

Forschungsinstitut
für die
zahnärztliche Versorgung
(FZV)

Stiftung der
Kassenzahnärztlichen
Bundesvereinigung



Burkhard TIEMANN / Reinold HERBER

**System der
zahnärztlichen Versorgung
in der
Bundesrepublik Deutschland**

System of Dental Care in the
Federal Republic of Germany

Système des Services Dentaires en
République Fédérale d'Allemagne

Burkhard Tiemann/Reinold Herber

**System der
zahnärztlichen Versorgung
in der
Bundesrepublik Deutschland**

Herausgeber:
Forschungsinstitut
für die
zahnärztliche Versorgung

Stiftung der
Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung

5000 Köln 41, Universitätsstraße 73



Deutscher Ärzte-Verlag GmbH

Verfasser/Authors/Auteurs :

*Dr. jur. Burkhard TIEMANN
Hauptgeschäftsführer der
Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung*

*Executive Director of the
Panel Dentist's Federal Association*

*Directeur Exécutif de la
Confédération Fédérale des Syndicats Dentaires*

*Dr. rer. pol. Reinold HERBER
Wissenschaftlicher Leiter
des Forschungsinstituts für die zahnärztliche Versorgung*

*Scientific Director of the
Research Institute for Dental Care*

*Directeur Scientifique de
l'Institut de Recherches pour les Soins Dentaires*

ISBN: 3-7691-7801-7

Jeglicher Nachdruck, jegliche Wiedergabe, Vervielfältigung und Verbreitung (gleich welcher Art), auch von Teilen des Werkes oder von Abbildungen, jegliche Abschrift, Übersetzung, auch auf fotomechanischem oder ähnlichem Wege oder im Magnettonverfahren, in Vortrag, Funk, Fernsehsendung, Telefonübertragung sowie Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen bedarf der ausdrücklichen Genehmigung des Verlages.

Copyright © by Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln-Lövenich, 1980

Gesamtherstellung: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln-Lövenich

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	7
1. Grundriß des Versorgungssystems	9
I. Historische Entwicklungslinien	11
II. Zahnärztliche Berufsvertretungen	24
V. Kassen	35
I. Umfang der kassenzahnärztlichen Leistungen	41
II. Leistungs- und Vertragssystem der kassen- zahnärztlichen Versorgung	48
III. Wachstum des Leistungsumfanges	58
III. Ausblick: Die Stellung des Zahnarztes im System der zahnärztlichen Versorgung ...	64
Literaturhinweise	195

Vorwort

Die zahnärztliche Versorgung als Teilbereich des Gesundheitssystems ist nicht nur eine konkrete individuelle Aufgabe jedes Zahnarztes, sondern ist eingebettet in ein juristisches, politisches und gesellschaftliches Rahmenwerk.

Die vorliegende Schrift setzt sich zum Ziel, das komplexe System der zahnärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland in seinen Grundzügen zu skizzieren. Sie will damit Hilfestellung leisten, die teilweise komplizierten Regelungen und Institutionen transparenter zu machen. Auf juristische Spezifikationen wird daher bewusst verzichtet; vielmehr konzentriert sich die Darstellung auf das System als Ganzes.

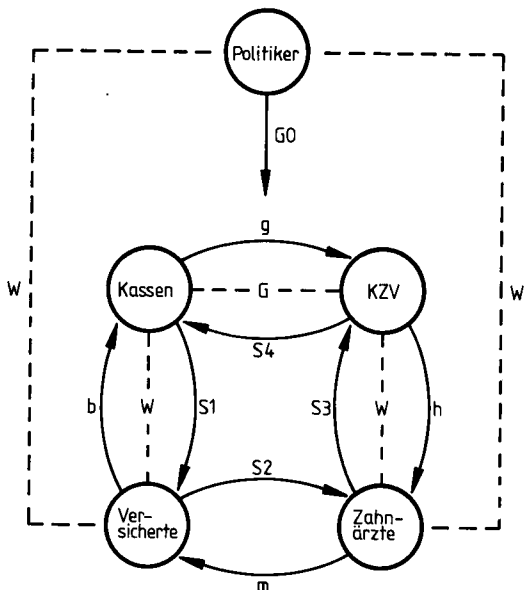
Durchgängiges Wesensmerkmal des deutschen Gesundheitssystems ist die „Selbstverwaltung“. Dieses Prinzip gilt sowohl für die Zahnärzteschaft mit ihren Standesvertretungen als auch für die Patienten, die als Versicherte in einem gegliederten Krankenkassensystem durch gewählte Vertreter ihre Angelegenheiten selbst regeln und entscheiden.

Dieses System der Selbstverwaltung, das sich seit Jahrzehnten durchaus bewährt hat, wird jedoch gerade auch in jüngster Vergangenheit durch dirigistische Maßnahmen auf dem Gebiete der Gesetzgebung und Rechtsverordnungen ausgehöhlt. Hier den freiheitlichen Bestand zum Nutzen aller Beteiligten zu wahren, bleibt Verpflichtung und Aufgabe.

I. Grundriß des Versorgungssystems

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 Umfeld mit einem komplizierten Regelungs- und Steuerungssystem.

Abb. 1: Das System der zahnärztlichen Versorgung*



- | | |
|----------------------------|--------------------------|
| l = zahnärztliche Leistung | S1-S4 = Krankenscheine |
| = Beitrag | GO = Gebührenordnung |
| = Gesamtvergütung | W = Wahlen |
| = Honorar | G = Gruppenverhandlungen |

Abbildung 1 zeigt die an der Versorgung mit kassenzahnärztlichen Leistungen beteiligten Aggregate: Versicher-

analog: Herder-Dorneich, Ph.: Die Kostenexpansion und ihre Steuerung im Gesundheitswesen, Köln 1976, S. 98

te, Zahnärzte, Gesetzliche Krankenkassen und Kassenzahnärztliche Vereinigungen (KZV). Diese Aggregate sind durch zwei einander entgegenlaufende Kreisläufe miteinander verbunden. Der äußere Kreislauf dokumentiert die Leistungen, der innere die Steuerung.

Der Versicherte zahlt einen Beitrag (b) an die Kasse. Die Kasse bezahlt eine Gesamtvergütung (g) an die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZV); diese bezahlen Honorare (h) an die Zahnärzte. Die Zahnärzte behandeln den durch seine Kasse versicherten Patienten, erbringen also zahnmedizinische Leistungen (m). Diesem Leistungskreislauf läuft ein Steuerungskreis entgegen. Aufgrund der Beitragszahlung bekommt der Versicherte von seiner Kasse den Krankenschein (S 1), den er an den Zahnarzt weiterreicht (S 2). Gegen Vorlage dieses Scheins behandelt der Zahnarzt den Patienten, ohne ihm eine Rechnung zu schicken. Vielmehr reicht der Zahnarzt den Krankenschein, auf dem er seine Leistung vermerkt hat, an die Kassenzahnärztliche Vereinigung weiter (S3). Aufgrund der eingereichten Scheine bezahlt die Kassenzahnärztliche Vereinigung den Zahnärzten ihre Honorare und rechnet ihrerseits mit den Kassen ab (S 4).

Über die Höhe des zu zahlenden Honorars finden Gruppenverhandlungen zwischen Kassen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen statt (G). In der Regel finden diese auf Länderebene statt; für bestimmte Rahmen- und länderübergreifende Verträge sind die Bundesverbände zuständig. Die „mittlere Ebene“ wird von der jeweiliger Basis in der Selbstverwaltung gesteuert: Zahnärzte wählen ihre Berufsvertretungen (W) — Versicherte ihre Vertreter in den Krankenkassen (W).

Die Politiker wirken durch Rahmengesetzgebung und durch Einflußnahme auf die Gebührenordnungen (GC) indirekt auf das System ein. Versicherte und Zahnärzte können durch politische Wahlen das Politikerverhalten beeinflussen.

II. Historische Entwicklungslinien

Eine Wissenschaft kennt nur derjenige, der die Geschichte dieser Wissenschaft kennt (Goethe). Analog übertragen auf unser Problem heißt dies, daß man die Grundzüge des historischen Prozesses unseres Gesundheitssystems kennen sollte, um das heutige so komplexe System der zahnärztlichen Versorgung erfassen zu können. In dieser Abhandlung soll deshalb der Versuch unternommen werden, zumindest die wesentlichen Entwicklungslinien des Systems bis hin zur Gegenwart aufzuzeigen.

Die Geschichte des zahnärztlichen und des dentistischen Berufsstandes ist untrennbar mit dem Vorwärtsschreiten des zahnärztlichen Wissens verbunden. Die wissenschaftliche und praktische Zahnheilkunde muß international gesehen werden, weil hier der Fortschritt nicht national gebunden ist. Die standesgeschichtlichen Wurzeln der Zahnärzteschaft hingegen können nur national gesehen werden, da die Entwicklung des Berufsstandes, der Ausbildungssysteme, Fortentwicklung und erreichte Leistungen von national bedingten Voraussetzungen abhängen.

Die Standesgeschichte der deutschen Zahnärzteschaft ist eingebettet in das System der Gesundheitsversorgung als Teil der nationalen Sozialpolitik, wie sie vor allem von Bismarck geprägt wurde. Um das System der zahnärztlichen Versorgung zu erhellen, sollen sowohl das Wachstum der organisatorischen Strukturen der Zahnärzteschaft mit besonderer Berücksichtigung der Zahnarzt-Dentisten-Frage als auch der Prozeß des Krankenversicherungsrechts mit seinen realen Auswirkungen auf das Grundverhältnis Zahnarzt/Patient in die Darstellung mit einbezogen werden.

Obwohl wir uns bewußt sind, daß eine zeitliche Einteilung nur willkürlich sein kann, und Geschichte, also auch Sozial- und Standesgeschichte, nie kontinuierlich, sondern

in Sprüngen abläuft, wird der besseren Klarheit wegen eine Staffelung in die folgenden fünf Perioden vorgenommen:

- Vorläufer bis 1880
- 1880 – 1910
- 1910 – 1930
- 1930 – 1945
- 1945 – 1980

1. Vorläufer bis 1880

In dem Maße, wie sich die Zahnheilkunde zu einem wissenschaftlichen Teilgebiet der Medizin emanzipierte, wuchs das Bedürfnis nach gegenseitigem Erfahrungsaustausch. Die zunächst auf lokaler Ebene gebildeten Vereinigungen, z.B. in Berlin, Hamburg, Leipzig und Dresden, schlossen sich schon früh (1859) zum „Centralverein Deutscher Zahnärzte“ zusammen. Der wissenschaftliche Gedankenaustausch erfolgte durch eine eigene wissenschaftliche Zeitung und durch Jahrestagungen. Der Centralverein war aber zunächst nicht nur ein Zirkel von Wissenschaftlern, sondern die eigentliche, wenn auch nur lose Standesvertretung der approbierten Zahnheilkundler.

Neben diesen medizinisch geschulten Fachkräften gab es jedoch noch Zahnkünstler oder Zahnartisten unterschiedlichster Qualifikation, die sich im „Zahnhandwerk“ betätigten. Mit der Gewerbeordnung von 1869 wurde auf dem zahnärztlichen Fachgebiet die sog. „Kurierfreiheit“ eingeführt. Danach war jedermann rechtlich befugt, die Zahnheilkunde auszuüben.

Vorläufer des heutigen Krankenversicherungssystems waren Hilfskassen, die in den verschiedensten Organisationsformen zersplittert waren. Sie hatten den Charakter von Selbsthilfegruppen, die dazu dienen sollten, dem einzelnen in Notlagen von der Gruppe Beistand zukommen zu lassen.

Die damaligen Kassen trugen den Stempel der Stein-schen Reformvorstellungen, die für Kommunen das Prin-zip der Selbstverwaltung nach dem Subsidiaritätsprinzip vorsahen. Analog hierzu handelten und entschieden die ersten Kassen in Autonomie. Erstmals gesetzlich fixiert wurden die bereits faktisch existierenden Selbstverwal-tungen im Jahre 1874 durch das „Gesetz über die einge-schriebenen Hilfskassen“. Organe waren die General-versammlung und der Vorstand. Um diese Zeit existier-ten im gesamten Deutschen Reich 754 eingeschriebene Kassen im Sinne dieses Gesetzes.

Gemäß dem Selbsthilfecharakter der Kassen und der erst in Ansätzen sich befindlichen Organisation der Zahnärzteschaft gab es noch kein „übergreifendes“ Sy-stem auf höherer Ebene. Zahnärzte und Patienten traten sich in einem individuellen Dienstvertragsverhältnis gegenüber. Dabei war den meisten Patienten der Unter-schied zwischen approbierten Zahnärzten und nicht-ap-probierten Zahnkünstlern wohl kaum bewußt. Infolge der noch geringen Anzahl der approbierten Zahnärzte hatten sie zudem insbesondere auf dem flachen Land auch keine Wahlmöglichkeiten zwischen diesen Berufsgrup-pen.

2. 1880—1910

Lange bevor die Ärzte den nach seinem Gründer später so benannten „Hartmannbund“ aus der Taufe gehoben hatten, wurde zur Wahrnehmung der zahnärztlichen In-teressen 1891 der „Vereinsbund Deutscher Zahnärzte“ geschaffen, der zunächst neben den standesrechtlichen Problemen auch die wirtschaftlichen Belange gegenüber den Krankenkassen wahrnahm.

Der Vereinsbund löste alsbald den Centralverein, der sich jetzt ganz auf seine wissenschaftliche Arbeit in For-schung und Lehre konzentrierte, als eigentliche Standes-vertretung ab.

Bereits 1880 war es zur Gründung einer Standesorganisation der Nicht-Approbierten, dem „Verein deutscher Zahnkünstler“ (VdZK) gekommen. Es muß anerkannt werden, daß der VdZK von Anfang an die Tendenz hatte, den Stand von Kurpfuschern zu reinigen und die Ausbildung auf eine solide Grundlage zu stellen. Daneben lief der Abwehrkampf gegen die Zahnärzte und das Bemühen um eine Art staatliche Anerkennung des eigenen Berufsstandes. In der sog. Erfurter Versammlung kam es 1896 zu einem Versuch, die beiden Stände (Zahnärzte und Dentisten) zu vereinigen; dieser mußte jedoch notwendigerweise scheitern, weil in beiden Lagern die Widerstände noch zu groß waren.

Im Mai 1910 entwickelte sich aus dem Vereinsbund ein „Wirtschaftlicher Verband Deutscher Zahnärzte“, der speziell die wirtschaftlichen Interessen 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.

Die Krankenversicherung wurde im Rahmen des Kranken- und Sozialversicherungswerkes durch die „Kaiserliche Botschaft“ vom 17. 11. 1881, der „Magna Charta“ der deutschen Sozialversicherung, auf eine neue Basis gestellt. Das bald folgende Gesetz betreffend die Krankenversicherung vom 15. 6. 1883 (in Kraft getreten am 1. 12. 1883) brachte die in der Botschaft angekündigte gesetzliche Regelung einer umfassenden Pflichtversicherung, die als Ursprung unseres heutigen Krankenversicherungsrechts gilt.

Durch den Versicherungszwang sollte gewährleistet werden, daß alle Bürger einen Anspruch auf (zahn)ärztliche Versorgung erhielten und sich hierdurch ein soziale Ausgleich zwischen allen Bevölkerungsgruppen ergäbe. Die „solidarische“ Versichertengemeinschaft sollt garantieren, daß die sozialen Risiken untereinander ausgeglichen würden. Es existierten nebeneinander ein

Vielzahl von Kassen, die entweder auf gesetzlicher („RVO-Kassen“) oder freiwilliger Mitgliedschaft („Ersatzkassen“) basierten.

Obwohl bereits Wahlen zu den Organen gemäß dem Selbstverwaltungsprinzip in Anlehnung an das Hilfskassengesetz gesetzlich vorgesehen waren, gab es keine einheitlichen Wahlordnungen. Die einzelnen Kassen organisierten ihre Vertretungsgremien selbst, oft fielen Wahlen aus. Die Versicherten regelten ihre Angelegenheiten in eigener Regie, die Arbeitgeber hatten ein angemessenes Mitspracherecht.

Die Pflichtversicherung hatte jedoch für den Versicherten auch ihre Schattenseiten. Vielfach war für ihn die zuständige Krankenkasse lediglich eine anonyme Macht. Durch die Pflichtversicherung konnte der Arbeitnehmer nicht mehr frei den Arzt seines Vertrauens wählen; er hatte damit nur einen Anspruch auf ärztliche Behandlung gegenüber seiner Krankenkasse.

Seitens der Krankenversicherung wurden Zahnärzte und Dentisten nahezu gleich behandelt. Auch die Exekutive und die Rechtsprechung tendierten dahin, im Vollzug der Sozialversicherung approbierte Zahnärzte und Dentisten gleichzustellen; so wurden z. B. von den Kassen bei einfachen Zahnoperationen auch Dentisten zugelassen.

3. 1910—1930

Die Arbeit des Wirtschaftsverbandes bestand im ersten Jahr seiner Existenz neben dem organisatorischen Aufbau im Einsatz einer gerechten Lösung für die Zahnärzteschaft in der zur Beratung anstehenden Reichsversicherungsordnung (RVO), die eine Vereinheitlichung aller Versicherungsregelungen bringen sollte. Die zahnärztli-

chen Organisationen waren jedoch wegen der zu kurzen Zeit in ihrer Lobbytätigkeit um dieses Gesetz nicht besonders erfolgreich. Man war sich infolgedessen darüber im klaren, daß zunächst die Verbandsstrukturen gefestigt werden müßten. Mit einer schlagkräftigen Vertretung sollte durch vernünftige Verhandlungen mit den Kassen eine ausreichende Honorierung der Leistungen und eine gute Versorgung der Versicherten gewährleistet werden. Man war sich trotz einiger Konflikte darin einig, daß der Vereinsbund mit dem Wirtschaftsverband in Kollegialität zusammenarbeiten müsse und es gelte, die spezifischen Aufgabengebiete stärker zu akzentuieren. Der Vereinsbund ging später im Centralverein auf und existiert seitdem als Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, die sich insbesondere an wissenschaftlichen Fragen orientiert. Der Wirtschaftsverband als die nun eigentliche Standesvertretung übernahm insbesondere alle ökonomischen Problembereiche, so vor allem die Verhandlungen mit Krankenkassen, Versicherungsanstalten u.ä. Einrichtungen. Sehr wichtig wurde dabei, daß mit der Mitgliedschaft zum Wirtschaftsverband, aus dem 1914 der Reichsverband der Zahnärzte Deutschlands wurde, die Zulassung zur Behandlung der Versicherten in den „Ersatz“-Kassen verbunden war.

Im Zuge des Ausbaus und der Verbesserung des Sozialrechts wurden nach langjährigen Beratungen die verschiedenen Sozialgesetze zu der heute noch gültigen Reichsversicherungsordnung (RVO) vom 19.7.1911 zusammengefaßt. Organe der Selbstverwaltung wurden Vorstand und der „Ausschuß“. Bei den Orts-, Land- und Innungskrankenkassen setzten sie sich entsprechend der Beitragslast zu zwei Dritteln aus Vertretern der Versicherten und zu einem Drittel aus Vertretern der Arbeitgeber zusammen. Im weiteren Verlauf sank die Zahl der Versicherungsträger erheblich ab, während gleichzeitig die Mitgliederzahl der einzelnen Versicherungsträger erheblich anstieg.

Durch diese Konzentration gewannen die einzelnen Kassen weiterhin erheblich an Macht. Dies drückte sich auch im Verhältnis zu den Zahnärzten aus, mit denen die Krankenkassen im Bedarfsfall Einzelverträge abschlossen.

Gemäß § 122 RVO wurde „die ärztliche Behandlung im Sinne dieses Gesetzes durch approbierte Ärzte, bei Zahnkrankheiten auch durch approbierte Zahnärzte (§ 29 der Gewerbeordnung) geleistet“. § 123 RVO bestimmte: „Bei Zahnkrankheiten mit Ausschluß von Mund- und Kieferkrankheiten kann die Behandlung außer durch Zahnärzte mit Zustimmung des Versicherten auch durch Zahntechniker gewährt werden.“ Immer noch galt das System der Einzelverträge zwischen Ärzten und Krankenkassen. Zwar war im „Berliner Abkommen“ die freie Arztwahl für die Versicherten und eine angemessene Zulassungszahl für Ärzte und Zahnärzte vorgesehen, aber die rechtliche Stellung der Zahnärzte war noch sehr schwach. Im Jahre 1923 wurde mit der „Verordnung über Ärzte und Krankenkassen“, 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 dieses Wirtschaftstiefpunkts gelang es dann den berufsständischen Organisationen, hier insbesondere dem Reichsverband der Zahnärzte Deutschlands, als Nachfolger des Wirtschaftsverbandes, immer besser, ihre Interessen durchzusetzen. Auch auf Kassen-seite gab es einige Persönlichkeiten, die mehr Wert auf eine harmonische Zusammenarbeit legten als auf Konflikt um jeden Preis.

4. 1930—1945

Durch die Entwicklung des Verhältnisses zwischen Krankenkassen und Zahnärzten sah sich nun auch der Staat veranlaßt, die rechtliche Situation der Zahnärzteschaft zu stärken. Durch die „Verordnung über kassenzahnärztliche Versorgung“ vom 13. 1. 1932 wurde nun die gesetzliche Bildung kassenärztlicher und kassenzahnärztlicher Vereinigungen, aber auch kassendentistischer Vereinigungen, in Form öffentlich-rechtlicher Körperschaften beschlossen. Diesen sollten die Abschlüsse von Verträgen, die kassenzahnärztliche Abrechnung und Überwachung obliegen. Den vorläufigen Abschluß auf diesem Gebiet fand diese Entwicklung in der „Verordnung über die Kassenzahnärztliche Vereinigung Deutschlands“ vom 2. 8. 1933. Hierdurch sollte eine „Steuerung auf mittlerer Ebene“, also eine kollektivvertragliche Lösung über individuelle Partnerschaft von Arzt und Patient hinaus, zwischen Kassenzahnärzten bzw. Kassendentisten und Krankenkassen erreicht werden.

Im Dritten Reich wurden auch die Standesorganisationen der Zahnärzte und Dentisten gleichzuschalten versucht. Über die Beseitigung der Kurierfreiheit und Annäherung beider Stände wurde zwar viel geredet, aber nichts erreicht.

Während sich auf Versichertenseite bezüglich des Leistungsumfanges wenig änderte, griff das „Führerprinzip“ nach 1933 massiv in den internen Regelungsmechanismus der Kassen ein. Durch das „Gesetz über den Aufbau der Sozialversicherung vom 5. 7. 1934“ und nachfolgende Rechtsverordnungen wurde die Selbstverwaltung der Krankenversicherung beseitigt. An die Stelle der bisherigen Organe trat die alleinige Verantwortung eines staatlichen Leiters, der die Versichertengemeinschaft rechtlich vertrat. Zwar wurde ihm ein Beirat zur Seite gestellt; dieser hatte jedoch nicht die Befugnisse früherer Selbstverwaltungen.

Durch die Neufassung der Reichsversicherungsordnung war 1931 ein gesetzlich fundiertes einheitliches Arztsystem in der sozialen Krankenversicherung geschaffen worden, wonach die Zulassung nicht mehr für eine einzelne, sondern für alle RVO-Kassen galt. Daneben löste das Kollektivvertragssystem das bisher mehr oder weniger willkürlich gehandhabte Einzelvertragssystem ab. Verhandlungspartner waren nunmehr Kassen mit den kassenzahnärztlichen bzw. kassendentistischen Vereinigungen.

Auf dieser Rechtsbasis wurde 1935 eine „Vertragsordnung für Kassenzahnärzte und Kassendentisten“ erlassen, die ein abgestuftes Vertragssystem zum Inhalt hatte

- den Reichsvertrag als Rahmenvertrag
- Bezirksverträge auf Landesebene
- den Einzeldienstvertrag.

Durch die folgende Politisierung seitens der nationalsozialistischen Machthaber wurde auch das System der zahnärztlichen Versorgung zentralisiert und den parteipolitischen Zielsetzungen unterworfen. Durch die Kriegseignisse wurden dann die Auseinandersetzungen zwischen Standesorganisationen und Kassen weit in den Hintergrund gerückt.

5. 1945—1980

Nach dem Kriege wurden die Regelungen über die Kassenzahnärztliche Versorgung neu gefaßt. Mit dem Verlust der Reichshoheit 1945 hatte auch die Kassenzahnärztliche Vereinigung Deutschlands zu existieren aufgehört. Landeseigene Vorschriften regelten zunächst die Versorgung. Erst am 24. Juli 1948 entstand für Westdeutschland mit dem „Verband der Deutschen Zahnärztlichen Berufsvertretungen“ (VDZB) wieder eine zentrale Organisation.

In den Ländern bestanden unverändert zahnärztliche und dentistische Organisationen verschiedener Art (KZVen, KDVen, Zahnärztekammern und Dentistenkammern) selbständig nebeneinander, wobei jedoch bereits abzu- sehen war, daß die dentistischen Vereinigungen erlöschen würden und daher aufgelöst bzw. mit den zahnärztlichen vereinigt werden müßten. So entwickelte man auf Länderebene eine Vereinigung der beiderseitigen Organisationen in Form von Zweckverbänden, die jedoch nur für eine Übergangszeit bestimmt waren.

Mit dem „Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde vom 31. März 1952“ (ZHG) wurden dann beide Berufsstände miteinander verschmolzen. Dieses Gesetzeswerk wird daher mit Recht als das moderne Grundgesetz des Zahnarztberufes in Deutschland bezeichnet. Es war die Grundlage dafür, daß das zahnärztliche Versorgungssystem auf eine neue Basis gestellt wurde, deren Grundstrukturen bis heute erhalten sind.

Nach Kriegsende galt für die Versicherten vorerst der alte Rechtszustand fort. Der Alliierte Kontrollrat beriet über eine völlige Neufassung der Sozialversicherung. Dieses Vorhaben wurde aber bald aufgehoben. Neue Einzelreformgesetze wurden zunächst auf Länderebene erlassen.

Der Wiederaufbau der Selbstverwaltung innerhalb der Sozialversicherung fand mit der Verabschiedung des bundeseinheitlichen Selbstverwaltungsgesetzes vom 22.2.1951 (neugefaßt am 13.8.1952) einen vorläufigen Abschluß. Danach wählen die Versicherten ihre Vertreter in die Vertreterversammlung und in den Vorstand als die Entscheidungsorgane der Selbstverwaltung. Zur Umsetzung ihrer Vorstellungen und Interessen bedienen sich die Selbstverwaltungsgremien einer Geschäftsführung, die die laufende Verwaltungstätigkeit in ständiger Absprache mit ihnen erledigt. Seit 1953 wurde das Selbstverwaltungsgesetz mehrfach geändert. Anfang 1977 wurden die Bestimmungen zur Verfassung der Sozialversicherung im Sozialgesetzbuch — Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung vom 23. 12. 1976 (SGB IV) — zusammengefaßt.

Nachdem in den einzelnen Ländern bereits erste Gesetze zur Neufassung des gesamten Gesundheitsversicherungssystems erfolgt waren, übertrug das Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland die Gesetzgebungskompetenz auf diesem Gebiet dem Bund. Nach jahrelangem zähen Ringen aller Beteiligten wurde endlich am 17.8.1955 das Gesetz über Kassenarztrecht als Änderungsgesetz des 2. Buches der RVO und zur Ergänzung des Sozialgerichtsgesetzes verabschiedet. Durch das Gesetz wurde ein geregelter Vertragsmechanismus der Zahnärzte und Krankenkassen geschaffen. Bis dahin hatten der VDZB und der als sein Nachfolger 1953 gegründete Bundesverband der Deutschen Zahnärzte (BDZ) als Zusammenschluß der Länderkammern, beide in der Rechtsform eingetragener Vereine, die Interessen der Zahnärzte gegenüber den Krankenkassen vertreten müssen. Nun entstand mit der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) eine Körperschaft des öffentlichen Rechts, der die Sicherstellung der kassenzahnärztlichen Versorgung oblag. Für die kassenzahnärztliche Versorgung ergaben sich im wesentlichen folgende Regelungen:

- Jeder Zahnarzt wird auf seinen Antrag zur kassenzahnärztlichen Versorgung zugelassen, wenn er die persönlichen Voraussetzungen erfüllt.
- Die Zulassung ist ein öffentlich-rechtlicher Auftrag an den Kassenzahnarzt persönlich. Der Kassenzahnarzt steht nur noch in Rechtsbeziehung zu seiner Kassenzahnärztlichen Vereinigung und nicht mehr zu den Krankenkassen.
- Der Versicherte hat Anspruch auf eine zweckmäßige und ausreichende Versorgung. Er kann frei unter den zugelassenen Zahnärzten wählen.
- Die Kassenzahnärztliche Versorgung wird auf Landesebene durch Landesgesamtverträge und auf Bundesebene durch den Bundesmantelvertrag geregelt.
- Ein bundeseinheitlicher Bewertungsmaßstab (Bema) ist das für alle Kassenarten verbindliche Leistungs- und Gebührenverzeichnis kassenzahnärztlicher Leistungen.
- Die Höhe der Gesamtvergütung wird im Gesamtvertrag (nach Einzelleistungen) vereinbart.
- Kommt ein Vertrag nicht zustande, wird der Vertragsinhalt von einem Schiedsamt festgelegt.
- Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen haben die kassenzahnärztliche Tätigkeit als Selbstverwaltungsaufgabe zu überwachen.

Durch das moderne Kassenarztrecht wird im wesentlichen das System der freien Praxis gewährleistet. Nicht ein übergeordnetes System entscheidet, was richtig und nützlich ist, sondern der einzelne Zahnarzt als Angehöriger eines freien Berufsstandes nach den gesundheitlichen Erfordernissen des ihn frei wählenden Patienten.

Wesentliche Veränderungen des gesamten Gesundheitssystems brachten das Krankenversicherungs-Weiterent-

wicklungsgesetz (KVWG) vom 28. 12. 1976 und das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz (KVKG) vom 27. 6. 1977, die zu dem im Prinzip bejahten individuellen Zahnarzt-Patienten-Verhältnis kollektive und zentralistische Elemente im Versorgungssystem stärker betonen.

Weiterhin sind zu beachten die verschiedenen gesetzgeberischen Vorstöße, die durch die weitere Integration in Europa forciert wurden. Diese zielen in der Regel tendenziell auf eine Aushöhlung des gegliederten Kassensystems in Richtung auf eher zentralistische Systemvorstellungen hin.

Wie sich die momentanen gesetzgeberischen Regelungen auf die aktuelle Wirklichkeit des Systems der zahnärztlichen Versorgung niederschlagen, wird im sechsten Abschnitt ausführlich erläutert und analysiert.

III. Zahnärztliche Berufsvertretungen

Nachdem das Wachsen und Werden des deutschen Systems der zahnärztlichen Versorgung im historischen Prozeß schlaglichtartig beleuchtet wurde, soll nun der aktuelle Ist-Zustand der zahnärztlichen Zusammen-schlüsse skizziert werden.

In der Bundesrepublik Deutschland gibt es heute (Stand: 31. 12. 1979) 41237 Zahnärzte. Von diesen sind 27661 in eigener freier Praxis tätig; 3828 arbeiten als Assistenten oder Vertreter eines anderen Zahnarztes, 1103 in Universitätskliniken und Krankenhäusern, 302 als beamtete oder angestellte Jugend-Zahnärzte und 429 als Sanitäts-offiziere bei der Bundeswehr. Außerdem sind 64 Zahn-ärzte als Berater bei Krankenkassen und Versiche-rungsanstalten, 16 bei zahnärztlichen Berufsorganisatio-nen und 32 in der Industrie tätig. Ohne zahnärztliche Berufsausübung sind 7762 Zahnärzte.

Die zahnärztlichen Berufsvertretungen besitzen neben der „Doppelspitze“ mit den Kammern und den Kassen-zahnärztlichen Vereinigungen auf körperschaftlich-rechtlicher Basis ihre Ergänzung im „Freien Verband“ und weiteren unabhängigen fachspezifischen Verbänden sowie zahlreichen wissenschaftlichen Gesellschaften.

1. Zahnärztekammern

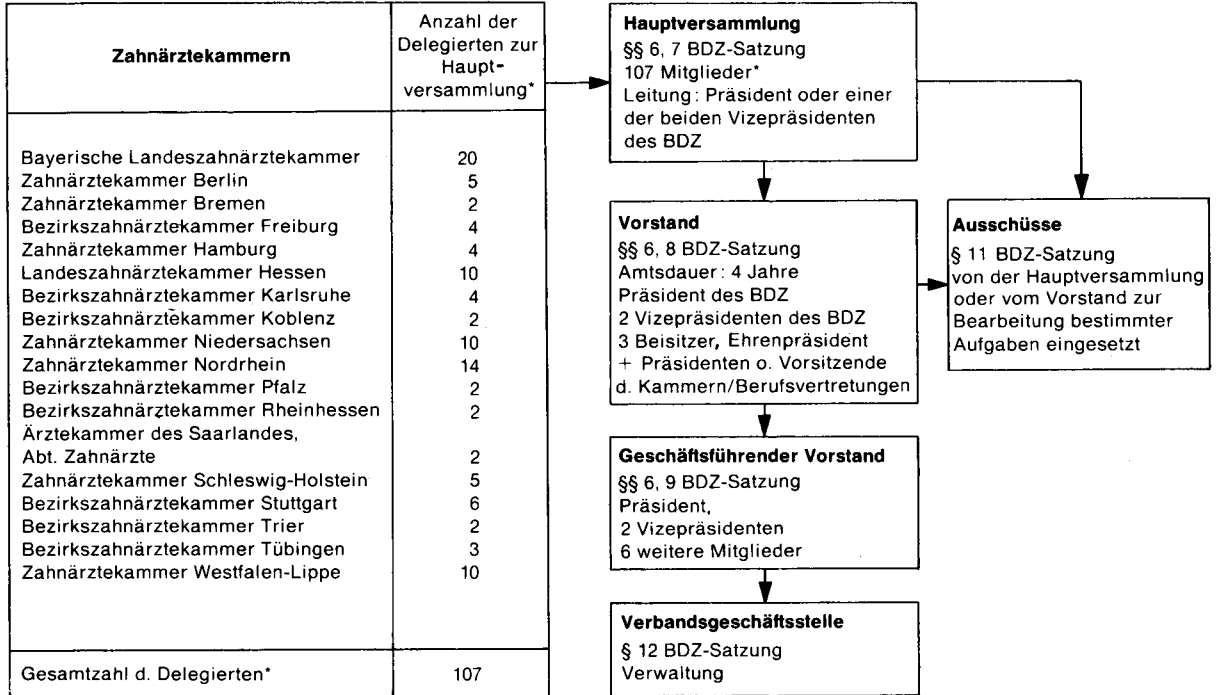
Die Zahnärztekammern als klassische Berufsvertretungen der Zahnärzte dienen der Förderung und Wahrung aller beruflichen Interessen der Zahnärzte sowie der Pflege der Volksgesundheit. Die Kammern sind gemäß dem föderativen Prinzip auf Länderbasis gegründet (aufgrund der geschichtlichen Entwicklung nicht genau dek-kungsgleich mit den Bundesländern, vgl. Abb. 2). In gro-ßen Kammerbereichen gibt es darüber hinaus weitere

regionale Untergliederungen, die zum Teil ebenfalls öffentlich-rechtlichen Charakter besitzen. Die Kammern haben zum einen den Zweck, die Interessen der Zahnärzte nach innen und außen wahrzunehmen und zum anderen, hoheitlichen Aufgaben zu genügen. Mit dieser rechtlichen Regelung wird dem „Subsidiaritätsprinzips“ entsprochen, nach dem zunächst die Fachkundigen und Betroffenen ihre Angelegenheiten selbst in eigener Verantwortung regeln sollten, bevor der Staat eingreift. Die Mitgliedschaft des einzelnen Zahnarztes in seiner Berufsvertretung ist gemäß dem öffentlichen Auftrag obligatorisch. Die Willensbildung innerhalb der Kammern erfolgt in den nach demokratischen Regeln zu wählenden Selbstverwaltungsorganen, der Delegiertenversammlung und dem Vorstand, mit einem Präsidenten als Vorsitzendem. Die Aufgaben der Kammern sind im einzelnen:

- Schaffung und Erhaltung einer einheitlichen Berufsauffassung
- Gegenseitige Abstimmung der Arbeiten und Aufgaben der Verbandsmitglieder
- Beratung und Unterstützung der Mitglieder
- Pflege und Förderung der beruflichen Aus- und Weiterbildung
- Vertretung der Berufsinteressen vor Behörden, gesetzgebenden Körperschaften, Verbänden und in der Öffentlichkeit
- Förderung der öffentlichen und beruflichen Gesundheits- und Wohlfahrtspflege.

2. Bundesverband der Deutschen Zahnärzte e.V. (BDZ)

Um mit einer autorisierten, fachlich versierten zentralen Vertretung die Belange der Zahnärzteschaft auf Bundesebene und im internationalen Raum wahrnehmen zu können, haben sich die Kammern zu einem „Bundesverband der Deutschen Zahnärzte e.V. (BDZ)“ zusammenschlossen. Gemäß der föderativen Struktur der Bundes-



republik sind analog zum Bundesrat nur die Zahnärztekammern als Verbände — nicht der einzelne Zahnarzt — Mitglieder des BDZ. Die „Bundeszahnärztekammer“ ist privatrechtlich als eingetragener Verein (e. V.) konzipiert; entsprechend ist die Mitgliedschaft freiwillig.

Abbildung 2 zeigt die Organisationsstruktur des BDZ. Organe der Selbstverwaltung sind die Hauptversammlung und der Vorstand. Die Hauptversammlung besteht aus den Delegierten der Zahnärztekammern; ihre zahlenmäßige Stärke bestimmt sich nach der Größe des Mitgliedsverbandes (1 Delegierter je 400 Mitglieder + für die Restzahl — sofern über 200 — ein weiterer). Sie wählt als Vorstandsmitglieder den Präsidenten, zwei Vizepräsidenten sowie drei Beisitzer. Der Vorstand wird komplettiert durch die Präsidenten der Mitgliedsverbände oder deren Vertreter. Zur Erledigung der laufenden Geschäfte wird ein Geschäftsführender Vorstand bestellt; ihm gehören der Präsident, die beiden Vizepräsidenten und 6 weitere vom Vorstand aus seiner Mitte gewählte Mitglieder an. Zur Bearbeitung spezifischer Probleme können Vorstand und Hauptversammlung besondere Ausschüsse einsetzen. Die Entscheidungsbefugnis verbleibt jedoch stets bei den gewählten Organen. Das Veröffentlichungsorgan „Zahnärztliche Mitteilungen“ dient sowohl der Information nach innen für den einzelnen Zahnarzt als auch nach außen als Sprachrohr der deutschen Zahnärzteschaft.

Fußnote zu Seite 26

Stand: 1979 — Die Zahl der Delegierten zur Hauptversammlung wird jährlich neu berechnet: je 400 Mitglieder 1 Delegierter und für die Restzahl, sofern sie 200 übersteigt, 1 weiterer Delegierter. Bei weniger als 800 Mitgliedern 2 Delegierte. (Berechnungsgrundlage: Anzahl der im letzten Kalenderviertelj. d. Vorjahres erfaßten Zahnärzte.) § 7 BDZ-Satzung

Die Aufgaben des BDZ sind denen der Kammern analog, wobei natürlich besonderes Gewicht auf die Koordination der einzelnen Kammermaßnahmen gelegt wird und darüber hinaus die internationale Repräsentation der deutschen Zahnärzteschaft wahrgenommen wird. Hierbei spielt eine besondere Rolle die Vertretung in den verschiedenen internationalen Organisationen, wie der Fédération Dentaire Internationale (FDI), der Regionalen Organisation der FDI für Europa (ERO) und dem Zahnärztlichen Verbindungsausschuß zur Europäischen Gemeinschaft (EG).

3. Kassenzahnärztliche Vereinigungen (KZVen)

Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sind die Träger zur Sicherstellung der kassenzahnärztlichen Versorgung. Neben der Wahrnehmung der vertraglichen und wirtschaftlichen Rechte ihrer Mitglieder gegenüber den Kassen fallen ihnen noch weitergehende hoheitliche Aufgaben zu. Folgerichtig sind sie als öffentlich-rechtliche Körperschaften organisiert.

Nach Eintritt der Rechtskraft der Zulassung zur kassenzahnärztlichen Versorgung, die auf freiwilligen Antrag erfolgt, werden die zugelassenen Zahnärzte automatisch „ordentliche“ Mitglieder, während die in das Zahnarztregister eingetragenen nicht zugelassenen Zahnärzte „außerordentliche“ Mitglieder sind. Laut Verfassungsurteil muß heute jeder deutsche Zahnarzt — wenn er die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt — am Ort seiner Wahl zugelassen werden. Die außerordentliche Mitgliedschaft hat damit ihren eigentlichen Sinn verloren und ist nur noch historisch erklärbar.

Die KZVen besitzen laut Gesetz zur Aufbringung der erforderlichen Mittel die Beitragshoheit und darüber hinaus die Disziplinarhoheit gegenüber ihren Mitgliedern.

Die KZVen verwalten sich selbst. Organe sind die Vertreterversammlung und der Vorstand. Beide Gremien bestehen aus getrennt zu wählenden Mitgliedern der ordentlichen und außerordentlichen Zahnarztgruppen gemäß ihrem zahlenmäßigen Verhältnis zueinander. Die Amtsdauer beträgt vier Jahre. Die Vertreterversammlung hat die Kompetenz über die Rahmenrichtlinien, der Vorstand erledigt die laufenden Geschäfte — Näheres regelt die Satzung. Zur verwaltungstechnischen Umsetzung seiner Entscheidungen bedient sich der Vorstand einer Geschäftsführung. Diese führt vor allem auch die kassenzahnärztliche Abrechnung und die Abrechnungsprüfung durch. In der Regel gliedert sich die Verwaltungsorganisation einer KZV in eine Landesgeschäftsstelle mit einer oder mehreren Abrechnungsstellen, der noch weitere Bezirksstellen untergeordnet sein können. Die Betriebs- und Rechnungsführung unterliegt der jährlichen Revision durch die Prüfstelle der Bundesvereinigung.

Die KZVen haben im wesentlichen folgende, sich aus dem Gesetz ergebende Aufgaben zu erfüllen:

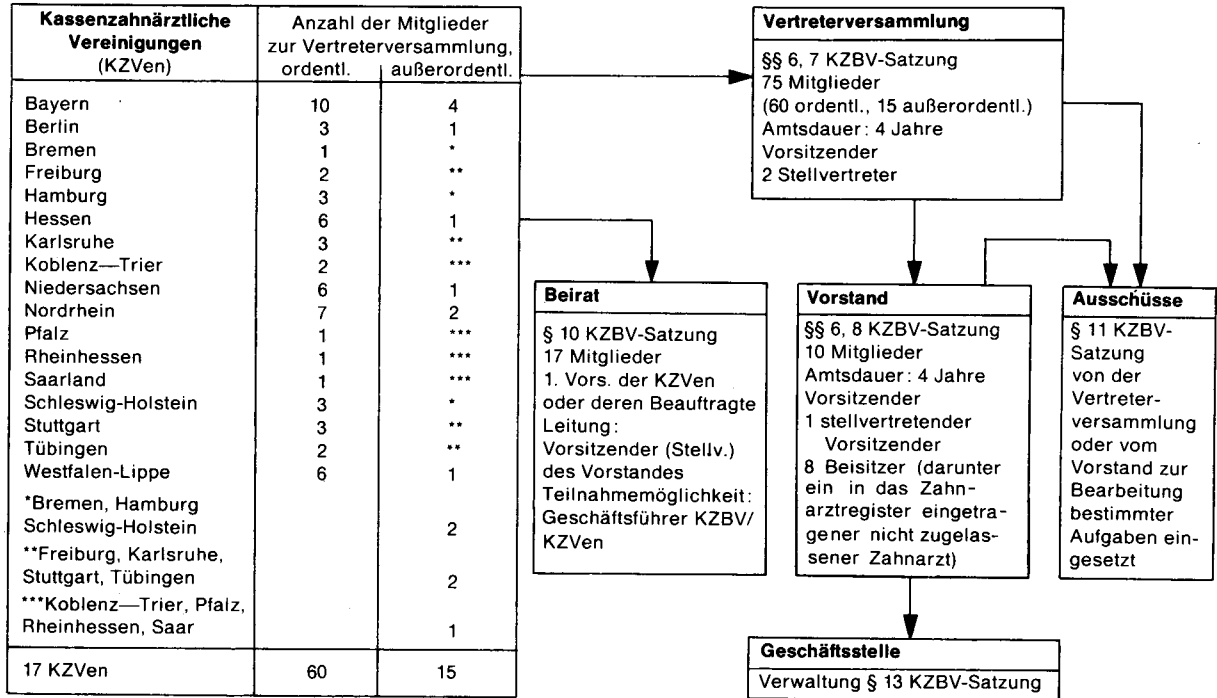
- Sicherstellung der zahnärztlichen Versorgung nach gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen
- Überwachung und Kontrolle der Pflichten ihrer Mitglieder
- Abschluß von Gesamtverträgen
- Wahrnehmung der Rechte ihrer Mitglieder gegenüber den Krankenkassen
- Errichtung von Prüfungs- und Beschwerdeausschüssen
- Führung der Geschäfte der Prüfungs- und Zulassungsausschüsse
- Entgegennahme der Honorare und Auszahlung an ihre Mitglieder
- Führung des Zahnarztregisters
- Bestellung der Zahnarztvertreter in
 - Zulassungsausschüssen
 - Landesausschüssen — Berufungsausschüssen
 - Landesschiedsämtern — Vertragsausschüssen

Über die Regelungen der Reichsversicherungsordnung hinaus, die sich explizit nur auf bestimmte Kassenarten (Ortskrankenkassen, Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen) bezieht, stellen die KZVen im Rahmen der Bundesverträge bei Ersatzkassen, Knappschaftskassen, Trägern der Unfall- und Rentenversicherungen, Bundeswehr, Bundesgrenzschutz sowie sonstigen Krankenversicherungsträgern die zahnärztliche Versorgung sicher. Die KZVen sind in ihren Verhaltensweisen grundsätzlich autonom. Die Staatsaufsicht erstreckt sich ausschließlich darauf, daß Gesetz und Satzung durch die Organe beachtet werden. Darüber hinaus bestehen keinerlei Weisungsbefugnisse.

4. Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung ist die Dachorganisation der Länder-KZVen. Sie ist wie diese ebenfalls als Körperschaft des öffentlichen Rechts ausgestaltet (im Gegensatz zum BDZ). Mitglieder sind die KZVen, nicht der einzelne Zahnarzt. Die Mitgliedschaft ist (ebenfalls im Gegensatz zum BDZ) obligatorisch. Abbildung 3 zeigt die Organisationsstruktur der KZBV.

Selbstverwaltungsorgane sind die Vertreterversammlung und der von ihr gewählte Vorstand mit dem Vorsitzenden an der Spitze. Während die Vertreterversammlung jährlich einmal tagt und hier die Rahmenrichtlinien festlegt, führt der Vorstand die laufenden Geschäfte — Näheres bestimmt die Satzung. Dieser wird unterstützt durch die Verwaltung mit dem Hauptgeschäftsführer an der Spitze, die in enger Zusammenarbeit mit dem Vorstand dessen Entscheidungen in die Praxis umsetzt. Zur Unterstützung des Vorstandes und zur Wahrung der Länderinteressen sowie der gegenseitigen Abstimmung ist dem Vorstand ein Beirat, der sich aus den Vorsitzenden der KZVen oder deren Beauftragten zusammensetzt, zur Seite gestellt.



Die Aufgaben der KZBV ergeben sich aus dem gesetzlichen Auftrag:

- Sicherstellung der kassenzahnärztlichen Versorgung
- Abschluß von Bundesmantelverträgen und KZV-be-reichübergreifenden Gesamtverträgen mit den Krankenkassen
- Vertragsabschlüsse mit Ersatzkassen und sonstigen zentralen Versicherungsträgern
- Aufstellung von Vertragsrichtlinien
- Aufstellung von Richtlinien über Betriebs-, Wirtschafts- und Rechnungsführung der KZVen
- Bestellung der Zahnärzterevertreter in
 - Bundesausschüssen
 - Vertragsausschüssen
 - Bundesschiedsamt
- Führung des Zahnarzt-Registers
- Statistik der zahnärztlichen Vertragstätigkeit

5. Freie Verbände

Neben den körperschaftlich organisierten Berufsvertretungen haben sich auf freiwilliger Basis zahnärztliche Verbände etabliert. Ihre Ziele bestehen darin, die freiberuflichen Interessen des Standes zur Sprache zu bringen. Sie sind bundesweit, nach Landesverbänden gegliedert, vertreten. Eine Sonderrolle beansprucht mit ca. 16000 Mitgliedern die Vereinigung:

- Freier Verband Deutscher Zahnärzte e. V.
Mitteilungsorgan: Der Freie Zahnarzt

Durch den Freien Verband wird den öffentlich-rechtlichen Institutionen eine Organisation an die Seite gestellt, die als Interessenvertretung auf freiwilliger Basis agiert. Er ist damit eine sinnvolle Ergänzung zum öffentlich-rechtli-

chen Organisationssystem. Neben dem Freien Verband sind als weitere wichtige Organisationen zu nennen:

- Bundesverband der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.
- Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden

Diese Verbände vertreten insbesondere die durch das jeweilige Berufsfeld vorgegebenen Spezialinteressen der durch sie vertretenen Zahnärzte.

6. Wissenschaftliche Gesellschaften

Neben den zahnärztlichen Standesorganisationen, die ihre Aufgabensetzung in erster Linie der Frage nach der Stellung des Zahnarztes im Gesundheitssystem und in der Gesellschaft entnehmen, gibt es eine Anzahl von zahnärztlichen Verbänden, die sich ausschließlich mit wissenschaftlichen Fragestellungen beschäftigen.

Nachfolger des „Centralvereins“ ist heute die

Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK)

Die DGZMK befaßt sich mit allen Fachgebieten der Zahnheilkunde, wie dies auch durch die Programmatik der Jahreskongresse augenfällig wird. Ihre Monatszeitschrift „Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift“ (DZZ) ist Spiegelbild des deutschen zahnheilkundlichen Wissenschaftsstandes. Sie repräsentiert die deutsche wissenschaftliche Zahnheilkunde gegenüber den anderen medizinischen Gebieten und gegenüber dem Ausland. Die DGZMK ist gegliedert in verschiedene Fachgesellschaften. Zur Fortbildung bedient sie sich verschiedener wissenschaftlicher Institute, wobei das Karlsruher Fortbildungsinstitut mit seinen praxisnahen Fortbildungskursen besondere Erwähnung verdient.

Neben der DGZMK werden dem Zahnarzt heute viele Möglichkeiten zur Fort- und Weiterbildung je nach Spe-

zialgebiet und wissenschaftlicher Neigung geboten. Die wichtigsten Gesellschaften, deren Anschriften jährlich im Deutschen Zahnärzte-Kalender veröffentlicht werden, sind:

Deutsche Gesellschaft für Kieferorthopädie e. V.

Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

Deutsche Gesellschaft für zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde

Deutsche Gesellschaft für Parodontologie

Vereinigung der Hochschullehrer für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (Dozentenvereinigung)

Deutsche Gesellschaft für Zahnerhaltung

Medizinisch-Biologische Arbeits- und Fortbildungsgemeinschaft Deutscher Zahnärzte e. V.

IV. Kassen

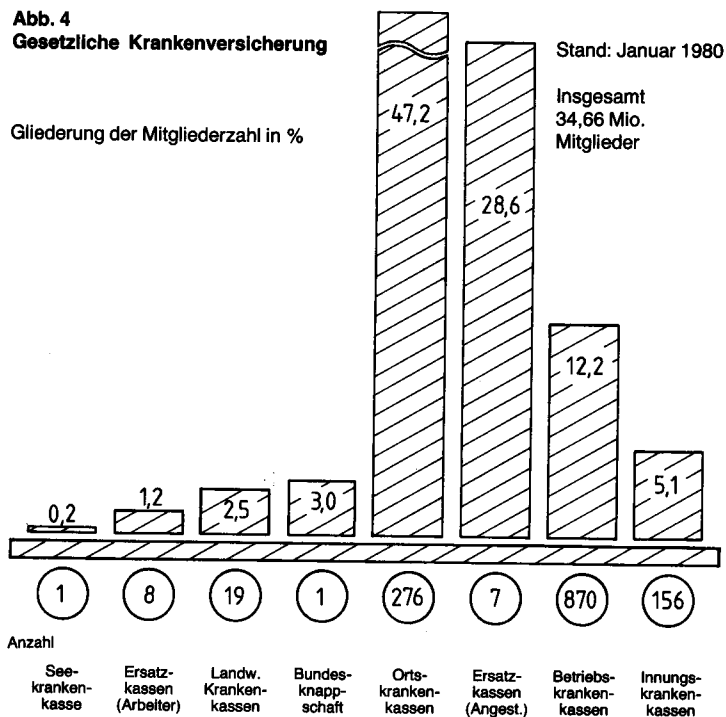
Nach den Berufsvertretungen der Zahnärzte wird im folgenden die Situation des Sozialpartners — der Krankenkassen — beleuchtet. Hierbei werden nur die für das Gesundheitssystem wichtigsten Regelungen und Daten skizziert.

1. Träger der Krankenversicherung

Der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gehören 92% aller Bürger als Mitglieder oder Familienversicherte

Abb. 4
Gesetzliche Krankenversicherung

Gliederung der Mitgliederzahl in %



an; 6% sind privat-, 2% nicht versichert. In sich ist die GKV in viele Kassen gegliedert. Abbildung 4 zeigt den aktuellen zahlenmäßigen Stand der Krankenversicherungsträger und ihrer Mitglieder.

Träger der Gesetzlichen Krankenversicherung sind 1338 Krankenkassen. Davon entfallen 1302 auf die RVO-Kassen (276 Orts-, 870 Betriebs- und 156 Innungskrankenkassen), 15 auf die Ersatzkassen (7 Angestellten- und 8 Arbeiterersatzkassen) sowie 19 landwirtschaftliche Kassen, 1 Seekasse und die Knappschaftsversicherung. Von den insgesamt 34,66 Mio. Mitgliedern gehören 47% zu den Ortskrankenkassen, 29% zu den Ersatzkassen und der Rest zu den übrigen Gesetzlichen Krankenkassen.

Um ihre Interessen bündeln zu können und um die Verhandlungen mit den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung nicht ins Uferlose anwachsen zu lassen, haben sich die einzelnen Kassenarten zu Spitzenverbänden zusammengeschlossen:

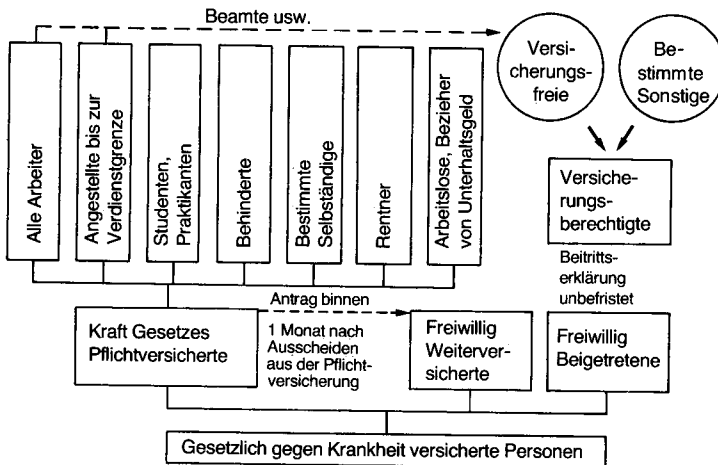
- Bundesverband der Ortskrankenkassen (BdO)
- Bundesverband der Innungskrankenkassen (BdI)
- Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BdB)
- Bundesverband der Landwirtschaftlichen Krankenkassen (BdL)
- Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. (VdAK)
- Verband der Arbeiter-Ersatzkassen e. V. (AEV)

2. Versicherungspflicht

Die GKV ist grundsätzlich eine Pflichtversicherung. Jedoch gibt es einige versicherungsfreie Gruppen, die u. U.

aber das Recht haben, in die GKV als freiwillige Mitglieder einzutreten. Die folgende Abbildung 5 zeigt den versicherten Personenkreis:

Abb. 5



Quelle: Jäger, Horst: Sozialversicherungsrecht und sonstige Bereiche des Sozialgesetzbuches, 8. Auflage, Berlin 1977

Neben den Mitgliedern sind auch deren Familienangehörige mitversichert, sofern diese nicht einen eigenen Versicherungsanspruch besitzen. Sie haben dieselben Ansprüche auf die Versicherungsleistungen, jedoch keine Mitbestimmungsrechte in den Selbstverwaltungsorganen.

3. Versicherungsleistungen und Beiträge

Bei den Versicherungsleistungen sind zu unterscheiden:

- Regelleistungen: gesetzlich vorgeschriebene Mindestleistungen
- Mehrleistungen: in der Satzung der einzelnen Krankenkasse festgelegte besondere Leistungen

- **Kann-Leistungen:** Leistungen, die in das Ermessen der Krankenkassen gestellt sind.

Die GKV ist bis auf Ausnahmen (z. B. Prothetik) am Sachleistungsprinzip orientiert; d. h. dem Versicherten werden keine Kosten erstattet, sondern er erhält die medizinische Leistung in natura. Zur zahnärztlichen Versorgung gehört die freie zahnärztliche Behandlung sowie die prothetische Versorgung mit Kronen und Brücken. Der Leistungskanon der kassenzahnärztlichen Versorgung ist im historischen Ablauf ständig ausgeweitet worden. Bis auf wenige Ausnahmen einer direkten Kostenbeteiligung (bei Prothetik und Kieferorthopädie) erhält der Versicherte nahezu eine vollständige Versorgung ohne unmittelbare Gegenleistung. Das Äquivalent erfolgt also nahezu ausschließlich über den Umweg der Beitragsentrichtung.

Bei kieferorthopädischer Behandlung kann die Satzung einen Eigenanteil bis zu 20% vorsehen. Weiterhin bestimmt die Satzung die Höhe der Zuschüsse zu den Kosten für Zahnersatz und Zahnkronen. Der Zuschuß darf 80% nicht übersteigen; in besonderen Härtefällen kann die Kasse den Restbetrag ganz oder teilweise übernehmen.

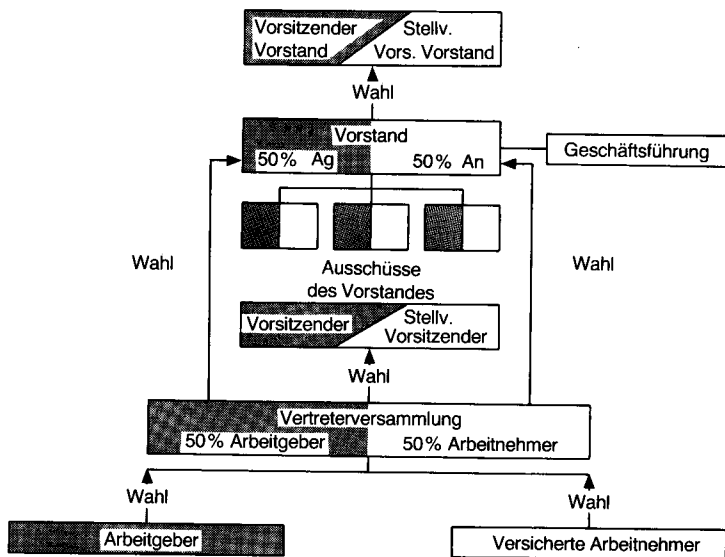
Der Versicherte muß dem Zahnarzt grundsätzlich sofort einen Krankenschein vorlegen. Innerhalb der Geltungsdauer von einem Vierteljahr ist ein Zahnarztwechsel nur bei Überweisung oder bei triftigem Grund möglich; ansonsten ist die Zahnarztwahl frei.

Die Beiträge, die nach dem Umlageverfahren erhoben werden, richten sich nach dem Arbeitsentgelt bis zu einem Höchstbetrag (Mai 1980: 3150,— DM monatl.; gleichzeitig Versicherungspflichtgrenze). Die Höhe des Beitragssatzes wird von der jeweiligen Krankenkasse festgelegt (Durchschnitt Mai 1980: 11,36%). Pflichtbeiträge sind je zur Hälfte vom Arbeitnehmer und vom Arbeitgeber zu tragen. Die Abführungspflicht obliegt mit Ausnahme der Beiträge an die Ersatzkassen dem Arbeitgeber.

4. Selbstverwaltung der Krankenkassen

Ebenso wie die berufsständischen Organisationen verwalten auch die Versicherungsgemeinschaften ihre Kassen selbst. Dieses Prinzip der Selbstverwaltung ist seit Einführung der Sozialversicherung etabliert. Einschränkend muß jedoch gesagt werden, daß der Staat mit der Festlegung der Pflichtleistungen dieses Prinzip weitgehend ausgehöhlt hat. Immerhin bleibt den Organen neben der reinen Verwaltungstätigkeit die Beitragsfestsetzung. Organe sind Vertreterversammlung die Beitragsfestsetzung. Organe sind Vertreterversammlung (maximal 60) und der Vorstand, der zur Erledigung der laufenden Aufgaben eine Geschäftsführung bestellt.

Abbildung 6 zeigt die Grundstruktur des Entscheidungssystems.



Die einzelnen Organe sind paritätisch von Vertretern der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer besetzt. Ausnahme hiervon sind die Ersatzkassen, in denen die Versicherten das alleinige Wahlrecht besitzen.

Eine Spezialität des Wahlsystems sind die sog. „Friedenswahlen“. Diese „Wahlen ohne Wahlhandlung“ finden dann statt, wenn sich die Funktionäre der verschiedenen Organisationen von vornherein auf eine einheitliche Liste geeinigt haben. Friedenswahlen finden häufiger als Urwahlen statt. Bei den Versicherten wächst in den letzten Jahren das Bewußtsein um die eigene Entscheidungskompetenz. So stieg die Wahlbeteiligung bei den tatsächlich durchgeführten Urwahlen beim vorletzten Wahldurchgang 1974 (ca. 43%) gegenüber 1968 (ca. 20%) relativ stark an. Dieser Trend hat sich 1980 stabilisiert.

V. Umfang der kassenzahnärztlichen Leistungen

Die folgende Übersicht in den Tabellen 1—3 zeigt das Volumen der kassenzahnärztlichen Leistungen seit 1975. Diese machen etwa 90% des Gesamtumsatzes der Zahnärzte aus.

Als Quintessenz dieser Übersicht darf wohl der Schluß gezogen werden, daß die prothetischen Leistungen in ihren Steigerungsgraden zuungunsten der konservierend-chirurgischen ein deutliches Übergewicht erhalten haben. Hier haben gesteigertes Anspruchsdenken der Versicherten, aber auch kaum berechenbare Größen wie das explosionsartige Wachstum des Goldpreises eine gewisse Rolle gespielt.

Gesamtübersicht: über die KZVen abgerechnete Beträge — Bundesgebiet (inkl. West-Berlin)

(Quelle: KZBV, Vertragsabteilung – Statistik) Stand: 6. 3. 1980

RVO-KASSEN¹⁾

Tabelle 1

Zeitraum	Zahnärztliche Behandlung ohne Prothetik					
	Zahnärztliches Honorar + MuL-Kosten			Nur zahnärztliches Honorar		
	Mio. DM	Veränderung %	Veränderung je Mitglied %	Mio. DM	Veränderung %	Veränderung je Mitglied %
1976	2.419,6			2.299,5		
1977	2.571,3	+ 6,3	+ 5,9	2.419,7	+ 5,2	+ 4,9
1978	2.771,0	+ 7,8	+ 6,9	2.590,0	+ 7,0	+ 6,2
1. Dreivierteljahr 1979 *	2.127,8	+ 4,7	+ 4,1	1.988,6	+ 4,6	+ 4,0

Zeitraum	Prothetik ²⁾					
	Zahnärztliches Honorar + MuL-Kosten			Nur zahnärztliches Honorar		
	Mio. DM	Veränderung %	Veränderung je Mitglied %	Mio. DM	Veränderung %	Veränderung je Mitglied %
1976	3.360,5			1.814,7		
1977	3.276,5	- 2,5	- 2,8	1.687,4	- 7,0	- 7,3
1978	3.286,2	+ 0,3	- 0,5	1.626,3	- 3,6	- 4,4
1. Dreivierteljahr 1979 *	2.620,2	+ 10,9	+ 10,2	1.250,5	+ 6,4	+ 5,7

Zeitraum	Zahnärztliche Behandlung einschl. Prothetik					
	Zahnärztliches Honorar + MuL-Kosten			Nur zahnärztliches Honorar		
	Mio. DM	Veränderung %	Veränderung je Mitglied %	Mio. DM	Veränderung %	Veränderung je Mitglied %
1976	5.780,1			4.114,2		
1977	5.847,8	+ 1,2	+ 0,9	4.107,0	- 0,2	- 0,5
1978	6.057,2	+ 3,6	+ 2,7	4.216,3	+ 2,7	+ 1,8
1. Dreiviertel- jahr 1979 *	4.747,9	+ 8,0	+ 7,4	3.239,1	+ 5,3	+ 4,6

¹⁾ RVO-Kassen: Orts-, Betriebs-, Innungs- und landwirtschaftliche Krankenkassen, See-Krankenkasse

²⁾ Abgerechnete Beträge – Zuschüsse der Krankenkassen

* Veränderung gegenüber dem entsprechenden Vorjahreszeitraum

Zeitraum	Zahnärztliche Behandlung ohne Prothetik					
	Zahnärztliches Honorar + MuL-Kosten			Nur zahnärztliches Honorar		
	Mio. DM	Veränderung %	Veränderung je Mitglied %	Mio. DM	Veränderung %	Veränderung je Mitglied %
1976	1.613,0			1.538,6		
1977	1.735,5	+ 7,6	+ 5,4	1.635,7	+ 6,3	+ 4,2
1978	1.890,3	+ 8,9	+ 4,9	1.772,3	+ 8,4	+ 4,3
1. Dreivierteljahr 1979 *	1.470,0	+ 6,1	+ 3,1	1.378,4	+ 6,1	+ 3,1

Zeitraum	Prothetik ²⁾					
	Zahnärztliches Honorar + MuL-Kosten			Nur zahnärztliches Honorar		
	Mio. DM	Veränderung %	Veränderung je Mitglied %	Mio. DM	Veränderung %	Veränderung je Mitglied %
1976	1.659,3			912,6		
1977	1.809,0	+ 9,0	+ 6,9	949,7	+ 4,1	+ 2,0
1978	2.119,1	+ 17,1	+ 12,8	1.069,5	+ 12,6	+ 8,4
1. Dreivierteljahr 1979 *	1.741,5	+ 16,8	+ 13,5	840,4	+ 11,1	+ 7,9

Zeitraum	Zahnärztliche Behandlung einschl. Prothetik					
	Zahnärztliches Honorar + MuL-Kosten			Nur zahnärztliches Honorar		
	Mio. DM	Veränderung %	Veränderung je Mitglied %	Mio. DM	Veränderung %	Veränderung je Mitglied %
1976	3.272,3			2.451,2		
1977	3.544,5	+ 8,3	+ 6,2	2.585,4	+ 5,5	+ 3,4
1978	4.009,4	+ 13,1	+ 8,9	2.841,8	+ 9,9	+ 5,9
1. Dreiviertel- jahr 1979 *	3.211,5	+ 11,7	+ 8,5	2.218,8	+ 7,9	+ 4,8

1) Ersatzkassen: VdAK/AEV

2) Abgerechnete Beträge – Zuschüsse der Krankenkassen

* Veränderung gegenüber dem entsprechenden Vorjahreszeitraum

Zeitraum	Zahnärztliche Behandlung ohne Prothetik					
	Zahnärztliches Honorar + MuL-Kosten			Nur zahnärztliches Honorar		
	Mio. DM	Veränderung %	Veränderung je Mitglied %	Mio. DM	Veränderung %	Veränderung je Mitglied %
1976	4.032,6			3.838,1		
1977	4.306,8	+ 6,8	+ 5,9	4.055,4	+ 5,7	+ 4,8
1978	4.661,3	+ 8,2	+ 6,4	4.362,3	+ 7,6	+ 5,8
1. Dreiviertel- jahr 1979 *	3.597,8	+ 5,3	+ 3,9	3.367,0	+ 5,2	+ 3,8

Zeitraum	Prothetik ²⁾					
	Zahnärztliches Honorar + MuL-Kosten			Nur zahnärztliches Honorar		
	Mio. DM	Veränderung %	Veränderung je Mitglied %	Mio. DM	Veränderung %	Veränderung je Mitglied %
1976	5.019,8			2.727,3		
1977	5.085,5	+ 1,3	+ 0,5	2.637,1	- 3,3	- 4,1
1978	5.405,3	+ 6,3	+ 4,5	2.695,8	+ 2,2	+ 0,5
1. Dreiviertel- jahr 1979 *	4.361,7	+ 13,2	+ 11,7	2.090,9	+ 8,2	+ 6,8

Zeitraum	Zahnärztliche Behandlung einschl. Prothetik					
	Zahnärztliches Honorar + MuL-Kosten			Nur zahnärztliches Honorar		
	Mio. DM	Veränderung %	Veränderung je Mitglied %	Mio. DM	Veränderung %	Veränderung je Mitglied %
1976	9.052,4			6.565,4		
1977	9.392,3	+ 3,8	+ 2,9	6.692,4	+ 1,9	+ 1,1
1978	10.066,6	+ 7,2	+ 5,4	7.058,1	+ 5,5	+ 3,7
1. Dreiviertel- jahr 1979 *	7.959,4	+ 9,5	+ 8,1	5.457,9	+ 6,3	+ 5,0

¹⁾ RVO-Kassen: Orts-, Betriebs-, Innungs- und landwirtschaftliche Krankenkassen,
See-Krankenkasse

Ersatzkassen: VdAK/AEV

²⁾ Abgerechnete Beträge – Zuschüsse der Krankenkassen

* Veränderung gegenüber dem entsprechenden Vorjahreszeitraum

VI. Leistungs- und Vertragssystem der kassen-zahnärztlichen Versorgung

Das System der zahnärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland ist maßgeblich geprägt durch die gesetzliche Krankenversicherung. Da über 90% der Bevölkerung sozialversichert sind, werden der Umfang und die Modalitäten der zahnärztlichen Versorgung durch die gesetzlichen Regelungen des Kassenarztrechts und die aufgrund dieser gesetzlichen Regelungen geschlossenen Verträge und erlassenen Richtlinien vorgezeichnet.

1. Gesetzliche Grundlagen

Normativ angesiedelt ist die Gewährleistung der kassen-(zahn)ärztlichen Versorgung in den §§ 368 ff. der Reichsversicherungsordnung (RVO) in der Fassung des Gesetzes über das Kassenarztrecht vom 17. 8. 1955. Die Pflicht von Ärzten, Zahnärzten und Krankenkassen zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der Versicherten zusammenzuwirken wird vom Gesetz ausdrücklich statuiert. Der Umfang kassenärztlicher Versorgung sowie der Anspruch des Versicherten auf das ausreichende und zweckmäßige Versorgungsniveau wird gesetzlich klargestellt.

Um ein konzertiertes und koordiniertes Zusammenwirken von Ärzten und Krankenkassen zur Erfüllung ihres Sicherstellungsauftrages zu bewirken, schreibt das Gesetz ein Vertragssystem von Mantel- und Gesamtverträgen über die kassenärztliche Versorgung vor, die neben den gesetzlichen Vorschriften und den Richtlinien der bei den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen gebildeten Bundesausschüsse das zentrale Regelungsreservoir für die kassenärztliche 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 Kassenärztliche Vereinigung entrichtet und von dieser an die Kassenärzte verteilt wird, wobei der Gesetzgeber Möglichkeiten der Ermittlung von Höhe und Verteilungsmaßstab der Vergütung aufzeigt.

Gesetz- und vertragsmäßige Durchführung der kassenärztlichen Versorgung, Überwachung der kassenärztlichen Tätigkeit und die Verteilung der kassenärztlichen Gesamtvergütung obliegt den Kassenärztlichen Vereinigungen. Zur Vermeidung von Lücken der vertraglich geregelten kassenärztlichen Versorgung sieht das Gesetz die Vertragsfestsetzung durch Schiedsämter vor, wenn ein Vertrag nicht zustandekommt oder eine Vertragspartei den Vertrag kündigt.

2. Vertragliche Beziehungen

Vor diesem gesetzlichen Hintergrund ist die Entwicklung des Kassenarztrechts gekennzeichnet von der Tendenz zur Kollektivierung der vertraglichen Beziehungen. Früher war es der privatrechtliche Einzelvertrag zwischen Arzt und Krankenkasse, der die tragende Säule des Kassenarztrechts und Ausfluß aller Rechte und Pflichten des Arztes in der kassenärztlichen Versorgung darstellte.

Die Rechtsbeziehungen bewegten sich damals also in dem Dreieck Arzt – Krankenkasse – Versicherter, wobei sich die Ansprüche des Versicherten aus der Rechtskonstruktion des Vertrags zugunsten Dritter zwischen Arzt und Krankenkasse ergaben. Bei einem Kunstfehler des

Arztes standen dem Versicherten hiernach nicht nur deliktische Schadenersatzansprüche, sondern auch Ansprüche aus Vertragsverletzung zu. Ein Vertragsverhältnis, wie es etwa zwischen Privatpatient und Arzt besteht, bedeutete das aber nicht, denn der Kassenarzt erfüllte schon damals mit seiner Behandlung nur den Leistungsanspruch des Versicherten gegen die Krankenkasse.

Die Rechtsbeziehungen des geltenden Kassenarztrechts können in dem Viereck Kasse — Versicherter — Arzt — Kassenärztliche Vereinigung (mit indirekter Beteiligung des Staates) dargestellt werden (vgl. Abb. 1), mit dem Unterschied zur früheren Regelung jedoch, daß direkte Beziehungen des Arztes zur Krankenkasse entfallen.

Nach Maßgabe der RVO wird der Kassenarzt durch die Zulassung und die Mitgliedschaft zur Kassenärztlichen Vereinigung verpflichtet, die Behandlung von Kassenpatienten gemäß den gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen durchzuführen. Dem Recht des Versicherten, einen zugelassenen Kassenarzt seiner Wahl aufzusuchen und dessen Behandlung in Anspruch zu nehmen, weil er einen Leistungsanspruch gegen seine Krankenkasse hat, entspricht die Behandlungspflicht des Kassenarztes aufgrund seiner Mitgliedschaft in der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung, die ihn zur Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet. Es stehen sich somit — jeweils in Rechtsbeziehung zueinander — gegenüber: auf der einen Seite Versicherter und Krankenkasse, auf der anderen Seite Kassenärztliche Vereinigung und Kassenarzt.

Auch die Rechtsbeziehung zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und Kassenarzt ist öffentlich-rechtlicher Art und ist Ausfluß der mitgliedschaftlichen Beziehung zur Kassenärztlichen Vereinigung. Sie wird durch das Gesetz, die Richtlinien und die vertraglichen Abmachungen vorgezeichnet, die die Kassenärztlichen Vereinigungen

mit den Krankenkassen durch die Gesamtverträge über die Versorgung von Kassenpatienten sowie über die Vergütung der ärztlichen und sonstigen Leistungen treffen. Der Vergütungsanspruch des Arztes richtet sich wiederum nur gegen seine Kassenärztliche Vereinigung; dafür entrichtet die Krankenkasse an die Kassenärztliche Vereinigung die sogenannte Gesamtvergütung mit befreiender Wirkung.

Zwischen dem Versicherten und dem Arzt hat das Gesetz im Haftungsfall die Anwendung des Bürgerlichen Rechts statuiert; im übrigen ist das Kassenarztrecht dem öffentlichen Recht zuzuordnen. Das gilt auch für das Vertragssystem der RVO, das den föderativen Aufbau der Bundesrepublik widerspiegelt: Den allgemeinen Inhalt der Gesamtverträge vereinbaren die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen mit den Bundesverbänden der Krankenkassen in Bundesmantelverträgen. Diese Mantelverträge werden automatisch Inhalt der auf Landesebene zu schließenden Gesamtverträge. Inhalt der Mantelverträge sind hauptsächlich die Rechte und Pflichten der Kassenärzte gegenüber den Versicherten und den Krankenkassen. Die Gesamtvertragspartner auf Landesebene können keine abweichenden Absprachen über Gegenstände treffen, die bereits im Mantelvertrag geregelt sind. Als Bestandteil der Bundesmantelverträge vereinbaren die Vertragspartner durch die Bewertungsausschüsse einen einheitlichen Bewertungsmaßstab für die zahnärztlichen Leistungen. Die Bewertungsmaßstäbe bestimmen den Inhalt der abrechnungsfähigen ärztlichen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander.

Die Bewertungsausschüsse wurden durch das Krankenversicherungskostendämpfungsgesetz (KVKG) vom 27. 6. 1977 institutionalisiert. Ihnen gehören Vertreter der Krankenkassen und Kassenzahnärzte an. Kommt im Bewertungsausschuß durch übereinstimmenden Beschluß aller Mitglieder eine Vereinbarung über den Bewertungs-

maßstab nicht zustande, so wird der Bewertungsausschuß um einen unparteiischen Vorsitzenden und vier weitere unparteiische Mitglieder erweitert. Dieser erweiterte Bewertungsausschuß entscheidet mit Stimmenmehrheit, so daß ihm eine schiedsamtähnliche Funktion bei der Festsetzung des Bewertungsmaßstabes zukommt.

3. Vereinbarung der Gesamtvergütung

Die Höhe der Gesamtvergütung wird im Gesamtvertrag mit Wirkung für die beteiligten Krankenkassen vereinbart. Nach der gesetzlichen Regelung des § 368 f Abs. 2 RVO kann die Gesamtvergütung als Festbetrag oder unter Berücksichtigung des Bewertungsmaßstabes nach Einzelleistungen, nach einer Kopfpauschale, nach einer Fallpauschale oder nach einem System berechnet werden, das sich aus der Verbindung dieser oder weiterer Berechnungsarten ergibt.

Das Gesetz sieht ferner die Möglichkeit vor, daß bei den verschiedenen Vergütungssystemen Regelungen eingebaut werden, die eine Begrenzung der Leistungen (Plafondierung) zulassen. Das Gesetz schreibt ferner vor, welche Veränderungskoeffizienten für die Anpassung der Gesamtvergütungen zu beachten sind. Hierbei wird an die zu erwartende Entwicklung der durchschnittlichen Grundlohnsumme der beteiligten Krankenkassen, Praxiskosten sowie die für die kassenärztliche Tätigkeit aufzuwendende Arbeitszeit und Art und Umfang der ärztlichen Leistungen, soweit sie auf einer gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsausweitung beruhen, angeknüpft.

Das System der Bundesempfehlungen für die pro Jahr vorzunehmende Änderung der Vergütungshöhe, das vor allem bei den Zahnärzten bereits seit 1962 praktiziert worden ist, wurde 1977 durch das KVKG gesetzlich insti-

tionalisiert. Die Bundesverbände und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben nunmehr jährliche Empfehlungen über die Veränderung der Gesamtvergütungen abzugeben. Eine Einschränkung macht das Gesetz insofern, als es diese Bundesempfehlungen unter den Vorbehalt stellt, daß nicht die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen eine entsprechende Empfehlung abgegeben hat, der die Vertreter der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung und der Kassenärzte zugestimmt haben.

Die Institution der „Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen“ ist ebenfalls eine Neuschöpfung des KVKG. Zweck der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen ist es, die an der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung Beteiligten in einem Gremium zusammenzufassen, um medizinische und wirtschaftliche Orientierungsdaten und Vorschläge zur Rationalisierung, Erhöhung der Effektivität und Effizienz im Gesundheitswesen zu entwickeln und miteinander abzustimmen. Hierzu sowie über die angemessene Veränderung der Gesamtvergütung der Arzneimittelhöchstbeträge gibt die Konzertierte Aktion jährlich Empfehlungen ab.

Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung beruft in die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen Vertreter der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung, des Verbandes der privaten Krankenversicherung, der Ärzte, der Zahnärzte, der Krankenhausträger, der Apotheker, der pharmazeutischen Industrie, der Gewerkschaften, der Arbeitgeberverbände, der Länder und der kommunalen Spitzenverbände. Der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit sowie der Bundesminister für Wirtschaft sind zu beteiligen.

Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung stellt die für die Beratung erforderlichen Daten unter Berücksichtigung des Jahreswirtschaftsberichts der Bundesregierung zur Verfügung und erläutert diese.

Das KVKG hat es den Gesamtvertragspartnern ferner zur Auflage gemacht, einen Höchstbetrag der im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung zu Lasten der beteiligten Krankenkassen zu verordnenden Arzneimittel zu bestimmen. Bei der Vereinbarung dieses Arzneimittelhöchstbetrages sind insbesondere die Entwicklung der Preise der verordneten Arzneimittel und der Zahl der behandelten Personen einerseits sowie die Entwicklung der durchschnittlichen Grundlohnsumme der beteiligten Krankenkassen andererseits zu berücksichtigen.

Für den Fall, daß die Summe der Aufwendungen der beteiligten Krankenkassen für die auf kassenärztliche Verordnung abgegebenen Arzneimittel im Vereinbarungszeitraum den Höchstbetrag nicht nur geringfügig übersteigt, haben die Vertragsparteien die Ursachen der Überschreitung festzustellen. Soweit die Überschreitung des Höchstbetrages nicht auf einen Anstieg der Arzneimittelverordnungen infolge einer unvorhergesehenen und allgemeinen erheblichen Zunahme der Krankheitshäufigkeit zurückgeht, haben die Vertragsparteien zu regeln, daß zusätzliche und gezielte Einzelprüfungen der Verordnungsweise der Ärzte durchgeführt werden.

Ein Ausgleich kann nur im Wege des Einzelregresses erfolgen, wobei die Regelungen zur Überwachung der Wirtschaftlichkeit der kassenärztlichen Versorgung, insbesondere zur Überprüfung der ärztlichen Verordnungsweise, unberührt bleiben.

4. Vertragsfestsetzung durch Schiedsverfahren

Für die Versorgung der Versicherten und ihrer Angehörigen mit Zahnersatz und Zahnkronen müssen die Verträge über die kassenärztliche Versorgung besondere Bestimmungen über die Vergütung der zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen sowie die Rechnungsregelung nach einheitlichen Grundsätzen enthalten.

Kommt ein Vertrag über die kassenärztliche Versorgung ganz oder teilweise nicht zustande, so hat auf Antrag einer der Vertragsparteien das Schiedsamt zu versuchen, eine Einigung über den Inhalt des Vertrages herbeizuführen und, wenn sich die Vertragsparteien nicht innerhalb einer vom Schiedsamt zu setzenden Frist einigen, einen Vermittlungsvorschlag zu machen. Wird der Vermittlungsvorschlag von den Vertragsparteien nicht innerhalb eines Monats nach seiner Zustellung angenommen, so setzt das Schiedsamt innerhalb von drei Monaten den Inhalt des Vertrages fest.

Die Festsetzung hat die Rechtswirkung einer vertraglichen Vereinbarung, so daß durch das Schiedswesen sichergestellt ist, daß ein vertragsloser Zustand in der kassenärztlichen Versorgung nicht auftreten kann. Die Schiedsämter, die aus einem Vorsitzenden mit der Befähigung zum Richteramt und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern sowie aus Vertretern der Ärzte und Krankenkassen in gleicher Zahl bestehen, setzen ihr Ermessen an die Stelle der Vertragsparteien.

Gegen die Entscheidungen der Schiedsämter ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten eröffnet. Ein weiteres Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen sind die Bundesausschüsse und Landesausschüsse, die jeweils aus einem Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern und einer gleichen Anzahl von Ärzten und Krankenkassenvertretern bestehen.

Diese Ausschüsse, die ebenso wie die Schiedsämter unter der Aufsicht des jeweiligen Arbeits- und Sozialministers stehen, haben in erster Linie die Aufgabe, Richtlinien zu erstellen über eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche kassenärztliche Versorgung, über Arzneimittel und Heilmittel, die nicht oder nur bei Vorliegen besonderer Voraussetzungen zu Lasten der Krankenkassen verordnet werden dürfen, über den Abschluß und Inhalt von Verträgen, über Maßnahmen zur Früher-

kennung von Krankheiten. Ferner haben sie eine Mitberatungsfunktion beim Erlaß der Zulassungsordnungen.

Die Bundesausschüsse beschließen die für die Bedarfsplanung in der kassenärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien, die insbesondere einheitliche und vergleichbare Grundlagen, Maßstäbe und Verfahren bei der Ermittlung und Feststellung des Standes und des Bedarfs an ärztlicher Versorgung gewährleisten und nach denen die Landesausschüsse den Eintritt einer ärztlichen Unterversorgung oder unmittelbar drohenden Unterversorgung zu beurteilen haben.

5. Gebot der Wirtschaftlichkeit

Die gesamte kassenzahnärztliche Versorgung steht unter dem Vorbehalt der Wirtschaftlichkeit der Behandlungs- und Ordnungsweise. Die kassenzahnärztliche Versorgung muß ausreichend und zweckmäßig sein, darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.

Der Kassenzahnarzt ist danach zu einer Versorgung verpflichtet, die zur Heilung oder Linderung nach den Regeln der ärztlichen Kunst zweckmäßig und ausreichend ist. Nicht notwendige oder unwirtschaftliche Leistungen kann der Versicherte nicht beanspruchen, der Kassenzahnarzt darf sie nicht bewirken oder verordnen, die Kasse nicht nachträglich bewilligen. Die nähere Umschreibung des wirtschaftlichen Umfangs der einzelnen Leistungsgebiete wird in den Richtlinien der Bundesausschüsse vorgenommen.

Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen haben die Einhaltung des Gebotes der Wirtschaftlichkeit durch Prüfungsinstanzen zu überwachen. Zu diesem Zwecke werden Prüfungsausschüsse und zur Bearbeitung von Widersprüchen gegen deren Beschlüsse Beschwerdeauschüsse nach näherer Bestimmung in den Satzungen der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen errichtet.

Außerdem haben die Vertragsparteien des Gesamtvertrages das Verfahren zur Überwachung und Prüfung der Wirtschaftlichkeit sowie das Verfahren vor den Ausschüssen zu vereinbaren (Prüfordnungen).

Die Prüfungsausschüsse, die bei den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen errichtet werden, sind seit der Neuregelung des KVKG paritätisch mit Vertretern der Ärzte und Kassen besetzt, wobei diese sogar im jährlichen Wechsel den Vorsitzenden stellen, dessen Stimme bei Stimmengleichheit den Ausschlag gibt. Die unwirtschaftliche Behandlungs- oder Ordnungsweise kann zum Regreß des Arztes führen, wobei die Rechtsprechung der Sozialgerichte der Einzelfallprüfung Priorität einräumt.

VII. Wachstum des Leistungsumfanges

Die vertraglichen Regelungen der RVO und ihre Institutionen beziehen sich auf die kassenärztliche und kassenzahnärztliche Versorgung. Dabei wurde das Leistungs- und Vertragssystem der gesetzlichen Krankenversicherung im Laufe der Jahrzehnte permanent ausgedehnt. Diese Ausdehnung erfolgte auf dem zahnärztlichen Sektor erst relativ spät, wurde dann aber konsequent vorangetrieben.

1. Grundleistungen

Zu Beginn der sozialen Krankenversicherung bestand die Zahnbehandlung nur in der Extraktion kranker Zähne und der Anfertigung von Zahnersatz. Während das Krankenversicherungsgesetz von 1883 noch ausschließlich von ärztlicher Behandlung sprach, bestimmte die Reichsversicherungsordnung im Jahre 1911, daß die Behandlung von Zahnkrankheiten Bestandteil der ärztlichen Behandlung sei und „auch durch approbierte Zahnärzte“ geleistet werden könne.

Die von den Krankenkassen gewährten zahnärztlichen Leistungen folgten nur zögernd der wissenschaftlichen Entwicklung der Zahnmedizin. Es bedurfte 1917 einer Entscheidung des Reichsversicherungsamtes, um Karies als behandlungsbedürftiger Krankheit und dem Füllen von Zähnen als Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenversicherung Anerkennung zu verschaffen.

Vertragliche Vereinbarungen kamen auf zentraler Ebene erstmals 1921 zustande. In diesen Vereinbarungen einigte man sich auf einen Katalog zahnärztlicher Grundgebühren, der als Teil der staatlichen Gebührenordnung angefügt wurde. Einen gewissen Abschluß dieser Entwicklung brachte die Vertragsordnung von 1935, die die

kollektivvertragliche Grundlage für die kassenzahnärztliche Versorgung bildete. Durch den sogenannten „Verbesserungserlaß“ des Reichsarbeitsministers wurden 1943 auch Zahnersatzleistungen in Form einer fakultativen Zuschußleistung der Kassen in die kassenzahnärztliche Versorgung einbezogen.

Im „Alsbacher Abkommen“ und der „Kölner Vereinbarung“ wurden nach dem Kriege übergangsweise Regelungen für die kassenzahnärztliche Versorgung getroffen. Diese Entwicklung wurde weitergeführt und auf eine neue Grundlage gestellt durch den Abschluß des Bundesmantelvertrages vom 2. 5. 1962, der die Neuschaffung eines Bewertungsmaßstabes für zahnärztliche Leistungen, dem Bema, und eine Verfahrensordnung vorsah.

2. Ausweitung des Krankheitsbegriffs

Parallel mit dieser Entwicklung erfuhr der Umfang der zahnärztlichen Behandlung ständig Erweiterungen.

Die wissenschaftliche Entwicklung und die Ausdehnung zahnärztlicher Tätigkeit im Bereich der Kieferorthopädie, Parodontose-Behandlung, Prophylaxe, Gnathologie, Implantologie und der Fortschritt der prothetischen Versorgung kennzeichnet diese Entwicklung, die sich auch in der Definition des §1 Abs. 2 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 Rechnung getragen 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 Krankheitsbegriff der RVO, wenn sie notwendig ist, um eine normale Funktion des Kauens, Beißens oder Artikulierens zu erreichen. In funktionaler Beziehung umfaßt die zahnärztliche Behandlung die beiden Bereiche der Diagnose und der Therapie, d. h. die Maßnahmen zur Feststellung und zur Heilung bzw. Linderung einer Krankheit.

Der Gesetzgeber trug dieser Entwicklung auch in sozialversicherungsrechtlicher Beziehung 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 schuf entsprechende Richtlinien.

Einen bedeutsamen Einschnitt in die rechtlichen Strukturen der kassenzahnärztlichen Versorgung bedeutete die Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 24. 1. 1974, die festlegte, daß die Zahnersatzleistungen in Verträgen zwischen den Krankenkassen und den Kassenzahnärztlichen Organisationen zu regeln seien und gegebenenfalls den Feststellungen der Schiedsämter unterliegen. Das Urteil anerkannte die Sonderstellung des Zahnersatzes als Zuschußleistung, die auf einer privatvertraglichen Beziehung zwischen Zahnarzt und Patient beruht und nicht der Gesamtvergütung unterliegt.

Die Vertragspartner bezogen auf der Grundlage dieses Urteils den Zahnersatz in den Bundesmantelvertrag-Zahnärzte sowie in den Bewertungsmaßstab ein. Der

größte Teil der noch außervertraglich gebliebenen Prothetikleistungen (Verschiebung und Verblockung des Restgebisses, provisorische Brücken, Versorgung mit metallkeramischem Zahnersatz, Verbindung von festsitzendem und herausnehmbarem Zahnersatz) wurde durch Spruch des Bundesschiedsamts vom 2. 5. 1977 in den BMV-Z/Bema eingefügt.

Als Ergebnis von Vertragsverhandlungen der Partner des Bundesmantelvertrages-Zahnärzte wurde die systematische Behandlung von Parodontopathien mit Wirkung vom 1. 7. 1974 Bestandteil des Bundesmantelvertrages.

3. Prothetische und kieferorthopädische Leistungen

Einen vorläufigen Abschluß dieser Entwicklung brachte das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz, das in § 182 c RVO festlegt, daß die Zuschüsse zu den Kosten für Zahnersatz und Zahnkronen 80 v.H. der Kosten nicht übersteigen dürfen. Die Krankenkasse kann in besonderen Härtefällen den vom Versicherten zu zahlenden Restbetrag ganz oder teilweise übernehmen.

Für die kieferorthopädische Behandlung wurde die gesetzliche Bestimmung getroffen (§ 182 i RVO), daß die Satzung der Krankenkasse vorsehen kann, daß der Versicherte bis zu 20 v.H. der Kosten, höchstens jedoch einen Betrag in Höhe eines Viertels der monatlichen Bezugsgröße je Leistungsfall an die Krankenkasse zu zahlen hat. Sie kann dabei bestimmen, ob der Betrag dann an die Krankenkasse zu zahlen ist, wenn die Behandlung abgebrochen wird, bevor sie in dem durch den Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang abgeschlossen worden ist, oder die Zuzahlung laufend während der Behandlung zu zahlen und dem Versicherten zu erstatten ist, wenn die Behandlung in dem durch den Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang abgeschlossen worden ist.

Bei Zahnersatz und kieferorthopädischer Behandlung sieht die RVO also Formen der Selbstbeteiligung vor, die auf dem kieferorthopädischen Sektor mit bestimmten Belohnungsanreizen gekoppelt sind. Rechtssystematisch ist bemerkenswert, daß die konservierende Behandlung sowie Kieferorthopädie und Parodontosebehandlung als Sachleistung gewährt werden, d. h. also unmittelbar zu Lasten der Krankenkassen als Naturalleistung. Der Versicherte muß sich diese Leistungen nicht gegen eigenes Entgelt beschaffen mit Geldersatzanspruch, sondern hat aufgrund seiner mitgliedschaftlichen Zugehörigkeit zur Krankenkasse gegen diese den unmittelbaren Anspruch, die zahnärztliche Behandlung insoweit gegen Behandlungsausweis zur Verfügung gestellt zu bekommen. Als Entgelt für die Erbringung der Leistung wird die Gesamtvergütung von der Krankenkasse mit befreiender Wirkung an die Kassenzahnärztliche Vereinigung entrichtet.

Demgegenüber beruht die prothetische Versorgung auf dem privatrechtlichen Vertrag zwischen Zahnarzt und Patient — den die Krankenkassen bis zu 80% der Kosten bezuschussen. Der Differenzbetrag wird durch den Eigenanteil des Versicherten gedeckt. Die Zuschußleistung wird zwar technisch mit den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen verrechnet, stellt jedoch keine Gesamtvergütung im rechtlichen Sinne dar.

4. Zahntechnische Leistungen

Bezüglich der Vergütungen für zahntechnische Leistungen hat das Gesetz eine Sonderregelung getroffen: § 368 g, 5a, RVO, der durch das KVKG institutionalisiert wurde, bestimmt, daß die Vergütungen für zahntechnische Leistungen Gegenstand von Verträgen über die kassenzahnärztliche Versorgung sind. Für die zahntechnischen Leistungen der Zahntechniker schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Vertreter der Innun-

gen oder Innungsverbände im Benehmen mit den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen besondere Vereinbarungen über die Vergütung sowie die Rechnungsregelung nach einheitlichen Grundsätzen. Diese Vereinbarungen zwischen Innungsverbänden der Zahntechniker und Krankenkassen sind für die Gesamtverträge verbindlich. Durch diese Regelungen wurden auch die zahntechnischen Leistungen der gewerblichen Laboratorien mittelbar in die RVO integriert.

VIII. Ausblick: Die Stellung des Zahnarztes im System der zahnärztlichen Versorgung

Die zahnärztliche Berufstätigkeit innerhalb des Systems der zahnärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland ist in der Regel — nämlich soweit es sich um einen Kassenarzt handelt — bestimmt von zwei Komponenten: dem zahnärztlichen Berufsrecht, das sich insbesondere in Heilkundegesetzen, z. B. im Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde, sowie den berufsrechtlichen Regelungen der berufsständischen Selbstverwaltungsorgane (Zahnärztekammern) niedergeschlagen hat, und den kassenarztrechtlichen Bestimmungen, insbesondere der Reichsversicherungsordnung, sowie in den Richtlinien, Mantel- und Gesamtverträgen, die durch dieses Gesetzeswerk ihre rechtliche Institutionalisierung erfahren haben.

1. Grundpflichten

Die Berufsordnung statuiert bestimmte Grundpflichten der Berufsausübung, die in den Berufsordnungen niedergelegt sind. So heißt es in der Berufsordnung für die deutschen Zahnärzte vom 6. 11. 1975:

„Der Zahnarzt ist zum Dienst an der Gesundheit der einzelnen Menschen und der Allgemeinheit berufen. Die Ausübung der Zahnheilkunde ist kein Gewerbe. Der zahnärztliche Beruf ist seiner Natur nach ein freier Beruf; er kann nur in Diagnose- und Therapiefreiheit ausgeübt werden. Der zahnärztliche Beruf ist mit besonderen Berufspflichten verbunden. Insbesondere ist der Zahnarzt 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 Wis-

sen und 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, Notfalldienst bis hin zum Werbeverbot oder der Führung von Gebietsbezeichnungen reicht.

2. Prinzip der Freiberuflichkeit

Die freiberufliche Komponente der zahnärztlichen Berufsausübung als eigenverantwortlicher, weisungsunabhängiger, nicht in erster Linie erwerbswirtschaftlicher Tätigkeit paart sich bei einer Teilnahme an der kassenzahnärztlichen Versorgung mit den Bindungen des Kassenarztrechts. Das Spannungsverhältnis zwischen der Eigenverantwortlichkeit des freien Berufes und dem rechtlichen Standard des Kassensystems hat das Bundesverfassungsgericht in einem Grundsatzurteil zur Rechtsstellung des Kassenarztes dahingehend umschrieben, daß der Kassenarzt kein eigener Beruf sei, der dem des nicht zu den Kassen zugelassenen, frei praktizierenden Arztes gegenübergestellt werden könne.

Vielmehr sei die Tätigkeit des Kassenarztes nur eine Ausübungsform des Berufes des frei praktizierenden Arztes. Die Rechtsstellung des Kassenarztes sei auch kein öffentlicher Dienst; zwar werde der Kassenarzt durch die Zulassung in ein öffentlich-rechtliches System einbezogen, innerhalb dieses Systems stehe er jedoch weder zu den Kassen noch zur Kassenzahnärztlichen Vereinigung in einem Dienstverhältnis. Mit der Krankenkasse verbinde ihn keine unmittelbare Rechtsbeziehung.

Der Kassenarzt sei nicht Dienstnehmer, sondern Mitglied der Kassenzahnärztlichen Vereinigung als genossenschaftlicher Vereinigung der Kassenärzte zur korporativen

Erfüllung der Verpflichtung, die ärztliche Versorgung der Kassenmitglieder sicherzustellen. Der Kassenarzt trage das wirtschaftliche Risiko seines Berufes selbst. Die Krankenversicherung bediene sich des freien Berufes der Ärzte zur Erfüllung ihrer Aufgabe. Nur in gewissen, für das Gesamtbild nicht entscheidenden Punkten sei diese Tätigkeit besonderen Beschränkungen unterworfen, die der Gesetzgeber für unentbehrlich hielt, wenn er erreichen wollte, daß der Kassenarzt freiberuflich tätig blieb.

Diese Verpflichtungen betreffen einmal die Berufsausübung des Zahnarztes im engeren Sinne, d. h. die diagnostisch-therapeutische Kernzone seiner Berufstätigkeit; sie tangieren darüber hinaus aber auch die wirtschaftliche Komponente seiner Berufstätigkeit sowie die allgemeine berufliche Entfaltungs- und Dispositionsfreiheit.

Zur ersteren Kategorie gehören die Verpflichtungen, die die RVO, Verträge und Richtlinien für die zahnärztliche Behandlungs- und Ordnungsweise betreffen. Diese Pflichten spiegeln sich besonders deutlich in den Bestimmungen des Bundesmantelvertrages—Zahnärzte wider, wo die Pflicht des Kassenzahnarztes zur persönlichen Durchführung der kassenzahnärztlichen Versorgung, zur Fertigung von Aufzeichnungen über jeden Kranken, zur Beachtung der Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen, zur wirtschaftlichen Ordnungsweise, zur Verwendung von Vordrucken der Krankenkassen, zur Erteilung von Auskünften und Bescheinigungen an die Krankenkassen und Prüfungseinrichtungen, zur Einsichtgewährung in Röntgenaufnahmen an den Vertrauensarzt sowie zur Unterrichtung der Krankenkassen über die Versicherungsgemeinschaft schädigende Vorkommnisse ebenso angesprochen ist wie die Überwachung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise, Bestimmungen über die Prüfungseinrichtungen, Regreßforderungen der Krankenkassen usw.

Durch gesetzliche Regelungen der vergangenen Jahre wurde dieses Netz kassenärztlicher Pflichten noch engmaschiger: Das gilt sowohl für die Statuierung einer spezifisch kassenärztlichen Fortbildungspflicht, Niederlassungsbeschränkungen und -steuerungen im Rahmen der Bedarfsplanung, Zulassungskoppelung von RVO- und Ersatzkassen, Arzneimittelhöchstbetrag mit Verschärfung der Regreßsanktionen für Ärzte, deren Verordnungsweise über einen fiktiven Durchschnitt hinausgeht, Verpflichtung des Kassenarztes, Preisvergleiche zwischen Verschreibungsalternativen anzustellen usw.

3. Zunehmende Einschränkung beruflicher Entscheidungsfreiheit

Die wirtschaftliche Komponente kassenärztlicher Berufstätigkeit wird zunehmend in den Bannkreis makrosozialer Steuerungsmechanismen und gesamtwirtschaftlich orientierter Daten gezogen und damit an Kriterien gekoppelt, die außerhalb des individuellen Leistungsbezugs liegen. Die Möglichkeit der Plafondierung der kassenärztlichen Honorare, die das Gesetz mit der Einführung der Möglichkeit eines Festbetrages als Maßstab der Gesamtvergütung bindet, signalisiert solche Tendenzen, wobei weder Art noch Umfang der ärztlichen Leistungen noch die Zahl der zugelassenen Ärzte berücksichtigt werden. Die Priorität der Wirtschaftlichkeitspostulate, gesamtwirtschaftliche Orientierungsdaten und makrosoziale Bezugsgrößen, wie sie etwa in der Bindung der Arzneimittelhöchstbeträge an die Entwicklung der durchschnittlichen Grundlohnsumme der beteiligten Krankenkassen zum Ausdruck kommt, kennzeichnet die Unterordnung medizinischer Notwendigkeiten und therapeutischer Erfordernisse unter das Kalkül kosten-nutzen-analytischer Betrachtungsweise.

Als Beispiel für die Einschränkung beruflicher Entfaltungsfreiheit im Rahmen kassenärztlicher Tätigkeit kann

auf die neu geschaffenen gesetzlichen Bestimmungen über die Fortbildung der Ärzte auf dem Gebiet der kassenärztlichen Tätigkeit einschließlich der satzungsmäßig zu regelnden Teilnahmepflicht ebenso verwiesen werden wie auf obligatorische Verbindung von Ersatzkassen-Beteiligung und Zulassung zu den RVO-Kassen oder auf die Steuerung der Niederlassung über die Bedarfsplanung und die vom KVKG statuierte Fristenbindung des Zulassungsverzichts, wodurch der Verzicht eines Kassenzahnarztes auf Kassenzulassung nicht mehr sofort oder zu einem beliebigen, von diesem Arzt angegebenen Zeitpunkt, sondern erst nach Verstreichen von in den Zulassungsordnungen zu regelnden Fristen wirksam werden soll. Durch diese Fristenbindung wird der Kassenarzt stärker gebunden als z. B. der Beamte im Hinblick auf die von ihm beantragte Entlassung aus dem Beamtenverhältnis oder der Notar als mit staatlichen Hoheitsfunktionen Beliehener.

Insgesamt weist das Kassenarztrecht — insbesondere in der Ausprägung, die es in den vergangenen Jahren erhalten hat — eine Tendenz auf, den ärztlichen Berufsstand formal als freien Beruf zu belassen, ihn aber immer stärker öffentlich-rechtlich einzubinden und staatlicher Organisationsgewalt zu unterstellen. Eine solche Verstärkung kassenarztrechtlicher Bindungen läßt zunehmend die Freiberuflichkeit kassenärztlicher Tätigkeit in den Hintergrund treten und einen selbständigen Berufstypus des Kassenzahnarztes entstehen, den das Bundesverfassungsgericht nicht mehr als zulässige Regelung der Berufsausübung angesehen hat.

Burkhard Tiemann/Reinold Herber

System of Dental Care in the Federal Republic of Germany

Editor:

Research Institute
for Dental Care

(Forschungsinstitut für die
zahnärztliche Versorgung — FZV)

Foundation of the
Panel Dentists' Federal Association

(Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung — KZBV)
5000 Köln 41, Universitätsstraße 73

English translation: J. M. Bulman



Deutscher Ärzte-Verlag GmbH

Table of contents

	Foreword	73
I.	Outline of the Dental Care System	75
II.	Historical Lines of Development	77
III.	Dental Professional Representation	89
IV.	Sick Funds	100
V.	Scope of Dental Treatment Provided by Panel Dentists	106
VI.	Benefit and Contract System of Dental Care Provided by Panel Dentists	112
VII.	Growth in the Scope of Services	121
VIII.	Perspective: The Position of the Dentist in the Dental Care System	126
	Recommended Literature	195

FOREWORD

Dental care, as a part of the health system, is not only an actual individual responsibility of every dentist, but is also embedded in a legal, political and social framework.

The aim of this document is to outline the essential aspects of the complex system of dental care in the Federal Republic of Germany. In so doing, its purpose is to assist in making the, to some extent, complicated rules and regulations easier to understand. For this reason legal specifications are deliberately omitted; the description concentrates rather on the system as a whole.

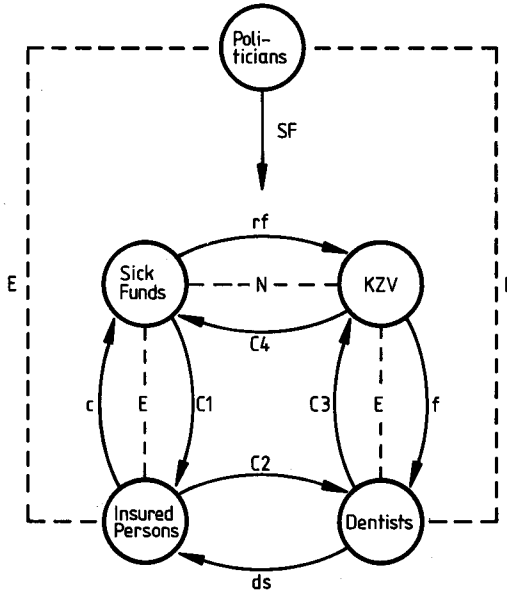
A general characteristic of the German health system is its independent administration. This principle applies not only to dentists and their representatives but also to patients who, as insured persons in an organized health insurance system, settle and decide their affairs via elected representatives.

This system of independent administration which for decades has proven its value has, however, and particularly in the very recent past, been undermined by dirigistic measures in the area of legislation and legal regulations. Here it remains an obligation and task to maintain its independent existence for the benefit of all persons concerned.

I. OUTLINE OF THE DENTAL CARE SYSTEM

Providing the public with dental services is, of course, primarily dependent on the patient-dentist-relationship; this interrelation between the two is, however, bound up in a highly complex system involving complicated regulations and controls.

Illustration 1: The dental care system*



- | | |
|---------------------------------|---|
| ds = dental service | C1-C4 = medical certificates |
| c = contribution | SF = scale of fees |
| rf = reimbursement of total fee | E = elections |
| f = fee | N = group negotiations (collective bargaining) |
| | KZV = Kassenzahnärztliche Vereinigung (Panel Dentists' Association) |

* analogous to: Herder-Dorneich, Ph.: Die Kostenexpansion und ihre Steuerung im Gesundheitswesen, Köln 1976, S. 98

Illustration 1 shows the groups involved in the provision of dental services which are covered by health insurance bodies: Insured Persons, Dentists, Statutory Sick Funds and Panel Dentists' Associations (KZV). These groups are connected to one another by two cycles which run opposite one another. The outer cycle documents the performances and payments and the inner one the control.

The insured person pays a contribution (c) to the sick fund. The sick fund reimburses the total fee (rf) to the Panel Dentists' Associations (KZV); the latter pay fees (f) to the dentists. The dentists treat the patient who is insured through his sick fund and therefore provide dental services (ds).

Opposite this performance and payment cycle runs a control cycle. Owing to the payment of contributions the insured person receives the medical certificate (C1) from his sick fund; he then hands over the certificate to the dentist (C2). On submission of this certificate the dentist treats the patient without sending him a bill. The dentist then forwards the medical certificate on which he has entered the work done to the Panel Dentists' Association (C3). On receipt of the certificates, the Panel Dentists' Association pays the dentists their fees and settles the accounts for their part with the sick funds (C4).

Group negotiations (collective bargaining) between the sick funds and the Panel Dentists' Associations take place to discuss the amount of fees to be paid (N). As a rule, these negotiations take place on a "Länder" level; the federal associations are responsible for certain skeleton agreements and also for agreements which overlap on various "Länder". The "middle level" is controlled by the respective "base" in the independent administration: dentists elect their professional representatives (E) – insured persons their representatives in the sick funds (E).

Politicians have an indirect effect on the system through skeleton legislation and by influencing the scale of fees (SF). Insured persons and dentists can take influence on the policy of politicians by means of political elections.

II. HISTORICAL LINES OF DEVELOPMENT

“A science is only known by a person who knows the history of this science” (Goethe). If, by analogy, this acknowledgement is transferred to our problem, then it means that one should know the basic features of our health system’s historical development in order to be able to comprehend today’s so complex system of dental care. In this discussion an attempt is therefore to be made at least to show the system’s essential lines of development up to the present time.

The history of the dental profession is inseparably bound up with the advance of knowledge in the field of dentistry. Scientific and practical dentistry must be viewed on an international level, since progress here is not restricted to one country. The historical roots of the dental profession can, on the other hand, only be seen from a national point of view, as the development of the professional organization and the systems of training, further development and the results obtained all depend on national conditions.

The history of the German dental profession is embedded in the system of health care as a part of the national social policy as characterised above all by Bismarck. In order to elucidate the dental care system, both the growth of the organizational structures of the dental profession as a whole, with particular consideration of the problem concerning qualified dentists (with full university training) and non-qualified “Dentisten” (without university training), and also the process of health insurance law – with its real effects on the basic relationship between the dentist and the patient – are to be included in this presentation as well.

Although we are aware of the fact that classification over a given time can only be arbitrary and that history, i. e. also social and professional history, never proceeds in a continuous

fashion but in leaps, a subdivision in the following five periods is made for the sake of greater clarity.

- Forerunners up to 1880
- 1880–1910
- 1910–1930
- 1930–1945
- 1945–1980

1. Forerunners up to 1880

To the same extent that dentistry became emancipated to form a scientific branch of medicine, there also grew a need for mutual exchange of experience. The associations which were first of all formed on a local level, e.g. in Berlin, Hamburg, Leipzig and Dresden, joined together at an early stage (1859) to form the “Centralverein Deutscher Zahnärzte” (“Central Association of German Dentists”).

The scientific exchange of ideas took place in the form of the association’s own scientific journal and annual conferences. The central association was, however, in the first place not only a circle of scientists but also the actual, if only loose, professional representation for qualified dentists.

Alongside these medically trained experts there were, however, so-called “dental artists” with the most varied qualifications, who took an active part in the “dental trade”. With the trade regulations of 1869 the so-called “freedom to cure” was introduced in the special field of dentistry. According to these regulations everybody was authorized by law to practise dentistry.

Forerunners of today’s health insurance system were relief funds which were split up into the most varied types of organizations. They ranked with self-help groups whose task it was to lend assistance to the individual in emergencies.

The funds of that time had the stamp of the Stein conceptions of reform which assigned communities the principle of

self-government in accordance with the principle of subsidiary rank. Analogous with this, the first funds acted and took decisions in an autonomous fashion. The self-governments, which already existed de facto, were legally established for the first time in 1874 by means of the “Gesetz über die eingeschriebenen Hülfskassen” (“Law on registered relief funds”). The executive bodies were the general assembly and the board of directors. About this time in the entire German Reich there were 754 registered funds in existence as defined by this law.

As a result of the self-help nature of these funds and the dental organization, which was only in its beginnings, there was still no “overlapping” system on a higher level. Dentists and patients faced one another in an individual service-contract relationship. This resulted in the fact that most patients were indeed scarcely aware of the difference between qualified dentists and non-qualified “dental artists”. As the number of qualified dental surgeons was still small, they also did not have any choice between these professional groups, and in particular in rural areas.

2. 1880–1910

Before the doctors had inaugurated the “Hartmannbund” (“Hartmann’s Association”) in 1900 – so-called at a later date after its founder –, the “Vereinbund Deutscher Zahnärzte” (“Society of German Dental Surgeons”) was created in 1891 to safeguard dental interests; alongside the professional law problems the “Vereinsbund” also looked after the economic concerns of dentists with respect to the sick funds.

The “Vereinsbund” directly took the place of the “Centralverein”, which was now concentrating completely on its scientific work in research and theory, and now acted as the actual professional representative.

By 1880 a professional organization for the non-qualified members of the “Verein deutscher Zahnkünstler” (VdZK)

("Association of German Dental Artists") had come into being. It must be recognized that from the very beginning the VdZK had the tendency to rid the profession of quacks and set training on a solid basis. At the same time a campaign was being fought against the dentists and the efforts to obtain a form of state recognition of their own professional status. At the so-called Erfurt Assembly in 1896 an attempt was made to unite both types of status ("Zahnärzte" and "Dentisten" – i.e. qualified dentists and non-qualified "Dentisten"); this attempt, however, had to fail of necessity because resistance was still too great on both sides.

In May 1910, a "Wirtschaftlicher Verband Deutscher Zahnärzte" ("Economic Association of German Dental Surgeons") developed from the "Vereinsbund", which was to take care of economic interests in particular. Firstly intended as a subsidiary association and managed along with the "Vereinsbund" to some extent in a personal union, the "Wirtschaftlicher Verband" soon developed such an individual existence that it quickly outmanoeuvred the "Vereinsbund".

With the efforts for the development of the social insurance system, health insurance was placed on a new footing by the "Kaiserliche Botschaft" ("Imperial Message") of 17. 11. 1881, the "Magna Carta" of German Social Insurance. The law regarding health insurance which soon followed – 15. 6. 1883 – (which came into effect on 1. 12. 1883) introduced the legal regulation of comprehensive compulsory insurance proclaimed in the message; this regulation may be considered as the origin of our present-day health insurance law.

By means of this compulsory insurance there was to be a guarantee that all citizens were entitled to dental/medical care, and that by this means social balance between all groups of the population was produced. The "joint" community of insured persons was supposed to guarantee that the social risks involved were balanced out mutually. A great number of sick funds coexisted which were either based on legal ("RVO-insurance societies") or voluntary membership ("Ersatzkassen" – "substitute" sick funds).

Although elections for the bodies according to the self-governing principle were planned by law in imitation of the "Hilfsskassengesetz" ("Law on relief funds"), there were no uniform election rules. The individual sick funds organized their representative bodies by themselves; often elections were omitted. Insured persons settled their affairs on their own; employers had adequate say in these matters.

Compulsory insurance, however, also had its drawbacks for the person insured. Frequently, the responsible sick fund was only an anonymous authority for him. Through compulsory insurance the employee could no longer freely choose a doctor in whom he personally trusted; he was only entitled to medical treatment via his sick fund.

On the part of health insurance, qualified dentists and non-qualified "Dentisten" were treated almost equally. The executive and jurisdiction also tended – when carrying out social insurance – to put qualified dentists on a par with non-qualified "Dentisten"; thus, for example, the "Dentisten" were also permitted by the sick funds to carry out simple dental operations.

3. 1910–1930

During the first year of its existence the work of the "Wirtschaftsverband" consisted – alongside its organizational development – in the application of a fair solution for the dental profession in the "Reichsversicherungsordnung" (RVO) ("Imperial Insurance Regulation") under discussion, which was meant to bring about the standardization of all insurance regulations. Owing to the limited time for their lobbying of this law, the dental organizations were, however, not particularly successful. As a result, it was clear that first of all the various structures in the association would have to be firmly established. By means of efficient representation and sensible negotiations with the insurance bodies, sufficient remuneration for services rendered and satisfactory care for the persons insured would have to be assured. Despite some conflict there

was agreement on the fact that the "Vereinsbund" would have to co-operate with the "Wirtschaftsverband" on a basis of loyalty as colleagues, and that it was imperative to accentuate the specific areas of work more strongly.

Later the "Vereinsbund" became part of the "Centralverein", which since then has been in existence as the "Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde" ("German Scientific Dental Society"), whose chief concern is scientific problems. The "Wirtschaftsverband", now acting as the real professional representative, undertook in particular responsibility for all economic problem areas, and thus, above all, negotiations with sick funds, insurance companies and similar institutions. There it became very important that, with membership in the "Wirtschaftsverband", which in 1914 became the "Reichsverband der Zahnärzte Deutschlands" ("Imperial German Dental Association"), permission for the treatment of persons insured with the "Ersatzkassen" ("Substitute Sick Funds") was connected. In the course of the extension and the improvement of social law, the various social laws were summarized after many years of discussion and debate to form the "Reichsversicherungsordnung" (RVO) ("Imperial Insurance Regulation") of 19. 7. 1911, which is still valid today. The board of directors and the committee became the corporate bodies of self-government. In the case of local, regional and guild sick funds, the corporate bodies were composed of representatives of the persons insured (two-thirds) and representatives of the employers (one-third), which corresponded to contribution charges. Later on the number of insurance bodies became considerably reduced while, at the same time, the number of members in individual insurance bodies rose substantially.

As a result of this concentration the individual sick funds continued to gain in power to a considerable extent. This was also expressed in relationship to the dentists (qualified) with whom the sick funds concluded individual contracts if necessary.

According to the RVO regulations the qualified dentists and non-qualified "Dentisten" were treated almost equally.

In accordance with § 122 of the RVO (“Imperial Insurance Regulation”), “medical treatment as defined by this law . . . is provided by qualified doctors and in the case of dental illnesses also by licensed dentists (§ 29 of the trade regulations)”. § 123 of the RVO ruled that “in the case of dental diseases – excluding oro-mandibular diseases – treatment can be provided by dentists and with the consent of the person insured also by dental technicians”. The system of individual contracts between doctors and sick funds still applied. In the “Berliner Abkommen” (“Berlin Agreement”) free choice of doctors for the insured and an appropriate number of admissions for doctors and dentists were, of course, provided for but the legal position of dentists was still very weak. In 1923, through the “Decree on Doctors and Sick Funds”, the regulation of licensing, doctors’ contracts and remuneration was transferred to a “Reichsausschuß für Ärzte und Krankenkassen” (“Imperial Board for Doctors and Sick Funds”) as a body with joint self-government. When, on the part of the sick funds, several attempts were made to organize the licensing regulations in a more favourable way for themselves, the “Decree on Health Assistance at Sick Funds”, which had favoured the predominance of the sick funds through a restriction on the choice of doctors, was lifted in 1926 and doctors and dentists – including non-qualified “Dentisten” – were granted equal status with the sick funds.

However, through their own institutions (sick fund clinics), the sick funds repeatedly tried to torpedo free choice of doctors. The “exploitation of dentists by the sick funds”, which often accompanied this, was intensified further by the international economic crisis of 1929/30 with the government’s emergency decrees.

When this economic depression had been overcome, the professional organizations – and here in particular the “Reichsverband” as the successor to the “Wirtschaftsverband” – were then successful in asserting themselves to a greater and greater extent. Also on the part of the sick funds there were various persons who valued harmonious co-operation more than conflict at any price.

4. 1930–1945

As a result of the development of the relationship between sick funds and dentists, the State now also felt urged to strengthen the dentists' legal situation. By means of the "Decree on Dental Care through Panel Dentists" of 13.1. 1932, the legal formation of panel doctors' associations and panel dentists' associations – but also panel associations for non-qualified "Dentisten" – was now ruled in the form of statutory corporations. The signing of contracts, the settling of accounts and the control of panel dentists were the duty of these statutory corporations. The development in this area was temporarily concluded by the "Decree on the German Association of Qualified Panel Dentists" of 2. 8. 1933. By this means, "Control on a medium level", i.e. a collective contractual solution in addition to the individual partnership of doctors and patients, was meant to be achieved between qualified panel dentists resp. non-qualified panel "Dentisten" and sick funds.

During the Third Reich an attempt was also made to unify the professional organizations of both qualified and non-qualified "Dentisten". Although a great deal was talked about abolishing the freedom to cure and assimilating both professions nothing was achieved.

While on the side of the person insured little was changed regarding the extent of services, after 1933 the "principle of the Führer" interfered to a very large degree with the internal control mechanism of the sick funds. Through the "Gesetz über den Aufbau der Sozialversicherung vom 5. 7. 1934" ("Law on the Structure of Social Insurance of 5.7. 1934") and subsequent legal decrees, self-government in health insurance was eliminated. The sole responsibility of a national leader, who legally represented the insured, took the place of previous bodies. Although he was assisted by an advisory board, it did not have the authority of former self-government.

By means of the amended RVO in 1931 a legally established, uniform medical system had been created in social insurance, in accordance with which the licence no longer applied to a single sick fund but to all RVO insurance companies. Along with this the collective contractual system replaced the individual contractual system, which had previously been managed in a more or less arbitrary manner. By this time the negotiation partners were the sick funds with the associations for qualified panel dentists and non-qualified panel "Dentisten".

On this legal basis a "Vertragsordnung für Kassenzahnärzte und Kassendentisten" ("Contractual Regulation for Panel Dentists and Non-qualified Panel 'Dentisten'") was issued in 1935 which consisted of the following graduated contractual system:

- the contract of the Reich as a skeleton agreement
- district agreements on a "Land" level
- the individual service contract.

As a result of ensuing politicization on the part of the National Socialist rulers, the dental care system also became centralized and subjected to party-political objectives. Through the events of the war the conflicts between the professional organizations and the sick funds were then thrust into the background.

5. 1945–1980

After the war the regulations on dental care through panel dentists were amended. With the loss of the Reich's authority in 1945 the German Association of Panel Dentists had also ceased to exist. First of all regional specifications controlled the dental care system. Only on 24th July 1948 a central organization again came into being for Western Germany in the form of the "Verband der Deutschen Zahnärztlichen Berufsvertretungen – VDZB" ("Association of the Representatives of the German Dental Profession").

In the Länder various kinds of organizations for dentists and non-qualified "Dentisten" (KZV's, KDV's, Chambers for Dentists and Non-qualified "Dentisten") continued to exist alongside one another independently, but it could already be foreseen that the associations for non-qualified "Dentisten" would in the process cease to exist and would therefore have to be disbanded or united with the associations for dentists. Thus, on a Länder level, an association of the respective professional organizations was developed in the form of administration unions; they were, however, only appointed for a limited period.

With the "Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde vom 31. März 1952 – ZHG" ("Law on the Practice of Dentistry of 31st March 1952"), both professional groups then merged together. This law is therefore correctly designated as the modern, basic constitutional law of the dental profession in Germany. By this law the dental care system was put on a new basis and its fundamental structures have been maintained until today.

After the end of the war first of all the old legal position continued to apply to the insured. The Allied Board of Control discussed a complete revision of social insurance. This scheme was, however, soon cancelled. New individual laws of reform were firstly enacted on a Länder level.

The reconstruction of self-government within social insurance was temporarily concluded with the passing of the Federal Law on Self-government of 22.2.1951 (amended on 13.8.1952). In accordance with this law the persons insured elect their representatives into the assembly of representatives and board of directors as the authoritative bodies of self-government. For realizing their ideas and interests these self-governing bodies avail themselves of a management which deals with the day-to-day jobs of administration in constant consultation with them. Since 1953 the law on self-government has been amended several times. At the beginning of 1976 the specifications for drawing up the social insurance system were summarized in the social statute-book

- “Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung vom 23. 12. 1976 (SGB IV)” (“Joint specifications for Social Insurance of 23. 12. 1976 – Social Statute-Book, Vol. IV”).

As the first laws for revising the entire health insurance system had already been passed in the individual Länder, the basic constitutional law of the Federal Republic of Germany transferred jurisdiction in this area to the “Bund” (Federation). After many years of hard struggle on the part of all participants, the Law on Panel Doctors’ Rights was finally passed on 17. 8. 1955 as an amendment to the second RVO book and as a supplement to the Law on Courts for Social and Welfare Problems. It laid down a mechanism for concluding contracts between dentists and sick funds. Until this time the VDZB which was succeeded in 1953 by the “Bundesverband der Deutschen Zahnärzte – BDZ” (“German Dental Association”) – as an amalgamation of the Regional Chambers (Länder) and both of which had the legal form of registered associations – had to represent the interests of dentists with regard to the sick funds. With the “Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung – KZBV” (“Federal Association of Panel Dentists”), a statutory corporation now came into being whose duty it was to guarantee dental care through panel dentists. Essentially the following regulations were produced for dental care through panel dentists:

- On application every dentist is admitted to provide dental care as panel dentist, if he meets the personal requirements.
- Admission is a public-law contract given to the panel dentist personally. A panel dentist now only has a legal relationship with his Panel Dentists’ Association and no longer with the sick funds.
- An insured person is entitled to proper and sufficient treatment. He or she can choose freely from amongst the dentists who are licensed.
- Dental care through panel dentists is controlled on a Länder level by Comprehensive Länder Agreements, and on a federal level by the Federal Covering Agreement.

- The General Federal Standard of Assessment (Bema) is the scale of fees listing all items of dental treatment for panel dentists; it is binding for all kinds of sick funds.
- The amount of total remuneration is stipulated in the comprehensive agreement (according to individual items of treatment).
- If an agreement is not reached, the contents of the agreement is determined by an arbitration court.
- The Associations of Panel Dentists have to supervise the panel dentists' work as a task of self-government.

Essentially, the system of free practice is guaranteed by means of the modern law on panel doctors. It is not a superior system which decides as to what is correct and useful, but the individual dentist as a member of a free profession according to the health requirements of the patient who is free to choose him.

Substantial changes in the entire health system were brought by the "Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz" (KVWG) vom 28. 12. 1976 ("Health Insurance Further Development Law of 28. 12. 1976") and the "Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz" (KVKG) vom 27. 6. 1977 ("Health Insurance Cost Reduction Law of 27. 6. 1977") which for the, in principle, accepted individual dentist/patient relationship, reinforced collective and centralistic elements in the dental care system.

Furthermore, the various legislative attempts, which have been forced as a result of further integration into Europe, must also be taken into consideration. As a rule, these attempts tend to aim at undermining the structured sick fund system in a direction which is rather centralistically conceived.

As to how present legislative regulations have an effect on the actual reality of the dental care system, this will be illustrated and analyzed in depth in the relevant sections of this brochure.

III. DENTAL PROFESSIONAL REPRESENTATION

The growth and development of the German dental care system during the process of history having been highlighted, the actual present-day state of dental associations is now to be outlined.

There are at the present time (31. 12. 1979) 41,237 dentists in the Federal Republic of Germany. Of these 27,661 have their own free practice; 3,828 work either as assistant or locum tenens, 1,103 in university clinics and hospitals, 302 as "youth" dentist (civil servants or employees) and 429 as dental officer with the federal army. In addition, 64 dentists work as advisers at sick funds and other insurance companies, 16 at professional dental organizations and 32 in industry. 7,762 dentists do not exercise their profession.

Alongside the two leading professional associations and the Chambers and Panel Dentists' Associations as the statutory corporations the dental profession is also represented in the "Freier Verband" ("Free Association") and further independent specialist associations and numerous scientific societies.

1. Dental Chambers

The dental chambers, as the classical professional representatives of dentists, not only service to promote and safeguard all of the professional interests of dentists but also the care of public health. In accordance with federal principle, the chambers are organized on a "Länder" basis (owing to their historical development they are not identical with the federal states, vis. III. 2). In large chamber areas there are additional regional substructures, some of which are also statutory corporations. On the one hand, the chambers have the purpose of looking after dentists' interests internally and

externally and, on the other hand, of exercising sovereign powers. This legal regulation corresponds with the “Subsidiaritätsprinzip” (“Subsidiary Principle”), in accordance with which firstly the experts and those affected are to control their affairs by themselves on their own responsibility before the State intervenes. In accordance with this public duty the individual dentist’s membership in his professional representative group is obligatory. Decision-taking within the chambers is performed in the self-governing bodies, democratically elected, i.e. the assembly of delegates and the board of directors with a president as chairman. The duties of the chambers taken individually run as follows:

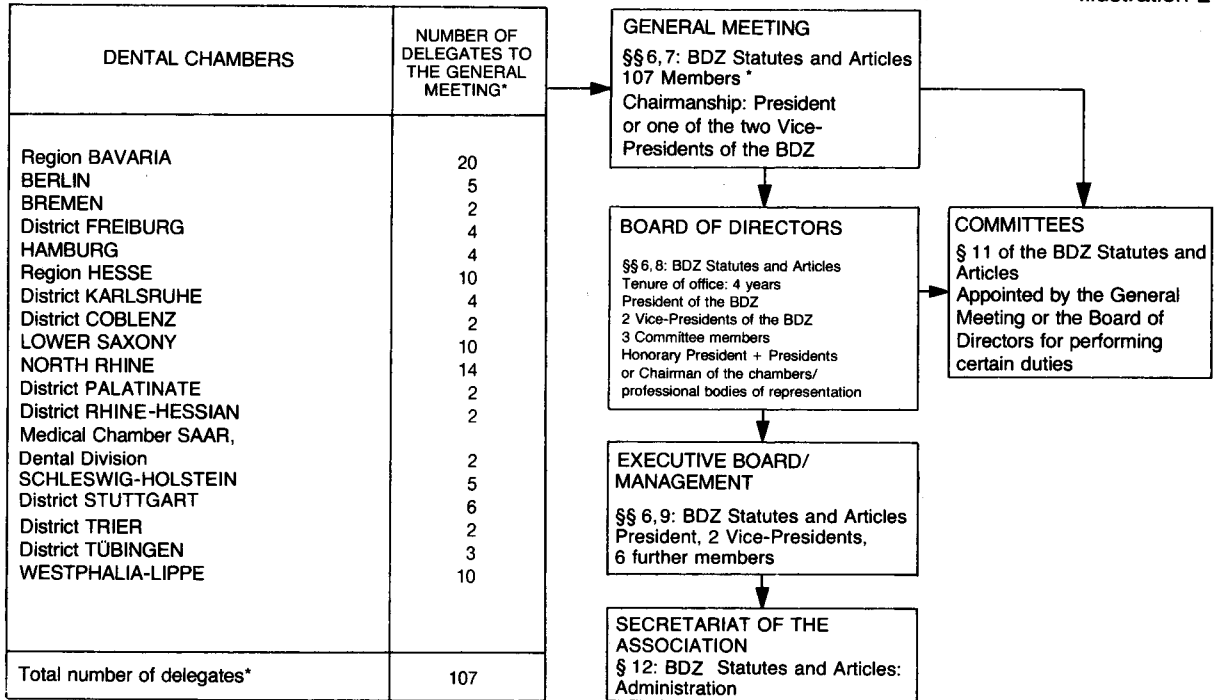
- Creating and maintaining uniform professional ethics;
- Mutual agreement on the work and duties of the members of the association;
- Advising and supporting the members;
- Taking care of and promoting dental undergraduate and continuing education;
- Representing professional interests before authorities, legislative bodies, associations and in public;
- Promoting public and professional health and welfare care.

2. German Dental Association, registered association (BDZ)

In order to be able to look after the concerns of dentists both on a federal level and on an international scale with authorized, expert central representation, the chambers have united to form a “Bundesverband der Deutschen Zahnärzte e.V. (BDZ)” (“German Dental Association, registered association – BDZ”). In accordance with the federative structure of the Federal Republic and analogous with the “Bundesrat” (“Federal

GERMAN DENTAL ASSOCIATION, Registered Association (BDZ) (Working Group of Dental Chambers)

Illustration 2



Council”), only the dental chambers as associations – not the individual dentist – are members of the “BDZ”. The “BDZ” as the Federal Dental Chamber is conceived in private law as a registered association (e.V.); accordingly, membership is voluntary.

Illustration 2 shows the organizational structure of the “BDZ”.

The bodies of self-government are the general meeting and the board of directors. The general meeting comprises the delegates of the dental chambers; their strength of numbers is determined by the size of the member association (1 delegate per 400 members + for the remaining number – as long as it is over 200 – one further delegate.). The general meeting elects the president, two vice-presidents and also three committee members as members of the board of directors. The board of directors is completed by the presidents of the member associations or their representatives. An executive board for management is appointed to settle day-to-day business; the president, both vice-presidents and six further members elected by the board of directors and from among them belong to this management board. The board of directors and the general meeting can appoint special committees for dealing with specific problems. Competence in such matters always remains, however, with the elected bodies. The journal, “Zahnärztliche Mitteilungen” (“Dental Report”), serves both internally as a means of information for individual dentists, and also externally as a mouthpiece of the German dental profession.

The duties of the German Dental Association are analogous to those of the chambers, whereby particular emphasis, of course, is placed on the coordination of individual measures taken by the chambers and, in addition to this, international representation of German dentists is also looked after. Here, representation in the various international organizations, such as the Fédération Dentaire Internationale (FDI), the European Regional Organization of the FDI (ERO) and the Liaison Committee for Dentistry in the EEC countries, are of particular importance.

3. Panel Dentists' Associations (KZVs)

The Panel Dentists' Associations are the supporting bodies for ensuring dental care provided by panel dentists. Apart from protecting the contractual and economic rights of its members with regard to the sick funds, additional authoritative duties also fall to their lot. Consequently they are organized as statutory corporations.

Upon legalization of admission as panel dentists-which is granted on voluntary application – the dentists who have been admitted automatically become “regular” members, while dentists who are entered in the dental register and are not admitted are “extraordinary” members. In accordance with a judgment of the constitutional court, today every German dentist must be permitted to work at the place of his choice if he fulfils the legal requirements. “Extraordinary” membership has thus lost its original sense and can only be explained from a historical point of view.

By law the Panel Dentists' Associations have “authority over contributions” for raising the necessary means and, in addition, power of discipline regarding their members.

The Panel Dentists' Associations manage themselves. The bodies are the assembly of representatives and the board of directors. Both bodies consist of members of the “regular” and “extraordinary” dentist groups – elected separately –, according to the proportion of one group to the other regarding numbers. Tenure of office amounts to four years. The assembly of representatives is competent with regard to the general directions and rules, and the board of directors settles the day-to-day business – detailed regulations are given in the Statutes and Articles.

For realizing its decisions from an administrative point of view, the board of directors avails itself of a management. Above all, the management also carries out the financial settlements for the panel dentists, and checks the accounts as well. As a rule the administrative organization of a Panel Dentists'

Association (KZV) has the following structure: a regional office (Land) with one or several accounts offices; the regional office can also have further subordinate district offices. Its operational management and accounting is subject to annual auditing through the auditing department of the "KZBV".

Essentially, the Panel Dentists' Associations have to fulfil the following duties, which according to law are obligatory:

- Ensuring dental care in accordance with legal and contractual requirements;
- Supervising and controlling the duties of its members;
- Concluding general contracts;
- Protecting the rights of its members with regard to the sick funds;
- Establishing examination and grievance committees;
- Managing the business of the examination and admission committees;
- Accepting the fees and paying them to its members;
- Keeping the dental register;
- Appointing dental representatives in
 - Admission committees
 - Appeal committees
 - Contract committees
 - Regional committees (on a Land level)
 - Regional arbitration courts (on a Land level).

In addition to the regulations of the "Reichsversicherungsordnung (RVO)" ("Imperial Insurance Decree"), which explicitly only refers to certain kinds of sick funds (i.e. local sick funds, industrial sick funds, guild sick funds), the Panel Dentists' Associations ensure dental care – within the framework of the federal contracts – with substitute sick funds, miners' provident funds, bodies responsible for accident and pension insurance, the German Federal Army and the Federal Border Police as well as the other health insurance bodies. The Panel Dentists' Associations act in a fundamentally autonomous way. State supervision is exclusively concerned with

making sure that the Law and the Statutes and Articles are observed by the bodies. The State is not authorized to give additional directions.

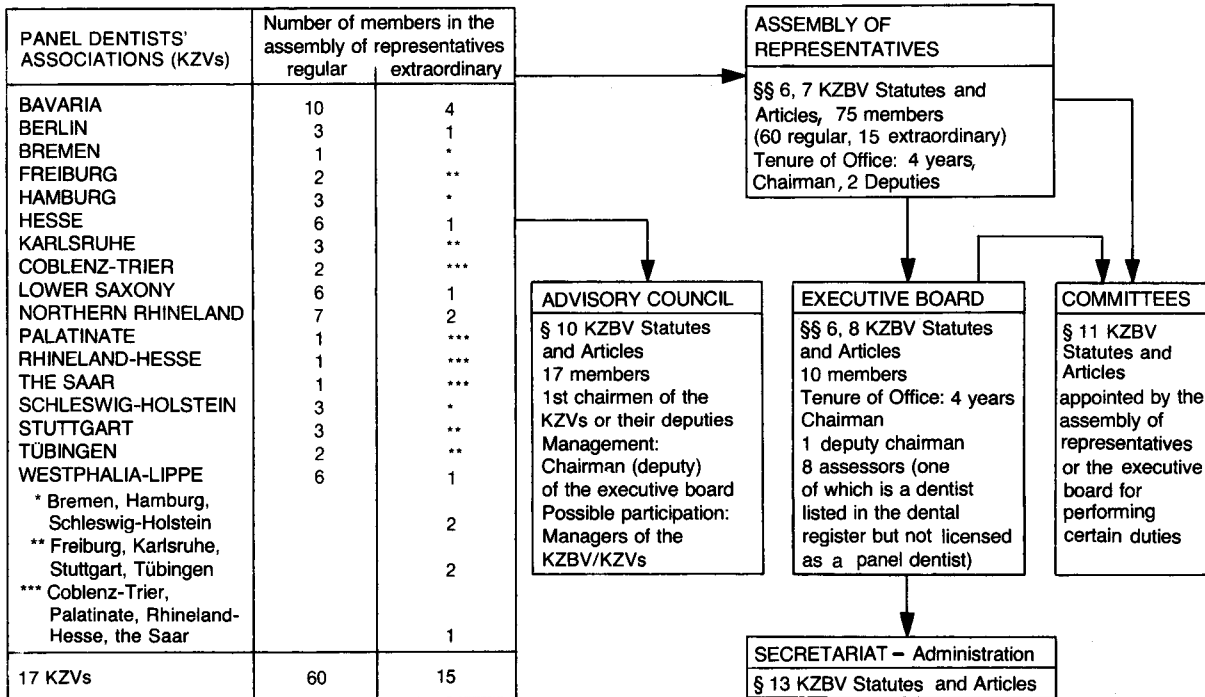
4. Panel Dentists' Federal Association (KZBV)

The Panel Dentists' Federal Association is the top organization of the regional KZVs described above. Like these it is organized as a statutory corporation (in contrast to the BDZ). The members are the Panel Dentists' Associations, not the individual dentists. Membership (likewise in contrast to the BDZ) is obligatory. Illustration 3 shows the organizational structure of the KZBV.

The self-governing bodies are the assembly of representatives and the executive board elected by the assembly, with the chairman of the board at the top. While the assembly of representatives meets once a year and sets the general rules during this annual conference, the executive board deals with the day-to-day business. More detailed matters are covered by the Statutes and Articles. The administration, along with the head manager, is responsible for the day's work; in close collaboration with the executive board they put the board's decisions into practice. To support the executive board and protect the interests of the "Länder", as well as to maintain reciprocal voting, the executive board is aided by an advisory council, which is composed of the chairmen of the Panel Dentists' Associations or their deputies.

The duties of the Panel Dentists' Federal Association are based on legal specifications:

- Ensuring dental care provided by panel dentists;
- Concluding federal skeleton agreements and general contracts with the sick funds, surpassing the areas covered by the individual Panel Dentists' Associations;
- Contractual agreements with "Ersatzkassen" ("substitute sick funds) and other central health insurances;



- Laying down contractual guide-lines;
- Laying down guide-lines for the operational and financial management and accounting of the Panel Dentists' Associations;
- Appointing dental representatives in
 - Federal committees
 - Contract committees
 - The Federal Arbitration Court;
- Keeping the dental register;
- Statistics on contractual dental work.

5. Free Associations

Alongside professional representation, which is organized in the form of corporate bodies, dental associations have become established on a voluntary basis. Their objectives consist of bringing up the freelance interests of the profession for discussion. They are represented in federal associations and are split up into regional associations. With approximately 16,000 members, a particular part is played by the

- Free Association of German Dentists, registered association (Freier Verband Deutscher Zahnärzte e.V.),
Journal: The Free Dentist (Der Freie Zahnarzt).

By means of the Free Association there is an organization additional to the statutory corporations representing the interests on a voluntary basis. It is thus a sensible supplement to the statutory corporation. Apart from the Free Association, further important organizations are:

- Federal Association of Public Health Dentists, registered association (Bundesverband der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.)
- Professional Association of German Orthodontists (Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden)

These associations represent, in particular, the special interests determined by the respective professional area of the dentists they represent.

6. Scientific Societies

Alongside the dentists' professional organizations, who regard their prime objective as the question relating to the position of the dentist within the health system and in society, there are a number of dental associations which deal exclusively with scientific questions. Today's successor to the "Centralverein" is the "Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde – DGZMK" (German Scientific Dental Society).

The DGZMK deals with all fields of dentistry, as also becomes evident from the programmes at the annual conferences. Its monthly journal, "Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift – DZZ", (German Dental News), reflects the scientific position of German dentistry. It represents German scientific dentistry in relation to other medical areas and countries abroad. The DGZMK is split up into various special societies. For continuing education it avails itself of various scientific institutes; and the Karlsruhe Continuing Education Institute, with its practice-orientated courses, deserves a special mention.

Apart from the DGZMK, dentists today are provided with many more possibilities of postgraduate education depending on the special fields of dentistry and also on the individual dentist's scientific interest. The most important societies, the addresses of which are published annually in the German Dentists' Calendar (Deutscher Zahnärzte-Kalender), are:

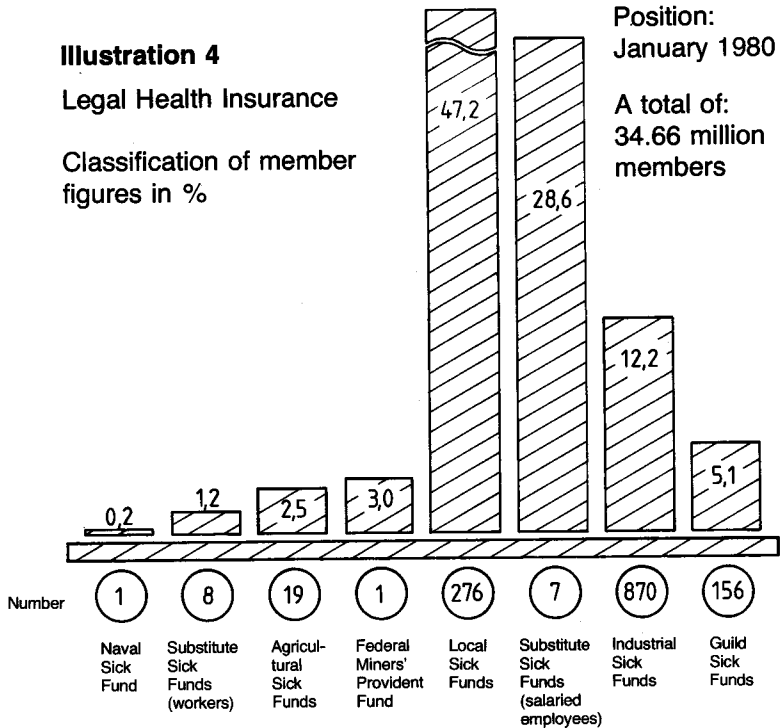
- German Society for Orthodontics, registered association (Deutsche Gesellschaft für Kieferorthopädie e.V.);
- German Society for Oro-Maxillo-Facial Surgery (Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie);
- German Society for Dental Prosthetics and Materials (Deutsche Gesellschaft für zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde);
- German Society for Periodontology (Deutsche Gesellschaft für Parodontologie);

- Association of Dental Educators (Lecturers' Association) (Vereinigung der Hochschullehrer für Zahn-, Mund und Kieferheilkunde – Dozentenvereinigung);
- German Society for Restorative Dentistry (Deutsche Gesellschaft für Zahnerhaltung);
- Medico-Biological Study and Continuing Education Group of German Dentists, registered association (Medizinisch-Biologische Arbeits- und Fortbildungsgemeinschaft Deutscher Zahnärzte e.V.)

IV. SICK FUNDS

The dentists' professional representation having now been dealt with, the situation of the social partner – i.e. the sick funds – is elucidated in the following.

Only the most important regulations and data concerning the health insurance system are outlined.



1. Health Insurance Carriers

92% of all German citizens belong to the Legal Health Insurance System (Gesetzliche Krankenversicherung – GKV), i.e. either as members or as insured dependants; 6% are privately insured and 2% are not insured. The Legal Health Insurance is split up into many insurance bodies. Illustration 4 shows the present position of health insurance carriers and their members in terms of figures.

1,338 sick funds are the carriers of Legal Health Insurance. Of these, 1,302 are allotted to the RVO sick funds (276 local, 870 industrial and 156 guild sick funds), 15 to the “substitute sick funds”*(7 sick funds for salaried employees and 8 for workers) and 19 are allotted to agricultural sick funds and 1 to the naval sick fund and the miners’ provident fund. Of the total of 34.66 million members, 47% belong to the local sick funds, 29% to the substitute sick funds and the remainder belongs to the other legal sick funds.

In order to be able to focus their individual interests and prevent the negotiations with the Panel Dentists’ Associations and the Panel Dentists’ Federal Association from going nowhere, the individual types of sick funds have joined together to form top organizations:

- Federal Association of Local Sick Funds
(Bundesverband der Ortskrankenkassen – BdO);
- Federal Association of Guild Sick Funds
(Bundesverband der Innungskrankenkassen – Bdl);
- Federal Association of Industrial Sick Funds
(Bundesverband der Betriebskrankenkassen – BdB);
- Federal Association of Agricultural Sick Funds
(Bundesverband der Landwirtschaftlichen Krankenkassen
– BdL);

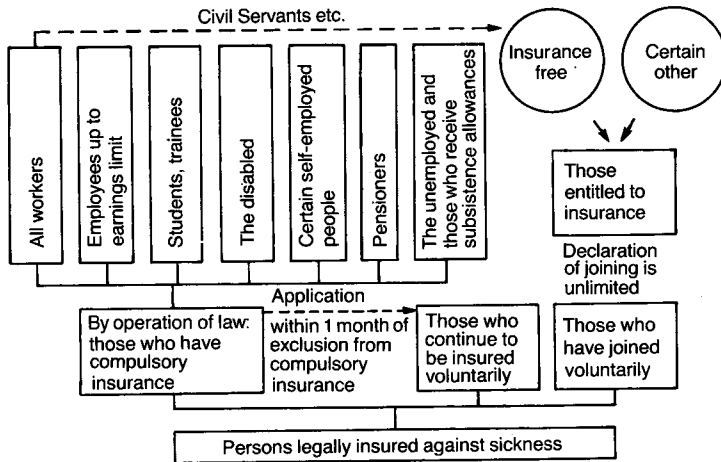
* “Substitute Sick Fund” (Ersatzkasse): Organism of the German Legal Health Insurance acknowledged for certain classes of insurable persons entitled to choose between the membership in a substitute sick fund or a legal sick fund.

- Association of Sick Funds for Salaried Employees, Registered Association (Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. – VdAK);
- Association of Substitute Sick Funds for Workers, Registered Association (Verband der Arbeiter-Ersatzkassen e.V. – AEV).

2. Obligatory Insurance

Legal Health Insurance (Gesetzliche Krankenversicherung – GKV) is generally a compulsory insurance. There are, however, some insurance-free groups who, circumstances permitting, have the right to become voluntary members of the GKV. The following illustration (5) shows the categories of persons insured:

Illustration 5



Source: Jäger, Horst: Sozialversicherungsrecht und sonstige Bereiche des Sozialgesetzbuches, 8. Aufl., Berlin 1977.

Alongside the members their dependants are also insured, as long as the latter do not have their own insurance claim. They have the same claims to insurance benefits but do not, however, have any possibility of co-determination in the self-governing bodies.

3. Insurance Benefits and Contributions

In the case of insurance benefits one has to differentiate between the following:

- General benefits: minimum benefits specified by law;
- Extended benefits: special benefits stipulated in the Statutes and Articles of the individual sick funds;
- Other possible benefits: benefits which are left to the discretion of the sick funds.

With a few exceptions the GKV is orientated on the principle of performance in kind (prosthetics), i. e. the insured persons are not refunded but receive medical treatment instead. Dental care is comprised of free dental treatment and also prosthetics, i. e. provision of crowns and bridges. The benefit extent of dental care on a panel basis has continuously been expanded throughout the course of history. With a few exceptions, which relate to the direct sharing of costs (in the case of prosthetics and orthodontics), the person insured receives an almost complete care without direct payment. The equivalent therefore is effected almost exclusively by payment of contributions.

In the case of orthodontic treatment the Statutes and Articles can provide for a personal share of up to 20 %. Furthermore, the Statutes and Articles determine the amount of the additional payment to the costs incurred for dentures and crowns. This allowance must not exceed 80 % of the costs; in particular cases of hardship the sick fund can accept to pay the remainder completely or partially.

As a general principle, the person insured must hand over a medical certificate to the dentist at once. Within the period of validity, which amounts to one quarter of a year, a change of dentist is only possible when being referred to another dentist or if there is good reason for a change; otherwise one's choice of dentist is free.

The contributions, which are collected according to the system of repartition, depend on wages and salaries up to a maximum amount which is at the same time the limit for the compulsory insurance (May 1980: 3,150.– DM per month). The amount of the contribution rate is fixed by the respective sick fund (average for May 1980: 11.36%). Compulsory contributions have to be paid by both the employee and the employer, i. e. 50 % each. With the exception of the contributions paid to the substitute sick funds, the transfer of contributions is the duty of the employer.

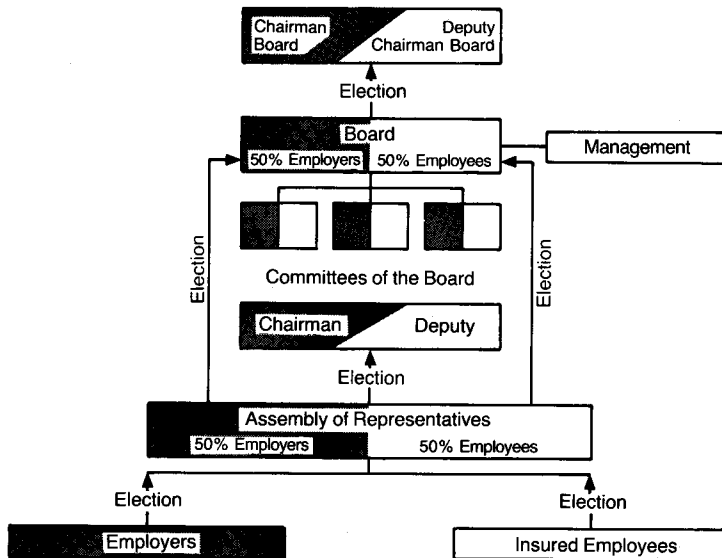
4. The Self-Government of the Sick Funds

As with the professional organizations, the communities of the insured also “govern” their sick funds by themselves. This principle of self-government has been established since the introduction of social insurance. It must, however, be said that the State has considerably undermined this principle by establishing compulsory benefits. Nevertheless, along with their purely administrative function, the bodies are also responsible for fixing the contributions. The bodies are the assembly of representatives (maximum of 60) and the board, which appoints a management for performing the day-to-day duties.

Illustration 6 shows the basic structure of the decision system.

The individual bodies consist of representatives of the employers and the employees in equal numbers. An exception to this is the substitute sick funds, in which the persons insured have the sole right to vote.

Illustration 6



The so-called "peace elections" ("Friedenswahlen") are a speciality of the election system. These "elections without polling" take place when the functionaries of the various organizations have agreed from the outset on a uniform list. "Peace elections" take place more frequently than actual elections. During the last few years consciousness has been growing on the part of persons insured as to their own competence in decision-taking. Thus, at the election in 1974, the percentage of voting during the elections actually held increased to a relatively large degree (i.e. appr. 43 %) as compared with 1968 (appr. 20 %). In 1980 this trend has stabilized.

V. SCOPE OF DENTAL TREATMENT PROVIDED BY PANEL DENTISTS

The following outline in Tables 1–3 shows the volume of dental treatment by panel dentists since 1975. These figures constitute approximately 90 % of the dentists' total turnover.

As the quintessence of this survey, one might well conclude that the payments for prosthetic treatment have clearly predominated regarding their amounts of increase, which is to the disadvantage of the payments for dental restorative and surgical treatment. An increase in demands on the part of the insured, but also quantities which are hardly calculable – such as the explosive increase in the price of gold –, have been of some significance here.

General Survey: Amounts settled via the Panel Dentists' Associations - Federal Territory (incl. West Berlin)

(Source: Panel Dentists' Federal Association (KZBV), Contract department - statistics) Position: 6.3. 1980

RVO SICK FUNDS¹⁾

Table 1

Period	Dental treatment without prosthetics					
	Dental fee + material + laboratory costs			Only Dental fee		
	DM Millions	Change %	Change per member %	DM Millions	Change %	Change per member %
1976	2,419.6			2,299.5		
1977	2,571.3	+ 6.3	+ 5.9	2,419.7	+ 5.2	+ 4.9
1978	2,771.0	+ 7.8	+ 6.9	2,590.0	+ 7.0	+ 6.2
1 st three quarters of 1979*	2,127.8	+ 4.7	+ 4.1	1,988.6	+ 4.6	+ 4.0

Period	Prosthetics ²⁾					
	Dental fee + material + laboratory costs			Only Dental fee		
	DM Millions	Change %	Change per member %	DM Millions	Change %	Change per member %
1976	3,360.5			1,814.7		
1977	3,276.5	- 2.5	- 2.8	1,687.4	- 7.0	- 7.3
1978	3,286.2	+ 0.3	- 0.5	1,626.3	- 3.6	- 4.4
1 st three quarters of 1979*	2,620.2	+ 10.9	+ 10.2	1,250.5	+ 6.4	+ 5.7

Period	Dental treatment incl. prosthetics					
	Dental fee + material + laboratory costs			Only Dental fee		
	DM Millions	Change %	Change per member %	DM Millions	Change %	Change per member %
1976	5,780.1			4,114.2		
1977	5,847.8	+ 1.2	+ 0.9	4,107.0	- 0.2	- 0.5
1978	6,057.2	+ 3.6	+ 2.7	4,216.3	+ 2.7	+ 1.8
1 st three quarters of 1979*	4,747.9	+ 8.0	+ 7.4	3,239.1	+ 5.3	+ 4.6

¹⁾ RVO Sick Funds: Local, Industrial, Guild and Agricultural Sick Funds, Naval Sick Fund

²⁾ Amounts settled = Allowances paid by the Sick Funds

* Change, as compared with the corresponding period of the previous year

Table 2

Period	Dental treatment without prosthetics					
	Dental fee + material + laboratory costs			Only Dental fee		
	DM Millions	Change %	Change per member %	DM Millions	Change %	Change per member %
1976	1,613.0			1,538.6		
1977	1,735.5	+ 7.6	+ 5.4	1,635.7	+ 6.3	+ 4.2
1978	1,890.3	+ 8.9	+ 4.9	1,772.3	+ 8.4	+ 4.3
1 st three quarters of 1979*	1,470.0	+ 6.1	+ 3.1	1,378.4	+ 6.1	+ 3.1

Period	Prosthetics ²⁾					
	Dental fee + material + laboratory costs			Only Dental fee		
	DM Millions	Change %	Change per member %	DM Millions	Change %	Change per member %
1976	1,659.3			912.6		
1977	1,809.0	+ 9.0	+ 6.9	949.7	+ 4.1	+ 2.0
1978	2,119.1	+ 17.1	+ 12.8	1,069.5	+ 12.6	+ 8.4
1 st three quarters of 1979*	1,741.5	+ 16.8	+ 13.5	840.4	+ 11.1	+ 7.9

Period	Dental treatment incl. prosthetics					
	Dental fee + material + laboratory costs			Only Dental fee		
	DM Millions	Change %	Change per member %	DM Millions	Change %	Change per member %
1976	3,272.3			2,451.2		
1977	3,544.5	+ 8.3	+ 6.2	2,585.4	+ 5.5	+ 3.4
1978	4,009.4	+ 13.1	+ 8.9	2,841.8	+ 9.9	+ 5.9
1 st three quarters of 1979*	3,211.5	+ 11.7	+ 8.5	2,218.8	+ 7.9	+ 4.8

¹⁾ "Substitute" Sick Funds: Association of Sick Funds for Employees (VdAK) /
Association of Substitute Sick Funds for Workers (AEV)

²⁾ Amounts settled = Allowances paid by the sick funds

* Change, as compared with the corresponding period of the previous year

Period	Dental treatment without prosthetics					
	Dental fee + material + laboratory costs			Only Dental fee		
	DM Millions	Change %	Change per member %	DM Millions	Change %	Change per member %
1976	4,032.6			3,838.1		
1977	4,306.8	+ 6.8	+ 5.9	4,055.4	+ 5.7	+ 4.8
1978	4,661.3	+ 8.2	+ 6.4	4,362.3	+ 7.6	+ 5.8
1 st three quarters of 1979*	3,597.8	+ 5.3	+ 3.9	3,367.0	+ 5.2	+ 3.8

Period	Prosthetics ²⁾					
	Dental fee + material + laboratory costs			Only Dental fee		
	DM Millions	Change %	Change per member %	DM Millions	Change %	Change per member %
1976	5,019.8			2,727.3		
1977	5,085.5	+ 1.3	+ 0.5	2,637.1	- 3.3	- 4.1
1978	5,405.3	+ 6.3	+ 4.5	2,695.8	+ 2.2	+ 0.5
1 st three quarters of 1979*	4,361.7	+ 13.2	+ 11.7	2,090.9	+ 8.2	+ 6.8

Period	Dental treatment incl. prosthetics					
	Dental fee + material + laboratory costs			Only Dental fee		
	DM Millions	Change %	Change per member %	DM Millions	Change %	Change per member %
1976	9,052.4			6,565.4		
1977	9,392.3	+ 3.8	+ 2.9	6,692.4	+ 1.9	+ 1.1
1978	10,066.6	+ 7.2	+ 5.4	7,058.1	+ 5.5	+ 3.7
1 st three quarters of 1979*	7,959.4	+ 9.5	+ 8.1	5,457.9	+ 6.3	+ 5.0

¹⁾ RVO Sick Funds: Local, Industrial, Guild and Agricultural Sick Funds, Naval Sick Fund.
 "Substitute" Sick Funds: Association of Sick Funds for Employees (Vdak) /
 Association of "Substitute" Sick Funds for Workers (AEV)

²⁾ Amounts settled = Allowances paid by the sick funds.

* Change, as compared with the corresponding period of the previous year.

VI. BENEFIT AND CONTRACT SYSTEM OF DENTAL CARE PROVIDED BY PANEL DENTISTS

The system of dental care in the Federal Republic of Germany is characterized to a considerable extent by the Legal Health Insurance. Since more than 90 % of the population is socially insured the scope and modalities of dental care are predetermined by the legal regulations of the Panel Doctors' Law and by the contracts concluded and the guide-lines issued as a result of these regulations.

1. Legal Bases

Ensuring care provided by panel doctors/dentists is normatively established in §§ 368 ff. of the Imperial Insurance Decree (RVO) in the version of the Panel Doctors' Law of 17. 8. 1955. The duty of doctors, dentists and sick funds to work together to guarantee the medical care of persons insured is expressly provided by law. The scope of medical care provided by panel doctors, and also the right of the insured to an adequate and proper level of care, is settled by law.

In order to bring about concerted and co-ordinated co-operation between the doctors and the sick funds, such that they perform their duty of ensuring health care, the law provides a contractual system of skeleton and general agreements on medical care provided by panel doctors which – along with the legal specifications and guide-lines of the federal committees established at the Panel Doctors' and Dentists' Federal Associations – form the central pool of regulations for medical care provided by panel doctors/dentists.

The agreements and guide-lines are combined with the legal objectives of the regular, adequate, proper and economic care of the sick. The point of correlation of the acceptance of the

obligation to ensure health care by the Panel Medical/Dental Associations is the right to receive appropriate remuneration, which is settled in the form of an overall remuneration being paid to the Panel Medical Association and distributed by the latter to the Panel Doctors/Dentists, whereby the legislator presents possibilities of ascertaining the amount and also the standard for distribution of the fees.

The legal and contractual execution of panel medical care, the supervision of panel medical work and the distribution of panel medical overall remuneration are all the duty of the Panel Medical Associations. To avoid deficiencies in this contractually controlled system of panel medical care the law provides for the establishment of a contract by means of arbitration courts if an agreement is not reached or a party to the agreement terminates the contract.

2. Contractual relations

Taking these legal regulations as a background, the development of the Panel Doctors' Law is characterized by a tendency to collectivize contractual relations. Formerly it was the individual contract of private law between the doctor and the sick fund which represented the supporting pillar of the Panel Doctors' Law, and from which resulted all the rights and duties of a doctor in the panel medical care system.

The legal relations of those times thus formed a triangle: doctor – sick fund – person insured, whereby the claims of the person insured resulted from the legal structure of the contract for the benefit of third parties between the doctor and the sick fund. In the case of malpractice on the part of the doctor, the person insured was, accordingly, not only entitled to claim damages for an offence but also for breach of contract. This did, however, not mean a contractual relationship, as exists between a private patient and a doctor, for already at that time the panel doctor – in providing health care – only met the insured person's claim for benefit vis-à-vis the sick fund.

The legal relations of the Panel Doctors' Law which is in force can be represented by means of the quadrangle: sick fund – person insured – doctor – Panel Doctors' Association, – with indirect participation of the State (vis. Illustration 1), but with the difference to the former regulation that direct relations between the doctor and the sick fund are inapplicable.

As provided in the RVO, the panel doctor is obliged – through his admission to and membership of the Panel Doctors' Association – to provide insured patients with treatment in accordance with the legal and contractual specifications. The right of the person insured to consult an admitted panel doctor of his choice, and claim treatment from him because he has a benefit claim with his sick fund, corresponds to the panel doctor's duty to provide treatment owing to his membership in the respective Panel Doctors' Association, which – in turn – entitles and obliges him to participate in the panel medical care system. Consequently, and in each case in a legal relationship to one another, we have: on the one hand, the person insured and the sick fund, and on the other hand, the Panel Doctors' Association and the panel doctor.

The legal relationship between the Panel Doctors' Association and the panel doctor is also part of public law and results from his relationship to the Panel Doctors' Association as a member. It is predetermined by the law, the guide-lines and the contractual agreements, which are concluded by the Panel Doctors' Associations and the sick funds through the general agreements on the care of insured patients, as well as the remuneration of medical and other benefits. The doctor's claim to remuneration, on the other hand, is only directed at his Panel Doctors' Association; in return, the sick fund pays the so-called overall remuneration to the local Panel Doctor's Association, thus freeing all parties concerned from any further obligation.

In the case of liability the law has established the application of civil law between the person insured and the doctors; in other respects the Panel Doctors' Law comes under public law. This also applies to the contractual system of the RVO which reflects the federative structure of the Federal Republic: The

overall content of the general agreements is stipulated by the Panel Doctors' Federal Associations along with the Federal Associations of the sick funds in federal skeleton agreements. These skeleton agreements automatically become the content of the general contracts which are to be concluded on a regional ("Land") level. The content of the skeleton agreements is, in the main, the rights and duties of panel doctors vis-à-vis the persons insured and the sick funds. The partners in the general agreement on a "Land" level cannot come to any divergent arrangements on matters which have already been settled in the skeleton agreement. The contracting partners agree on a uniform standard of assessment for dental services through the assessment committees as the constituent part of the federal skeleton agreements. The standard of assessment determines the content of the accountable medical services and their ad valorem relationship to one another expressed in points.

The assessment committees were institutionalized by means of the "Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz" (KVKG) ("Health Insurance Cost Reduction Law") of 27. 6. 1977. Members of these committees include representatives of the sick funds and panel dentists. If, on a unanimous decision of the committee members, an agreement is not reached on the standard of assessment, then the assessment committee is increased in number by one impartial chairman and four further impartial members. This enlarged assessment committee takes decisions by a majority of votes, with the result that it acquires a semi-arbitral function when ascertaining the assessment standard.

3. Agreement on overall remuneration

The amount of overall remuneration is agreed on in the general contract and affects those sick funds involved in the agreement. In accordance with the legal regulation of § 368 f, section 2 of the RVO, the overall remuneration can be

calculated as a fixed amount or, on consideration of the assessment standard, according to individual services, a per capita lump sum, a global amount depending on the case in question, or according to a system which is produced from combining these or further types of calculation.

The law also provides for the possibility that, with these various payment systems, regulations are incorporated which permit a limitation on services ("ceiling"). Furthermore, the law specifies which change coefficients have to be observed for adjusting the overall remuneration. The development to be expected regarding the basic wage amount of the sick funds involved, the practice costs and the working time to be spent on panel dentist activity, and also the type and scope of medical services, as far as they are based on an extension of services which is legal or included in the Statutes and Articles, are being referred to here.

The system of federal recommendations for the annual adjustment of the amount of remuneration, which has been practised above all in the case of dentists since 1962, was legally institutionalized in 1977 by means of the "KVKG". The Federal Associations and the Panel Doctors' Federal Associations now have to submit annual recommendations on the change in overall remuneration. A restriction is made by the law inasmuch as it subjects these federal recommendations to the reservation that it has not been the "Concerted Action" in the health system which has given a suitable recommendation agreed to by the representatives of the Legal Health Insurance Carriers and the Panel Doctors.

The institution of "Concerted Action in the Health System" is likewise a new creation of the "KVKG". The purpose of "Concerted Action in the Health System" is to unite all those involved in providing the population with health care in one group, in order to develop medical and economic information and proposals for rationalizing and increasing effectiveness and efficiency in the health system and also to harmonize them with one another. For this purpose, and also with regard to an

adequate adjustment to the overall remuneration for the maximum amounts for drugs, the Concerted Action submits recommendations annually.

The Federal Minister of Labour and Social Order (Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung) calls the following persons to concerted action in the health system: representatives of Legal Health Insurance carriers, of the Association for Private Health Insurance, of doctors, dentists, hospital carriers, chemists, the pharmaceutical industry, trade unions, employers' associations, and also representatives from the "Länder" and municipal central associations. The Federal Minister of Health, Youth and the Family and also the Federal Minister of the Economy have a right to take part as well.

The Federal Minister of Labour and Social Order places the data required for discussion at their disposal – in consideration of the annual economics report of the federal government – and elucidates this information.

In the "KVKG" the partners in the overall agreement have a further duty and that is to determine a maximum amount for the drugs to be prescribed within the framework of panel medical care which is to the debit of the sick funds concerned. With the agreement on this maximum amount for drugs, on the one hand, the development of the prices for the prescribed drugs and the number of persons to be treated and, on the other hand, the development of the average basic wage amount for the sick funds involved, have to be considered in particular.

Where the sum of the sick funds' expenses for the drugs prescribed by panel doctors considerably exceeds the maximum amount during the agreed period, the contracting parties have to ascertain the causes of the infringement. As long as the infringement of the maximum amount is not due to an increase in drug prescriptions as a result of an unforeseen and generally substantial increase in the frequency of the illness, the contracting parties have to rule that additional and systematic individual inspections of the doctors' prescription methods be carried out.

A balance can only be achieved along the channels of a special recourse action, whereby the regulations for controlling the economy of panel medical care, and in particular for inspecting the doctors' prescription methods, remain untouched.

4. Stipulation by means of arbitration

For providing insured persons and their dependants with dentures and crowns, the contracts on panel medical care must contain special regulations on remuneration for dentists' and dental laboratory services, as well as the accounts regulation in accordance with uniform principles.

If an agreement on panel medical care is only partially reached or not at all, then, on the application of one of the contracting parties, the arbitration court has to attempt to bring about an agreement on the content of the contract, and if the contracting parties do not come to an agreement within a period set by the arbitration court, then the court has to make a proposal for settlement. If the proposal for settlement is not accepted by the contracting parties within one month of its delivery, then the arbitration court determines the content of the contract within a period of three months.

The regulation has the legal effect of a contractual agreement, with the result that by means of the arbitration system there is a guarantee that a contract-free condition in panel medical care cannot occur. The arbitration courts, which consist of a chairman qualified for holding judicial office and two further impartial members, as well as representatives of the doctors and sick funds in equal numbers, use their discretion in lieu of the contracting parties.

Against the decisions of the arbitration courts legal action can be taken at the Courts for Social and Welfare Problems. A further body of the mutual self-government of panel medical associations and sick funds consists of the federal committees and regional committees ("Land" level), which in each case are

composed of a chairman, two further impartial members and medical and sick fund representatives in equal numbers.

These committees, which – as with the arbitration courts – are under the supervision of the respective Minister of Labour and Social Order, have primarily the task of producing guide-lines on adequate, proper and economical panel medical care, on drugs and medicine which must not – or only on submission of special requirements – be prescribed to the debit of the sick funds, on the conclusion and content of contracts, and on measures for the early diagnosis of diseases. Furthermore, they have the function of joint counselling when admission regulations are issued.

The federal committees decide on the guide-lines required for the planning of needs in the panel medical care system, which guarantee, in particular, uniform and comparable bases, standards and procedures in obtaining and determining the level of medical supplies, and according to which the regional committees have to assess the occurrence of a deficiency in medical supplies or of a deficiency which threatens to occur immediately.

5. The rule of economizing

The entire panel dental care system is organized with the reservation that the methods of treatment and prescription are economical. Panel medical care must be adequate and proper, but it must not go beyond what is necessary.

Accordingly, the panel dentist is obliged to a form of care which is proper and adequate for successful treatment or bringing relief in accordance with the rules of dental skill. Services which are not necessary or are not economical cannot be claimed by the person insured, the panel dentist must not perform or prescribe them, and the sick fund must not grant them subsequently. A more detailed description of the economic scope of the individual service areas is provided in the guide-lines of the federal committees.

The Panel Dentists' Associations have to control observance of the rule of economizing by means of inspection authorities. For this purpose inspection boards and grievance committees for settling opposition to the decisions of the inspection boards are, on closer specification, established in the Statutes and Articles of the Panel Dentists' Associations. In addition, the contracting parties in the overall agreement have to agree on the procedure for controlling and examining the economical care and also on the procedure before the committees (inspection regulations).

The inspection boards which are established at the Panel Dentists' Associations have been filled with representatives of dentists and sick funds in equal numbers since the rearrangement in the "KVKG" ("Health Insurance Cost Reduction Law"); these representatives provide the chairman at an annual change-over whose vote is decisive in the case of an equality of votes. Uneconomical methods of treatment or prescription can lead to the doctor being subjected to a recourse, whereby the legal decision of the Courts for Social and Welfare Problems concedes priority to the examination of the individual case.

VII. GROWTH IN THE SCOPE OF SERVICES

The contractual regulations of the "RVO" and its institutions refer to panel medical and panel dental care. The service- and contract-system of Legal Health Insurance has in the course of decades been continuously expanded. This expansion was only realized in the dental sector at a relatively late stage, but it then came about consistently within a short time.

1. Basic Services

At the beginning of social health insurance dental treatment only consisted of the extraction of diseased teeth and the manufacture of dentures. While the Health Insurance Law of 1883 still spoke exclusively of medical treatment, the Imperial Insurance Decree (RVO) specified in 1911 that the treatment of dental diseases was a constituent part of medical treatment and could "also be performed by qualified dentists".

The dental services provided by the sick funds only gradually followed the scientific development of dental medicine. In 1917 it required a decision on the part of the Imperial Insurance Office to obtain recognition for caries as a disease requiring treatment and for dental fillings as a compulsory service of Legal Health Insurance.

On a central level contractual agreements were only reached in 1921. In these agreements decisions were taken with regard to a catalogue of basic dental fees, which was added as a part of the State scale of fees. A certain termination to this development was brought about by the contractual regulation of 1935, which formed the joint contractual basis for panel dental care. By means of the so-called "Improvement Ordinance" (Verbesserungserlaß) issued by the Labour

Minister of the Reich, the provision of dentures in the form of a facultative additional payment by the sick funds was also included in 1943 in the panel dental care system.

In the “Alsbach Settlement” (“Alsbacher Abkommen”) and the “Cologne Agreement” (“Kölner Vereinbarung”) after the war, provisional regulations were made for panel dental care. This development continued and was provided with a new basis when the Federal Skeleton Agreement of 2.5. 1962 was concluded; this agreement provided for the re-establishment of a standard of assessment for dental services, the “Bema”, and also included a procedure regulation.

2. Expanding the concept of “Disease”

Parallel to this development the scope of dental treatment continuously experienced expansion.

The scientific development and the expansion of dental activity in the area of orthodontics, the treatment of periodontosis, prophylaxis, gnathology, implantology and the progress of prosthetic care characterizes this development, which is also reflected in the definition of § 1, section 2, of the Law on the Practice of Dentistry of 1952, in accordance with which “dental diseases are all symptoms deviating from the norm in the area of the teeth, the mouth and the jaws, including malposition and missing of the teeth.”

Legal decisions have made allowance for this expansion to the concept of disease and included provision of dentures in the panel dental system as long as they remove and correct functional disorders caused by the missing of teeth or prevent them from worsening.

As with the provision of dentures, orthodontic treatment is – in accordance with the law – also governed by the “Disease concept” of the “RVO” if the treatment is necessary for the normal function of the masticatory and bite system and the articulation. The function of dental treatment comprises the two

areas of diagnosis and therapy, i.e. the measures for determining and curing or alleviating a disease.

The legislator also made allowance for this development with regard to the social insurance law and institutionalized in the "RVO" the legal right of the person insured to receive the sick funds' denture allowance by the "Assimilation Law of Rehabilitation" of 7. 8. 1974 ("Rehabilitationsangleichungsgesetz").

The contractual partners had previously come to an agreement on the contractual acceptance of orthodontic treatment in the panel dental care system. The Federal Committee of Dentists and Sick Funds drew up appropriate guide-lines.

A decisive turning-point in the legal structures of panel dental care was the decision of the Federal Court for Social and Welfare Problems of 24. 1. 1974 which established that the provision of dentures in agreements between the sick funds and the panel dentists' organizations were to be controlled and, if the occasion arose, were to be subject to the assessments of the arbitration courts. The decision recognized the special position regarding the provision of dentures (as allowances are granted for them) which is based on a private contractual relationship between the dentist and the patient, and are not governed by overall remuneration.

On the basis of this decision the contractual partners included dentures in the Federal Skeleton Agreement – Dentists (Bundesmantelvertrag – Zahnärzte (BMV-Z)) and also in the "Bema". The majority of prosthetic services which still remained non-contractual (the splinting and blocking out of the remaining teeth, temporary dental bridges, the provision of metal ceramic dentures, the combination of fixed and removable dentures) were added to the "BMV-Z/Bema" on a decision of the Federal Arbitration Court of 2. 5. 1977.

As a result of contractual negotiations of the partners of the Federal Skeleton Agreement – Dentists (BMV-Z), the systematic treatment of periodontal diseases became a constituent part of the "BMV-Z" on 1. 7. 1974.

3. Prosthetic and orthodontic services

This development was temporarily terminated by the “Health Insurance Cost Reduction Law” (KVKG), which establishes in § 182c of the “RVO” that the allowances to the costs of dentures and crowns must not exceed 80 % of the costs. In particular cases of hardship the sick fund can accept to settle the remaining amount to be paid by the person insured either completely or partially.

For orthodontic treatment the legal regulation (§ 182 i of the “RVO”) was established that the Statutes and Articles of the sick fund can provide that the person insured has to pay the sick fund up to 20 % of the costs – a maximum, however, amounting to a quarter of the monthly base depending on the item of service. It can at the same time determine whether the amount is to be paid to the sick fund when the treatment is stopped before it has been concluded within the scope medically required and determined by the plan of treatment, or whether the payment has to be made continuously during treatment and then refunded to the person insured when the treatment has been terminated, again within the scope medically required and determined by the plan of treatment. In the case of dentures and orthodontic treatment, therefore the “RVO” provides for forms of participation which – in the orthodontic sector – are coupled with certain rewarding incentives. In a legal sense, it is worth noting that restorative treatment, as well as orthodontics and the treatment of periodontosis, are provided as a “performance in kind”, i. e. immediately to the debit of the sick funds. The person insured does not have to pay these services directly, i. e. with a claim for reimbursement, but – owing to his membership in the sick fund – is entitled to claim immediately for dental treatment on submission of his medical certificate. As payment for providing the service the overall remuneration is then paid by the sick fund to the Panel Dentists’ Association, the effect being that a final settlement is reached.

Compared with this, prosthetic treatment is based on the contract of private law between the dentist and the patient – to whom the sick funds grant up to 80% of the costs. The difference is covered by the insured person's own personal share. Technically speaking, the amount granted by the sick funds is settled with the Panel Dentists' Associations, but it does not represent any overall remuneration in a legal sense.

4. Dental laboratory services

With regard to remuneration for purely dental laboratory services the law has provided a special regulation: § 368 g, 5 a, of the "RVO", which was institutionalized by the "KVKG"; it specifies that remuneration for purely dental laboratory services is the object of agreements on panel dental care. For the services of dental technicians the regional (Land) associations of the sick funds and the representatives of the guilds or guild associations conclude special agreements – in conjunction with the Panel Dentists' Associations – on the remuneration and the accounts regulation according to uniform principles. These agreements between the guild associations of the dental technicians and the sick funds are binding for the overall contracts. By means of these regulations the dental laboratory services of commercial laboratories have also been integrated indirectly into the "RVO".

VIII. PERSPECTIVE: THE POSITION OF THE DENTIST IN THE DENTAL CARE SYSTEM

A dentist's professional activity within the dental care system of the Federal Republic of Germany is, as a rule – as far as a panel dentist is concerned – determined by two aspects: dental professional law which has reflected itself, in particular, in medical laws – e. g. the law on the practice of dentistry – as well as the legal regulations of the professional self-governing bodies (dentists' chambers) and the legal specifications for panel doctors, particularly the "RVO", and also the guide-lines, skeleton and overall agreements which have been legally institutionalized through this set of laws.

1. Basic duties

The professional regulation establishes certain basic duties for professional practice which are laid down in the Professional Regulations. The Professional Code for German Dentists, dated 6. 11. 1975, runs as follows:

"The dentist is called to render services for the health of the individual and the general public. The practice of dentistry is not a trade. By its very nature the dental profession is a liberal profession; it can only be practised with freedom of diagnosis and therapy. The dental profession is connected with special professional duties. The dentist is, in particular, obliged to practise his profession in accordance with the rules of the dental art and in accordance with the rules of humanity, to live up to the trust placed in him in connection with the profession, and to use his knowledge and ability for the service of caring for, maintaining and restoring health."

This general definition of professional duties is split up in the professional regulations into a whole variety of individual duties which ranges from the duty of continuing dental education, the

pledge of secrecy, the duty of keeping records, the duty of loyalty to one's colleagues and providing an emergency service, right up to the indication of specialties and the ban on advertising.

2. The principle of freelance activity

The freelance aspect of professional dental practice as a self-responsible, independent and, to a lesser degree, commercial activity is connected with the obligations of panel medical law in the case of participation in panel dental care. The tense relationship between the personal responsibility of an independent profession and the legal standard of the sick fund system has been paraphrased by the Federal Constitutional Court in a fundamental decision on the legal position of the panel doctor to the effect that the panel doctor is not a separate profession which can be contrasted with that of a freelance doctor who has not been admitted to the sick funds.

According to this assessment the panel doctor's activity is only a form of practising the profession of a freelance doctor. The legal position of a panel doctor is thus also not a public service; the panel doctor is, indeed, included in a system of public law through being admitted, but in this system he has a service relationship neither to the sick funds nor to the Panel Dentists' Association. No direct legal relationship connects him with the sick fund.

Accordingly, the panel doctor is not an "employee" but a member of the Panel Doctors' Association which acts as a cooperative association of panel doctors for meeting the obligation as a body to ensure the medical care of the members of the sick funds. The panel doctor takes the economic risk of his profession by himself. Health insurance avails itself of the independent profession of the doctors to perform its duty. This activity is only subject to particular restrictions in certain points which are not decisive for the overall picture; the legislator

regards these restrictions as indispensable if he wants the panel doctor to remain freelance.

These obligations apply firstly to the professional practice of the dentist in a narrower sense, i.e. the diagnostic and therapeutic central area of his professional activity; but, in addition, they also affect the economical aspect of his professional activity, as well as the general professional freedom of development and planning ahead.

To the former category belong the obligations which apply to the "RVO", agreements and guide-lines for the methods of dental treatment and prescription. These duties are particularly clearly reflected in the specifications of the Federal Skeleton Agreement – Dentists, in which the duty of the panel dentist to personally provide panel dental care, to keep records on all patients, to observe the guide-lines of the Federal Committee of Dentists and Sick Funds, to use economical methods of prescription, to use forms supplied by the sick funds, to provide the sick funds and inspection institutions with information and certificates, to permit doctors commissioned by the sick funds to examine x-ray photographs, as well as to inform the sick funds of any occurrences affecting the insured, is just as much referred to as controlling the economic methods of treatment, the specifications on inspection institutions, the demands for recourse of the sick funds etc..

By means of legal regulations issued over the past few years this network of panel medical duties has become even more close-meshed: This applies to the establishment of specifically panel medical continuing education, restrictions on and the control of the establishment of medical surgeries within the framework of planning requirements, the admission combination of "RVO" and "Ersatz" ("substitute") sick funds, maximum amounts for drugs with the intensification of sanctions of recourse for doctors whose methods of prescription exceed a hypothetical average, the obligation of the panel doctor to draw comparisons in price between prescription alternatives etc..

3. Increasing restriction on professional freedom in decision-taking

The economic aspect of panel medical professional activity is increasingly being drawn into the sphere of influence of macro-social control mechanisms and data orientated on a national economy level, and is thus being connected with criteria which lie outside the area of the individual benefit. The possibility of achieving a ceiling for panel medical fees, which are legally restricted by the introduction of the possibility of a fixed amount as a standard of overall remuneration, is a signal for such tendencies, whereby neither the kind nor the scope of medical services, nor the number of doctors admitted, is taken into consideration. The priority of the postulates of economy, i.e. national economic orientation data and macro-social bases of comparison, as expressed in connecting the maximum amounts of drugs with the development of the average basic wage amount of the sick funds concerned, characterizes the subordination of medical needs and therapeutic requirements under a cost-benefit analysis.

As an example of the restriction on professional freedom of development within the framework of panel medical activity, just as much reference can be made to the legal specifications on continuing medical education in the area of panel medical activity established recently – including the duty of participation to be ruled in the Statutes and Articles – as to the obligatory connection of the participation of “Ersatz” sick funds with admission to the “RVO” sick funds, or to the control of establishment through planning requirements and the deadline obligation when renouncing admission established by the “KVKG”. By means of this obligation a panel dentists’ renunciation of the licence is no longer to become effective immediately or at any point in time this doctor chooses, but only after expiration of the deadlines which are to be ruled in the licencing regulations. By means of the obligation to meet those deadlines the panel doctor is more strongly committed than, for example, an official with regard to the release he may have applied for, or a notary with authoritative State functions.

On the whole, and particularly with regard to the features it has acquired over the past few years, panel medical law has been showing a tendency to leave the medical profession formally in its place as a liberal profession, but to bind it up nevertheless more and more tightly in public law and to place it under the control of State organization. Such intensification of legal panel medical obligations allows the freelance nature of panel medical activity to recede into the background and permits a self-supporting professional type of panel doctor to emerge, whom the Federal Constitutional Court has no longer regarded as a permissible arrangement of professional practice.

Burkhard Tiemann/Reinold Herber

**Système des services dentaires en
République Fédérale d'Allemagne**

Editeur :

Institut de Recherches
pour les Soins Dentaires

(Forschungsinstitut für die
zahnärztliche Versorgung — FZV)

Foundation de la
Confédération Fédérale des
Syndicats Dentaires

(Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung — KZBV)
5000 Köln 41, Universitätsstraße 73

Traduction française : A. C. Duviler-Bauer/H. Bauer



Deutscher Ärzte-Verlag GmbH

Table de matières

	Introduction	135
I.	Plan du système des services dentaires	137
II.	Les grandes lignes de l'évolution historique	140
III.	Les représentations de la profession dentaire	153
IV.	Les caisses-maladie	164
V.	Le volume des prestations dentaires des caisses-maladie	170
VI.	Le système de prestations et de contrats des services dentaires des caisses-maladie	176
VII.	L'augmentation du volume des prestations	185
VIII.	Perspectives: La position du chirurgien-dentiste dans le système des services dentaires	190
	Littérature Recommandée	195

Introduction

Les services dentaires, faisant partie du système sanitaire, ne sont pas seulement la tâche individuelle et concrète de chaque chirurgien-dentiste mais sont emboîtés dans un cadre juridique, politique et social.

Ce travail a pour but d'esquisser le système complexe des services dentaires et ses grandes lignes en République Fédérale d'Allemagne. Nous voulons essayer de clarifier les réglementations et les prescriptions en partie compliquées. Afin de nous concentrer le plus possible sur la représentation du système dans son ensemble, les spécifications juridiques seront volontairement laissées à l'écart.

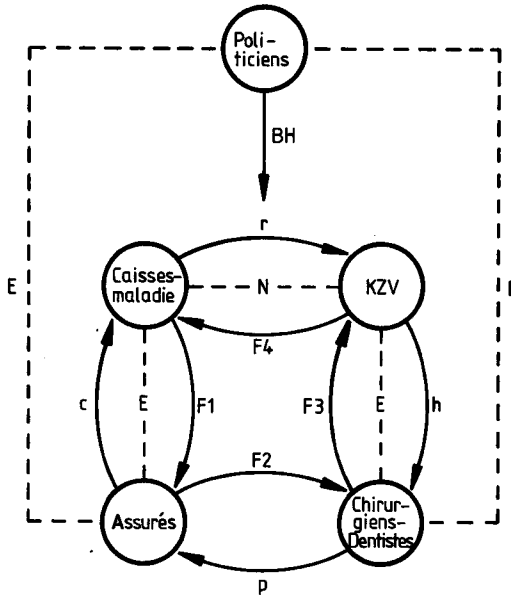
Le trait caractéristique général du système sanitaire allemand est l'«autonomie administrative». Ce principe est autant valable pour le corps dentaire, avec les représentations de la profession que pour les patients qui, étant assurés auprès d'un système structuré de caisses-maladie, peuvent régler et déterminer eux-mêmes leurs intérêts, par l'intermédiaire d'un représentant élu.

Ce système d'autonomie administrative, qui donne d'excellents résultats depuis plusieurs décennies est cependant miné par de récentes mesures dirigeantes concernant la législation et les décrets législatifs. C'est l'obligation et le devoir de chacun de conserver l'existence libérale du système dans l'intérêt de chaque participant.

I. Plan du système des services dentaires

Les prestations des services dentaires pour la population sont essentiellement basées sur le rapport chirurgien-dentiste/patient, mais cette relation dépend également d'un ensemble le plus complexe accompagné d'un système de réglementation et de distribution et contrôle très compliqué.

Schéma 1: le système des services dentaires¹⁾



- p = prestations médico-dentaires
- c = cotisation
- r = remboursement total
- h = honoraires
- F1-F4 = feuille de maladie
- BH = barèmes d'honoraires
- E = élections
- N = négociations de groupe

1) Analogue: Herder-Domeich, Ph.: **Die Kostenexpansion und ihre Steuerung im Gesundheitswesen** (Köln, 1976), p. 98

Le schéma 1 montre les groupes qui sont engagés dans les services de prestation dentaire des caisses-maladie: les assurés, les chirurgiens-dentistes, les caisses-maladie et les syndicats dentaires (Kassenzahnärztliche Vereinigungen – KZVs). Les groupes sont reliés entre eux par deux mouvements circulaires allant à l'encontre l'un de l'autre. Le mouvement circulaire extérieur désigne les prestations, le mouvement circulaire intérieur la distribution et le contrôle.

L'assuré verse une cotisation (c) à la caisse-maladie. La caisse rembourse totalement (r) les syndicats dentaires (KZVs), ceux-ci versent les honoraires (h) aux chirurgiens-dentistes. Les chirurgiens-dentistes soignent les patients qui sont assurés auprès d'une caisse-maladie, et exécutent de ce fait des prestations médico-dentaires (p).

Un cercle de distribution et contrôle vient à l'encontre de ce système circulaire de prestations. Ayant versé une cotisation à sa caisse-maladie, l'assuré reçoit de celle-ci une feuille de maladie* (F1) qu'il remet à son chirurgien-dentiste (F2). Le chirurgien-dentiste soigne alors le patient sans lui envoyer de facture. Le chirurgien-dentiste envoie au syndicat dentaire la feuille de maladie sur laquelle il a fait mention de ses prestations (F3). D'après les feuilles de maladie qui lui ont été remises, le syndicat dentaire envoie aux chirurgiens-dentistes leurs honoraires et règle ses comptes, de son côté, avec la caisse-maladie (F4).

Des négociations de groupes (N) ont lieu entre les caisses-maladie et les syndicats dentaires concernant le montant des honoraires à payer. En principe ces négociations de groupes ont lieu au niveau des **Länder**; quand il s'agit par ailleurs de contrats-cadre ou des contrats dépassant les limites du **Land**, ce sont alors les confédérations fédérales qui en sont responsables. Le «niveau intermédiaire» est dirigé par la base respective de l'autonomie administrative: les chirurgiens-dentistes élisent leurs représentations de la profession (E) – les assurés leurs représentants auprès des caisses-maladie (E).

*) **Krankenschein**: certificat délivré par la caisse-maladie permettant à l'assuré de se faire soigner par un médecin agréé auprès de ladite caisse.

Les politiciens participent au système par l'intermédiaire de la législation-cadre et exercent une influence indirecte sur les barèmes d'honoraires (BH). Les assurés et les chirurgiens-dentistes peuvent influencer les lignes de conduite des politiciens par les élections politiques.

II. Les grandes lignes de l'évolution historique

«Ne connaît une science que celui qui en connaît l'histoire» (Goethe). Rapporté de façon analogue à notre problème, cela veut dire qu'il faudrait connaître les traits fondamentaux de l'évolution historique de notre système sanitaire, afin de pouvoir comprendre le système actuel et si complexe des services dentaires. C'est pourquoi nous allons essayer au cours de ce mémoire de montrer tout au moins les lignes essentielles de l'évolution du système jusqu'à l'époque actuelle.

L'histoire de la profession de chirurgien-dentiste et de dentiste est inséparable de la progression de la science dentaire. L'odontologie scientifique et pratique doit être considérée au niveau international, puisque dans ce domaine, le progrès n'est pas lié à une seule nation. Par contre les racines de l'histoire professionnelle du corps dentaire ne peuvent être considérées qu'à un niveau national, car l'évolution de la profession, l'organisation de l'enseignement, le développement ultérieur et le résultat des recherches dépendent des conditions nationales.

L'histoire professionnelle du corps dentaire allemand appartient au système des services sanitaires en tant que faisant partie de la politique sociale nationale, comme elle a été marquée surtout par Bismarck. Afin de clarifier le système des services dentaires, il faut considérer dans ce travail autant l'accroissement des structures des organisations du corps dentaire notamment en ce qui concerne le problème chirurgien-dentiste/dentiste que le processus du droit d'assurance-maladie avec ses conséquences réelles sur le rapport de base existant entre le chirurgien-dentiste et le patient.

Bien que nous soyons très conscients du fait qu'une division temporelle ne peut être qu'arbitraire, et que l'histoire, c'est-à-dire également l'histoire sociale et professionnelle ne s'écoule jamais de façon continue mais par sursauts, nous allons entre-

prendre, afin de rendre le problème le plus clair possible, une division d'après les 5 périodes suivantes:

- les précurseurs jusqu'à 1880
- 1880-1910
- 1910-1930
- 1930-1945
- 1945-1980

1. Les précurseurs jusqu'à 1880

De la même façon que l'odontologie s'émançait jusqu'à devenir un secteur scientifique de la médecine, croissait le besoin d'un échange réciproque des expériences. Les confédérations formées tout d'abord au niveau local, par exemple à Berlin, Hambourg, Leipzig et Dresde, se réunirent bien vite (en 1859) et formèrent l'Association Centrale des Chirurgiens-Dentistes Allemands (Centralverein Deutscher Zahnärzte).

L'échange de réflexions scientifiques eut lieu par l'intermédiaire d'un journal scientifique spécialisé et des conférences annuelles. L'Association Centrale n'était tout d'abord pas uniquement un cercle de scientifiques mais la représentation, encore bien peu organisée, de la profession des odontologistes diplômés.

A côté de ces experts qui avaient suivi des études médicales, il y avait encore les «artistes de la dent» de qualifications diverses s'occupant du «métier dentaire». Avec le code de l'industrie et de l'artisanat de 1869 ladite «liberté de soigner» fut introduite dans la spécialité dentaire. Chacun était donc légalement autorisé à pratiquer l'odontologie.

Les caisses d'assistance étaient les précurseurs du système actuel d'assurances-maladie. Elles étaient fractionnées en organisations très différentes. Elles avaient le caractère de groupes d'effort personnel et devaient servir à prêter assistance à chaque membre du groupe qui avait des difficultés.

Les caisses d'autrefois furent influencées très nettement par le programme de réforme du Baron de Stein, qui prévoyait, pour les communes, un système d'autonomie administrative d'après le principe subsidiaire. Les premières caisses-maladie agissaient de façon analogue à ce système et prenaient des décisions en pleine autonomie. Par la «loi sur les caisses d'assistance enregistrées» fut établie pour la première fois de façon légale en 1874 l'autonomie administrative déjà existante en fait. Ses organismes étaient l'assemblée générale et le comité de direction. A cette époque 754 caisses-maladie enregistrées existaient selon cette loi dans l'Empire allemand.

Il n'y avait encore aucun système généralisé à un niveau supérieur vu le caractère d'effort personnel des caisses-maladie et l'organisation du corps dentaire qui en était à ses débuts. Il n'existait entre les chirurgiens-dentistes et les patients qu'un rapport de contrat de service individuel. De plus, la plupart des patients n'étaient pas conscients de la différence existante entre les chirurgiens-dentistes diplômés et les artistes de la dent non diplômés. Comme le nombre de chirurgiens-dentistes diplômés était encore très restreint, les patients n'avaient pas la possibilité de choisir, surtout en province, entre ces différents groupes exécutant le même métier.

2. 1880–1910

Avant que les médecins aient institué le «**Hartmannbund**» en 1900, baptisé ainsi d'après le nom de son fondateur, la Confédération d'Association des Chirurgiens-Dentistes Allemands (Vereinsbund Deutscher Zahnärzte) fut fondée en 1891 pour défendre les intérêts des chirurgiens-dentistes; celle-ci s'occupait tout d'abord des problèmes de droit corporatif et favorisait également les intérêts économiques vis-à-vis des caisses-maladie.

La Confédération d'Association remplaça bien vite, en tant que réelle représentation de la profession, l'Association Centrale

qui se concentra alors totalement sur son travail scientifique, c'est-à-dire, dans la recherche et l'enseignement.

La fondation d'une organisation corporative des non-diplômés, la Confédération des Artistes Allemands de la Dent (Verein deutscher Zahnkünstler – VdZK) avait été déjà réalisée en 1880. Il faut reconnaître que dès le départ le VdZK avait tendance à purifier la profession des charlatans et à bâtir l'enseignement sur une base solide.

Outre cela avait lieu un combat défensif contre les chirurgiens-dentistes ainsi qu'un effort afin d'obtenir une sorte de reconnaissance gouvernementale de leur profession. Au cours de ladite assemblée d'Erfurt de 1896 on essaya de réunir les deux professions, c'est-à-dire celle des chirurgiens-dentistes et celle des dentistes; cet essai échoua obligatoirement car les oppositions de la part des deux côtés étaient encore trop grandes.

En mai 1910, naquit de la Confédération d'Association une «Association Economique des Chirurgiens-Dentistes Allemands» (Wirtschaftlicher Verband Deutscher Zahnärzte – WVDZ) qui avait la charge de favoriser spécialement les intérêts économiques. Conçue tout d'abord en tant que filiale et dirigée en partie par une union du personnel avec la Confédération d'Association, l'Association Economique développa une vie tellement indépendante qu'elle surclassa rapidement la Confédération d'Association.

L'assurance-maladie fut établie sur une base nouvelle dans le cadre de l'organisation d'assurance-maladie et de sécurité sociale par le «décret impérial» du 17. 11. 1881 celui-ci étant la «Magna Charta» de la sécurité sociale allemande. La loi suivante du 15. 6. 1883 (entrée en vigueur le 1. 12. 1883) concernant l'assurance-maladie mit sur pied la réglementation légitime d'une assurance obligatoire globale, qui avait été avisée dans le décret et qui est reconnue comme étant l'origine de notre droit d'assurance-maladie actuel.

L'obligation de s'assurer devait garantir à chaque citoyen le droit aux services médicaux et dentaires et il s'en suivit un accord

social entre tous les groupes de la population. La communauté «solidaire» des assurés devait garantir que les risques sociaux soient compensés entre eux. Il existait simultanément un grand nombre de caisses-maladie qui étaient basées sur une affiliation soit légale («RVO-Kassen»), soit volontaire («caisses libres agréées» – «Ersatzkassen»). Bien que la loi ait déjà prévu des élections pour les institutions légales selon le principe d'autonomie administrative, selon l'exemple de la loi sur les caisses d'assistance, il n'y avait aucun règlement électoral unifié. Les caisses-maladie déterminaient elles-mêmes leurs organismes de représentants; souvent les élections n'avaient pas lieu. Les assurés réglaient eux-mêmes leurs intérêts, les employeurs avaient un droit d'intervention raisonnable.

L'assurance obligatoire avait toutefois aussi ses mauvais côtés vis-à-vis des assurés. La caisse-maladie, responsable pour lui, n'était souvent qu'une puissance anonyme. Par le fait de l'assurance obligatoire l'employé ne pouvait plus choisir librement son médecin-conseil; sa caisse-maladie ne lui donnait que le droit à un traitement médical.

Les chirurgiens-dentistes et les dentistes étaient traités presque de la même façon par les caisses-maladie. Le pouvoir exécutif et la juridiction avaient également tendance à mettre sur le même niveau les chirurgiens-dentistes et les dentistes; c'est ainsi que les caisses-maladie permettaient aux dentistes de pratiquer des opérations dentaires simples.

3. 1910–1930

La tâche de l'Association Economique consistait – pendant la première année de son existence – en plus de la construction organisatrice en l'engagement d'une juste solution pour le corps dentaire au cours des délibérations sur les règlements d'assurance du Reich (RVO); ceux-ci devaient apporter une unification de toutes les réglementations d'assurance. Par suite de manque de temps, les organismes dentaires n'ont eu,

au cours de leur activité de lobby au sujet de cette loi, que bien peu de succès. Par conséquent il était clair que les structures de l'Association devaient être tout d'abord solidifiées. A l'aide d'une représentation très puissante, un paiement suffisant des honoraires des prestations devait être assuré par des négociations raisonnables ainsi qu'une bonne répartition des services dentaires vis-à-vis des assurés. On était tout de même d'accord, malgré certains conflits, que la Confédération d'Association devrait coopérer en toute fraternité avec l'Association Economique et que l'on devrait bien plus accentuer les compétences spécifiques.

La Confédération d'Association a été englobée plus tard par l'Association Centrale et existe depuis sous le nom de Société Allemande d'Odontologie, Stomatologie et Médecine du Maxillaire (Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde); elle s'oriente surtout dans la direction des problèmes scientifiques. L'Association Economique, étant actuellement la seule représentation de la profession, a pris surtout en charge tous les problèmes économiques, en particulier les négociations avec les caisses-maladie, les établissements d'assurance ainsi qu'autres établissements semblables. Il est très important de remarquer qu'à l'adhésion à l'Association Economique, de laquelle est née en 1914 l'Association du Reich des Chirurgiens-Dentistes d'Allemagne (Reichsverband der Zahnärzte Deutschlands), a été reliée l'admission aux soins des assurés des caisses libres agréées.

Au cours de l'élaboration et de l'amélioration du droit social, les différentes lois sociales furent regroupées et celles-ci sont dans le règlement d'assurance du **Reich** du 19. 7. 1911, après des délibérations qui avaient duré de longues années, encore valables aujourd'hui. Les organismes de l'autonomie administrative étaient le comité de direction et la «commission». Ces institutions étaient composées pour les caisses locales, caisses régionales et caisses d'assurance-maladie des corps de métiers proportionnellement au montant de la cotisation: 2/3 étaient les représentants des assurés et 1/3 les représentants des employeurs. Par la suite, le nombre des organismes

d'assurance diminua considérablement tandis qu'en même temps le nombre des assurés auprès des organismes d'assurance augmenta considérablement.

Par cette concentration les différentes caisses-maladie gagnèrent énormément en pouvoir. Ceci se traduit également dans le rapport avec les chirurgiens-dentistes avec lesquels les caisses-maladie concluaient – le cas échéant – des contrats individuels.

D'après le § 122 de la RVO «les soins médicaux sont effectués, selon cette loi, par les médecins diplômés et, pour les maladies dentaires, également par des chirurgiens-dentistes diplômés» (§ 29 du code d'industrie et d'artisanat). Le § 123 de la RVO décida: «Pour les maladies dentaires, sauf quand il s'agit de maladies de la cavité buccale et du maxillaire, les soins peuvent être exécutés, avec l'accord de l'assuré, non seulement par des chirurgiens-dentistes mais encore par des mécaniciens-dentistes». Le système des contrats individuels entre les chirurgiens-dentistes et les caisses-maladie était toujours valable. La liberté de choisir son médecin était certes prévue dans la «convention de Berlin» (Berliner Abkommen) pour les assurés, ainsi qu'un nombre raisonnable d'admissions pour les médecins et les chirurgiens-dentistes; mais la situation juridique des chirurgiens-dentistes était encore très faible. En 1923 la réglementation des admissions, des conventions médicales et des honoraires fut déléguée à la «Commission du Reich pour les Médecins et les Caisses-Maladie» (Reichsausschuß für Ärzte und Krankenkassen) par «le décret concernant les médecins et les caisses-maladie» (Verordnung über Ärzte und Krankenkassen). Cette commission était un organisme d'autonomie administrative collective. Après que les caisses-maladie aient essayé à plusieurs reprises de modeler le règlement d'admissions à leur profit, le décret concernant «l'assistance des caisses en cas de maladie» (Verordnung über Krankenhilfe bei den Krankenkassen) fut révoqué en 1926; celui-ci avait favorisé la prépondérance des caisses-maladie par la restriction du libre choix du médecin. Une

place avec des droits égaux à celle des caisses-maladie fut concédée non seulement aux médecins, aux chirurgiens-dentistes, mais aussi aux dentistes.

Par les établissements des caisses, c'est-à-dire les cliniques des caisses, les caisses-maladie essayèrent toujours cependant de torpiller le libre choix du médecin. L'exploitation des chirurgiens-dentistes par les caisses-maladie liée à ce problème fut encore aggravée par la crise économique mondiale de 1929/30 avec les décrets-lois du gouvernement.

Après avoir surmonté ce creux de vague économique, les organisations professionnelles, surtout l'Association du Reich des Chirurgiens-Dentistes d'Allemagne, en tant que successeur de l'Association Economique, réussirent toujours mieux à mener à bonne fin leurs intérêts. Il y avait également du côté des caisses-maladie quelques personnalités qui attachaient plus de valeur à une coopération harmonieuse dans le travail qu'à un conflit à tout prix.

4. 1930–1945

Par l'évolution des rapports entre les caisses-maladie et les chirurgiens-dentistes, l'état se vit alors lui aussi obligé de consolider la situation juridique du corps dentaire. Par le décret du 13. 1. 1932, concernant les services dentaires des caisses-maladie, la formation légale d'associations de chirurgiens-dentistes, de médecins de caisses-maladie fut décidée ainsi que les associations de dentistes des caisses et ceci sous forme de collectivité de droit public. La conclusion des contrats, les décomptes et le contrôle des chirurgiens-dentistes des caisses-maladie étaient à leur charge. Cette évolution prit fin dans ce domaine grâce au décret du 2. 8. 1933 concernant la Confédération Allemande des Syndicats Dentaires. Par là «une mesure dirigiste au niveau intermédiaire» devait être atteinte entre les chirurgiens-dentistes des caisses-maladie, respectivement les dentistes des caisses-maladie et les caisses-maladie, c'est-à-dire une solution du contrat collectif allant au-delà de la relation médecin/patient.

Pendant le **III. Reich** on essaya aussi d'uniformiser les organisations corporatives des chirurgiens-dentistes et des dentistes. On a certes beaucoup discuté de la suppression de la liberté de guérir et du rapprochement des deux professions, mais on n'aboutit à rien en ce qui concerne une solution raisonnable au problème chirurgien-dentiste/dentiste (non-diplômés).

Alors que du côté des assurés, bien peu avait changé quant au montant des prestations, le principe autoritaire intervint de façon massive après 1933 dans le mécanisme interne des réglementations des caisses-maladie. L'autonomie administrative des assurances-maladie fut réduite par la loi sur l'organisation de la sécurité sociale du 5. 7. 1934 et par les décrets législatifs qui suivirent. Les institutions précédentes furent remplacées par la responsabilité unique d'un directeur, travaillant pour l'état; celui-ci représentait légalement l'ensemble des assurés. Il avait certes à ses côtés un conseil mais celui-ci n'avait pas les mêmes pouvoirs que l'ancienne autonomie administrative.

Un système médical de l'assurance-maladie sociale, uniforme et fondé légalement, fut constitué en 1931 par le remaniement du Règlement d'Assurance du **Reich** (Reichsversicherungsordnung); d'après ce règlement, l'admission n'était plus seulement valable pour une seule caisse-maladie, mais pour toutes celles qui appartenaient à la RVO. De plus, le système de contrats collectifs, employé jusqu'alors de façon plus ou moins arbitraire, remplaça le système de contrats personnels. Les groupes en négociation étaient maintenant les caisses-maladie et les syndicats des chirurgiens-dentistes, et respectivement ceux des dentistes.

Partant de cette base, un «Règlement des contrats des chirurgiens-dentistes et des dentistes des caisses-maladie» fut décrété en 1935, celui-ci avait pour contenu un système graduel de contrats

- le contrat du **Reich** en tant que contrat-cadre
- les contrats des districts au niveau du **Land**
- le contrat de service individuel.

Par la politisation qui suivit de la part des potentats nationaux-socialistes, le système des services dentaires fut aussi centralisé et soumis aux fins politiques du parti. Suite à la guerre, les querelles entre les organisations professionnelles et les caisses-maladie furent reléguées à l'arrière-plan.

5. 1945–1980

Après la guerre les réglementations concernant les services dentaires des caisses-maladie furent remaniées. Avec la perte de la souveraineté nationale en 1945, la Confédération Allemande des Syndicats Dentaires avait également fini d'exister. Des instructions individuelles à chaque **Land** réglèrent tout d'abord les services médicaux. Le 24. 7. 1948 une organisation centrale se reforma enfin en Allemagne de l'Ouest avec l'Association des Représentations Professionnelles Dentaires (Verband der Deutschen Zahnärztlichen Berufsvertretungen – VDZB).

Il y avait, tout comme auparavant, dans les **Länder** des organisations des chirurgiens-dentistes et des dentistes, de forme les plus diverses et indépendantes les unes des autres (Syndicats Dentaires, Syndicats des Dentistes, Chambres des Chirurgiens-Dentistes et des Dentistes). Il était tout de même prévisible que les confédérations des dentistes allaient s'éteindre et donc se dissoudre, c'est-à-dire se réunir avec les confédérations des chirurgiens-dentistes. C'est ainsi que se forma une confédération des deux organisations sous forme d'association à but déterminé; celle-ci n'était prévue que pour une période de transition.

Les deux professions furent réunies avec la «loi du 31. 3. 1952 concernant l'exercice de l'odontologie» (Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde – ZHG). Ce recueil de lois est appelé en Allemagne, et à bon droit, la loi fondamentale de la profession de chirurgien-dentiste. Cette loi fondamentale est la base à partir de laquelle le système des services dentaires fut fixé; ces structures fondamentales ont été conservées jusqu'à nos jours.

Après la guerre, l'ancien état législatif resta quelque temps encore valable pour les assurés. Le Conseil de Contrôle Allié tint conseil sur un remaniement complet de la sécurité sociale. Mais ce plan fut bien vite annulé. De nouvelles réformes individuelles furent décrétées tout d'abord au niveau des **Länder**.

La reconstruction de l'autonomie administrative au sein de la sécurité sociale prit fin avec le vote de la loi du 22. 2. 1951 sur l'autonomie administrative, uniforme dans toute la République Fédérale d'Allemagne (cette loi fut remaniée le 13. 8. 1952). D'après cette loi les assurés élisent leurs représentants pour l'assemblée des représentants et le comité de direction en tant qu'organisme décisif de l'autonomie administrative. Les organes de l'autonomie administrative se servent d'une gérance pour la transposition de leurs idées et de leurs intérêts. Celle-ci règle les activités administratives quotidiennes en accord permanent avec eux. La loi sur l'autonomie administrative fut remaniée plusieurs fois depuis 1953. Au début de l'année 1976, les décrets au sujet de la constitution de la sécurité sociale furent rassemblés dans le Code de Loi Sociale (SGB) – instructions communes pour la sécurité sociale du 23. 12. 1976 (SGB IV) –.

Après que chaque **Land** ait édité les premières lois sur le remaniement du système complet de l'assurance pour la santé, la Loi Constitutionnelle de la République Fédérale d'Allemagne (Grundgesetz) confia à la Fédération (Bund) la compétence de la législation en ce domaine. Après plusieurs années de lutte opiniâtre entre les différents partis, la loi sur le droit des médecins des caisses-maladie fut enfin adoptée le 17. 8. 1955 en tant que loi de modification du deuxième livre de la RVO et complément de la loi du Tribunal Social. Cette loi créa des réglementations des contrats entre les chirurgiens-dentistes et les caisses-maladie. Jusqu'alors le VDZB et l'Association Fédérale des Chirurgiens-Dentistes Allemands (Bundesverband der Deutschen Zahnärzte – BDZ) fondée en 1953 comme son successeur, avait dû, en tant qu'association des chambres des **Länder**, tous deux sous la forme légale de sociétés enregistrées, représenter les intérêts des chirurgiens-dentistes vis-

à-vis des caisses-maladie. Un établissement de droit public naquit alors avec la Confédération Fédérale des Syndicats Dentaires (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung – KZBV), à qui incombait la garantie des services dentaires des caisses-maladie. Les réglementations suivantes furent principalement décrétées pour les services dentaires des caisses-maladie:

- Chaque chirurgien-dentiste sera autorisé, à sa demande, à appartenir aux services dentaires des caisses-maladie, s’il remplit les conditions personnelles.
- L’admission est une charge de droit public, destinée personnellement aux chirurgiens-dentistes des caisses-maladie. Le chirurgien-dentiste des caisses-maladie, n’est plus qu’en relation juridique avec sa confédération des chirurgiens-dentistes des caisses-maladie et non plus avec les caisses-maladie.
- L’assuré a droit à des services convenables et suffisants.
- Il peut choisir librement entre tous les chirurgiens-dentistes conventionnés.
- Les services dentaires des caisses-maladie sont réglés au niveau du Land par des contrats collectifs du Land et au niveau fédéral par le contrat-cadre fédéral.
- Le barème d’évaluation (Bema) est le barème obligatoire des prestations et des honoraires pour les prestations des chirurgiens-dentistes des caisses-maladie, et ce pour tous les genres de caisses.
- Le montant de la rémunération totale est fixé par le contrat collectif d’après les prestations individuelles.
- Si un contrat ne se réalise pas, son contenu sera fixé par un office arbitral.
- Les syndicats dentaires ont à superviser l’activité de la chirurgie dentaire des caisses-maladie en tant que devoir d’autonomie administrative.

Le système du cabinet libre est garanti en grande partie par le droit moderne des médecins des caisses-maladie. Ce n’est pas à un système préposé de décider de ce qui est juste et profitable, mais c’est au chirurgien-dentiste lui-même, en tant que

membre d'une profession libérale, de décider selon la santé du patient, celui-ci l'ayant choisi librement.

La Loi concernant le Développement Ulérieur de l'Assurance-maladie (Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz – KVWG) du 28. 12. 1976 et la Loi sur la Diminution des Frais des Caisses-maladie (Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz – KVKG) du 27. 6. 1977 apportèrent d'importants changements dans le système sanitaire complet. Ces deux lois ont mis – en plus de la relation individuelle chirurgien-dentiste/patient, approuvée en principe – un plus grand accent sur les éléments collectifs et centralistes dans le système des services médicaux.

Il faut tout de même remarquer les différentes initiatives juridiques qui ont été forcées par l'intégration nouvelle en Europe. Ces initiatives, orientées selon l'idée d'un système plus ou moins centraliste, ont en principe pour but de mener de façon tendancieuse le système organisé des caisses-maladie.

Nous allons expliquer et analyser en détail dans les chapitres correspondants comment les réglementations législatives se traduisent dans l'existence actuelle du système des services dentaires.

III. Les représentations de la profession dentaire

Après avoir mis en lumière le développement et le devenir du système allemand des services dentaires dans son processus historique, nous allons maintenant esquisser l'état momentané des associations dentaires.

Il y a aujourd'hui en République Fédérale d'Allemagne 41.237 chirurgiens-dentistes (situation du 31.12.79). Parmi eux 27.661 sont actifs dans leur cabinet dentaire libre. 3.828 travaillent en tant qu'assistant ou remplaçant d'un autre chirurgien-dentiste. 1.103 sont employés par les hôpitaux universitaires et les hôpitaux, 302 sont fonctionnaires ou bien employés comme chirurgiens-dentistes pour la jeunesse et 429 comme officiers du service de santé dans l'armée. Il y a en plus 64 chirurgiens-dentistes dont le rôle est de conseiller les caisses-maladie et les établissements d'assurance, 16 sont actifs dans les organisations professionnelles des chirurgiens-dentistes et 32 dans l'industrie. 7.762 chirurgiens-dentistes n'exercent pas dans la profession dentaire.

Les représentations de la profession dentaire possèdent, en plus des organisations capitales, des chambres et des syndicats dentaires, leurs complément dans l'«Association Indépendante» et autre associations indépendantes et spécialisées et dans de nombreuses organisations scientifiques.

1. Les chambres des chirurgiens-dentistes

Les chambres des chirurgiens-dentistes, en tant que représentation classique de la profession dentaire, s'occupent de la promotion et de la défense de tous les intérêts professionnels des chirurgiens-dentistes ainsi que de la surveillance de la santé publique. Les chambres sont formées selon le principe fédératif au niveau des **Länder** (par cause de l'évolution historique, la répartition n'est pas exactement identique à celle des **Länder**, cf. schéma 2). Quand il s'agit de régions très étendues, il existe alors, en plus, des subdivisions régionales possédant toutefois en partie un caractère de droit public. Les chamb-

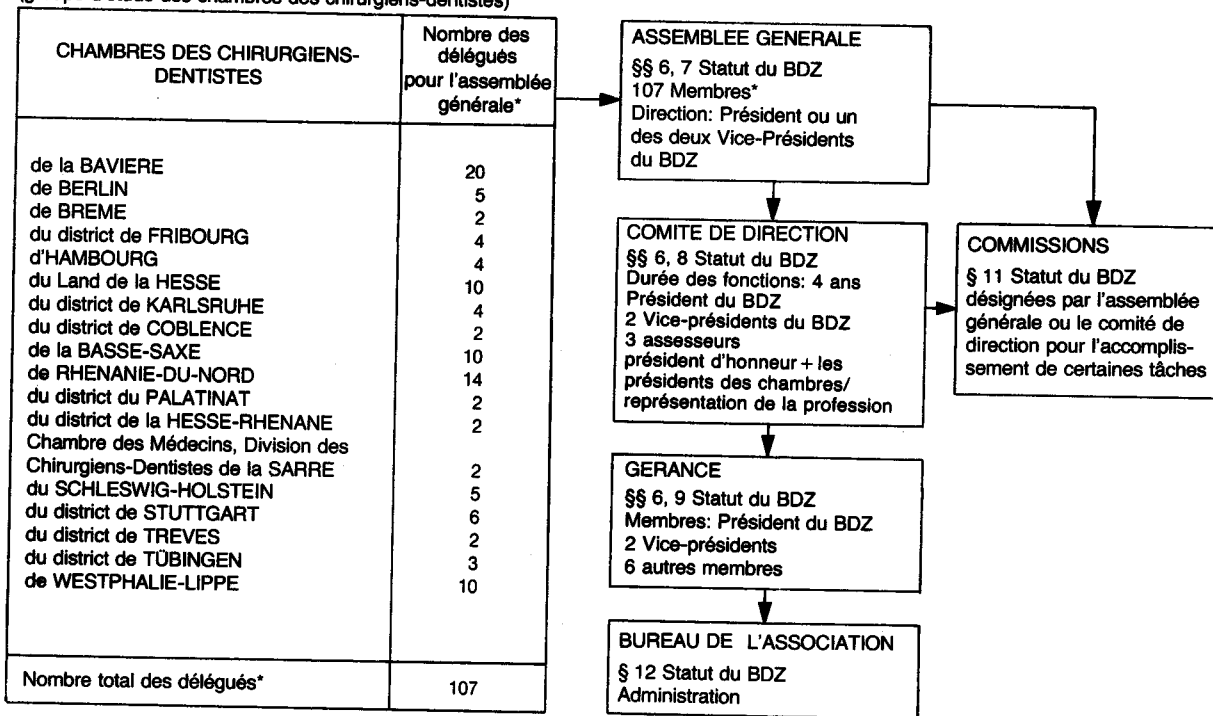
res ont d'une part pour but de défendre les intérêts des chirurgiens-dentistes à l'intérieur et à l'extérieur; elles doivent accomplir d'autre part leurs devoirs souverains. Cette réglementation juridique correspond au principe de subsidiarité d'après lequel les experts et les intéressés devraient régler leurs intérêts eux-mêmes avant l'intervention de l'état. L'affiliation personnelle du chirurgien-dentiste à sa représentation professionnelle est obligatoire selon la charge publique. La formation de la volonté au sein de la chambre a lieu à l'intérieur des organismes d'autonomie administrative – c.-à-d. les assemblées des délégués et le comité de direction dirigé par un président –; les délégués sont élus selon des règles démocratiques. Les devoirs des chambres sont en détail:

- création et maintien d'une conception professionnelle homogène
- accord réciproque en ce qui concerne les travaux et les tâches des membres de l'association
- conseil et soutien des affiliés
- maintien et promotion de l'éducation du perfectionnement professionnel
- représentation des intérêts professionnels devant les administrations, les collectivités législatives, les associations et le public
- encouragement de la surveillance publique et professionnelle de l'hygiène et de l'aide sociale.

* Situation: 1979-Le nombre des délégués pour l'assemblée générale doit être calculé de nouveau chaque année: pour 400 membres 1 délégué et pour le reste, s'il dépasse 200 1 délégué supplémentaire. S'il y a moins de 800 membres: 2 délégués (Base de calcul: Nombre des chirurgiens-dentistes enregistrés dans le dernier calendrier trimestriel de l'année précédente) § 7 Statut du BDZ

ASSOCIATION FEDERALE DES CHIRURGIENS-DENTISTES ALLEMANDS – SOCIETE ENREGISTREE (BDZ)
(groupe d'étude des chambres des chirurgiens-dentistes)

Schéma 2



2. Association Fédérale des Chirurgiens-Dentistes Allemands – société enregistrée (BDZ)

Afin de pouvoir défendre les intérêts du corps dentaire au niveau fédéral et au niveau international, les chambres se sont réunies et ont formé ainsi une Association Fédérale des Chirurgiens-Dentistes Allemands (Bundesverband der Deutschen Zahnärzte e.V. – BDZ), celle-ci étant une représentation autorisée, centrale et experte en la matière. Selon la structure fédérative de la République Fédérale d'Allemagne et de façon analogue au **Bundesrat** (Conseil Fédéral qui représente les **Länder**), les chambres des chirurgiens-dentistes – et non pas le chirurgien-dentiste en particulier – sont, en tant qu'association, membres individuels du BDZ. Cette «Chambre fédérale des chirurgiens-dentistes» (Bundeszahnärztekammer) est conçue d'après le droit privé comme une société enregistrée (e.V.), c'est pourquoi l'affiliation est facultative (voir schéma 2).

Les institutions de l'autonomie administrative sont l'assemblée générale et le comité de direction. L'assemblée générale est composée des délégués des chambres des chirurgiens-dentistes; leur force numérique est déterminée d'après l'importance de l'association membre (1 délégué pour 400 membres + 1 délégué supplémentaire pour le nombre de membres restant, si celui-ci dépasse 200). L'assemblée générale élit comme membres du comité de direction: le président, deux vice-présidents ainsi que trois assesseurs. Le comité de direction est complété par les présidents ou bien leurs suppléants des associations membres. Une gérance est nommée pour l'exécution des travaux courants, elle est composée du président, des deux vice-présidents et de six autres membres du comité de direction élus en son sein. Le comité de direction et l'assemblée générale peuvent instituer des commissions spéciales pour résoudre les problèmes spécifiques. Toutefois le droit de décision reste toujours aux mains des organismes élus. La publication de la revue «**Zahnärztliche Mitteilungen**» (Informations Dentaires) sert non seulement à l'information interne de chaque chirurgien-dentiste, mais elle est aussi le porte-parole du corps dentaire allemand pour le public.

Les devoirs du BDZ sont analogues à ceux des chambres, cependant une importance particulière est naturellement attachée à la coordination des actions des chambres; il représente en plus au niveau international le corps dentaire allemand. La représentation du corps dentaire dans les différentes organisations internationales comme la Fédération Dentaire Internationale (FDI), l'Organisation Régionale de la FDI pour l'Europe (ORE) et le Comité de Liaison des Praticiens de l'Art Dentaire dans les Pays de la Communauté Européenne (CEE), joue un rôle particulier.

3. Syndicats Dentaires

Les Syndicats Dentaires (Kassenzahnärztliche Vereinigungen – KZVs) sont les représentants chargés d'assurer les services dentaires des caisses-maladie. Ils doivent non seulement favoriser les droits conventionnels et économiques de leurs membres vis-à-vis des caisses-maladie, mais ont encore d'autres devoirs souverains. En conséquence les KZVs sont organisés en tant que corporations de droit public.

Après le passage en loi de l'admission aux services dentaires des caisses-maladie, celle-ci ne pouvant avoir lieu que sur demande volontaire, les chirurgiens-dentistes conventionnés deviennent automatiquement membres »réguliers», alors que les chirurgiens-dentistes non conventionnés, inscrits dans le registre des chirurgiens-dentistes, sont des membres «hors-cadre». D'après le jugement du tribunal constitutionnel, chaque chirurgien-dentiste allemand, s'il remplit les conditions légales, doit être admis au lieu de son choix. L'affiliation «hors-cadre» a donc perdu sa raison d'être et ne peut être expliquée que d'une façon historique.

Les syndicats dentaires possèdent d'après la loi sur la mobilisation des moyens nécessaires, la souveraineté des cotisations et en plus la souveraineté disciplinaire vis-à-vis de leurs membres.

Ils se gèrent eux-mêmes. Leurs organismes sont l'assemblée des représentants et le comité de direction. Ces deux comités

sont composés des membres des groupes des chirurgiens-dentistes réguliers et «hors-cadre», devant être élus séparément et proportionnellement à leur nombre respectif. La durée du mandat est de quatre ans. L'assemblée des représentants a le pouvoir de déterminer les dispositions de base, le comité de direction s'occupe des affaires courantes – les détails sont réglés par le statut. Pour les transpositions de ses décisions au niveau administratif, le comité de direction se sert d'une gérance. Celle-ci exécute aussi surtout les décomptes des chirurgiens-dentistes des caisses-maladie et le contrôle comptable. L'organisation de l'administration d'un syndicat dentaire est regroupé en principe en un bureau au niveau du **Land**, avec une ou plusieurs agences de comptabilité; plusieurs bureaux de district peuvent être subordonnés à ce bureau du **Land**. La gérance et la comptabilité sont soumises à une vérification annuelle, effectuée par l'office de contrôle de la Confédération Fédérale des Syndicats Dentaires.

Les Syndicats Dentaires ont essentiellement à remplir les tâches suivantes qui découlent de la loi:

- assurance des services dentaires des caisses-maladie satisfaisant aux exigences légales et conventionnelles
- surveillance et contrôle des devoirs de leurs membres
- conclusion des contrats collectifs
- défense des droits de leurs membres vis-à-vis des caisses-maladie
- création de commissions de contrôle et de réclamations
- direction des affaires des commissions de contrôle et d'admission
- réception des honoraires et paiement à leurs membres
- administration du registre des chirurgiens-dentistes
- nomination des représentants des chirurgiens-dentistes dans
 - les commissions d'admission
 - les commissions d'appel
 - les commissions de contrats
 - les commissions au niveau du **Land**
 - les offices arbitraux au niveau du **Land**

Outre les décrets des règlements d'assurance du **Reich**, qui ne se rapportent qu'à certaines sortes de caisses-maladie – notamment les caisses-maladie locales, les caisses-maladie des entreprises et celles des corporations –, les Syndicats Dentaires assurent les services dentaires dans le cadre des contrats fédéraux auprès des caisses libres agréées, des caisses d'assurance des mineurs, des organismes des assurances-accident et des assurances invalidité-vieillesse, de l'armée de l'Allemagne Fédérale et de la police fédérale pour la protection des frontières ainsi que d'autres représentants des caisses-maladie. Ceux-ci sont, dans leur comportement, totalement autonomes. Le contrôle de l'état s'applique exclusivement à surveiller si la loi et les statuts sont bien respectés par les organismes. Outre cela ils n'ont aucun droit de donner des instructions.

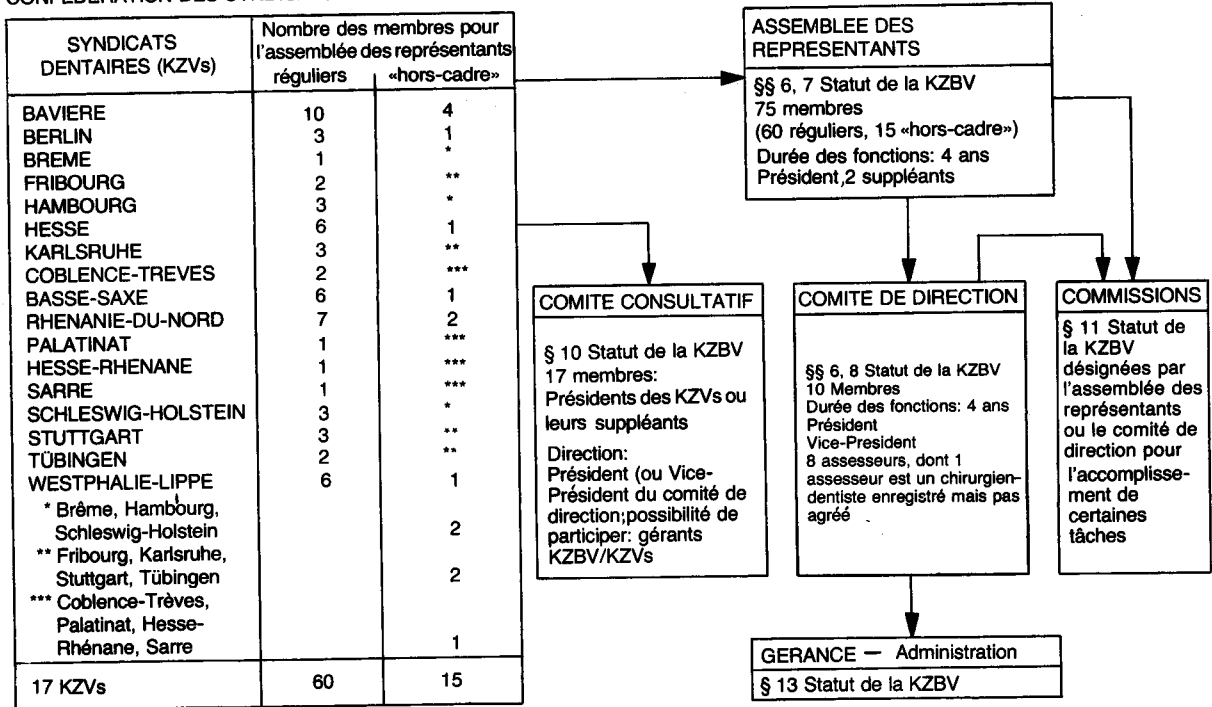
4. Confédération Fédérale des Syndicats Dentaires (KZBV)

La Confédération Fédérale des Syndicats Dentaires (Kassenärztliche Bundesvereinigung – KZBV) est l'organisation de tête des Syndicats Dentaires des **Länder**. Elle est, comme ceux-ci, conçue d'après le principe de collectivité de droit public (contrairement à l'Association Fédérale des Chirurgiens-Dentistes Allemands – BDZ). Les membres en sont des Syndicats Dentaires et non pas le chirurgien-dentiste pris individuellement. L'affiliation est obligatoire (contrairement à celle du BDZ). Le schéma 3 montre la structure de l'organisation de la KZBV.

Les organismes de l'autonomie administrative sont l'assemblée des représentants qui élit un comité de direction avec un président au sommet. Alors que l'assemblée des représentants siège une fois par an et fixe à ce moment les dispositions de base, le comité de direction s'occupe des affaires courantes – les détails sont réglés par le statut. L'administration, avec le gérant principal au sommet, est responsable du travail quotidien; elle traduit dans la pratique les décisions du comité de direction, grâce à une coopération permanente avec ce dernier.

CONFEDERATION DES SYNDICATS DENTAIRES D'ALLEMAGNE FEDERALE (KZBV) (Collectivité de droit public)

Schéma 3



En tant qu'assistance au comité de direction et défense des intérêts des **Länder** et des accords communs, le comité de direction est assisté d'un comité consultatif qui est composé des présidents des Syndicats Dentaires ou bien de leurs représentants.

Les devoirs de la KZBV découlent de sa charge légale:

- assurance des services dentaires des caisses-maladie
- conclusion des contrats-cadre fédéraux et des contrats généraux dépassant la limite du KZV avec les caisses-maladie
- conclusion de contrats avec les caisses libres agréées et d'autres organismes d'assurance centraux
- fixation des lignes de base pour les contrats
- fixation des lignes de base pour la direction des affaires économiques et comptables des Syndicats Dentaires
- nomination des représentants des chirurgiens-dentistes dans:
 - les commissions au niveau fédéral
 - les commissions de contrats
 - l'office arbitral au niveau fédéral
- administration du registre des chirurgiens-dentistes
- statistiques de l'activité concernant les contrats dentaires.

5. Associations indépendantes

En plus des représentations de la profession organisées de façon corporative, des associations dentaires se sont établies sur une base volontaire. Leurs buts sont d'exprimer les intérêts des chirurgiens-dentistes de profession libérale. Elles sont représentées à l'échelle fédérale, subdivisées en associations au niveau des **Länder**. Une association composée d'environ 16.000 membres, joue un rôle spécial; il s'agit de l'Association Indépendante des Chirurgiens-Dentistes Allemands – société enregistrée – (Freier Verband Deutscher Zahnärzte e.V.). Organe de communication: «**Der Freie Zahnarzt**» (Le chirurgien-dentiste indépendant).

Avec l'Association Indépendante, il y a donc un organe dentaire à côté des organisations de droit public, qui agit sur une base volontaire. Elle est ainsi un complément sensé au système d'organisation de droit public. En plus de l'Association Indépendante, il faut encore nommer les organisations importantes suivantes:

- Association Fédérale des Chirurgiens-Dentistes du Régime Sanitaire Public, société enregistrée (Bundesverband der Zahnärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.)
- Association de la Profession des Orthodontistes Allemands (Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden).

Ces associations représentent surtout les intérêts particuliers des chirurgiens-dentistes, représentés par ces associations. Ces intérêts sont limités par leur champ d'action professionnel.

6. Sociétés scientifiques

A côté des organisations de la profession dentaire, dont la tâche est en premier lieu de s'occuper du problème de la position du chirurgien-dentiste dans le système sanitaire et dans la société, il existe un certain nombre d'associations scientifiques dentaires qui s'occupent exclusivement des problèmes scientifiques. Le successeur de l'Association Centrale (Centralverein) est aujourd'hui la Société Allemande d'Odontologie, Stomatologie et Médecine du Maxillaire (Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde – DGZMK).

La DGZMK s'occupe de tous les domaines de l'odontologie, ceci devient également évident par la direction programmatique des congrès annuels. Leur revue mensuelle «Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift» (DZZ) (Le Journal Dentaire Allemand) est le reflet du niveau scientifique de l'odontologie scientifique allemande vis-à-vis d'autres domaines médicaux et vis-à-vis de l'étranger. La DGZMK est subdivisée en diverses associations spécialisées. Pour le perfectionnement il y a divers instituts scientifiques, parmi lesquels l'institut de perfectionnement de Karlsruhe qui mérite surtout d'être cité avec ses cours fondés sur la pratique. A côté de la DGZMK beaucoup d'autres possibilités de formation complémentaire scientifique

sont offertes au chirurgien-dentiste suivant sa spécialité et son inclination scientifique. Les associations principales, dont les adresses sont publiées chaque année dans le Calendrier des chirurgiens-dentistes allemands (Deutscher Zahnärzte-Kalender), sont:

- la Société allemande d'orthodontie, société enregistrée (Deutsche Gesellschaft für Kieferorthopädie e.V.)
- la Société allemande de chirurgie dento-faciale (Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie)
- la Société allemande de prothétique et matériaux dentaires (Deutsche Gesellschaft für zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde)
- La Société allemande de parodontologie, société enregistrée (Deutsche Gesellschaft für Parodontologie e.V.)
- L'Union des professeurs de l'enseignement supérieur d'odontologie, stomatologie et médecine du maxillaire – union des professeurs d'université (Vereinigung der Hochschullehrer für Zahn, Mund- und Kieferheilkunde – Dozentenvereinigung)
- la Société allemande de conservation des dents (Deutsche Gesellschaft für Zahnerhaltungskunde)
- le Groupe d'études et de formation complémentaire médico-biologique des chirurgiens-dentistes allemands – société enregistrée (Medizinisch-Biologische Arbeits- und Fortbildungsgemeinschaft Deutscher Zahnärzte e.V.)

IV. Les caisses-maladie

Après avoir vu les représentations de la profession, la situation des partenaires sociaux, c'est-à-dire des caisses-maladie, va être éclaircie dans le chapitre suivant. Pour ceci nous allons seulement esquisser les réglementations et les chiffres les plus importants du système d'assurance de la santé.

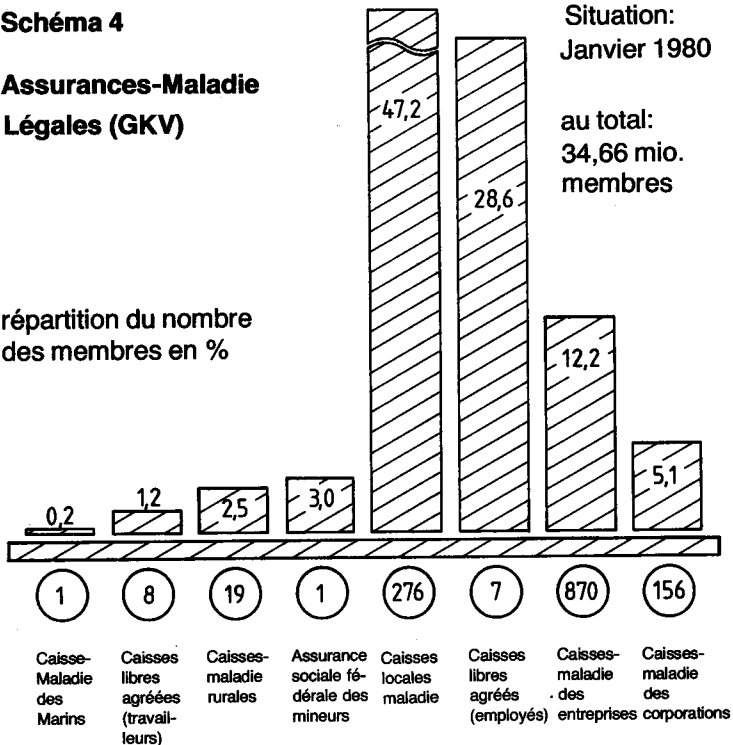
1. Organismes d'assurance-maladie

92 % des citoyens appartiennent, en tant que membres ou assurés par la famille, aux Assurances-Maladie Légales (Gesetzliche Krankenversicherung – GKV), 6 % sont des assurés privés et 2 % ne sont pas assurés. La GKV est elle-même divi-

Schéma 4

Assurances-Maladie Légales (GKV)

répartition du nombre
des membres en %



sée en de nombreuses caisses. Le schéma 4 montre l'état numérique actuel des organismes d'assurance-maladie et de leurs membres.

Les organismes des Assurances-Maladie Légales sont 1.338 caisses-maladie. De ces 1.338, 1.302 reviennent aux caisses du RVO (276 caisses-maladie locales, 870 caisses-maladie des entreprises et 156 caisses-maladie des corporations), 15 aux caisses libres agréées (7 caisses libres agréées des employés et 8 des travailleurs) ainsi que 19 caisses-maladie rurales, 1 caisse-maladie des marins et les assurances sociales des mineurs. Des 34,66 millions de membres au total, 47 % adhèrent aux caisses locales, 29 % aux caisses libres agréées et le reste aux autres caisses-maladie légales. Afin de pouvoir concentrer leurs intérêts et ne pas laisser grandir de façon illimitée les négociations avec les syndicats dentaires des caisses-maladie et la Confédération Fédérale des Syndicats Dentaires, les différentes sortes de caisses-maladie se sont rassemblées en associations centrales:

- l'Association fédérale des caisses-maladie locales (Bundesverband der Ortskrankenkassen – BdO)
- l'Association fédérale des caisses-maladie des corporations (Bundesverband der Innungskrankenkassen – Bdl)
- l'Association fédérale des caisses-maladie des entreprises (Bundesverband der Betriebskrankenkassen – BdB)
- l'Association fédérale des caisses-maladie rurales (Bundesverband der Landwirtschaftlichen Krankenkassen – BdL)
- l'Association des caisses-maladie des employés, société enregistrée (Verband der Angestellten-Krankenkassen – VdAK)
- l'Association des caisses libres agréées des travailleurs, société enregistrée (Verband der Arbeiter-Ersatzkassen – AEV)

2. Obligation de s'assurer

La GKV est par principe une assurance obligatoire. Il existe toutefois quelques groupes d'assurances libres qui ont éven-

La GKV est orientée, sauf exception (p. ex. prothétique), selon le principe des prestations en nature; cela veut dire que l'assuré ne reçoit pas un remboursement des frais mais des prestations en nature. Appartiennent aux services-dentaires: les soins dentaires libres aussi bien que les soins prothétiques avec couronnes et bridges.

Le canon des prestations des services dentaires des caisses-maladie s'est continuellement développé au cours de son histoire. L'assuré reçoit presque tous les soins gratuitement à part quelques exceptions où il doit participer directement aux frais (quand il s'agit de prothétique, d'orthodontie). La participation de l'assuré aux frais se fait donc presque exclusivement par l'intermédiaire de sa contribution à la caisse-maladie.

Le statut peut prévoir une participation personnelle jusqu'à 20 % pour les soins orthodontiques. Le statut détermine également le montant du versement supplémentaire aux frais pour les prothèses et les couronnes dentaires. Le versement supplémentaire de la caisse ne doit pas dépasser 80 % du montant; quand il s'agit de cas spéciaux, la caisse-maladie peut prendre en charge le reste du montant partiellement ou totalement.

L'assuré doit présenter au chirurgien-dentiste absolument tout de suite une feuille de maladie. Pendant la durée de validité d'un trimestre le changement de chirurgien-dentiste n'est possible que si le chirurgien-dentiste le désire lui-même ou bien avec une raison bien fondée; sinon, le choix du chirurgien-dentiste est libre.

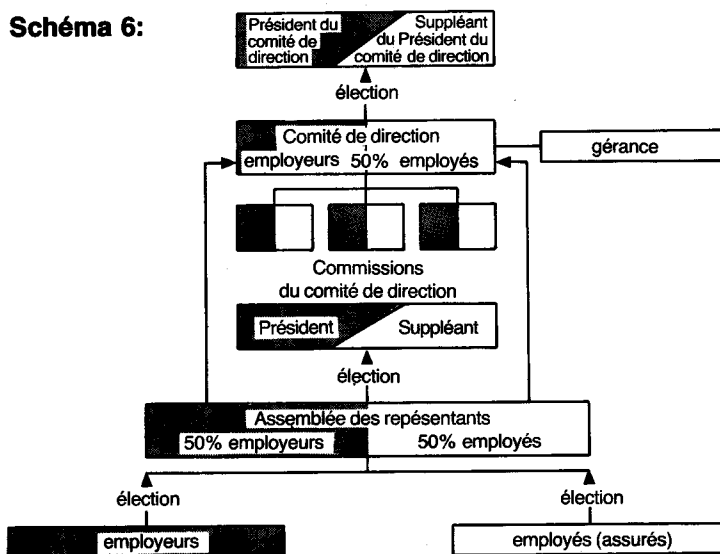
Le montant des cotisations, qui sont perçues d'après le système de répartition, est réglé d'après le salaire mensuel jusqu'à un plafond qui est également le plafond de l'assurance obligatoire (en mai 1980: 3.150,- DM par mois). Le montant de la cotisation est fixé par la caisse-maladie respective (en moyenne, en mai 1980: 11,36 %). La moitié des cotisations obligatoires est à payer par l'employé et l'autre moitié par l'employeur. L'obligation de versement incombe à l'employeur à l'exception des cotisations des caisses libres agréées.

4. Autonomie des caisses-maladie

Tout comme les organisations professionnelles, les communautés des assurés gèrent elles-mêmes leur caisse-maladie. Ce principe d'autonomie administrative est établi depuis la création de la sécurité sociale. Restrictivement il faut tout de même dire que l'état, avec la fixation des cotisations obligatoires, a largement miné ce principe. Il reste tout de même aux organismes, à côté de la pure administration, la fixation de la cotisation. Les organismes sont l'assemblée des représentants (au maximum 60) et le comité de direction qui emploie une gérance pour le règlement des travaux courants.

Le schéma 6 montre la structure de base du système de décision.

Schéma 6:



Chaque organisme est occupé à parité par les représentants des employeurs et des employés. Les caisses libres agréées font exception à cette règle, uniquement les assurés ont le droit de vote exclusif.

Une spécialité du système électoral sont les dites «Friedenswahlen» (les élections de paix). Ces »élections sans élections» ont alors lieu si les responsables des différentes organisations sont tombés d'accord dès le départ sur une liste commune. Les élections de paix ont souvent lieu en guise d'élections primaires. Depuis quelques années les assurés deviennent de plus en plus conscients de leur compétence en matière de décision.

C'est ainsi que la participation électorale a beaucoup augmentée au cours des élections primaires qui ont vraiment eu lieu, pour le taux de scrutin de 1974 (env. 43 %) en comparaison avec 1968 (env. 20 %). Cette tendance s'est stabilisée en 1980.

V. Le volume des prestations dentaires des caisses-maladie

L'aperçu suivant, les tableaux 1 à 3, montre le volume des prestations dentaires des caisses-maladie depuis 1975. Celles-ci constituent environ 90 % du chiffre d'affaires global des chirurgiens-dentistes.

Vue d'ensemble: Montants déduits par les KZVs - territoire d'Allemagne Fédérale (incl. Berlin ouest)

(Source: KZBV, Service de contrats - statistique) situation: 6.3.1980

Tableau 1

CAISSES DE LA RVO ¹⁾

Période	Soins dentaires sauf prothétique					
	Honoraires dentaires + frais de laboratoire + matériel			Seulement honoraires dentaires		
	Mio DM	différence %	différence par membre %	Mio DM	différence %	différence par membre %
1976	2.419,6			2.299,5		
1977	2.571,3	+ 6,3	+ 5,9	2.419,7	+ 5,2	+ 4,9
1978	2.771,0	+ 7,8	+ 6,9	2.590,0	+ 7,0	+ 6,2
trois premiers trimestres 1979*	2.127,8	+ 4,7	+ 4,1	1.988,6	+ 4,6	+ 4,0

Période	Prothétique ²⁾					
	Honoraires dentaires + frais de laboratoire + matériel			Seulement honoraires dentaires		
	Mio DM	différence %	différence par membre %	Mio DM	différence %	différence par membre %
1976	3.360,5			1.814,7		
1977	3.276,5	- 2,5	- 2,8	1.687,4	- 7,0	- 7,3
1978	3.286,2	+ 0,3	- 0,5	1.626,3	- 3,6	- 4,4
trois premiers trimestres 1979 *	2.620,2	+ 10,9	+ 10,2	1.250,5	+ 6,4	+ 5,7

Période	Soins dentaires incl. prothétique					
	Honoraires dentaires + frais de laboratoire + matériel			Seulement honoraires dentaires		
	Mio DM	différence %	différence par membre %	Mio DM	différence %	différence par membre %
1976	5.780,1			4.114,2		
1977	5.847,8	+ 1,2	+ 0,9	4.107,0	- 0,2	- 0,5
1978	6.057,2	+ 3,6	+ 2,7	4.216,3	+ 2,7	+ 1,8
trois premiers trimestres 1979*	4.747,9	+ 8,0	+ 7,4	3.239,1	+ 5,3	+ 4,6

¹⁾ Caisses de la RVO: caisses locales, des entreprises, des corporations, rurales et des marins

²⁾ Montants déduits = subventions des caisses-maladie

* différences par rapport à la période de l'année précédente

Tableau 2

CAISSES LIBRES AGREES 1)

Période	Soins dentaires sauf prothétique					
	Honoraires dentaires + frais de laboratoire + matériel			Seulement honoraires dentaires		
	Mio DM	différence %	différence par membre %	Mio DM	différence %	différence par membre %
1976	1.613,0			1.538,6		
1977	1.735,5	+ 7,6	+ 5,4	1.635,7	+ 6,3	+ 4,2
1978	1.890,3	+ 8,9	+ 4,9	1.772,3	+ 8,4	+ 4,3
trois premiers trimestres 1979*	1.470,0	+ 6,1	+ 3,1	1.378,4	+ 6,1	+ 3,1

Période	Prothétique ²⁾					
	Honoraires dentaires + frais de laboratoire + matériel			Seulement honoraires dentaires		
	Mio DM	différence %	différence par membre %	Mio DM	différence %	différence par membre %
1976	1.659,3			912,6		
1977	1.809,0	+ 9,0	+ 6,9	949,7	+ 4,1	+ 2,0
1978	2.119,1	+ 17,1	+ 12,8	1.069,5	+ 12,6	+ 8,4
trois premiers trimestres 1979*	1.741,5	+ 16,8	+ 13,5	840,4	+ 11,1	+ 7,9

Période	Soins dentaires incl. prothétique					
	Honoraires dentaires + frais de laboratoire + matériel			Seulement honoraires dentaires		
	Mio DM	différence %	différence par membre %	Mio DM	différence %	différence par membre %
1976	3.272,3			2.451,2		
1977	3.544,5	+ 8,3	+ 6,2	2.585,4	+ 5,5	+ 3,4
1978	4.009,4	+ 13,1	+ 8,9	2.841,8	+ 9,9	+ 5,9
trois premiers trimestres 1979*	3.211,5	+ 11,7	+ 8,5	2.218,8	+ 7,9	+ 4,8

¹⁾ Caisses libres agréées: VdAK/AEV

²⁾ Montants déduits = subventions des caisses-maladie

* différences par rapport à la période de l'année précédente

Tableau 3

CAISSES DE LA RVO ET CAISSES LIBRES AGREES 1)

Période	Soins dentaires sauf prothétique					
	Honoraires dentaires. + frais de laboratoire + matériel			Seulement honoraires dentaires		
	Mio DM	différence %	différence par membre %	Mio DM	différence %	différence par membre %
1976	4.032,6			3.838,1		
1977	4.306,8	+ 6,8	+ 5,9	4.055,4	+ 5,7	+ 4,8
1978	4.661,3	+ 8,2	+ 6,4	4.362,3	+ 7,6	+ 5,8
trois premiers trimestres 1979*	3.597,8	+ 5,3	+ 3,9	3.367,0	+ 5,2	+ 3,8

Période	Prothétique ²⁾					
	Honoraires dentaires + frais de laboratoire + matériel			Seulement honoraires dentaires		
	Mio DM	différence %	différence par membre %	Mio DM	différence %	différence par membre %
1976	5.019,8			2.727,3		
1977	5.085,5	+ 1,3	+ 0,5	2.637,1	- 3,3	- 4,1
1978	5.405,3	+ 6,3	+ 4,5	2.695,8	+ 2,2	+ 0,5
trois premiers trimestres 1979	4.361,7	+ 13,2	+ 11,7	2.090,9	+ 8,2	+ 6,8

Période	Soins dentaires incl. prothétique					
	Honoraires dentaires + frais de laboratoire + matériel			Seulement honoraires dentaires		
	Mio DM	différence %	différence par membre %	Mio DM	différence %	différence par membre %
1976	9.052,4			6.565,4		
1977	9.392,3	+ 3,8	+ 2,9	6.692,4	+ 1,9	+ 1,1
1978	10.066,6	+ 7,2	+ 5,4	7.058,1	+ 5,5	+ 3,7
trois premiers trimestres 1979*	7.959,4	+ 9,5	+ 8,1	5.457,9	+ 6,3	+ 5,0

¹⁾ Caisses de la RVO: caisses locales, des entreprises, des corporations, rurales et des marins

Caisses libres agréées: VdAK/AEV

²⁾ Montants déduits = subventions des caisses-maladie

* différences par rapport à la période de l'année précédente

Comme quintessence de cet aperçu, on peut bien en conclure que les prestations prothétiques ont obtenu dans leur degré de comparaison une prédominance très nette des prestations chirurgico-conservatrices dentaires. Les exigences accrues des assurés ont joué ici un rôle certain, mais aussi les grandeurs incalculables comme l'accroissement explosif du prix de l'or.

VI. Le système de prestations et de contrats des services dentaires des caisses-maladie

Le système des services dentaires en République Fédérale d'Allemagne est influencé de façon déterminante par l'Assurance – maladie légale. Comme plus de 90 % de la population adhèrent à la sécurité sociale, le volume et les modalités des services dentaires sont tracés par les réglementations légales du droit du médecin des caisses-maladie et par les contrats conclus et les directives décrétées d'après ces réglementations légales.

1. Bases légales

La garantie des services médicaux (dentaires) des caisses-maladie est déterminée de façon normative dans les §§ 368 et suivants de la RVO, dans la rédaction de la loi du 17. 8. 1955 concernant le droit des médecins des caisses-maladie. La loi fixe de façon explicite l'obligation des médecins et des chirurgiens-dentistes à coopérer avec les caisses-maladie afin de pouvoir garantir les services médicaux aux assurés. Le volume des services médicaux des caisses-maladie ainsi que le droit des assurés à des services médicaux suffisants et appropriés sont déterminés de façon légale.

Afin d'atteindre une coopération concertée et coordonnée de la part des médecins et des assurances-maladie, en vue de la réalisation de leur charge de garantie, la loi stipule un système de contrats-cadre et de contrats collectifs qui forment le réservoir central des réglementations des services médicaux des caisses-maladie, en plus des prescriptions légales et des directives des Commissions fédérales formées avec les Confédérations fédérales des syndicats médicaux et dentaires.

Contrats et directives sont associés à l'objectif projeté de services égaux, suffisants, appropriés et rentables vis-à-vis du malade. Le corrélatif de la prise en charge de l'obligation de la charge de garantie par les syndicats médicaux et dentaires est le droit à une rémunération raisonnable des médecins, qui est régie sous forme de rémunération totale, et versée au syndicat médical et est répartie par celui-ci aux médecins des caisses-maladie; le législateur indique les possibilités de détermination du montant de la rémunération et son barème de répartition.

La réalisation légale et conforme aux contrats des services médicaux des caisses-maladie, le contrôle de l'activité médicale des caisses-maladie et la répartition de la rémunération totale des caisses-maladie incombent aux syndicats médicaux. La loi prévoit, afin d'éviter des lacunes dans les services médicaux des caisses-maladie réglés par des contrats, la fixation de contrats par l'intermédiaire d'offices arbitraux, dans le cas où un contrat ne se réalise pas ou bien si un des contractants rompt le contrat.

2. Relations contractuelles

Devant cet arrière-plan légal, l'évolution du droit des médecins des caisses-maladie est marquée par la tendance de collectivisation des relations contractuelles. Autrefois, c'était le contrat singulier de droit privé entre le médecin et la caisse-maladie qui représentait le support du droit des médecins des caisses-maladie et le résultat de tous les droits et devoirs du médecin dans les services médicaux des caisses-maladie.

Les relations légales se déplaçaient donc autrefois au sein du triangle médecin – caisse-maladie – assuré, où les droits de l'assuré découlaient de la construction légale du contrat entre le médecin et la caisse-maladie en faveur d'un tiers. En cas de faute professionnelle du médecin, il ne revenait pas seulement à l'assuré des droits de dédommagement dûs au délit mais

aussi des droits provenant de la violation du contrat. Cela ne veut pas dire qu'il s'agissait là d'une relation contractuelle, comme il en existe une entre le patient privé et le médecin, car le médecin des caisses-maladie ne remplissait déjà autrefois, avec son traitement, que le droit qu'avait l'assuré, de la part de la caisse-maladie, à recevoir des prestations.

Les relations légales du droit en vigueur du médecin des caisses-maladie peuvent être représentées dans le carré caisse-maladie – assuré – médecin – syndicat médical (avec une participation indirecte de l'état) (cf. schéma 1); il existe toutefois une différence par rapport à la réglementation précédente car les relations directes du médecin avec la caisse-maladie ont été supprimées.

Conformément à la RVO, le médecin des caisses-maladie est obligé, par l'admission et l'affiliation au syndicat médical, de soigner les patients adhérents aux caisses-maladie, d'après les dispositions légales et contractuelles. Le droit que possède l'assuré de pouvoir choisir librement son médecin parmi les médecins autorisés par les caisses-maladie – car il a un droit à des prestations de la part de sa caisse-maladie – correspond à l'obligation de traitement du médecin des caisses-maladie – du fait de son affiliation au syndicat médical compétente, qui l'habilite et l'oblige à prendre part aux services médicaux des caisses-maladie. Ainsi, les parties suivantes se font face au niveau des relations légales: d'un côté il y a l'assuré et la caisse-maladie et de l'autre le syndicat médical et les médecins des caisses-maladie.

La relation légale, existant entre le syndicat médical et le médecin des caisses-maladie, a également un caractère de droit public et est le résultat de la relation d'affiliation au syndicat médical. Elle a été tracée par la loi, les directives et les stipulations que les syndicats médicaux concluent avec les caisses-maladie par l'intermédiaire de contrats collectifs portants sur les services médicaux pour les patients adhérents aux caisses-maladie et sur les rémunérations des prestations médicales ou autres. Le droit aux rémunérations du médecin ne s'adresse qu'à son syndicat médical en compensation la

caisse-maladie verse au syndicat médical ladite rémunération totale qui a un effet libérateur.

La loi a établi entre l'assuré et le médecin, en cas de responsabilité, la mise en application du droit civil; à part cela, le droit des médecins des caisses-maladie est à classer dans le droit public. Ceci est également valable pour le système contractuel de la RVO, qui reflète la structure fédérative de la République Fédérale d'Allemagne: le contenu général des contrats collectifs est fixé dans les contrats-cadre fédéraux par les Confédérations fédérales des syndicats médicaux et dentaires et les Associations fédérales des caisses-maladie. Ces contrats-cadre deviennent automatiquement contenu des contrats collectifs qui doivent être conclus au niveau du **Land**. Le contenu des contrats-cadre comprend surtout les droits et les devoirs des médecins des caisses-maladie vis-à-vis des assurés et des caisses-maladie. Les parties des contrats collectifs ne peuvent décréter, au niveau du **Land**, aucun règlement différent pour les sujets qui sont déjà réglés dans le contrat-cadre. En tant que partie des contrats-cadre fédéraux, les contractants stipulent, par les commissions de taxation, une nomenclature unique pour les prestations dentaires. La nomenclature détermine le contenu des prestations médicales aptes à être décomptées et leurs relations de valeur exprimées en points.

Les commissions de taxation furent instituées par la loi du 27. 6. 1977 concernant la réduction des frais des assurances-maladie (Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz – KVKG). Des représentants des caisses-maladie et des chirurgiens-dentistes des caisses-maladie font partie de ces commissions de taxation. Si, dans la commission de taxation, une convention concernant la nomenclature n'est pas décidée à l'unanimité par tous les membres, alors la commission de taxation est agrandie d'un président impartial et de quatre autres membres impartiaux également. Cette commission de taxation agrandie prend les décisions avec une majorité de suffrage de telle sorte qu'une fonction quasi arbitrale lui revient en ce qui concerne la fixation de la nomenclature.

3. Stipulation de la rémunération totale

Le montant de la rémunération totale est stipulé dans le contrat collectif avec effet au niveau des caisses-maladie concernées. D'après la réglementation légale du § 368 f, alinéa 2 de la RVO, la rémunération totale, en tant que montant fixe ou bien en considération de la nomenclature suivant les prestations individuelles, peut être calculée d'après un forfait individuel, un forfait selon le cas ou bien d'après un système qui découle du rapport entre ces genres de calculation précédents ou d'autres.

La loi prévoit encore la possibilité d'incorporer des réglementations à l'intérieur des systèmes de rémunération qui autorisent une limite des prestations (le plafond). La loi prescrit d'autre part quels sont les coefficients de variation qui doivent être considérés pour les rémunérations totales. On se rapporte alors à l'évolution prévisible du salaire de base moyen des caisses-maladie concernées à des frais de cabinet tout comme, pour les activités des médecins des caisses-maladie, à la durée nécessaire du travail, au genre et au volume des prestations médicales, dans le cas où celles-ci sont basées sur une extension légale ou bien statuaire des prestations.

Le système des recommandations fédérales, en ce qui concerne les variations du montant des rémunérations devant être exécutées chaque année et qui a été déjà pratiqué pour les chirurgiens-dentistes depuis 1962, fut institué légalement par la KVKG en 1977. Les Associations fédérales et les Confédérations fédérales des syndicats médicaux doivent rendre des recommandations annuelles au sujet des variations des rémunérations totales. La loi fait une exception dans la mesure où elle met ces recommandations fédérales sous réserve que l'Action concertée de la santé publique n'a pas rendu de recommandations satisfaisantes, approuvées par les représentants des organismes d'assurances légales et par ceux des médecins des caisses-maladie.

L'institution de l'Action concertée de la santé publique est également une innovation de la KVKG. Le but de l'Action

concertée de la santé publique est de rassembler dans un comité les personnes qui participent aux services médicaux pour la population afin de pouvoir développer et coordonner les indications d'orientations médicale et économique, les propositions de rationalisation et l'augmentation de l'efficacité et de l'efficacité au sein du système sanitaire. L'Action concertée rend chaque année des recommandations à ces sujets tout comme au sujet des variations raisonnables de la rémunération totale du montant maximal des médicaments.

Le Ministre fédéral du travail et de l'ordre social nomme dans l'Action concertée de la santé publique des représentants des organismes de l'assurance-maladie légale, de l'association de l'assurance-maladie privée, des médecins, des chirurgiens-dentistes, des organismes hospitaliers, des pharmaciens, de l'industrie pharmaceutique, des syndicats, des associations des employeurs, des **Länder** et des associations principales des communes. Le Ministre fédéral de la jeunesse, de la famille et de la santé tout comme le Ministre fédéral de l'économie doivent y participer.

Le Ministre fédéral du travail et de l'ordre social explique et met à la disposition de l'Action concertée les indications nécessaires à la délibération, en tenant compte du rapport économique annuel du Gouvernement fédéral.

La KVKG a obligé, en plus, les parties des contrats des contrats collectifs à fixer un plafond pour les médicaments à prescrire, qui sont dans le cadre des services médicaux des caisses-maladie à leur charge. Pour la stipulation de ce plafond des médicaments, il faut particulièrement considérer l'évolution des prix des produits pharmaceutiques prescrits et le nombre de personnes traitées d'une part et l'évolution du salaire de base moyen des caisses-maladie concernées d'autre part.

Dans le cas où la somme des dépenses des caisses-maladie concernées pour les produits pharmaceutiques, donnés selon les prescriptions des médecins des caisses-maladie, dépasse de façon significative le plafond pendant le temps d'une période

de convention, les parties contractantes ont à déterminer la cause de cette transgression. Dans le cas où la transgression du montant maximal n'est pas causée par une augmentation des prescriptions des produits pharmaceutiques due à une augmentation imprévue et importante en général de la fréquence des maladies, les parties contractantes doivent alors ordonner l'exécution de contrôles supplémentaires et ponctuels de la façon de prescrire des médecins.

Une compensation ne peut avoir lieu que par l'intermédiaire d'un recours particulier; les réglementations concernant le contrôle de la rentabilité des services médicaux des caisses-maladie restent intactes, surtout les contrôles de la manière de prescrire des médecins.

4. Fixation d'un contrat due à une procédure arbitrale

Pour les services des assurés et de leur famille, quant aux prothèses dentaires et aux couronnes, des règlements spéciaux doivent être contenus dans les contrats des services médicaux des caisses-maladie concernant la rémunération des prestations dentaires et de mécanique dentaire, ainsi que la réglementation des factures d'après une base commune.

Si un contrat concernant les services médicaux des caisses-maladie ne se réalise pas, soit totalement, soit en partie, l'office arbitral doit alors, sur la demande d'une des parties contractantes, essayer de rendre possible un accord quant au contenu du contrat; et si les parties contractantes ne tombent pas d'accord pendant le délai fixé par l'office arbitral, celui-ci doit alors faire une proposition de conciliation. Si la proposition de conciliation n'est pas acceptée par les parties contractantes dans le délai d'un mois après sa notification, l'office arbitral a alors trois mois pour fixer le contenu du contrat.

La fixation du contenu a la validité juridique d'un accord contractuel, de manière que la procédure arbitrale garantisse

qu'une situation sans contrat ne peut pas exister dans les services médicaux des caisses-maladie. Les offices arbitraux se composent d'un président ayant la qualification aux fonctions de juge, de deux autres membres impartiaux ainsi qu'autant de représentants des médecins que des caisses-maladie. Ces offices arbitraux donnent leur jugement à la place des parties contractantes.

La voie judiciaire aux tribunaux sociaux reste ouverte contre les décisions des offices arbitraux. Un autre organe de l'autonomie administrative, commun aux syndicats médicaux et aux caisses-maladie, sont les Commissions fédérales et les Commissions des **Länder**; Elles se composent chacune d'un président, de deux autres membres impartiaux et d'un nombre égal de représentants des médecins et des caisses-maladie.

Ces commissions qui sont placées, comme les offices arbitraux, sous la surveillance respective du Ministre du travail et de l'ordre social, ont en premier lieu la charge d'établir des directives pour les services médicaux des caisses-maladie suffisants, appropriés et rentables, pour la conclusion et le contenu des contrats, pour les mesures du dépistage précoce des maladies, pour les médicaments et les remèdes qui ne peuvent pas être prescrits à la charge des caisses-maladie, ou qui peuvent seulement être prescrits en présence de conditions exceptionnelles.

Elles ont de plus une fonction de délibération au sujet des décrets des conditions d'admission.

Les Commissions fédérales décident des directives nécessaires pour la disposition des besoins en services médicaux des caisses-maladie qui garantissent surtout des bases, des normes et des procédures uniformes et comparables pour la fixation de la situation et des besoins en services médicaux. Les Commissions des **Länder** ont à juger, d'après ces directives, la survenance de services médicaux insuffisants ou bien de services insuffisants tout à fait imminents.

5. Obligation de rentabilité

Tous les services médicaux des caisses-maladie existent sous la condition de rentabilité des méthodes de traitement et de prescriptions. Les services dentaires des caisses-maladie doivent être suffisants et appropriés, mais ne doivent pas toutefois dépasser la mesure du nécessaire.

Le chirurgien-dentiste des caisses-maladie est de ce fait obligé de donner des soins, qui d'après les règles de l'art médical suffisent à la guérison ou au soulagement. L'assuré n'a pas droit à des prestations superflues ou non rentables, le chirurgien-dentiste des caisses-maladie n'a pas le droit de les provoquer ou de les prescrire, les caisses-maladie n'ont pas le droit de les accorder ultérieurement. La définition exacte du volume économique de chaque domaine de prestation est donnée dans les directives des Commissions fédérales.

Les syndicats dentaires (KZVs) ont à surveiller, par l'intermédiaire d'instances de contrôle, l'observation de l'obligation de rentabilité. Des commissions de contrôle sont établies dans ce but, et pour l'étude des protestations contre leurs décisions, des commissions de réclamations sont établies d'après certaines dispositions détaillées dans les statuts des KZVs. Les parties contractantes du contrat collectif ont en plus à conclure des accords concernant la procédure de surveillance et de contrôle de la rentabilité ainsi que la procédure devant les commissions (réglementation de contrôle).

Les commissions de contrôle qui sont établies au sein des KZVs sont composées, depuis la nouvelle réglementation de la KVKG, de façon paritaire par les représentants des caisses-maladie; celles-ci nomment un président, qui change chaque année, dont la voix est décisive en cas de partage égal des voix. Une façon de traitement et de prescription non rentable peut entraîner le recours du médecin; la juridiction des tribunaux sociaux concède la priorité à l'examen des cas particuliers.

VII. L'augmentation du volume des prestations

Les réglementations contractuelles de la RVO et de ses institutions se rapportent aux services médicaux et dentaires des caisses-maladie. Le système des prestations et des contrats de l'assurance-maladie légale fut élargi en permanence au cours des décennies. Cet agrandissement s'effectua relativement tard dans le secteur dentaire, mais il fut alors accéléré en conséquence.

1. Prestations de base

Au commencement de la sécurité sociale, les soins dentaires consistaient uniquement en l'extraction des dents malades et en l'exécution des prothèses dentaires. Alors que la loi sur l'assurance-maladie de 1883 ne parlait que de soins médicaux, la RVO décréta en 1911 que le traitement des maladies dentaires faisaient partie des soins médicaux et donc pouvaient être exercé par les «chirurgiens-dentistes diplômés».

Les prestations dentaires accordées par les caisses-maladie ne suivirent que de façon hésitante l'évolution scientifique de l'odontologie. Il fallut la décision de 1917 de l'Office d'assurance du Reich (Reichsversicherungsamt) pour que les caries soient considérées comme une maladie nécessitant des soins et la restauration des dents comme prestation obligatoire.

Des accords contractuels eurent lieu pour la première fois en 1921 au niveau central. Dans ceux-ci on se mit d'accord sur un catalogue des honoraires dentaires de base qui fut ajouté au règlement national des honoraires. Ce règlement des contrats de 1935 apporta un achèvement certain à cette évolution et forma la base du système de contrats collectifs pour les services dentaires des caisses-maladie. Par ledit «décret d'amélioration» (Verbesserungserlaß) du Ministre du travail du Reich, les prestations prothétiques furent incluses en 1943

dans les services dentaires des caisses-maladie sous forme de prestation supplémentaire facultative des caisses-maladie.

Des réglementations transitoires pour les services dentaires des caisses-maladie furent décidées après la guerre dans la «la Convention d'Alsbach» (Alsbacher Abkommen) et «l'Accord de Cologne» (Kölner Vereinbarung). Cette évolution fut poursuivie et fut mise sur une base nouvelle par la conclusion du Contrat-cadre fédéral (Bundesmantelvertrag) du 2.5. 1962 qui prévoyait la création d'une nomenclature (Bewertungsmaßstab) pour les prestations dentaires – ladite «Bema» – ainsi qu'un règlement de procédure.

2. Elargissement du concept de maladie

Le volume des soins dentaires subit, de façon parallèle à cette évolution, un élargissement continu.

L'évolution scientifique et l'élargissement du champ d'action des chirurgiens-dentistes dans les secteurs de l'orthodontie, du traitement des parodontopathies, de la prophylaxie, de la gnathologie, de l'implantologie et du progrès des soins prothétiques marquent cette évolution, qui se manifeste aussi dans la définition du § 1 alinéa 2 de la loi de 1952 sur l'exercice de l'odontologie, d'après laquelle «les maladies dentaires, de la cavité buccale et du maxillaire sont toutes des déviations de la norme dans le domaine des dents, de la cavité buccale et du maxillaire, à l'inclusion des malpositions dentaires et du manque de dents».

La juridiction a tenu compte de cet élargissement du concept de maladie et a compté les prestations prothétiques comme faisant partie des services dentaires des caisses-maladie, dans le cas où elles remédient aux troubles fonctionnels qui sont dûs à un manque de dents, les améliorent ou encore les empêchent de s'aggraver.

Le traitement orthodontique, tout comme les prestations prothétiques, appartient, d'après la juridiction, au concept

de maladie de la RVO s'il est nécessaire pour obtenir une fonction normale de la mastication, d'occlusion et d'articulation. Le traitement dentaire comprend, en relation fonctionnelle, les deux champs d'action de diagnostique et de thérapie, c'est-à-dire les mesures à prendre afin de détecter une maladie et de la soigner ou, en l'occurrence, de l'atténuer.

Le législateur tint compte de l'évolution également au point de vue légal de la sécurité sociale, en instituant – dans la RVO – le droit légal de l'assuré aux subventions des caisses-maladie pour les prothèses dentaires et ceci par la loi du 7. 8. 1974 concernant le réajustement de la réhabilitation.

Déjà auparavant les parties contractantes s'étaient mises d'accord sur la prise en charge contractuelle du traitement orthodontique par les services dentaires des caisses-maladie. La Commission fédérale des chirurgiens-dentistes et des caisses-maladie créa des directives correspondantes.

La décision du tribunal social fédéral du 24. 1. 1974 marqua un événement décisif dans les structures légales des services dentaires des caisses-maladie; il décréta que les prestations prothétiques dentaires étaient à régler par des contrats entre les caisses-maladie et les organisations des chirurgiens-dentistes des caisses-maladie et qu'elles sont soumises, le cas échéant, aux définitions des offices arbitraux à ce sujet. Le jugement reconnut la position exceptionnelle de la prothétique, en tant que prestation de subvention reposant sur une relation de droit privé entre le chirurgien-dentiste et le patient et n'étant pas assujettie à la rémunération totale.

Les parties contractantes inclurent, sur la base de ce jugement, la prothétique dans le Contrat-cadre fédéral – chirurgien-dentiste (Bundesmantelvertrag-Zahnärzte) (BMV-Z) tout comme dans la nomenclature (Bema). La plus grande partie de prestations prothétiques étant encore hors-contrat (c'est-à-dire la fixation et le blocage de la denture restante, les bridges provisoires, la mise en place des prothèses dentaires métallo-céramiques, la jonction de prothèses fixes et amovibles) fut incluse dans la BMV-Z/Bema du 2. 5. 1977 par le jugement de l'Office arbitral fédéral.

Le résultat des négociations contractuelles des partenaires du Contrat-cadre fédéral – chirurgiens-dentistes (BMV-Z) fut le traitement systématique des parodontopathies prenant effet à partir du 1. 7. 1974 et faisant alors partie du Contrat-cadre fédéral.

3. Prestations prothétiques et orthodontiques

La KVKG amena une fin provisoire à cette évolution, celle-ci décréta, au § 182 c de la RVO, que les subventions pour les prothèses et les couronnes ne doivent pas dépasser 80 % des frais. La caisse-maladie peut, pour les cas spéciaux, prendre en charge, complètement ou en partie, le reste du montant à payer par l'assuré.

La disposition légale, quant aux traitements orthodontiques, fut prise (§ 182 i de la RVO) dans laquelle le statut de la caisse-maladie peut prévoir que l'assuré doit payer jusqu'à 20 % des frais, mais au maximum une somme égale au quart du montant mensuel référentiel selon le genre de prestations. Le statut de la caisse-maladie peut décider si le montant doit être payé à la caisse-maladie dans le cas où le traitement est interrompu avant qu'il n'ait été terminé selon l'ampleur nécessaire du point de vue médical fixé par le plan de traitement, ou bien dans le cas où le versement à payer régulièrement au cours du traitement et qui est à rembourser à l'assuré quand le traitement est terminé selon l'ampleur nécessaire au point de vue médical fixé par le plan de traitement.

Pour les prothèses dentaires et les soins orthodontiques la RVO prévoit des formes de participations personnelles qui sont associées au niveau du secteur orthodontique à des récompenses stimulantes. Il faut remarquer, pour les règles des droits, que les soins de conservation tout comme l'orthodontie et le traitement des parodontopathies sont concédés comme des prestations en nature c'est-à-dire étant à la charge directe de la caisse-maladie. L'assuré n'a pas

besoin de recevoir ces prestations contre une compensation personnelle, avec un droit d'indemnisation pécuniaire, mais a – par son affiliation à la caisse-maladie – obligatoirement droit à recevoir les soins dentaires contre la présentation de la carte de traitement. Le remboursement total, en tant que compensation pour les prestations, est versé par la caisse-maladie au syndicat dentaire avec un effet libératoire.

A l'encontre de ceci, le service prothétique se base sur le contrat de droit privé entre le chirurgien-dentiste et le patient – à qui les caisses-maladie subventionnent jusqu'à 80 % des frais. Le montant de la différence doit être couvert par la participation personnelle de l'assuré. La prestation subventionnée est certes compensée en principe avec les KZVs mais elle ne présente toutefois pas un remboursement total au sens légal.

4. Prestations mécaniques dentaires

En ce qui concerne le remboursement des prestations mécaniques dentaires, la loi a fixé une réglementation spéciale: § 368 g, 5 a de la RVO, qui fut institutionnalisé par la KVKG et décrète que le remboursement des prestations mécaniques dentaires fait partie des contrats concernant les services dentaires des caisses-maladie. Les Associations des **Länder** des caisses-maladie et les représentants des Corporations ou des Associations de la corporation des mécaniciens-dentistes, en se mettant en rapport avec les KZVs, concluent des accords spéciaux concernant le remboursement ainsi que la réglementation des factures pour les prestations mécaniques dentaires suivant des bases identiques. Ces accords entre les Associations de la corporation des mécaniciens-dentistes et les caisses-maladie sont obligatoires pour les contrats collectifs. Par ces réglementations, les prestations mécaniques dentaires des laboratoires professionnels furent intégrées médiatement dans la RVO.

VIII. Perspectives: La position du chirurgien-dentiste dans le système des services dentaires

L'activité professionnelle dentaire, au sein du système des services dentaires, est déterminée en République Fédérale d'Allemagne en général – c'est-à-dire quand il s'agit d'un médecin des caisses-maladie – par deux composants: le droit professionnel dentaire, qui s'est manifesté surtout dans les lois médicales – par exemple dans la loi concernant l'exercice de l'odontologie – ainsi que dans les réglementations de droit professionnel des organismes professionnels d'autonomie administrative (chambres des chirurgiens-dentistes) (Zahnärztekammern) et dans les réglementations médicales légales des caisses-maladie, en particulier dans la RVO ainsi que dans les directives, les contrats-cadre et collectifs qui ont été institutionnalisés légalement.

1. Devoirs fondamentaux

L'ordre de la profession fixe certains devoirs fondamentaux de l'exercice de la profession qui sont définis dans les «Ordres de la profession». On peut lire dans l'«Ordre de la profession» du 6. 11. 1975:

«Le chirurgien-dentiste est appelé au service de la santé de l'individu ou de la communauté. L'exercice de l'odontologie n'est pas un métier. La profession de chirurgien-dentiste est par sa nature une profession libérale; elle ne peut être exercée qu'en toute liberté de diagnostic et de thérapie. La profession de chirurgien-dentiste est liée à certains devoirs professionnels. Le chirurgien-dentiste est surtout obligé d'exercer sa profession d'après les règles de l'art dentaire et d'après celles de l'humanité; il doit répondre à la confiance placée en lui en relation avec sa profession, il doit mettre son savoir et sa capacité au service des soins, de la préservation et de la reconstitution de la santé.»

Cette définition générale des devoirs professionnels est différenciée dans les ordres de la profession en une palette de devoirs particuliers qui s'étendent de l'obligation de formation continue en passant par le secret professionnel, l'obligation de tenir un fichier, le devoir de collégialité, le service d'urgence jusqu'à l'interdiction de publicité et le port stricte de la désignation de son domaine particulier.

2. Principe de profession libérale

Le composant de la profession libérale de l'exercice de chirurgien-dentiste, en tant qu'activité de responsabilité personnelle, indépendante d'instructions et n'étant pas en premier lieu une activité rémunératrice, se joint aux engagements du droit des médecins des caisses-maladie, dans le cas où il fait partie des services dentaires des caisses-maladie. Les rapports tendus entre la responsabilité personnelle de la profession libérale et la norme légale du système des caisses-maladie ont été décrétés par le Tribunal constitutionnel fédéral, dans un jugement énonçant les principes généraux concernant la position légale des médecins des caisses-maladie, de façon à ce que la profession des médecins des caisses-maladie ne soit pas une profession individuelle, qui ne peut pas être opposée à celle des médecins exerçant librement et n'étant pas admis par les caisses-maladie.

L'activité du médecin des caisses-maladie est plutôt une forme d'exercice de la profession de médecin exerçant librement. La position légale des médecins des caisses-maladie n'est pas non plus un service public; le médecin des caisses-maladie fait certes partie, par son admission, d'un système de droit public, mais il n'est pas pourtant en rapport, à l'intérieur de ce système, ni avec les caisses-maladie, ni avec la KZV. Aucune relation légale ne le lie directement aux caisses-maladie.

Le médecin ne prend pas un emploi, mais il est membre du syndicat dentaire, en tant que confédération coopérative des

médecins des caisses-maladie dans le but de l'exécution corporative de l'obligation de garantir les soins médicaux aux membres des caisses-maladie. Le médecin des caisses-maladie porte lui-même le risque économique de sa profession. L'assurance-maladie se sert de la profession libérale du médecin pour remplir sa tâche. Cette activité est, seulement dans certains points, peu importants pour l'impression générale, soumise à des restrictions spéciales que le législateur estimait indispensables pour obtenir que le médecin des caisses-maladie reste indépendant.

Ces obligations concernent tout d'abord l'exercice de la profession de chirurgien-dentiste au sens propre, c'est-à-dire la zone principale de son activité professionnelle – le diagnostique et le traitement – mais elle concerne, au delà de ceci, le composant économique de son activité professionnelle tout comme la liberté générale et professionnelle de déploiement et de disposition.

Appartiennent à la première catégorie les devoirs qui touchent la RVO, les contrats et les directives de la manière de soigner et de prescrire. Ces obligations se reflètent particulièrement dans les règlements du Contrat-cadre fédéral – chirurgiens-dentistes (BMV-Z), dans lequel les devoirs des chirurgiens-dentistes des caisses-maladie sont également mentionnés pour l'exécution personnelle des services dentaires des caisses-maladie, pour la prise de notes au sujet de chaque malade, pour l'observation des directives de la Commission fédérale des chirurgiens-dentistes et des caisses-maladie, pour la façon rentable de prescrire, pour l'emploi des formulaires des caisses-maladie, pour les renseignements et les attestations aux caisses-maladie et aux organismes de contrôle, pour permettre aux médecins-conseil de prendre connaissance des radiographies tout comme pour l'instruction des caisses-maladie au sujet d'événements néfastes pour la communauté des assurés, ainsi que pour la surveillance de la rentabilité de la manière de soigner, les règlements au sujet des organismes de contrôle, les demandes de recours de la part des caisses-maladie etc. . .

Les réglementations légales des années précédentes augmentèrent encore les devoirs des médecins des caisses-maladie; ceci est aussi valable pour l'institution d'une obligation de formation continue spécifique aux médecins des caisses-maladie que pour la limitation et la direction de l'installation de cabinets médicaux dans le cadre du planning des besoins, pour l'obligation du médecin de demander une admission collective pour les caisses de la RVO et pour les caisses libres agréées, pour le montant maximal des médicaments, accompagné d'une aggravation des sanctions de recours pour les médecins dont la façon de prescrire dépasse une moyenne fictive, pour l'obligation des médecins des caisses-maladie de comparer les prix entre les différentes possibilités de prescrire etc. . .

3. Aggravation de la restriction de la liberté de décisions professionnelles

Le composant économique de l'exercice de la profession médicale des caisses-maladie est tiré de plus en plus dans le cercle ensorcelé des mécanismes dirigeants macro-sociaux et des chiffres orientés vers l'ensemble économique et de cette façon est relié à des intérêts qui n'ont rien à voir avec le travail individuel. La possibilité de fixation d'un plafond des honoraires des médecins des caisses-maladie – limités légalement par la possibilité de l'entrée en vigueur d'une somme fixe en tant qu'échelle du remboursement total – signale ces tendances; on ne considère ni le genre, ni le volume des prestations médicales, ni le nombre des médecins admis par les caisses-maladie. La priorité du postulat de rentabilité, c'est-à-dire des chiffres d'orientation économique d'ensemble et des facteurs de grandeur macro-sociale – comme elle s'exprime par exemple au travers de la fixation du montant maximal des médicaments par rapport à l'évolution du salaire de base moyen des caisses-maladie participantes – tout ceci indique la subordination des nécessités médicales et

des exigences thérapeutiques à la façon de considérer le calcul dépense/résultat.

On peut donner comme exemple de restriction de la liberté du développement professionnel dans le cadre de l'activité des médecins des caisses-maladie les nouvelles réglementations légales concernant la formation continue des médecins, dans le domaine de l'activité des médecins des caisses-maladie, inclusivement l'obligation d'y participer, réglée par les statuts. Un autre exemple serait la liaison obligatoire de la participation aux caisses libres agréées et l'admission aux caisses de la RVO, ou la direction de l'installation de cabinets médicaux dans le cadre du planning des besoins. Un autre exemple serait la fixation par la KVKG d'un délai pour la renonciation à l'admission, d'après lequel la renonciation du chirurgien-dentiste des caisses-maladie n'entre pas tout de suite en vigueur ou bien après un certain laps de temps déterminé par le médecin, mais seulement après expiration du délai déterminé dans les réglementations d'admission. Par cette fixation d'un délai, le médecin des caisses-maladie est encore plus lié que, par exemple le fonctionnaire par rapport au relèvement de ses fonctions, ou bien que le notaire en tant qu'étant investi de fonction de droit souverain.

Le droit des médecins des caisses-maladie, et spécialement pour l'empreinte qu'il a reçu au cours des dernières années, tend en général à laisser la profession médicale sous forme de profession libérale mais elle est liée de plus en plus au droit public et est placée sous le pouvoir de l'organisation gouvernementale. Une telle augmentation des fixations des droits des médecins des caisses-maladie met en arrière-plan de plus en plus la liberté professionnelle de l'activité des médecins des caisses-maladie et crée un genre de profession indépendante du médecin des caisses-maladie, qui n'a plus été considéré, par le Tribunal constitutionnel fédéral, comme étant une réglementation admissible de l'exercice de la profession médicale.

Literaturhinweise

Recommended Literature
Littérature Recommandée

Zu Systemfragen gesundheitlicher Versorgung:

Health Care System:

Système des Soins Médicaux:

Herder-Dorneich, Philipp: Die Kostenexpansion und ihre Steuerung im Gesundheitswesen
Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 1976

Zur Geschichte der Zahnheilkunde:

History of Dentistry:

Histoire de l'Art Dentaire:

Hoffmann-Axthelm, Walter: Die Geschichte der Zahnheilkunde
Buch- und Zeitschriften-Verlag „Die Quintessenz“, Berlin 1973

Maretzky, Kurt/Venter, Robert: Geschichte des deutschen Zahnärzte-Standes
Greven & Bechtold Verlag, Köln 1974

Zur Geschichte der Sozialversicherung:

History of Social Insurance:

Histoire de l'Assurance Sociale:

Tennstedt, Florian: Sozialgeschichte der Sozialversicherung In:
Handbuch der Sozialmedizin, Bd. III,
Verlag Enke, Stuttgart 1976, S. 385–492.

Zu den zahnärztlichen Berufsvertretungen:

Dental Professional Representation:

Représentation de la Profession Dentaire:

Reisinger, Heinrich: Die Quintessenz der zahnärztlichen Berufskunde

Buch- und Zeitschriften-Verlag „Die Quintessenz“, Berlin 1973

Zum Entscheidungssystem in den Kassen:

Self-Government of Sick Funds:

Autonomie Administrative des Caisses-Maladie:

Herber, Reinold/Großhaus, Carl: Sozialökonomische Analyse der Sozialwahlen

Verlag Duncker & Humblot, Berlin 1980

Zur Einführung in das Kassenrecht:

Legal Regulations concerning Sick Funds:

Stipulations Juridiques concernant les Caisses-Maladie:

Jäger, Horst: Sozialversicherungsrecht und sonstige Bereiche des Sozialgesetzbuches, 8. Aufl.

Erich Schmidt Verlag, Berlin 1977

Zu den Grundlagen des Kassen(Zahn)arztrechts:

Basis of the Panel Dentists'/Doctors'Law:

Bases Légales concernant les Chirugiens-Dentistes/Médecins des Caisses-Maladie:

Tiemann, Burkhard: Das KVKG im Widerstreit zum Grundgesetz (Hg.: Freier Verband Deutscher Zahnärzte e. V.)

Rheinischer Landwirtschaftsverlag, Bonn 1977

Tiemann, Burkhard: Die Rechtsstellung des Zahnarztes im System des Kassenarztrechts

(Hg.: Kassenzahnärztliche Vereinigung Nordrhein)

Eigenverlag, o. O. (Düsseldorf) 1977

