and dental professions, representatives of the media, healthcare and system researchers, as well as everyone working and studying in the field of dental medicine.*

*The bilingual presentation in German and English is intended to help make the particularities of the German system known and understood both at home and abroad, while at the same time facilitating communication and exchanges of views on possible system corrections and alternatives.*

ISBN 3-934280-63-3