

50 JAHRE

BUNDESZAHNÄRZTEKAMMER
1953 - 2003



BUNDESZAHNÄRZTEKAMMER

BERLIN

50 JAHRE

BUNDESZAHNÄRZTEKAMMER

1953 - 2003





Arbeitsgemeinschaft der Deutschen
Zahnärztekammern e.V.

| 4

Herausgeber
Bundeszahnärztekammer, Berlin

Text und Redaktion
Markus Brakel, Düsseldorf

Layout und Satz
Michael Kreuzberg,
MK Grafik-Design, Münster

Verlag
Quintessenz Verlags-GmbH, Berlin

Herstellung
Bernd Burkart,
Quintessenz Verlags-GmbH, Berlin

Druck und Bindung
Bosch-Druck GmbH, Landshut

Printet in Germany

© Copyright 2003 by
Bundeszahnärztekammer
Chausseestraße 13 · 10115 Berlin
Fon 0 30 - 4 00 05 - 0
Fax 0 30 - 4 00 05 - 200
www.bzaek.de · info@bzaek.de

Nachdruck, auch auszugsweise,
nur mit Genehmigung der
Bundeszahnärztekammer

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

ISBN: 3-87652-949-2

Vorwort	5
Der amtierende Vorstand der Bundeszahnärztekammer	7
Die Präsidenten der Bundeszahnärztekammer	10
Die Anfänge zahnärztlicher Berufsorganisation	12
I Die Bundeszahnärztekammer im Rückblick ihrer 50jährigen Geschichte	
Von Rothenburg nach Berlin	22
Betrachtungen zum Weg der Bundeszahnärztekammer vom Gründungsort zur Bundeshauptstadt	
II Perspektiven der Bundeszahnärztekammer für eine innovative Berufspolitik	53
Die Freiberuflichkeit des Zahnarztes im Spannungsfeld sozialstaatlicher Bindungen	54
Selbstverwaltung in freiberuflichen Kammern	68
Perspektiven einer Reform des Gesundheitswesens	76
Wettbewerb und Umverteilung im Gesundheitswesen	86
Die Bedeutung der europäischen Rechtsentwicklung für die zahnärztliche Berufsausübung	94
Präventionsorientierte Zahnheilkunde als umfassende Gesundheitsbetreuung ein Leben lang	104
Ehrenzeichen der Bundeszahnärztekammer	112
Die Autoren	116



Dr. Dr. Jürgen Weitkamp
Präsident



Dr. Dietmar Oesterreich
Vizepräsident



Dr. Wolfgang Sprekels
Vizepräsident



Klaus Schlechtweg
Hauptgeschäftsführer

Mit Zielstrebigkeit und Beharrlichkeit für ein zukunftsgerechtes Gesundheitswesen

Die Gründung der Bundeszahnärztekammer als Bundesverband der Deutschen Zahnärzte war vor 50 Jahren Teil einer Pionierleistung, die die berufspolitische Basis für die moderne Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde unserer Tage gelegt hat. Eine Basis, die sich aus der Überwindung des berufsständischen Schismas akademisch ausgebildeter Zahnärzte und nichtakademischer Dentisten, der damit verbundenen Aufhebung der Kurierfreiheit und dem Inkrafttreten des Zahnheilkundegesetzes sinnvoll zusammenfügte.

Mit Zielstrebigkeit und Beharrlichkeit haben Protagonisten der ersten Stunde wie Erich Müller, August Siebecke oder Fritz Linnert einen einheitlichen Berufsstand durchgesetzt. Sie haben damit die in den Jahren des Wiederaufbaus oft zitierte Brecht'sche These, dass „alle großen Ideen an den Leuten scheitern“, eindrucksvoll widerlegen können. Für diese Leistung sind wir heute dankbar. Gleichzeitig blicken wir nicht ohne Stolz auf die weitgehend harmonische, ganz sicher aber fulminante Entwicklung der vergangenen Jahrzehnte, in denen das Erbe im Sinne der Gründungsväter erfolgreich ausgebaut wurde.

Wie sehr sich die Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde seit Gründung der Bundeszahnärztekammer gewandelt hat, dokumentiert eindrucksvoll der im Berufsstand vollzogene Paradigmenwechsel hin zu einem um Prävention und gesamtmedizinische Sichtweise erweiterten Berufsbild. Erfolgreiche Prophylaxe hat dazu beigetragen, die Mundgesundheit der deutschen Bevölkerung in den vergangenen zwanzig Jahren deutlich zu verbessern, das Einmünden in eine übergeordnete präventive Orientierung ist deshalb nur folgerichtig.

Die aktuelle präventionsorientierte Beschreibung der gesamten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde bietet die Chance, für eine weitere positive und zukunftsweisende Entwicklung unseres Fachgebietes zu sorgen. Ein wichtiger Meilenstein ist auch die Novellierung der Approbationsordnung, um die enge fachliche Verbindung zwischen Medizin und Zahnmedizin auch künftig zu gewährleisten.

In die gesundheitspolitische Reformdebatte hat die deutsche Zahnärzteschaft mit dem Modell der befundorientierten Festzuschüsse mit Kostenerstattung ein in sich stimmiges Konzept eingebracht, für das es weiter sich vehement einzusetzen lohnt. Sie bietet sich als solide Plattform für eine sozial fortschrittliche Versorgung des selbstbestimmten, mündigen Patienten an.

Eine für die Zukunft zunehmend wichtige Herausforderung ist es aber auch, die politischen Entwicklungen auf europäischer Ebene aufmerksam und aktiv zu begleiten. Im vereinten Europa werden die Weichen für die nationalen Gesundheitssysteme gestellt. Höchststrichterliche Entscheidungen erzwingen inzwischen eine Liberalisierung der nationalen Systeme.

Zu wünschen ist, dass sich durch wachsende politische Erkenntnis die Voraussetzungen für unser Gesundheitswesen entsprechend ändern. Der Weg dahin ist nicht einfach. Er lässt Raum für die Befürchtung, dass die Arbeit der Bundeszahnärztekammer – auch in Zukunft – zu einem guten Teil auf dem Goethe-Wort fußen wird: „Der Widerspruch ist es, der uns produktiv macht.“ Die Bundeszahnärztekammer nimmt diese Herausforderung im Sinne ihrer Gründungsväter an, mit notwendiger Kritik, aber mit konstruktiver Grundhaltung – für ein zukunftsfähiges, sozial gerechtes Gesundheitswesen hoher Qualität.

Die vorliegende Festschrift „50 Jahre Bundeszahnärztekammer“ lädt ein zu einer Betrachtung der Vergangenheit, liefert eine wissenschaftliche Bestandsaufnahme des Berufsstandes aus verschiedenen Perspektiven und gibt einen Ausblick in die Zukunft der deutschen Zahnärzteschaft.

Wittmann Aulrich Frenkel Linnert



Der amtierende Vorstand der Bundeszahnärztekammer
mit dem Vorsitzenden der Bundesversammlung und dem Hauptgeschäftsführer

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Oben v.l.n.r.:</p> <p>Dr. Walter Dieckhoff,
Jürgen Herbert,
Michael Schwarz,
Dr. Otto W. Müller,
Dr. Udo Lenke,
Dr. Christian Bolstorff,
Dr. Wolfgang Sprekels,</p> <p>Dr. Wolfgang Weis,
Dr. Tycho Jürgensen,
Dr. Frank Dreihaupt,
Dr. Lothar Bergholz,
Dr. Peter Engel,
Dr. Joachim Lüddecke,
Dr. Michael Frank,</p> | <p>Präsident der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe;
Präsident der Landes Zahnärztekammer Brandenburg;
Präsident der Landes Zahnärztekammer Bayern;
Präsident der Landes Zahnärztekammer Rheinland-Pfalz;
Präsident der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg;
Präsident der Landes Zahnärztekammer Berlin;
Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer
und Präsident der Zahnärztekammer Hamburg;
Präsident der Zahnärztekammer des Saarlandes;
Präsident der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein;
Präsident der Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt;
Präsident der Landes Zahnärztekammer Thüringen;
Präsident der Zahnärztekammer Nordrhein;
Präsident der Landes Zahnärztekammer Sachsen;
Präsident der Landes Zahnärztekammer Hessen.</p> |
| <p>Unten v.l.n.r.:</p> <p>Dipl.-Volksw. Klaus Schlechtweg,
Dr. Dietmar Oesterreich,</p> <p>Dr. Brita Petersen,
Dr. Dr. Jürgen Weitkamp,
Dr. Klaus Lindhorst,
Dr. Dr. Henning Borchers,</p> | <p>Hauptgeschäftsführer;
Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer
und Präsident der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern;
Präsidentin der Zahnärztekammer Bremen;
Präsident der Bundeszahnärztekammer;
Vorsitzender der Bundesversammlung;
Präsident der Zahnärztekammer Niedersachsen.</p> |



Dr. h.c. Fritz Linnert
12. Januar 1946 - 27. Oktober 1949



Dr. Erich Müller
19. November 1949 - 11. Dezember 1965
Ehrenpräsident



Dr. Walter Knott
11. Dezember 1965 - 5. Dezember 1969



Dr. Herbert Johannes Veigel
5. Dezember 1969 - 9. Mai 1973



Dr. Werner Eggers
27. Oktober 1973 - 18. September 1981



Dr. Horst Sebastian
18. September 1981 - 25. Dezember 1986



Dr. Erich Pillwein
14. Februar 1987 - 22. September 1989



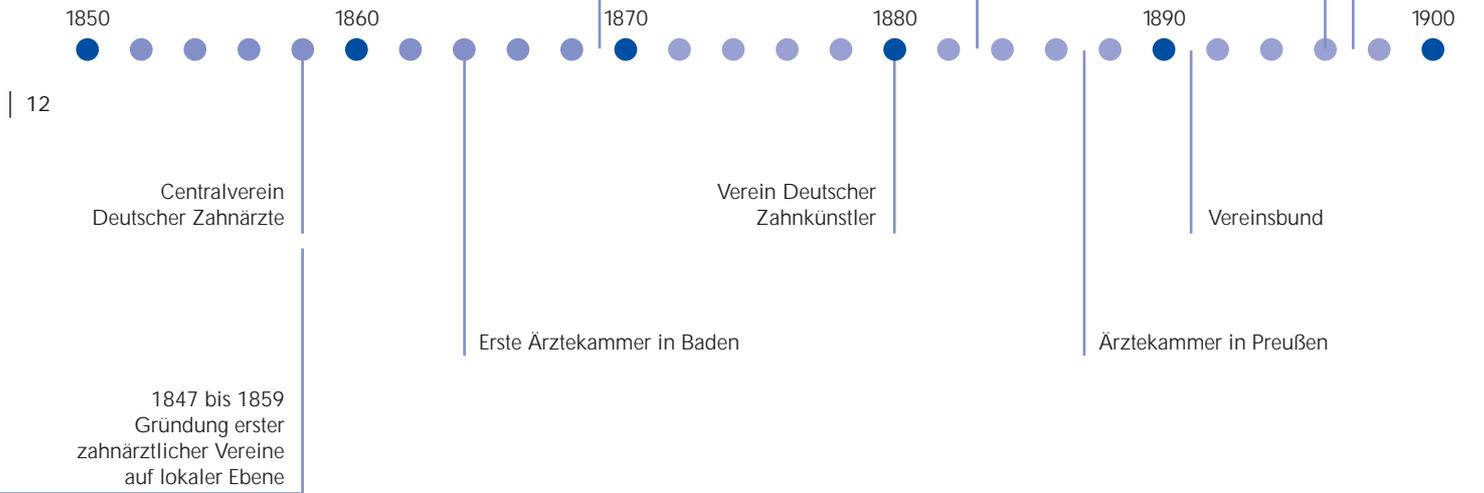
ZA Adolf Schneider
23. September 1989- 23. Januar 1993



Dr. Fritz-Josef Willmes
23. Januar 1993 - 3. November 2000
Ehrenpräsident



Dr. Dr. Jürgen Weitkamp
3. November 2000





Berlin, Bülowstraße 105, das „Deutsche Zahnärzte-Haus“, in einem schwungvollen Fest vom 20. - 24. Mai 1914 vom „Central-Verein Deutscher Zahnärzte“ eingeweiht. Es war das erste feste Quartier der deutschen Zahnärzte; treibende Kraft der Errichtung war „Hofzahnarzt“ Professor Alfred Guttmann.



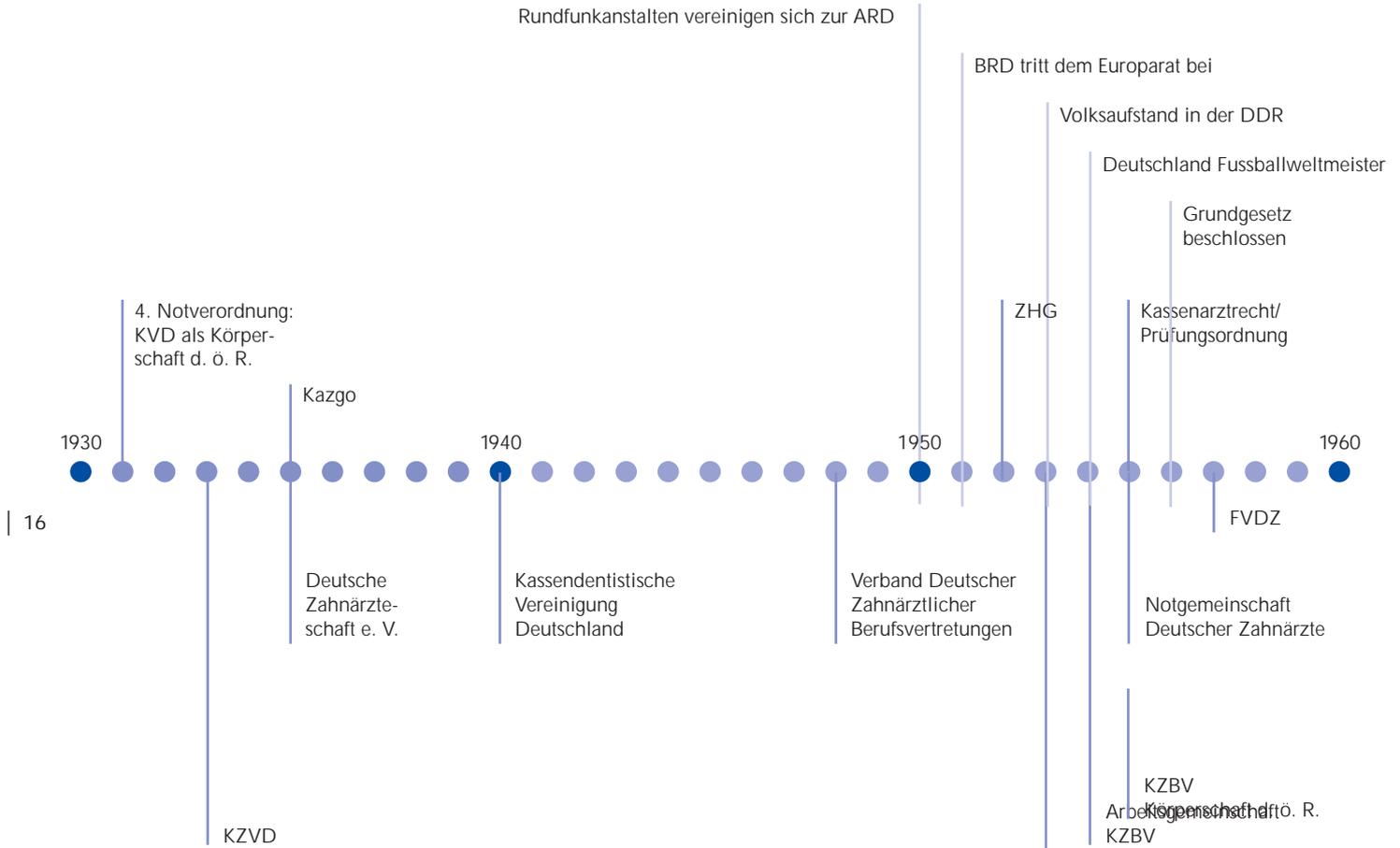
Das „Haus der Deutschen Zahnärzte“, Berlin-Wilmersdorf, Heidelberger Platz 3, Mitte der dreissiger Jahre bezogen, als das Standesquartier in der Bülowstraße zu klein geworden war. Es wurde anfangs der achtziger Jahre verkauft; kaum noch jemand hatte sich Hoffnung auf eine Rückkehr nach Berlin gemacht, die deutsche Teilung schien unüberwindlich.



Nach der Beiratsitzung des Reichsverbandes der Zahnärzte Deutschlands e.V. (RV) stellten sich die Herren am 9. Oktober 1932 in Nürnberg im „Kunstverein am Frauentor“ dem Fotografen.

Soweit aus alten Geschäftsberichten und erhaltenen Unterlagen bestimmbar, spielten folgende Herren vor und nach dem NS-Regime eine berufspolitische Rolle:

- a - **Josef Drexler** (1888 - 1966), Ratingen,
hatte wesentlichen Anteil am Zustandekommen der Allgemeinen Deutschen
Gebührenordnung für Zahnärzte, 1930 von der Hauptversammlung des RV verabschiedet.
- b - **Bruno Bernstein**, Köpenik,
vom „Berliner Verband Zahnärztlicher Vereine“.
- c - **Dr. h.c. Fritz Linnert**,
Erster Vorsitzender des RV.
- d - **Dr. Lothar Hoffmann**,
Verbandsdirektor des RV, 1941 in Russland gestorben.
- e - **Dr. Fritz Heinz Witt**,
Verbandsdirektor des RV, später in der gleichen Funktion in den Nachkriegsorganisationen.
- f - **Hanns Bunge** (1885 - 1959), Berlin,
Versuche zur Verbesserung der „Preugo“.
- g - **Dr. Kurt Marezky**, Breslau,
Chefredakteur der „zahnärztlichen Mitteilungen“ nach 1945.



BDZ

Die Fusion der beiden Stände ist nach jahrzehntelangen Bemühungen endlich geschafft: Dr. Erich Müller (-Altona) (1899 - 1992) und August Siebecke (1886 - 1966), bei der Gründungsversammlung des Bundesverbandes der Deutschen Zahnärzte 1953 in Rothenburg o.T..

In fast allen Festschriften und Dokumentationen zu geschichtlichen Jubiläen wird das beschämende Versagen des deutschen Bürgertums und seiner geistigen Führungen in Universitäten und Verbänden beschönigt, verschwiegen, unter den Teppich gekehrt oder in nur kurzen apologetischen Einlassungen gestreift oder zurechtgelogen (Leider auch in zahnärztlichen Darstellungen. Näheres dazu siehe in zm-Dokumentation „Zahnärzte von 1933 - 1945“, Autor Dr. Ekhard Häussermann). Die Bundeszahnärztekammer weicht der Begegnung mit dieser Zeit nicht aus und hält sich den Spiegel dieser Jahre vor Augen. Jede faire geschichtliche Leistungsbeschreibung muss neben



der Würdigung der Höhepunkte auch die Schatten und Tiefpunkte umfassen.

Die Wahl des „offiziellen Verbindungsmannes“ zwischen Reichsleitung der Nationalsozialistischen Deutschen Arbeiterpartei (NSDAP) und dem Reichsverband der Zahnärzte Deutschlands e.V.“ Dr. Ernst Stück zum neuen Ersten Vorsitzenden am 24. März 1933 in Berlin ist der düsterste Tag in der Geschichte der deutschen Zahnärzteschaft.

Der neue siebenköpfige Vorstand formte den unter der Führung Dr. Fritz Linnerts auch in den Notzeiten der zwanziger Jahre sicher gesteuerten Reichsverband zu einem willigen Diener und Verkünder der nationalsozialistischen Ideologie.



Die erste Beiratsitzung des Verbandes der Deutschen Zahnärztlichen Berufsvertretungen (VDZB) am 30. Oktober 1948 in Nürnberg, im Hintergrund die Kulisse des zerstörten Nürnberg.

- a - **Dr. Walger**,
Geschäftsführer der hessischen Zahnärzte
- b - **Margarete Poddig**,
Sekretärin des Hauptgeschäftsführers
- c - **Regierungsrat Görlich**, verantwortlich für das Vertragswesen
- d - **Dr. Sanders**, Bremen
- e - **Dr. Karl Dreyer**, Hannover
Kontaktmann zu den Zahnärzten in der Sowjetisch besetzten Zone Deutschlands
- f - **Dr. h.c. Fritz Linnert**, Nürnberg
Vorsitzender
- g - **Dr. Erich Müller** Hamburg (-Altona),
Stellvertreter Linnerts
- h - **Dr. Karl Winter**, Düsseldorf
- i - **Dr. Fritz Heinz Witt**,
Verbandsdirektor
- j - **Carl Fabry**, Münster/Westfalen
Geschäftsführer der westfälischen Zahnärzte
- k - **Dr. Walter Knott**, Karlsruhe
- l - **Dr. Rudolf Schill**,
beamteter Jugendzahnarzt und später deren Vorsitzender, Vertreter der Zahnärzte
in den Westsektoren Berlins
- m - **Dr. Wilhelm Hofmann**,
verantwortlich für Finanzen und Prüfwesen, rettete die Wertpapiere der ehemaligen
Kassenzahnärztlichen Vereinigung Deutschlands (KZVD), mit denen das Kölner
Zahnärztehaus gebaut wurde
- n - **Wagner**,
Vertreter der Zahnärzte von Württemberg-Hohenzollern



Das 1953/54 errichtete Zahnärzthehaus in Köln, dem 1983/84 ein Erweiterungsbau zugesetzt wurde. Bis zum Umzug der Bundeszahnärztekammer nach Berlin Ende der neunziger Jahre kooperierten KZBV und BZÄK gemeinsam unter einem Dach.

Dr. Rolf Braun (1917 - 1980), Verbandsdirektor des Bundesverbandes der Deutschen Zahnärzte (BDZ) und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) in Personalunion von 1957 bis 1978, Präsident der Fédération Dentaire Internationale (FDI), baute in den sechziger und siebziger Jahren die Hauptgeschäftsstelle des BDZ und der KZBV in Köln zu einem starken berufspolitischen Instrument aus und griff auch sonst bestimmend in das gesundheits- und verbandspolitische Geschehen ein. Wesentliches Ergebnis seiner Lebensarbeit war die Aussöhnung mit den politischen Nachbarn und die Rückführung der deutschen Zahnärzte in die internationale Kollegialität.

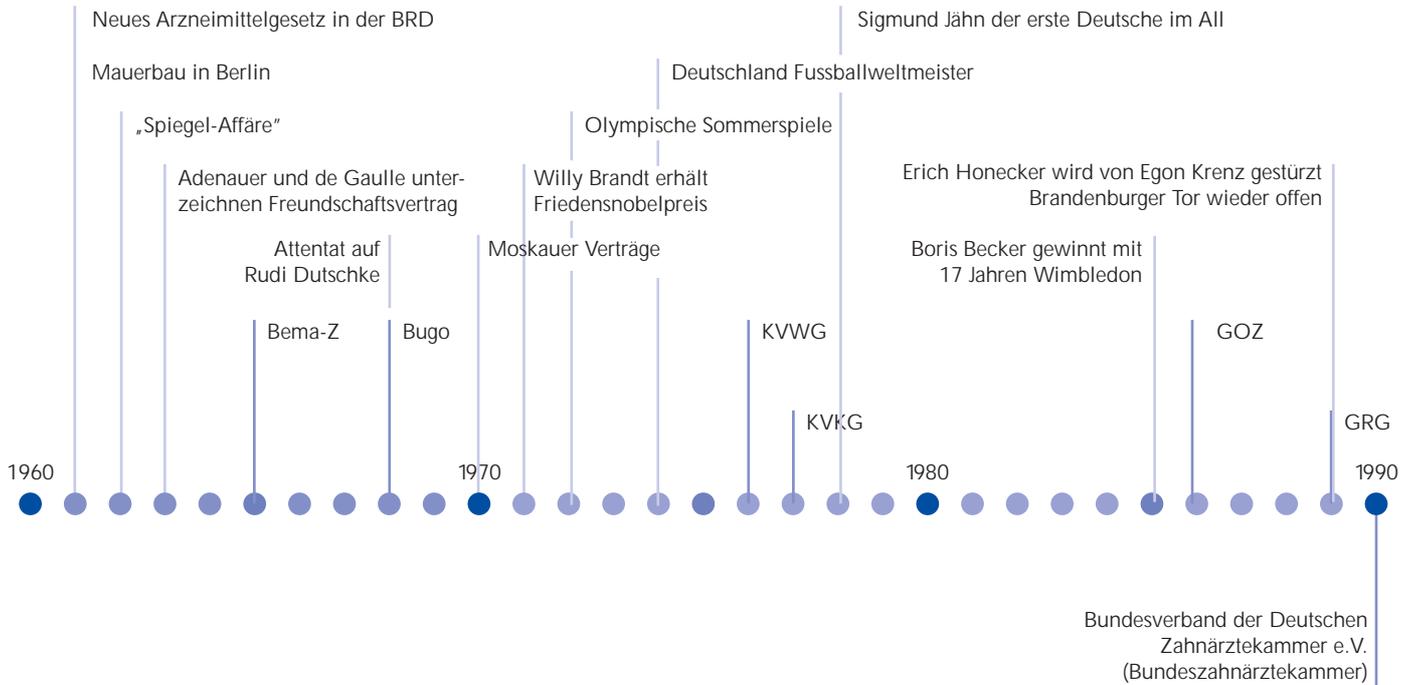




Zahnärzthehaus Köln wird internationaler Treffpunkt

Das Kölner Zahnärzthehaus entwickelte sich unter der Ägide des international engagierten BDZ/KZBV-Chefs Dr. Erich Müller (-Altona) und des BDZ/KZBV-Verbandsdirektors Dr. Rudolf Braun zu einem Mittelpunkt der Welt-Zahnärzteschaft, wo sich im Laufe der Jahre illustre Gäste trafen. Unsere Aufnahme zeigt wichtige Teilnehmer und Organisatoren des XIII. internationalen Zahnärztekongresses 1962 in Köln:

- Dr. Rudolf Braun, Generalsekretär des Kongresses
- Dr. Franz Kramer, Leverkusen, Organisationskomitee
- Miss Mary Barker, Organisationskomitee
- Prof. P.O. Pederson, Dänemark, Organisationskomitee
- P. Lalli, Italien, Mitglied des FDI-Rates
- Direktor Heinrich Schröder, Leiter der KZBV-Prüfstelle
- Dr. Ture Brandrup-Wognsen, Schweden, Organisationskomitee
- K. Gard, Norwegen, Organisationskomitee (hinterste Reihe, unmittelbar an der Tür stehend)
- (davor) Prof.. Dr. Dr. E. Harndt, Organisationskomitee
- Dr. Erich Müller (-Altona), Präsident des BDZ und Vorsitzender der KZBV
- Dr. F. H. Witt
- Dr. Karl Winter
- Direktor Alexander Kegel, Verband der Deutschen Dentalindustrie (VDDI)
- Prof. Dr. Gustav Korkhaus
- H. H. Stones, Großbritannien, Redakteur
- Egon Peters, Redaktionsassistent der „Zahnärztlichen Mitteilungen“
- Frau Magdalena Mayntz, Direktionsassistentin BDZ und KZBV
- Dr. Kurt Marezky, Chefredakteur der „Zahnärztlichen Mitteilungen“
- Dolmetscherin
- Dr. Gerhard Franke, BDZ (hinterste Reihe unmittelbar an der Tür stehend)
- (davor) Dr. J. Stork, Niederlande, Organisationskomitee
- Prof. Dr. Dr. C.-H. Fischer
- Dr. G. H. Leatherman, Generalsekretär des FDI-Exekutiv-Komitees



| 20



23. Januar 1993, Münster/Westfalen: Der seit der Spaltung am 27.9.1990 in Timmendorf um drei Kammern dezimierte Bund Deutscher Zahnärzte (BDZ) und die „Arbeitsgemeinschaft Deutscher Zahnärzte“ (ADZ) schließen sich zur neuen Bundeszahnärztekammer unter dem Kürzel BZÄK (wieder) zusammen. Links neben dem Oberbürgermeister von Münster, Dr. Jörg Twenhöven (mit Amtskette),

BDZ-Präsident Adolf Schneider,

rechts neben dem OB der Bayern-Präsident Dr. Dr. Joseph Kastenbauer,

die Präsidentenkollegen Dr. Wolfgang Sprekels, Hamburg,

und Dr. Dr. Jürgen Weitkamp, Westfalen-Lippe.



Sitz der Bundeszahnärztekammer
Borsighaus in Berlin Mitte
Chausseestraße 13

Von Rothenburg nach Berlin

Betrachtungen zum Weg der Bundeszahnärztekammer vom Gründungsort zur Bundeshauptstadt.

Zahnheilkunde wird anerkannter Teil der Medizin

Hochstimmung herrschte bei den Delegierten, die zur Gründung ihrer neuen Organisation am 27. März 1953 nach Rothenburg/o.T. angereist waren. Als Namen wählten sie „Bundesverband der Deutschen Zahnärzte“ (BDZ), ab 1990 wurde sie „Bundeszahnärztekammer“ (BZÄK) genannt, seit 1993 trägt sie diesen Namen offiziell.

Schon 1948 waren die Zahnärzte hierher gekommen, um ihren „Verband der Deutschen Zahnärztlichen Berufsvertretungen“ (VDZB) zu gründen. Auch der Verband Deutscher Dentisten (VDD) hatte zuvor Rothenburg als Tagungsort entdeckt. Zur Gründung des neuen Verbandes zog es alle gemeinsam in das romantische Städtchen im Herzen der jungen Bundesrepublik, allerdings ohne Delegierte aus Mittel- und Ostdeutschland sowie dem Saarland, die an diesem historischen Akt nicht teilnehmen durften. Im nur gering beschädigten altdeutschen Ort stiftete der neue Zahnärzteverband nach vollzogener Gründung die Restauration einiger Meter der alten Stadtmauer, in der noch heute eine Tafel auf diese Gründung verweist. Als Sitz des Verbandes bestimmte die Satzung Köln, wohin schon 1950 der VDZB seinen Sitz verlegt hatte, um nahe am Geschehen in der Bundeshauptstadt zusein. Aus demselben Grund bestimmte die Satzung 2000 Berlin zum Sitz der Bundeszahnärztekammer.



Es galt, das Zahnheilkundegesetz (ZHG) endlich in die Wirklichkeit umzusetzen, das 1952 einstimmig (bei einer Stimmenthaltung) vom Parlament beschlossen und vom Bundesrat gebilligt worden und am 1. April in Kraft getreten war. Das Gesetz legte fest, dass zur Ausübung der Zahnheilkunde die über ein Studium der Zahnmedizin zu erlangende Approbation Voraussetzung sei und beendete die seit 1869 nach der Gewerbeordnung herrschende „Kurierfreiheit“, nach der sich jedermann, der sich dazu „berufen“ fühlte, an den Zähnen seiner Mitmenschen vergreifen durfte (§ 23 ZHG: Alle entgegenstehenden Vorschriften der Gewerbeordnung treten insoweit außer Kraft, als sie sich auf Zahnärzte und Dentisten beziehen).

In der allgemeinen Medizin war die Kurierfreiheit bereits 1939 durch das Heilpraktikergesetz abgeschafft worden, aber dessen § 6 bestimmt, dass es für die Zahnheilkunde nicht gilt. Sie wurde damals als Teil der Medizin angesehen, der unbesorgt einem jeden überlassen



Der erste Vorstand des Bundesverbandes der Deutschen Zahnärzte (BDZ) nach der Gründungsversammlung und Fusion der Stände in Rothenburg o.T., März 1953: (v.l.n.r.)

Das Zahlenverhältnis unter den zehn Herren war genau ausgeglichen:
Fünf Zahnärzte und fünf ehemalige Dentisten.

- a - **Adolf Bielert**, Hamburg;
- b - **Dr. Karl Winter**, Düsseldorf;
- c - **Albert Theo Westphal**, Nürnberg;
- d - **Dr. Erich Müller** (-Altona), Hamburg, Präsident;
- e - **August Siebecke**, München;
- f - **Dr. Walter Knott**, Karlsruhe;
- g - **Karl Oettinger**, Stuttgart;
- h - **Dr. Bernhard Fechter**, München;
- i - **Bernhard Warnecke**, Essen;
- j - **Dr. Karl Pfeiffer**, Freiburg Br..

werden durfte, sei er auch noch so wenig dafür ausgebildet. Im Zahnheilkundengesetz ging der Gesetzgeber für die Zahnheilkunde dann gar noch einen Schritt weiter als in der Medizin: Die Approbation nach zahnmedizinischem Studium wurde zur Bedingung, Heilpraktiker sollte es in der Zahnheilkunde nicht mehr geben. Dieses Vorbild sollte eigentlich auf die gesamte Medizin ausgedehnt werden, aber dazu ist es nicht gekommen.

Das neue ZHG sah ein mindestens fünfjähriges Studium an einer wissenschaftlichen Hochschule vor (§ 2 Abs. 1 Nr. 4). Dem Zahnarzt werden die Grundlagen der allgemeinen Medizin vermittelt und sein Studium wird auf die Besonderheiten der Zahnmedizin ausgerichtet. Keiner der Delegierten, die nach Rothenburg gekommen waren, hatte eine solche Ausbildung erfahren. Die eine Hälfte von ihnen hatte nach einem siebensemestrigen akademischen Studium, die andere nach einer siebenjährigen dentistischen Ausbildung Examen gemacht. Aber alle erhielten nun den Status eines Zahnarztes

neuen Typs. Die alten Approbationen der Akademiker nach § 29 der Gewerbeordnung wurden zu Bestellungen (später: Approbationen) nach dem neuen Gesetz; die staatlichen Anerkennungen als Dentist nach § 123 Reichsversicherungsordnung (RVO) führten ebenfalls zur Approbation, wenn die Inhaber an einem Fortbildungskurs nach § 8 ZHG teilnahmen. Dies nahmen die dentistischen Delegierten bald nach der Versammlung in Angriff, nachdem am 17. Dezember 1952 die Durchführungsverordnung über die Fortbildungskurse erlassen worden war und diese ab März 1953 begannen.

Die Zahnärzte sollten nach der neuen Gesetzesfassung berufsmäßig und auf zahnärztlich wissenschaftliche Erkenntnisse gestützt die Zahnheilkunde ausüben. Was Zahnheilkunde ist, definiert das neue Gesetz: Feststellung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten. Krankheit ist jede von der Norm abweichende Erscheinung im Bereich der Zähne, des Mundes und der Kiefer, einschließlich der Anomalien der Zahnstellung und des Fehlens

von Zähnen. Die staatlich anerkannten Dentisten waren nach § 123 RVO von der Behandlung von Mundkrankheiten ausgeschlossen, den akademisch Ausgebildeten machten Ärzte die Mund- und Kieferchirurgie streitig. Zahntechniker beanspruchten den Zahnersatz für sich. Diese Abgrenzungen gingen im neuen, unbeschränkten Status auf, dessen sich die Delegierten in Rothenburg erfreuen konnten: Sie alle durften sich als vollwertige Vertreter ihres Berufs fühlen. Allerdings lag eine der Hauptaufgaben des neu gegründeten Verbandes noch jahrelang in der Festigung des immer wieder bestrittenen Status.

Zahntechniker

Ein besonderes Problem stellten Zahntechniker dar, die sich nicht darauf beschränkt hatten, für ihren Zahnarzt als Besteller handwerksmäßig Zahnersatz herzustellen, sondern auch an Patienten Abdrücke genommen und Prothesen eingegliedert hatten. Zwar stand dem ein Abkommen mit dem „Bundesverband rein gewerblicher zahntechnischer Laboratorien“ entgegen, wonach Techniker nicht behandeln sollten. Aber es gab auch Zahntechniker und ihre Organisation, den „Bundesverband deutscher Zahntechniker“, die auch nach Inkrafttreten des neuen Gesetzes weiter Zahnersatz eingliedern wollten.

Es stand zu fürchten, dass Zahntechniker, die auch behandeln durften, wieder Nachwuchs ausbilden würden, dem die Berufsausübung dann nicht untersagt werden könne. So hatten es die Heilpraktiker vorexerziert. Während das Heilpraktikergesetz den Berufsnachwuchs stoppen wollte, sah das Bundesverwaltungsgericht darin einen Verstoß gegen das Grundrecht auf freie Berufswahl (Artikel 12 Grundgesetz) und ließ die Heranbildung neuer Heilpraktiker zu. Ähnliches wollte der BDZ bei behandelnden Zahntechnikern verhindern. Er zog vor Gericht – und unterlag.

§ 19 ZHG, wonach die Zahnheilkunde im bisherigen Umfang weiter ausüben durfte, wer das bei Inkrafttreten des Gesetzes getan hatte, galt auch für Zahntechniker. Der BDZ hatte das Gesetz nicht nach seinem Wortlaut, sondern nach den eigenen Wunschvorstellungen interpretiert, als er § 19 nicht auf Zahntechniker anwenden wollte. Diese Einschränkung hatte im Gesetz jedoch keinen Niederschlag gefunden.

Allerdings wurde aus der Niederlage doch noch ein Gewinn: Der Bundesgerichtshof entschied zwar im Urteil vom 20.05.1958 (zm

1958, S. 564), dass Zahntechniker, die zuvor Zahnersatz eingegliedert hatten, das weiter tun durften. Es stellte aber unzweideutig klar, dass das Gesetz das Eingliedern von Zahnersatz in Zukunft allein den Zahnärzten vorbehält und die Ausnahme des § 19 nur für Altfälle galt. Die Befürchtungen, Zahntechniker, die § 19 beanspruchen konnten, führten einen neuen Stand herbei, bewahrheiteten sich nicht. Auch der noch 1956 unternommene Versuch einer „Vereinigung selbständiger Zahntechnikermeister“, Beziehungen zwischen Zahntechnikern und Krankenkassen zum „Zwecke der Belieferung von Krankenkassenangehörigen mit Zahnersatz durch Zahntechniker“ herzustellen, scheiterte.

Der Bundesverband der Zahntechnikerinnungen wiederholte seine Zusage des „Ulmer Abkommens“ von 1951, dass die Zahntechniker sich jeder Behandlung mit Zahnersatz enthielten. Im Gegenzug sicherte der BDZ zu, dass Zahnärzte nicht mehr Zahntechnikerlehrlinge ausbildeten (was Dentisten getan hatten) und keine Gemeinschaftslaboratorien unterhielten. Auch dies war die Bekräftigung eines Gesetzes: Nach der Handwerksordnung dürfen nur Handwerksmeister Handwerkslehrlinge ausbilden und Praxislaboratorien (als „Hilfsbetriebe“ im Sinne der Handwerksordnung) nur in der Rechtsform des Hauptbetriebs betrieben werden. Für die Einzelpraxis darf also nur der Zuarbeiter für diese Praxis und nicht ein Gemeinschaftsunternehmen für mehrere Einzelpraxen tätig werden. Nicht als Gemeinschaftslaboratorien gelten Gesellschaften, die Zahnersatz herstellen. Mit einem Zahntechnikermeister als technischem Leiter zählen sie als Handwerksbetriebe, an denen sich auch Zahnärzte als Gesellschafter beteiligen dürfen.

Von Zahntechnikern wurde später unterstellt, der BDZ habe das Praxislabor als Preis für das ZHG aufgegeben. Dem war nicht so. Es war aber einem Zahnarzt, der sich „zahnärztlicher Leiter“ eines gewerblichen Laboratoriums nannte, vorbehalten, seinen Kollegen das Recht zum Praxislabor vor Gericht zu bestreiten. Das Bundesverwaltungsgericht hat bestätigt, dass das Praxislabor im Rahmen der zahnärztlichen Berufsausübung im Einklang mit der Handwerksordnung betrieben werden kann (Urteil vom 11.05.79, zm 1979, S. 1006).

Zahnpraktiker

Aber nicht nur Zahntechniker hatten behandelt, sondern auch andere Personen unter-

schiedlicher Herkunft. Sie waren als sogenannte „Zahnpraktiker“ tätig. Manche von ihnen bezeichneten sich als Dentisten. Das wiederum wollten die staatlich anerkannten Dentisten verhindern. Der BDZ machte sich das Anliegen zu eigen. Ein Gerichtsverfahren führte jedoch nicht zum gewünschten Erfolg. Der Bundesgerichtshof entschied, wer die Zahnheilkunde in ihren wesentlichen Erscheinungsformen (Füllungen, Extraktionen, Wurzelbehandlungen und Zahnersatz) ausübe, dürfe sich Dentist nennen, auch wenn er keine staatliche Prüfung abgelegt habe (zm 1958, S. 891).

Die Zahnpraktiker nutzten die Kurierfreiheit aus und fanden ihre Abnehmer. Zwar schloß die Reichsversicherungsordnung sie von der Behandlung von Sozialversicherten aus, aber der Kreis der gesetzlich Versicherten war noch nicht so groß wie später und Zahnersatz gehörte nach der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamtes nicht zur ärztlichen Behandlung einer Krankheit. Von daher galt für ihn auch nicht das Behandlungsmonopol der Zahnärzte und staatlich anerkannten Dentisten nach der RVO.

Die Zahnpraktiker fielen unter den Bestandschutz des § 19 ZHG. Die immer weitere Ausdehnung der Versicherungspflicht und Vereinbarungen mit den Krankenkassen, dass Zuschüsse zu Zahnersatz nur an Zahnärzte und staatlich anerkannte Dentisten gezahlt würden, beschränkte ihr Existenzmöglichkeiten. Sie suchten die Teilnahme an den Fortbildungskursen, die staatlich anerkannte Dentisten zum Erwerb der Bestallung belegen mussten, um schließlich die Approbation zu erhalten. Die Fortbildungskurse wurden an den vom BDZ übernommenen dentistischen Lehrinstituten durchgeführt. Zahnpraktiker wollten mit Gewalt die Teilnahme erzwingen, aber der BDZ verweigerte sie ihnen mit Erfolg.

Mit ihrem Versuch, die Zulassung zu den Krankenkassen zu erhalten, hatten die Zahnpraktiker mehr Erfolg. Das Bundesverfassungsgericht betrachtete die Regelung, dass die Zahnpraktiker zwar Privatpatienten, nicht aber Kassenpatienten behandeln durften, als verfassungswidrig (Beschluß vom 25.02.69, zm 1970, S. 541). Das „Gesetz über die Zulassung von nach § 19 des ZHG berechtigten Personen zur Behandlung von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung“ vom 27. April 1970 bescherte ihnen die Zulassung „im Umfang (ihrer) Berechtigung zur Ausübung der Zahnheilkunde“, also in dem Umfang, in dem sie beim Inkrafttreten des ZHG 1952 tätig gewesen waren.

Tatsächlich wurden etwa 180 Personen in besondere Verzeichnisse der KZVen an Stelle der dort geführten Zahnarztregister eingetragen und erhielten die Zulassung, manche erst nach Sozialgerichtsverfahren, die sie gegen die Ablehnung der Eintragung in die besonderen Register angestrengt hatten. Dabei wurden oft großzügigste Maßstäbe angelegt. Der jüngste später zugelassene Zahnpraktiker war 1952 14 Jahre alt und im Labor eines Zahnarztes beschäftigt gewesen. Dem Gericht genügte die Behauptung, er habe damals schon Patienten behandelt.

Aber auch diese Niederlage des BDZ im Kampf gegen die Zulassung nicht Approbierter barg ihren eigenen Erfolg: Es gab niemanden mehr, der behaupten konnte, das ZHG habe ihn um seine Existenz gebracht. Und in dem Beschluß des Bundesverfassungsgerichts wurde ausdrücklich bestätigt, dass es der Verfassung entspreche, für die Ausübung der Zahnheilkunde eine Approbation nach Universitätsstudium zu fordern. Bemerkenswert ist, dass das Bundesverfassungsgericht das Argument, wer Privatpatienten behandeln dürfe, müsse auch zu den Krankenkassen zugelassen werden, für Heilpraktiker, die wie die Zahnpraktiker ihre Zulassung erzwingen wollten, nicht hat gelten lassen.

Die Stellung des Arztes im Zahnheilkundengesetz

Für die Ausübung der Zahnheilkunde verlangt das Gesetz die Approbation als Zahnarzt „oder als Arzt“. Die Approbation als Arzt wird als Berechtigungsnachweis für die Ausübung der Heilkunde in ihrem gesamten Umfang angesehen, obwohl kein Arzt in der Lage ist, alles zu beherrschen, und Fachärzte ausdrücklich auf ihr Gebiet beschränkt sind. Gelegentliche Zahnbehandlungen durch Ärzte waren 1952 verbreiteter als heute; sie sollten nicht verboten sein. Ärzte üben, wenn sie Krankheiten des Mundes diagnostizieren und behandeln, wie etwa Aphthen im Mund, den Teil Zahnheilkunde der allgemeinen Medizin aus. Das ist durch das ZHG gedeckt, dessen § 18 mit Strafe bedroht, wer die Zahnheilkunde ausübt, ohne eine Approbation als Zahnarzt „oder als Arzt“ zu besitzen.

Dem Heilpraktiker bleibt die Ausübung der Zahnheilkunde verboten. Ein Gesetz für die gesamte Heilkunde, vergleichbar dem ZHG, gibt es nicht. Maßgebend ist das Heilpraktikergesetz, das in § 6 aber die Zahnheilkunde von seinem Geltungsbereich ausschließt. Die Zulassung als Heilpraktiker deckt zwar die Ausübung der Heil-

kunde durch nicht approbierte Personen, nicht aber die Feststellung und Behandlung von Krankheiten der Zähne, des Mundes und der Kiefer. Dem Zahnarzt versagt das Heilpraktikergesetz die Ausübung der allgemeinen Heilkunde.

Widerstand einer Ärzteguppe

Eine Gruppe von Ärzten bestritt den Zahnärzten die Befugnis, Mund- und Kieferkrankheiten in ihrem vollen Umfang zu behandeln. Der Zahnarzt dürfe nämlich nach den Buchstaben des Gesetzes nur nach „zahnärztlich wissenschaftlichen Erkenntnissen“ behandeln, die „gehobene“ Mund- und Kieferbehandlung setze aber „ärztlich wissenschaftliche Erkenntnisse“ voraus. Solche Argumente kamen ausgerechnet von einer Gruppe von Ärzten, die auch die Approbation als Zahnarzt besaßen und die sich auch gegen das ZHG ausgesprochen hatten. Viele Zahnärzte hatten auch die ärztliche Approbation, manche auch die Anerkennung als „(Fach)Arzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie“, die die Ärztekammer ausspricht. Vertreter dieser Gruppe setzten gegen den Widerstand des BDZ durch, dass fast die gesamte Mund- und Kieferchirurgie, die in der Gebührenordnung für Zahnärzte von 1965 selbstverständlich der Zahnheilkunde zugerechnet worden war, 1988 in die Gebührenordnung für Ärzte übernommen wurde. Die Begründung in der Gebührenordnung für Zahnärzte von 1988 lautete, dass diese Leistungen überwiegend von Ärzten erbracht würden. Dass diese Ärzte gleichzeitig auch Zahnärzte waren, fiel dabei unter den Tisch.

Die Bundeszahnärztekammer hat sich stets glücklich geschätzt, dass es die Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie gibt. Sie machen nämlich eine scharfe Grenzziehung zwischen allgemeiner und Zahn-Heilkunde überflüssig. Wie schwer das zu bewerkstelligen ist, zeigen Beispiele aus den Ländern, in denen solche Gesetze bestehen. Wenn in Deutschland Grenzen gezogen werden, geschieht das aus anderen als wissenschaftlichen Gründen. Ärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie können sowohl als Ärzte als auch als Zahnärzte zu den Krankenkassen zugelassen werden und ihre Leistungen über die Kassenzahnärztliche oder die Kassenzahnärztliche Vereinigung abrechnen. Jede der beiden freut sich in der jüngeren Vergangenheit über die Abrechnung bei der anderen, weil dann deren „Budget“ belastet wird. So

lehnte eine Kassenzahnärztliche Vereinigung die Abrechnung einer Osteotomie zur Beseitigung der Progenie ab, weil dies keine zahnärztliche Leistung sei, obwohl doch schon die Leistungsbeschreibung eindeutig die Beziehung zur Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde herstellt. Das Bayerische Landessozialgericht (L 12 Ka 513/99) musste die zahnärztliche Organisation über den Umfang der Zahnheilkunde aufklären.

Die meist gute Zusammenarbeit zwischen Allgemein Zahnärzten und Fachärzten für Mund-Kiefer- und Gesichtschirurgie bietet keinen Anlaß für Auseinandersetzungen. Zur Auseinandersetzung musste es aber kommen, als Vertreter der Facharztgruppe Zahnärzten ohne ärztliche Approbation, die von der Zahnärztekammer die Anerkennung der Weiterbildung in Oralchirurgie erhalten hatten, Teilbereiche der Mund- und Kieferchirurgie gerichtlich untersagen lassen wollten. Der Versuch endete in einer Niederlage (Urteil des Oberlandesgerichts Zweibrücken, zm 1999, S. 24, vom Bundesgerichtshof bestätigt durch Nichtannahme der Revision). Zahnärzte, besonders die in der Oralchirurgie weitergebildeten, dürfen die gesamte Mund- und Kieferheilkunde ausüben. Wenn Fachärzte solche Krankheiten behandeln, üben sie die Zahnheilkunde aus. Das anzuerkennen dürfte ihnen nicht schwerfallen, weil es ihre Qualifikation nicht in Frage stellt. Soweit sie Gesichtschirurgie betreiben, gehen sie über die Zahnheilkunde hinaus, und das können sie unbeeinträchtigt tun, weil sie auch die Approbation als Arzt besitzen. Mit der Approbation als Arzt verfügen sie im Wettbewerb mit dem Oralchirurgen naturgemäß über ein zusätzliches Argument. Es gibt also keinen Grund für Zwistigkeiten, zumal die BZÄK die Fachärzte als Kollegen immer hoch geschätzt und deren herausragende Repräsentanten stets als die ihren betrachtet hat.

Tätigkeit der Hilfskräfte

Nicht nur Zahntechniker, Zahnpraktiker und Fachärzte, auch Zahnärzte selbst hatten Schwierigkeiten, sich nach dem neuen Gesetz zu richten. In welchem Umfang durften sie Hilfskräfte bei der Behandlung einsetzen? Vor dem ZHG war das kein rechtliches Problem. Wenn außerhalb der Zahnarztpraxis jedermann behandeln durfte, dann schien es nicht von Gesetzes wegen verboten, Nichtapprobierte auch innerhalb behandeln zu lassen.

Da aber die Zahnärzte gegen die Kurierfrei-

heit waren, mussten sie konsequent auch innerhalb der Praxen eine Grenze setzen. Diese Grenze war das Lippenrot. Darüber durfte keine Hilfskraft hinausgehen. Kurz vor dem Inkrafttreten des ZHG wurde in § 16 einer „Berufsordnung für die deutschen Zahnärzte“ beschlossen: „Die Beschäftigung nichtapprobierter Personen am Patienten ist verboten.“ Diese Bestimmung findet sich in späteren Berufsordnungen nicht mehr. Sie wird der Wirklichkeit in den Zahnarztpraxen und dem ZHG nicht gerecht. Die „Zweihandzahnheilkunde“ lässt sich bei fortgeschrittener Wissenschaft und Technik nicht halten. Das ZHG ist dahin auszulegen, dass eine nach Anweisung und unter Aufsicht des Zahnarztes tätige Kraft nicht „behandelt“, sondern Hilfe bei der vom Zahnarzt allein zu verantwortenden Behandlung leistet. Der Bundesgerichtshof hat sogar die einem Zahntechniker übertragene Behandlungsplanung nicht als Verstoß gegen das ZHG bezeichnet (zm 1973, S. 102). Das mag straffrei bleiben, ist aber mit der Aufgabe des Zahnarztes, seine Behandlung selbst zu verantworten, nicht vereinbar. Wer hat die Entscheidung des Bundesgerichtshofes provoziert? Derselbe Zahnarzt, der seinen Kollegen das Eigenlabor verbieten lassen wollte.

Wenig hilfreich bei der Einordnung der Tätigkeiten von Hilfskräften hat sich der Gesetzgeber erwiesen. Gegen den Widerstand der BZÄK hat er im Gesundheitsstrukturgesetz 1992 in den neuen Absätzen 5 und 6 des § 1 ZHG beschrieben, welche Aufgaben „insbesondere“ ein Zahnarzt „an dafür qualifiziertes Personal delegieren“ kann. Es bleibt aber offen, welche Tätigkeiten genau das sind und welche nicht. Auch der Begriff des Delegierens wird nicht näher erläutert. Bedeutet er die Übertragung zur selbständigen Ausführung oder zum Handeln nach Anweisung und unter Aufsicht? Wie bemisst sich die Qualifikation des Personals? Die Musterberufsordnung der BZÄK gibt die Antwort dahingehend, dass die Zahnärzthelferin nur für Aufgaben eingesetzt werden darf, für die sie nach dem Berufsbildungsgesetz ausgebildet und gemäß Fortbildungsnachweis der Zahnärztekammer fortgebildet ist. Dabei gilt der Rahmen des ZHG. Ärzte, bei denen das Problem noch komplizierter als bei Zahnärzten ist, kommen ohne gesetzliche Definitionen aus. Überflüssige und dabei noch unklare Gesetze schaden einer Sache immer mehr, als sie ihr nutzen.

Krankheitsbegriff nach dem Zahnheilkundengesetz und den Sozialversicherungsgesetzen

„Ärztliche Behandlung vom Beginn der Krankheit an“ in der Sozialversicherung

Da es bis 1954 noch keine Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung gab, redete der BDZ auch in Fragen der Sozialversicherung mit. Er musste sich also auch damit auseinandersetzen, dass in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) den Versicherten „ärztliche Behandlung vom Beginn der Krankheit an“ zu gewähren war, und zwar ohne jede Einschränkung. Das galt auch für die Zahnheilkunde, in der nach § 122 RVO neben Ärzten „auch Zahnärzte“ tätig sein durften. Als Krankheit galt schon seit den ersten Zeiten der GKV nach der Rechtsprechung des Preußischen Oberverwaltungsgerichts und des Reichsversicherungsamtes jede Abweichung von der Norm, die der ärztlichen Behandlung bedarf. Diesen Maßstab hat das Zahnheilkundengesetz in § 1 übernommen. Legt man ihn nach

heutigen Erkenntnissen an, wäre jede zahnärztliche Behandlung Pflichtleistung der Krankenkassen gewesen. Damals wurden die Dinge aber anders gesehen: Das Fehlen von Zähnen wurde nicht als Krankheit, sondern allenfalls als nicht behandlungsnotwendige Behinderung betrachtet. Nicht einmal die Karies wurde in der ersten Zeit der GKV als Krankheit und die Füllung als ihre Behandlung anerkannt. Die einzige von den Krankenkassen zu gewährende Behandlung war die Extraktion.

Ausdehnung des Leistungskatalogs

Die Zahnärzte nahmen nicht hin, dass ihre Leistungen nicht als ärztliche Behandlung von Krankheiten anerkannt wurden. 1917 waren die Karies und 1935 die „Alveolarpyorrhoe“, wie man die Parodontitis nannte, als Krankheiten anerkannt worden.

Zahnersatz – keine ärztliche Behandlung einer Krankheit?

Für Zahnersatz blieb es jedoch dabei, dass das Fehlen von Zähnen keine Krankheit und die Tätigkeit des Zahnarztes keine ärztliche Behandlung, sondern die Vorbereitung des Mundes für die „demnächstige Lieferung“ des Werkstücks des Zahntechnikers sei. So hatte das Reichsversicherungsamt noch 1931 entschieden. Die Krankenkassen brauchten Zahnersatz nicht wie sonstige Krankheitsbehandlung zu gewähren. Sie konnten vielmehr auf Basis eines Erlasses des Reichsarbeitsministers von 1943 entweder „Zuschüsse gewähren oder die gesamten Kosten übernehmen“. Obwohl Zahnersatz keine Pflichtleistung war, wurden Vergütungsverträge hierüber abgeschlossen. Gegenstand der Verträge waren schleimhautgetragene Prothesen mit gebogenen Klammern. Vergütungen wurden festgesetzt (für zahnärztliches Honorar und Technikkosten zusammen) je „Platte und Zahn“, während weitere Leistungen wie Modellguss, gegossene Klammern und festsitzender Ersatz von Bindungen durch die Krankenkassen frei blieben. Aber auch dann, wenn Modellguss mit gegossenen Klammern gewählt wurde, gab es Zuschüsse wie für Kunststoffprothesen mit gebogenen Klammern - eine Art „Grundversorgung“ mit Wahlleistungen.

Später wurden auch Zuschüsse zu festsitzendem Zahnersatz gewährt, und zwar Festzuschüsse. Zunächst etwa 50 Mark je Krone oder Brückenglied. Vergütungsverträge hierüber lehnten die Zahnärzte ab, obwohl die Krankenkassen hierauf drängten. Die Kassen erhöhten die Zuschüsse und folgten damit der allgemeinen Tendenz, dem Versicherten möglichst alles ohne Kosten zu verschaffen. Die Krankenkassen beklagten aber, dass sie mit Erhöhungen der Zuschüsse keinen Freistellungseffekt für den Versicherten erreichten, weil im gleichen Maß wie die Zuschüsse auch die Honorare steigen würden.

Vergütungsverträge wurden von den KZVen in den Ländern abgeschlossen. Zentral war im „Alsbacher Abkommen“ von 1949 vereinbart worden, dass der Krankenkasse vor der Behandlung mit Zahnersatz ein Heil- und Kostenplan vorzulegen war, dass Gutachter die Notwendigkeit der Behandlung beurteilen sollten und die Beträge, die von den Krankenkassen gemäß Erlass von 1943 übernommen wurden, an die KZVen gezahlt wurden. Dieser Zahlungsweg erleichterte den Krankenkassen die Abrechnung, den Zahnärzten stellte er sicher, dass keine Zahlungen an andere Personen als Zahnärzte

und staatlich anerkannte Dentisten geleistet wurden - dies aber nur, wenn ein Vergütungsvertrag bestand. Bestand keiner, konnten auch Zahntechniker und Zahnpraktiker eingespannt werden. Das zu verhindern war den Zahnärzten der Abschluß eines Vergütungsvertrages wert. Dass die Zuschüsse von der Krankenkasse direkt an den Zahnarzt und nicht zuerst an den Versicherten flossen, betrachteten die Zahnärzte als Vorteil, weil dadurch ein sicherer Zahler anstelle des manchmal unsicheren Versicherten trat. Niemand wäre damals auf die Idee gekommen, es sei besser, wenn das Geld nicht direkt an den Zahnarzt, sondern zuerst an den Versicherten flösse. Im Vorstand des BDZ wurden sogar Stimmen laut, auch in der privaten Krankenversicherung und der Beihilfe die Zahlung direkt an den Zahnarzt und nicht an den Versicherten zu fordern. Sie verstummten nach dem Hinweis, dass die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der privaten Krankenversicherung und die Bestimmungen der Beihilfe die Abtretung des Anspruchs des Versicherten an den Zahnarzt ausschlossen.

Kieferorthopädie – nicht Krankheitsbehandlung sondern Vorbeugung?

Keine dem Zahnersatz vergleichbare Regelung gab es für die Kieferorthopädie. Die kieferorthopädische Behandlung wurde nicht als Krankheitsbehandlung, sondern als Verhütung einer erst nach Abschluss der Gebissentwicklung bestehenden Anomalie angesehen.

Zur Krankheitsverhütung konnten die Krankenkassen Zuschüsse zu den Behandlungskosten gewähren. Dies taten vor allem die Ersatzkassen, was sie im Wettbewerb mit den RVO-Kassen besonders herausstellten. Der BDZ übernahm einen vom VDZB mit den Ersatzkassen geschlossenen Vertrag über die kieferorthopädische Behandlung, der ein Gutachterverfahren und die Zahlung von Zuschüssen vorsah, ohne Honorare festzulegen.

Dass Kieferfehlbildungen keine Krankheiten sind und nicht der ärztlichen Behandlung bedürfen, ließ sich schwerlich mit dem ZHG vereinbaren. Das Bundessozialgericht hat 1972 entschieden, dass Kieferanomalien schon im Frühstadium als Krankheiten behandelt und die Kosten hierfür von den Krankenkassen getragen werden müssen (zm, 1973, S. 102).

Leistet der Zahnarzt Zahnersatz an den Versicherten oder an die Krankenkasse?

Der BDZ sah keinen Anlaß, an der Beurteilung des Zahnersatzes und der Kieferorthopädie etwas zu ändern. Anders bei der Umsatzbesteuerung der Zuschüsse: Hier bemühte er sich bei Ministerien um eine Freistellung und unterstützte Rechtsstreitigkeiten vor den Finanzgerichten, um die Befreiung von der damaligen vierprozentigen Brutto-Umsatzsteuer zu erreichen. Umsatzsteuerfrei waren die Leistungen an Krankenkassen, während zahnärztliche Privatleistungen umsatzsteuerpflichtig waren. Der Bundesfinanzhof entschied 1953, dass auch dann, wenn die Krankenkasse an den Zahnarzt zahle, keine Leistung des Zahnarztes an sie erfolge (Bundessteuerblatt III 1954, S. 269). Die Krankenkasse übernehme nach privatrechtlichen Grundsätzen Teile der oder die gesamte Schuld des versicherten Patienten gegenüber dem Zahnarzt. Es handele sich um eine Leistung des Zahnarztes an den Patienten, und die Erfüllung der daraus entstehenden privatrechtlichen Schuld löse beim Zahnarzt die Umsatzsteuerpflicht aus. Diese Entscheidung, die den privatrechtlichen Charakter der Beziehungen beim Zahnersatz herausstellte und den sozialrechtlichen Besonderheiten keine Bedeutung beimaß, enttäuschte den BDZ und die Zahnärzteschaft.

Besondere Stellung des Zahnersatzes

Mit der Auffassung, die Versorgung mit Zahnersatz sei keine ärztliche Behandlung, konnten sich die Zahnärzte nicht abfinden, war doch durch das ZHG gerade erst die Anerkennung als ärztliche Behandlung erreicht worden. Zu befürchten wäre dann aber gewesen, dass Zahnersatz zur Pflichtleistung würde, die von der Krankenkasse vollständig zu zahlen wäre. Dem stand aber der Erlass von 1943 entgegen, wonach nur Zuschüsse gewährt wurden. Deshalb war mit der Anerkennung als ärztliche Behandlung kein Vertragszwang verbunden. Zuschussleistungen blieben außerhalb der kassenzahnärztlichen Versorgung, für die eine „Gesamtvergütung“ als völlige Abgeltung der „Sachleistungen“ von der Krankenkasse gezahlt wurde und für die Vertrags- und Schiedsamtzwang bestand. Verträge über schleimhautgetragenen Zahnersatz wurden als solche anderer, weitgehend privatrechtlicher Art betrachtet. Sie konnten durch Kündigung beseitigt werden. Die Kündigung führte zum „vertraglosen Zustand“, in dem die

Zahnärzte ohne Bindung an Krankenkassenverträge nach der amtlichen Gebührenordnung ihr Honorar bestimmen konnten.

Bundessozialgericht: Zahnersatz ist ärztliche Behandlung

Diese Beurteilung änderte auch noch nicht der Umstand, dass das Bundessozialgericht 1966 (zm 1967, S. 150) das „Alsbacher Abkommen“ als Vertrag über die kassenzahnärztliche Versorgung bezeichnete, weil es sich bei Zahnersatz um ärztliche Behandlung der Krankheit „Fehlen von Zähnen“ handele. Dabei stützte sich das Gericht auf die Definition des ZHG. Ein Zwang zu Vergütungsverträgen wurde damit aber noch nicht gesehen; die Auffassung, nur bei voller Zahlung der Krankenkasse könne sie auch die Vergütung festlegen, blieb auch bei den Krankenkassen bestehen, obwohl ein maßgeblicher Beamter des Bundesarbeitsministeriums schon 1957 Vertrags- und Schiedsamtzwang auch für Zahnersatz angenommen hatte.

Streit um das Krankenversicherungs- Neuregelungsgesetz 1958

Der vom Bundesarbeitsministerium 1958 vorgelegte Entwurf eines Krankenversicherungs-Neuregelungsgesetzes sah vor, dass der „notwendige“ Zahnersatz Sachleistung für Versicherte werden sollte, die regelmäßig zahnärztliche Betreuung gesucht hatten. Obwohl es seit 1954 eine Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung gab, geriet der BDZ in den Wirbel, den dieser Plan auslöste. Er fühlte sich selbstverständlich dazu berufen, zu dieser kassenzahnärztlichen Frage Stellung zu nehmen, ging es doch darum, wie weit der privatrechtliche Teil, für den sich der BDZ verantwortlich fühlte, gegenüber dem kassenzahnärztlichen verteidigt werden konnte – eine Frage, die auch die BZÄK immer wieder beschäftigt. Die Mehrheit im BDZ akzeptierte den Vorschlag des KVNG und sah in ihm einen Fortschritt. Damit werde die Versorgung mit Zahnersatz endlich als ärztliche Behandlung einer Krankheit anerkannt, was zu dieser Zeit immer noch bestritten wurde. Finanzielle Nachteile für die Zahnärzte seien damit nicht verbunden, da als notwendiger Zahnersatz nur der anzusehen sei, der mit einfachsten Mitteln zur Wiederherstellung der Kaufähigkeit führe, und das tue schon der schleimhautgetragene Zahnersatz, für den es bis dahin schon Honorarbindungen durch Verträge mit den Krankenkassen gab. Die Honorarfreiheit für darüber

hinausgehenden Zahnersatz werde bestätigt. Dieser Auffassung widersetzten sich mehrere Zahnärztekammern auf das heftigste. Der Begriff des „notwendigen“ Zahnersatzes werde von den Gerichten mit Sicherheit nicht auf den schleimhautgetragenen Zahnersatz beschränkt. Zahnärzte könnten nicht unterschreiben, dass andere als schleimhautgetragener Zahnersatz nicht notwendig sei.

Honorarbindung auch bei Zahnersatz als Zuschussleistung

Diese Auffassung war sicher richtig. Aber ebenso falsch wie die Einschätzung der Mehrheit im BDZ, „notwendig“ sei nur der einfache Zahnersatz, war die Meinung der Minderheit, wenn Zahnersatz nicht Sachleistung werde, sondern Zuschussleistung bleibe, entgehe man der Honorarbindung.

Der Begriff „Sachleistung“ war vom Gesetz nicht vorgegeben. Die Reichsversicherungsordnung gebrauchte ihn nicht mehr. In den frühen Jahren ihrer Geltung war „Sachleistung“ die Umwandlung von Geld- in Naturalleistungen, etwa des Krankengeldes in Lebensmittellieferungen. Aber „Sachleistung“ hatte sich für die Zurverfügungstellung zahnärztlicher Leistungen, kostenfrei für den Versicherten, als Sprachgebrauch durchgesetzt. So verwandte den Begriff auch das Bundessozialgericht. Der erste Senat bezeichnete im Urteil vom 7.8.91 die Sachleistung als tragendes Prinzip der gesetzlichen Krankenversicherung und versagte Versicherten der RVO-Kassen die Kostenerstattung. Der Begriff „Sachleistung“ umfasse nur Naturalleistungen und nicht auch Geldleistungen zur Erstattung von Aufwendungen der Versicherten. „Sachleistung“ bedeute eine „Verschaffungspflicht“, die gewährleiste, „dass der Versicherte eine notwendige Leistung der Krankenpflege erhält, ohne sie sich selbst erst beschaffen und insbesondere ohne bei ihrer Inanspruchnahme eine unmittelbare Gegenleistung erbringen zu müssen“.

Nun kann auch der ärgste Rabulist nicht behaupten, der Versicherte erbringe bei Zahnersatz keine unmittelbare Gegenleistung, wenn er die Hälfte selbst bezahlen muss. Zahnersatz ist nach der Definition des ersten Senats keine Sachleistung.

So hatte es bis zum Urteil vom 24.1.90 auch der dritte Senat gesehen. Er war personengleich mit dem sechsten Senat, der für das Kassen(zahn)arztrecht zuständig war. Er wich in dieser Entscheidung von seiner bisherigen Auffassung

ab, die Versorgung mit Zahnersatz sei keine Sachleistung, sondern eine Leistung mit teilweiser oder völliger Kostenerstattung und billigte dem Versicherten nur einen „Sachleistungsanspruch“ (keinen Geldanspruch) auf den Zuschuss zu. „Der Umstand, dass der Versicherte auf Grund des mit dem Kassenzahnarzt abgeschlossenen Vertrages die den Zuschuss übersteigende Vergütung schuldet, gibt keine rechtliche Veranlassung, den Versicherten hinsichtlich und in Höhe des gesetzlichen Zuschusses mit einem eigenen Zahlungsanspruch gegen die Kasse auszustatten, ist der genannte Arztvertrag doch von vornherein nur auf den vom gesetzlichen Zuschuss nicht erfassten Teil des Honorars beschränkt.“

Eine KZV bestand besonders nachdrücklich auf dem Standpunkt, Zahnersatz sei keine Sachleistung und deshalb bestehe kein Vertragszwang. Sie war nicht bereit, einen Vertrag über Zahnersatz abzuschließen, auch nicht über die „Grundversorgung“ mit schleimhautgetragenem Zahnersatz, und den Zuschuss mit den Krankenkassen abzurechnen.

Das nahmen die Krankenkassen nicht hin und beantragten die Vergütungsfestsetzung beim Landesschiedsamt. Es lehnte die Festsetzung ab, weil für Zuschussleistungen kein Vertragszwang bestehe. Dem folgten auch das hiergegen von den Krankenkassen angerufene Sozialgericht und in der Berufungsinstanz das Landessozialgericht. Aber nicht das Bundessozialgericht! Es entschied 1974, Zahnärzte und Krankenkassen müssten Honorarverträge über Zahnersatz schließen, obwohl die Krankenkassen eine Vertragsfestsetzung durch das Schiedsamt nur für herausnehmbaren Ersatz gefordert hatten. Bei Verweigerung des Abschlusses muss nach dem Urteil des Bundessozialgerichts ein Schiedsamt die Gebühren festsetzen (zm 1974, S. 267). Einen vertragslosen Zustand gibt es seitdem nicht mehr.

Rückblickend betrachtet waren sowohl die Auffassung, nur der schleimhautgetragene Zahnersatz sei notwendig, als auch die Erwartung, bei Zuschussleistungen werde es keinen Vertragszwang geben, nicht geeignet, den Zahnärzten die Vertragsfreiheit zu erhalten.

Aber diese Erkenntnis bestand damals noch nicht, so dass dem BDZ erbitterte Auseinandersetzungen nicht erspart blieben. Die Bayerische Landeszahnärztekammer trat 1960 aus dem Bundesverband der Deutschen Zahnärzte aus, weil sie sich der Billigung des KVNG-Entwurfs nicht anschließen konnte.

Der Entwurf ist nicht Gesetz geworden. Aber er hat tiefe Wunden in die Gemeinsamkeiten der deutschen Zahnärzte gerissen, die auch nach dem Wiedereintritt der Bayerischen Landes Zahnärztekammer 1961 Narben hinterließen.

Zahnersatz im Sozialgesetzbuch

Im Sozialgesetzbuch (SGB) heißt es, dass der Versicherte im Rahmen der Krankheitsbehandlung zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz erhält (§ 27 Absatz 1 Nummer 2 SGB V). Der Gesetzgeber hat es für richtig gehalten, den Zahnersatz besonders zu erwähnen, weil eben noch nicht allgemeine Erkenntnis war, dass er zahnärztliche Behandlung sei. Diese Bestätigung des durch das ZHG herbeigeführten Zustands auch in der GKV mag überflüssig erscheinen, findet ein gewisse Berechtigung aber darin, dass für Zahnersatz besondere Regeln gelten, wie sie sonst für kein medizinisches Gebiet im Sozialgesetzbuch vorgeschrieben sind. Der Versicherte hat nämlich die Hälfte der Kosten selbst zu tragen. Das ist in aufeinanderfolgenden Gesetzesfassungen verschieden ausgedrückt worden. § 30 SGB V bestimmte in der Fassung von 1989: „Die Krankenkasse erstattet Versicherten 50 vom Hundert der Kosten der ... Versorgung mit Zahnersatz“. 1995 heißt es: „Versicherte haben einen Anspruch auf einen Zuschuss von 50 vom Hundert der Kosten der ... Versorgung mit Zahnersatz“. Und 1997: „Versicherte ... haben Anspruch auf einen Festzuschuss zu der ... Versorgung mit Zahnersatz“, dessen Höhe § 30 a bestimmte: „Der Festzuschuss umfasst 50 vom Hundert der Beträge...“. Seit 1999 steht in § 30: „Versicherte leisten zu der Versorgung mit Zahnersatz ... einen Anteil von 50 vom Hundert der Kosten“. An der Verteilung der Lasten zwischen Versichertem und Krankenkasse hat sich nichts geändert.

Folgerungen aus der Einordnung als Sach- oder Zuschussleistung

Geändert haben sich jedoch die Folgerungen, die aus den verschiedenen Fassungen gezogen werden. Solange von Kostenerstattung und Zuschüssen die Rede war, stand die Verpflichtung des Patienten im Vordergrund, die die Krankenkasse ihm zum Teil abnahm, indem sie einen Anteil übernahm. Es wurde für unzulässig gehalten, das zwischen Zahnarzt und Patient vereinbarte Honorar zu kürzen, mochte die Höhe des Honorars auch durch Verträge zwischen der Kranken-

kasse und der KZV vorgegeben gewesen sein. Den Anteil der Krankenkasse denselben Bestimmungen zu unterwerfen, die für die Gesamtvergütung galten, traute man sich nicht. Auch als die Gesamtvergütung „Budgets“ unterworfen wurde, bei deren Überschreitung Honorare gekürzt werden, wurden zwar die Zahnersatzhonorare im Gesetz gekürzt, blieben aber die Prothetikhonorare, die im Heil- und Kostenplan vereinbart waren, unangetastet. Um Hemmungen zu beseitigen, man könne, wenn der Versicherte die Hälfte selbst tragen müsse, kein Budget festlegen, durch das die vorher versprochenen Honorare nachträglich herabgesetzt werden, wurde die Regelung des Zahnersatzes im Solidaritätsstärkungsgesetz kurzerhand umgedreht, obwohl sich an der Lastenverteilung nichts änderte: Der Versicherte hat einen Anteil an der Last der Krankenkasse zu tragen. Die Begründung des Gesetzentwurfes sagt, die Versorgung mit Zahnersatz erfolge nunmehr als „Sachleistung“. Damit war der Weg frei, Obergrenzen der Gesamtvergütungen für alle zahnärztlichen Leistungen einschließlich Zahnersatz vorzugeben, die sich am Ausgabevolumen des Jahres 1997 orientierten. Damit gab es auch für Zahnersatz ein „Budget“. Der Versicherte habe „zu der Versorgung mit Zahnersatz als Sachleistung einen Anteil an den Kosten (grundsätzlich 50 vom Hundert) selbst aufzubringen“. Womit wohl gesagt sein soll, der eigentliche Schuldner sei die Krankenkasse. Der Sache nach ist das eine falsche Deklaration. Der Versicherte schuldet seinen Anteil auf Grund seines Entschlusses, mit dem Zahnarzt einen Vertrag zu schließen. Den Inhalt und die Einzelheiten dieses Vertrages bestimmen Zahnarzt und Versicherter, so den Umfang und die Termine der Behandlung und die Fälligkeit der Vergütung. Der Anspruch des Zahnarztes auf Ersatz seiner Aufwendungen bei der Beschaffung der zahntechnischen Leistung richtet sich nach den Auftragsvorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches. Die Krankenkasse tritt nicht für den Anteil des Patienten ein, wenn dieser nicht zahlt. Zudem: Wenn der Versicherte 50 Prozent zu tragen hat, dann müsste die Krankenkasse, um zu 100 Prozent zu kommen, genauso viel und nicht einen durch Quote verkürzten Anteil tragen. Der neuzeitliche Gesetzgeber scheut solche Widersprüche nicht, wenn er damit die Vergütung der Zahnärzte kürzen kann, vorgeblich, um den Beitrag und die damit verbundene Belastung mit der „Sozialquote“ des Arbeitsentgelts niedrig zu halten. Wie immer die Lasten zwischen Versichertem und Krankenkasse verteilt werden, so

bleibt doch der Rechtsgrund für Verpflichtungen des Patienten der von ihm mit dem Zahnarzt abgeschlossene Behandlungsvertrag.

Einschränkung des Behandlungsbegriffs

Solange in den Sozialgesetzen zu lesen war, der Versicherte erhalte die notwendige Behandlung seiner Krankheiten, ohne dass bestimmte Krankheiten und Behandlungen ausgeschlossen waren, legten Gerichte den vom Preußischen Oberverwaltungsgericht und vom Reichsversicherungsamt geerbten Begriff „Abweichung von der Norm, die der ärztlichen Behandlung bedarf“ an. Das Bundessozialgericht entschied, dass kieferorthopädische Leistungen Pflichtleistungen der Krankenversicherung seien. Die Krankenkasse müsse leisten, auch wenn keine Vergütungsvereinbarungen hierüber bestünden. Sie müsse sich Verträge mit den Zahnärzten verschaffen, bei Weigerung mit Hilfe des Schiedsgerichts. Auch Einlagefüllungen und Implantate wurden von Gerichten so beurteilt, allerdings nur in Einzelfällen und mit erheblichen Einschränkungen. Die Gerichte zogen zahnärztliche Gutachter heran, die die medizinische Notwendigkeit der vorgesehenen Behandlungen ohne jede Zurückhaltung bejahten. Die Krankenkassen selbst schreckten vor den Konsequenzen zurück; die Revision einer Kasse, die zu Kostentragung verurteilt worden war, wurde zurückgenommen. Über Kieferorthopädie kam es nach Urteilen des Bundessozialgerichts zu Verträgen, über Einlagefüllungen und Implantate nicht. Für sie gab es kein höchstrichterliches Urteil, durch das sich die Zahnärzte zum Abschluss von Verträgen gezwungen gesehen hätten.

„Notwendige Maßnahmen“ keine zahnärztliche Behandlung?

Die finanziellen Konsequenzen der Einbeziehung dieser Leistungen in die kassenzahnärztliche Versorgung riefen den Gesetzgeber auf den Plan. In § 28 Absatz 2 SGB V werden bestimmte kieferorthopädische Behandlungen, alle funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Maßnahmen sowie (außer in Ausnahmefällen) implantologische Leistungen als „nicht zur zahnärztlichen Behandlung gehörend“ bezeichnet. Natürlich gehören sie nach dem ZHG zur zahnärztlichen Behandlung von Krankheiten. Sie sind sogar im medizinischen Sinne „notwendig“, worauf § 27 SGB V den Leistungsanspruch des Versicherten beschränkt. Der

wahre Grund für den Ausschluss ist allein die Kostenbegrenzung. Hier hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, dass die gesetzliche Krankenversicherung nicht unbegrenzte Leistungen mit begrenzten Mitteln beanspruchen kann. Die Gerichte folgen der gesetzlichen Beschränkung. Das Bundessozialgericht hat es abgelehnt, den Versicherten von Belastungen, die das Gesetz durch Leistungseinschränkungen herbeiführt, freizustellen, weil Leistungen „notwendig“ seien. So muss der Versicherte den Kostenanteil bei Kronen auch dann tragen, wenn zahnmedizinische oder allgemein-medizinische Krankheiten den Behandlungsbedarf verursacht haben. Auch Einlagefüllungen gibt es nicht als „Sachleistung“, selbst wenn sie für „notwendig“ erachtet werden.

Aber der Eindruck soll aufrecht erhalten werden, der Versicherte erhalte uneingeschränkt die gesamte notwendige Behandlung, mag auch nach dem ZHG ein anderer Maßstab gelten. Diesen Eindruck vermittelt auch eine Aussage in den Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für eine ausreichend, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen. Neben den bereits in der Überschrift aus dem Gesetz zitierten Adjektiven ist in Nr. 1 zusätzlich gesagt, den Versicherten solle in der GKV eine „zugleich vollwertige“ Versorgung gewährleistet werden. Von den Richtlinien nicht erfasster Zahnersatz gehe nicht nur über das Ausreichende, Zweckmäßige und Wirtschaftliche, sondern auch über das Vollwertige hinaus, was wohl heißen soll, er sei mehr als vollwertig, das heißt überflüssig. Die Aufnahme der erwähnten Aussage in die Richtlinien war ein Zugeständnis an die Krankenkassen eines kleinen Vorteils in anderer Sache wegen. Die Neufassung der Richtlinien vom 4. Juni 2003 nimmt die Aussage über die Vollwertigkeit zurück.

Zudem unterstützten manche Stimmen aus den Reihen der Zahnärzte den Eindruck, alles medizinisch Notwendige werde von der GKV geleistet, wenn etwa gesagt wurde: „Komfortbehandlungen wie goldene Zahnfüllungen oder ein Luxus-Zahnersatz sind Konsumprodukte und können nicht mit Begriffen wie ‚Gesundheit‘ und ‚Heilen‘ auf Kosten der Solidargemeinschaft der GKV erbracht werden“ (Leserzuschrift eines Zahnarztes, FAZ vom 02.05.1996).

Einlagefüllungen und kombiniert festsitzend-herausnehmbarer Zahnersatz können sehr wohl medizinisch notwendig sein und dürfen nicht als überflüssiger Luxus abqualifiziert werden. Insofern ist auch § 28 SGB V methodisch nicht

korrekt, wenn dort andere als die preisgünstigsten plastischen Zahnfüllungen als über das Maß des nach den Regeln der ärztlichen Kunst Ausreichenden und Zweckmäßigen hinausgehend bezeichnet werden, deren Mehrkosten der Versicherte tragen muss.

Grenzziehung aus finanziellen, nicht medizinischen Gründen

Der sachliche Inhalt der Regelung hat vieles für sich, aber dafür musste er nicht falsch deklariert werden. Finanzielle, nicht aber medizinische Grenzen werden hier gezogen.

Die Bundeszahnärztekammer als Wahrerin des Erbes des ZHG hat ihren Beitrag zu leisten, eine aus Kostengründen vorgenommene Abqualifizierung zahnärztlich indizierter Behandlungen als „nicht notwendig“ zu beseitigen. Das neue Konzept der Ausrichtung der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde auf Prophylaxe ein Leben lang mit einem System von befundbezogenen Festzuschüssen könnte der Weg hierfür sein.

Gebührenordnung

Bundesgebührenordnung oder Ländergebührenordnungen

Eine Gebührenordnung für Zahnärzte muss nicht nur den Stand der Wissenschaften widerspiegeln. Sie muss auch, wie es heute in § 15 ZHG heißt, „den berechtigten Interessen der Zahnärzte und der zur Zahlung der Entgelte Verpflichteten Rechnung tragen“ und mit „Mindest- und Höchstsätzen“ einen Spielraum für die Bewertung der Leistungen nach ihrer Schwierigkeit und ihrem Zeitaufwand enthalten. Die Grundlage für eine bundeseinheitliche Gebührenordnung hoffte der BDZ mit dem ZHG erreicht zu haben, doch die Umsetzung stieß auf große Schwierigkeiten.

Das Grundgesetz sieht keine ausdrückliche Zuteilung der Zuständigkeit für ärztliche Gebührenordnungen vor. Nach Artikel 74 Nr. 19 besitzt der Bund die konkurrierende Zuständigkeit für die „Zulassung zu ärztlichen ... Berufen“; für andere Angelegenheiten der Heilberufe sind allein die Länder zuständig. Der Bund kann „die Sozialversicherung“ regeln (Art. 74 Nr. 12). Dass allein für die Sozialversicherung bundeseinheitliche Gebührenregelungen ergingen, die auch Auswirkungen auf den privaten Bereich gehabt hätten, wollten der BDZ und seine Vorgänger verhindern. Sie schlugen vor, eine Ermächtigung zum Erlass einer

Bundesgebührenordnung in das ZHG aufzunehmen. Dem folgte das Innenministerium. Die Bundestagsausschüsse für Inneres und Justiz sprachen sich jedoch dagegen aus. Dem Bund fehle die Kompetenz. Es gelang dennoch, Bundestag und Bundesrat dazu zu bewegen, in § 15 ZHG den Bundesminister des Innern zum Erlass einer Gebührenordnung für Zahnärzte mit Zustimmung des Bundesrates zu ermächtigen.

Der Bundesrat stellte allerdings seine Zustimmung schon im Jahr darauf wieder in Frage, als 1953 bei einer Erhöhung der Preußischen Gebührenordnung (Preugo) zum ersten Mal Gebrauch von der Ermächtigung gemacht werden sollte. Aber mit Erfolg wurde darauf hingewiesen, er könne nicht 1952 zustimmen und 1953 bei der ersten Anwendung die Zuständigkeit in Frage stellen. Beim Erlass der Gebührenordnung 1965 kam der Bundesrat nicht wieder auf seine Bedenken zurück. Schließlich fand das Bundesverfassungsgericht im Zusammenhang mit Verfassungsbeschwerden der Ärzte gegen ihre ungeliebte Gebührenordnung in einem Beschluss vom 12.12.1984 die Zuständigkeit des Bundes in Art. 74 Grundgesetz Nummern 1 (Bürgerliches Recht) und 11 (Recht der Wirtschaft). Die mit einem Husarenritt erstrittene Kompetenz des Bundes hat bis heute Bestand. Der BDZ nutzte das aus und machte rasch Vorschläge für eine Bundesgebührenordnung für Zahnärzte.

Weg von der „Preugo“

Dabei traf er in der Preußischen Gebührenordnung (Preugo) von 1924 auf ein völlig veraltetes Regelwerk. In dieser für Ärzte wie Zahnärzte gleichermaßen gültigen Gebührenordnung waren für die Zahnheilkunde nur einige wenige, meist überholte Leistungsansätze enthalten. Als Gebühren waren zur Gründungszeit des BDZ beispielsweise für die Beratung eines Zahnkranken einschließlich Untersuchung des Mundes in Nr. 1a des für Privatpatienten geltenden Teils III 1,50 – 20 DM vorgesehen. Wenn man in dieser breiten Gebührenspanse den Mittelwert ansetzte, waren das immerhin 10,75 DM – für die Verhältnisse 1953 war das viel Geld. Allerdings kam der Mittelwert damals nur wenig zur Anwendung, das setzte sich erst später durch. Für eine Amalgamfüllung, gleich wie vielflächig, gab es nach Preugo III 24c einen Gebührenwert zwischen 4,50 und 20 DM.

Gebühren bei Krankenkassen

Es waren nicht so sehr die Gebühren für Privatpatienten, die die Zahnärzte drückten, sondern die des Teils IV der Preugo „Gebühren für Zahnärzte bei Krankenkassen und Fürsorgeverbänden“. Hier galten zur Gründungszeit des BDZ Festsätze, die folgende Honorarbeträge vorsahen: Je 1 DM für Beratung und Untersuchung oder das Entfernen eines Zahnes, auch eines mehrwurzeligen. 2,50 DM gab es für eine ein- oder mehrflächige Füllung, eine Füllung „mit Vorbehandlung“, d.h. Wurzelbehandlung (Mortalamputation) brachte 5 DM. Zwar wurden die Gebühren der Preugo IV kurz nach Gründung des BDZ für Beratungen und Füllungen um 50 Prozent, die anderen Leistungen um 20 Prozent erhöht – aber auch die sich daraus ergebenden Sätze waren so niedrig, dass Zahnärzte sie unerträglich fanden. Und die Kassenzahnärzte erhielten nicht einmal diese Beträge. Die Krankenkassen leisteten eine Kopfpauschale, die sich nach ihren Ausgaben 1932/33 richtete. Das erlaubte nur die Verteilung einer „Quote“. Diese unterschied sich von Kasse zu Kasse und lag 1954 im Durchschnitt für Zahnärzte bei 74,41 Prozent und für Dentisten bei 69,03 Prozent der Sätze der Preugo IV.

BDZ als Vertragspartner der Krankenkassen von Preugo IV betroffen

Der BDZ führte Vergütungsverhandlungen

mit Krankenkassen und war deshalb von den Vorgaben der Preugo IV unmittelbar betroffen. Sein Ziel war es, die Gebühren des Teils IV so weit erhöht zu bekommen, dass sie über den tatsächlich gezahlten Kassensätzen lagen. Ein Verhandlungsziel war es, die Kassenvergütungen an die Sätze der Gebührenordnung heranzuführen. Eines der damaligen Argumente lautete, die Krankenkassen-Vergütungen lägen unter den „Armensätzen“ der Fürsorgeverbände. Zumindest diesen Mindestbetrag müssten die Krankenkassen zahlen, forderte der BDZ. Als 1957 die Preugo IV-Gebühren um 33,3 Prozent erhöht wurden, entstand wieder ein deutlicher Vorsprung vor den tatsächlich von den Krankenkassen gezahlten Vergütungen.

Mit den Ersatzkassen konnte der BDZ zwar eine Vergütung nach Einzelleistungen vereinbaren und sich von der Preugo IV lösen, aber auch die Ersatzkassen-Gebührenordnung war weit von der Angemessenheit entfernt. Später gelang es dann nicht mehr, mit den Ersatzkassen vorzupreschen, sie blieben sogar hinter den RVO-Kassen zurück und mussten 1961 erst durch einen „vertraglosen Zustand“ zur Übernahme des „Bewertungsmaßstabes“ (Bema) gezwungen werden.

Zuständigkeiten für den Erlass der Gebührenordnung

§ 15 ZHG beschränkte sich darauf, die Zuständigkeit des Bundesministers des Innern zum Erlass einer Gebührenordnung für Zahnärzte auszusprechen. Inhalt, Zweck und Ausmaß der Ermächtigung, deren Bestimmung Artikel 80 Grundgesetz fordert, wurden erst bei einer späteren Änderung des ZHG dahin festgelegt, dass es Mindest- und Höchstsätze geben und den berechtigten Interessen der Zahnärzte und der zur Zahlung der Entgelte Verpflichteten Rechnung getragen werden müsse.

Teil III Preugo, die Privatgebührenordnung für zahnärztliche Leistungen, wurde bei den Preugo-Erhöhungen 1953 und 1957 vom Wirtschaftsminister mit Geltung für die Ärzte geändert, während der Innenminister die Änderung des Teils III für die Zahnärzte nachvollzog und Teil IV in ähnlichem Umfang erhöhte. Der Innenminister sah sich nicht in der Lage, im Teil IV einen höheren Prozentsatz der Steigerung zu verordnen als der Wirtschaftsminister für Teil I – III gewählt hatte, obwohl Teil IV deutlich schlechter als die anderen Teile war.

Das neue Bundesgesundheitsministerium wird zuständig

1964 wurde das neu geschaffene Bundesministerium für Gesundheitswesen für die Gebührenordnung der Zahnärzte zuständig. Für die Schaffung eines Gesundheitsministeriums hatte sich der BDZ mit Nachdruck eingesetzt. Die Bedeutung der Gesundheitspolitik müsse durch ein eigenes Ministerium mit Sitz am Kabinetts-tisch zum Ausdruck kommen. Der BDZ erhoffte sich davon eine bessere Vertretung seiner Interessen, obwohl er sich über das bis dahin zuständige Innenministerium nicht hatte beklagen können. Tatsächlich blieben die Kontakte sogar bestehen, denn die Gesundheitsabteilung des Innenministeriums wechselte geschlossen in das neue Gesundheitsministerium.

Mit der Gebührenordnung 1965 erfüllten sich die Erwartungen der Zahnärzte weitgehend. Doch als herbe Enttäuschung folgte der Wechsel der Zuständigkeit für die Gebührenordnung vom Gesundheits- hin zum Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung. Zur Begründung hieß es, die Auswirkungen auf die GKV seien so groß, dass die Gebührenregelung dem für die Sozialversicherung zuständigen Ministerium unterstehen müsse. Was mit dem Gesundheitsministerium noch hatte abgewendet werden können, wurde nun Wirklichkeit: Die Privatgebührenordnung hing vollständig von der Sozialversicherung ab. Und vom Regen in die Traufe kam man, als die GKV und mit ihr die private Gebührenordnung dem Gesundheitsministerium zugeschlagen wurde, das damit in erster Linie zum Ministerium der GKV wurde. Wegen der Bedeutung der Gebührenordnung wurde schließlich die Zuständigkeit auf die gesamte Bundesregierung übertragen, die für die ärztliche Gebührenordnung schon seit der Bundesärzteordnung 1964 zuständig war. Die Federführung blieb aber beim für die GKV zuständigen Ministerium. Dort standen Auswirkungen auf die Vergütungen in der Sozialversicherung im Vordergrund, was in der Begründung der GOZ 1988 mit der Empfehlung, den Bema an die GOZ anzugleichen, offen ausgesprochen wurde.

Entwurf einer „Bugo“

Schon der VDZB hatte die Grundzüge eines Entwurfs einer Gebührenordnung erarbeitet, den dann ein Ausschuss des BDZ vollendete. 1958 wurde er dem Bundesinnenministerium vorge-

legt. Für die einflächige Füllung als Eckpunkt wurden zehn DM als Einzelsatz vorgeschlagen; die anderen Leistungen sollten ihrem Aufwand entsprechend im Vergleich dazu bewertet werden. Doch eine rasche Verwirklichung erwies sich als allzu kühner Traum. Im Lauf der Jahre blieben die Gebühren, insbesondere in der Sozialversicherung, meilenweit hinter der Angemessenheit zurück. Die „Quoten“ näherten sich zwar den Sätzen der nach dem Vorbild der Preugo IV gestalteten Kassenzahnärztlichen Gebührenordnung (Kazgo), die 1960 sogar erstmals überschritten wurden, erträglich war das alles für die Zahnärzte jedoch nicht. Das erkannten sogar die Vertreter der Krankenkassen an, recht einsichtige Leute - damals.

Bugo-Entwurf als Bema-Vorbild

Die Zahnärzte schlugen den Krankenkassen den Entwurf des BDZ als „Bewertungsmaßstab für die kassenzahnärztlichen Leistungen“ vor. Nach intensiven Verhandlungen kam es 1961 zu einem Abschluss als Teil des Bundesmantelvertrages zwischen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und den Bundesverbänden der Krankenkassen. Zwar mussten einige Einschränkungen hingenommen werden, aber der Kern des BDZ-Entwurfs blieb erhalten. Für die einflächige Füllung sah der Bema 20 Punkte vor. Zu einem Punktsystem war man gekommen, weil man die in den Ländern durch den Punktwert zu vereinbarenden Vergütungen flexibel gestalten wollte. Aus den 10 DM des Bugo-Entwurfs für die einflächige Füllung wurden 20 Punkte gemacht, weil 1 DM aus dem BDZ-Entwurf in zwei Punkte aufgeteilt wurde. Zwar sah der Entwurf nur glatte DM-Werte vor, die man als Punkte hätte übernehmen können, aber zwei Punkte sahen nach Auffassung der Krankenkassen einfach besser aus als einer. Begonnen wurde dann 1961 mit einer „Empfehlungsvereinbarung“ von 0,39 DM für den Punkt. Dieser Punktwert sollte zu einer Erhöhung der Vergütungen von 35 Prozent führen. Die KZVen und Krankenkassen sollten den Punktwert in ihre Gesamtverträge übernehmen. Mit den Ersatzkassen wurden zentral 0,41 DM vereinbart, wozu sie allerdings erst nach massiven Auseinandersetzungen und einer Phase des „vertraglosen Zustands“ bewegt werden konnten. Während der vertraglosen Zeit konnten Zahnärzte bei Ersatzkassenversicherten nach der Privatgebührenordnung liquidieren. Das war rechtlich möglich, weil die Ersatzkassen nicht in das 1955

beschlossene Kassenarztrecht einbezogen waren und bei ihnen kein Vertrags- und Schiedsamtzwang bestand. Als Folge des vertraglosen Zustands wurde mit den Ersatzkassen eine Schiedsstelle für die Gebühren vereinbart, die Auseinandersetzungen wie zuvor verhindern sollte.

Bema als Bugo-Hilfe

Mit dem Bema in der Hand drängte der BDZ auf die neue Gebührenordnung, der sich auch die Krankenkassen nach der Vereinbarung des Bema nicht mehr widersetzen. Es dauerte aber noch bis 1965, bis das nunmehr zuständige Bundesgesundheitsministerium die neue Gebührenordnung für Zahnärzte, die „Bugo“, erließ. Parallel dazu erhielten auch die Ärzte eine neue Gebührenordnung. Eine gemeinsame Gebührenordnung wie die Preugo verbot sich 1965, weil die Zuständigkeiten verschieden waren und mit der Bugo Z ein vollkommen neues Werk geschaffen wurde, während für die Bugo Ä einfach das Leistungsverzeichnis der „E-Adgo“ herangezogen wurde, welches die Kassenärztliche Bundesvereinigung 1963 mit dem Verband der Angestellten-Krankenkassen vereinbart hatte. Versehen wurden beide Gebührenordnungen mit einleitenden Paragraphen, die sich an die Preugo anlehnten und weitgehend wortgleich waren. Die Behandlung von Luxationen und Frakturen im Bereich des Gesichtsschädels fand sich in der zahnärztlichen, nicht in der ärztlichen Gebührenordnung.

Nicht alle Wünsche gingen in Erfüllung, so der nach einer „Revisionsklausel“ für eine laufende Anpassung an veränderte wirtschaftliche Verhältnisse. § 13 Preugo („Von Zeit zu Zeit wird durch einen Ausschuss geprüft, ob die Gebührensätze dem jeweiligen Teuerungsstand entsprechen... Je nach dem Ergebnis der Prüfung bleibt eine Änderung der Gebührensätze vorbehalten.“) findet sich in den neuen Gebührenordnungen nicht wieder.

Einfachsätze gelten für Krankenkassen

§ 3 der Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte bestimmte, dass die Einfachsätze galten, wenn Träger der Sozialversicherung die Zahlung leisten. Diese Bestimmung störte die Zahnärzte nicht, im Gegenteil, ließ sich doch daraus ableiten, dass die Mindestsätze nur galten, wenn die Krankenkasse die ganzen Kosten trägt, nicht aber, wenn nur Zuschüsse geleistet

werden. Die Einfachsätze lagen über den Vergütungen der Krankenkassen. Erst mit einem Punktwert von 0,50 wurden sie mit dem Bema 66 erreicht. Später wurden sie überschritten. Der Einwand der Krankenkassen, sie dürften keine höheren Vergütungen zahlen als die Einfachsätze der Gebührenordnung, konnte sich nicht durchsetzen.

Umgang mit der Bugo

Die Anwendung der neuen Gebührenordnung gelang ohne große Schwierigkeiten. Von der Möglichkeit, durch Vereinbarung von der Gebührenordnung abzuweichen, die § 1 uneingeschränkt enthielt, wurde wenig Gebrauch gemacht. Dazu bestand auch kein Anlass, die Gebührensätze vom Ein- bis Sechsfachen lieferte ausreichenden Spielraum. Wenn Leistungen nicht in der Gebührenordnung enthalten waren, erfolgte die Abrechnung über die Gebührenordnung für Ärzte, etwa die Röntgenleistungen. Waren auch dort keine Leistungsansätze zu finden, richtete sich die Vergütung in Analogie nach den Sätzen gleichwertiger Leistungen. Den Zahnärzten fiel der Umgang mit der Bugo auch deshalb nicht schwer, weil sie fast alle Leistungsansätze aus dem Bema mit gleicher Numerierung kannten. Der Bema wurde 1966 unter Zuhilfenahme der verabschiedeten Bugo neu gefasst und von einschränkenden Bestimmungen weiter befreit, auf denen die Krankenkassen 1961 noch bestanden hatten.

Ärger mit der privaten Krankenversicherung (PKV) oder der Beamten-Beihilfe gab es so gut wie nie. Die Privatpatienten nahmen es hin, dass sie nur geringe Erstattungen erhielten. Die PKV bot nur wenig für Zahnbehandlungen. Sie wurde hierzu nicht genötigt, weil die GKV erst später mit großzügigen Leistungen winkte und damals sehr beschränkte Leistungen bot. So wurde in der Prothetik nur für schleimhautgetragenen Zahnersatz Zuschuss gewährt, bei feststehendem Ersatz allenfalls geringe Festzuschüsse. Die Beihilfe beschränkte sich auf den ein- oder zweifachen Satz der Gebührenordnung, später den vierfachen, in der Prothetik sogar einschließlich der Material- und Laborkosten. Kurze Zeit vor Verabschiedung der Bugo hieß es in einer Veröffentlichung der PKV, Zahnbehandlungskosten seien eigentlich kein versicherbares Risiko, weil bei jedem Versicherten Schadensfälle zu erwarten seien. Die PKV griff auf, was der BDZ-Präsident wiederholt gesagt hatte: Regel ist der zahnkranke, Ausnahme der

zahngesunde Mensch. Die Beihilfe wurde durch Verwaltungsgerichtsurteile gezwungen, die Beschränkung auf den vierfachen Satz aufzugeben und Material- und Laborkosten gesondert zu erstatten. Ihre Erstattung wurde nach der Bugo zur Selbstverständlichkeit.

Material- und Laborkosten

Neben den für die einzelnen Leistungen festgesetzten Gebühren können die zahntechnischen Laborkosten berechnet werden, hieß es in § 3 Bugo. Auf die Erstattung dieser Kosten und ihren gesonderten Ausweis in der Rechnung hatte der BDZ besonderen Wert gelegt. Damit wurde eine weit verbreitete Übung, zahnärztliche Leistung sowie Material- und Laborkosten in einer Summe zu erfassen – etwa: Krone 200 DM – aufgegeben. Der BDZ wollte klar ausweisen, wieviel für die zahnärztliche Behandlung und wieviel für die davon getrennte technische Leistung bezahlt wurde. Die Faustregel damals lautete, dass die zahnärztliche Leistung zwei Drittel der Gesamtsumme, die technische Leistung ein Drittel ausmachen sollte. Später verschob sich das Verhältnis ganz eindeutig zu Lasten des zahnärztlichen Honorars, das weit weniger als die Hälfte der Gesamtkosten beträgt. Die Aufteilung in zwei Komponenten hatte zur Folge, dass die technischen Leistungen ein eigenes Gewicht bekamen. In anderen Ländern, z. B. in Frankreich, wird die Aufteilung der einheitlichen Leistung als Verlust der zahnärztlichen Kompetenz angesehen. Die Gefahr bestätigte sich insofern, als Zahntechniker ihre Leistung nicht mehr als Hilfsleistung für den Zahnarzt, sondern als eigenständige Leistung betrachteten. Sie sprachen und sprachen davon, dass der Zahnarzt den Zahnersatz „verordne“, wie etwa der Arzt die Leistung des Apothekers oder des Optikers.

Zahnersatz wird nicht „verordnet“

Der Vergleich ist aber falsch. Mit der Verordnung überlässt der Arzt die Versorgung des Patienten dem die Verordnung Ausführenden. Der Zahnarzt nimmt dagegen mit der Eingliederung die Versorgung selbst vor. Der Patient tritt in unmittelbare Vertragsbeziehungen zu Apotheker und Optiker, nicht aber zum Zahntechniker. Aber inzwischen vereinbaren Krankenkassen mit Zahntechnikern die Vergütungen. Die Zahnärzte müssen diesen Vereinbarungen folgen, ja müssen sogar eine fünfprozentige Minderung der in

Praxislaboratorien erbrachten technischen Leistungen hinnehmen. Dies, obwohl eine Untersuchung des Bundesfinanzministeriums ergeben hatte, dass ein Wettbewerbsnachteil gewerblicher Laboratorien gegenüber Praxislaboratorien, womit der Abschlag begründet wurde, nicht besteht.

§ 30 SGB V definiert Zahnersatz als „zahnärztliche Behandlung und zahntechnische Leistungen“. Für die Zahntechnik gibt es eigene Regeln. Nachdem die Zahnärzte sich zur Trennung der Vergütungen für Behandlung und Technik entschlossen haben, haben die Zahntechniker die Regelungen mit den Krankenkassen in der Hand.

Neue Gebührenordnung für Ärzte 1982

Während die Zahnärzte mit ihrer neuen Gebührenordnung gut zurecht kamen, wurde bei den Ärzten schon bald die Bugo 65 als nicht mehr zeitgemäß empfunden. Man half sich mit einer von der Bundesärztekammer erarbeiteten Liste analoger Bewertungen. Mit den Bundesverbänden der Krankenkassen vereinbarte die Kassenärztliche Bundesvereinigung 1971 einen Bewertungsmaßstab (BMÄ) in ähnlicher Struktur wie der Bema der Zahnärzte. Zugrunde legten die Partner des Bundesmantelvertrages Ärzte die Gebührenordnung 1965, bezogen die inzwischen entwickelten analogen Bewertungen ein und bewerteten einige wichtige Leistungspositionen neu. 1977 gaben die Ärzte, gezwungen durch das Kostendämpfungsgesetz, die Zweiteilung der Gebühren in die Ersatzkassen Adgo und den BMÄ auf und vereinbarten den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Er wurde Grundlage des Leistungsverzeichnisses der Gebührenordnung 1982 (GOÄ). Als Einzelsätze wurden die mit den Ersatzkassen vereinbarten Gebühren herangezogen.

Beschränkung der Vertragsfreiheit

Grundlegend geändert wurden die dem Leistungsverzeichnis vorangehenden Paragraphen. Der Vorrang freier Vereinbarungen vor der Gebührenordnung wurde abgeschafft. Nur die Höhe der Vergütung können Arzt und Patient noch abweichend von der Gebührenordnung vereinbaren, und dies nur unter Einhaltung eines besonderen Rituals. Die Vereinbarung muss vor der Behandlung in einem Schriftstück erfolgen, das keine weiteren Erklärungen enthalten darf als den obligatorischen Hinweis, dass die Erstattung (durch Beihilfe, private Krankenversicher-

ung oder sonstige Erstattungsstellen) nicht gewährleistet ist. Die Rechtsprechung hat insbesondere unter Anwendung des Gesetzes über Allgemeine Geschäftsbedingungen freie Vereinbarungen weiter eingeschränkt, so dass praktisch von einer Beseitigung der Vertragsfreiheit gesprochen werden muss.

Immerhin blieb dem Arzt noch die Befugnis erhalten, seine Vergütung nach Schwierigkeit und Zeitaufwand der Leistung nach billigem Ermessen zu bestimmen, wenn auch nicht mehr nach den Vermögens- und Einkommensverhältnissen des Zahlungspflichtigen.

Widersprüchliche Gebührenrahmen

Der Gebührenrahmen wurde aber drastisch verkleinert. Statt des Ein- bis Zwanzigfachen nach der Preugo und des Ein- bis Sechsfachen nach der Bugo beträgt der Rahmen der GOÄ das Ein- bis Dreieinhalbfache. Neben diesen Rahmen tritt ein weiterer. In der Regel darf nur bis zum 2,3fachen, dem Mittelsatz des zuvor gegebenen Rahmens, liquidiert werden. Es kam zu Auseinandersetzungen darüber, ob die durchschnittlich schwierige und zeitaufwändige Leistung nach dem Mittelsatz des weiteren oder engeren Rahmens abzurechnen sei. Zwingend ableiten lässt sich die Lösung aus der Gebührenordnung nicht. Es ist ein Widerspruch in sich, zunächst einen Gebührenrahmen vorzugeben, aus dem sich der für den Durchschnittsfall anzuwendende Mittelwert ergibt, und dann die Einschränkung zu machen, in der Regel sei nach einem engeren Rahmen mit geringerem Mittelwert abzurechnen. Die Praxis hat sich über den Widerspruch hinweggesetzt. Nach den neuen Vorschriften über die Rechnungslegung muss der Arzt eine Berechnung über dem Mittelwert der größeren Spanne, dem 2,3fachen, schriftlich begründen. Begründen musste der Arzt nach der Rechtsprechung zu früheren Gebührenordnungen die Überschreitung des Mittelwerts der vorgegebenen Spanne. Wo der Begründungszwang einsetzt, liegt der Mittelwert. Dieser Übung folgen die Ärzte bei der neuen Gebührenordnung und berechnen weithin den Mittelsatz der größeren Spanne. Sie müssen sich aber immer wieder vorhalten lassen, eigentlich den Mittelwert der engeren Spanne berechnen zu müssen.

Die engere Spanne bekommt Gewicht

Der kleinere Mittelwert, das 1,7fache, hat erheblich mehr an Gewicht gewonnen, seit an ihn

in anderem Zusammenhang angeknüpft wird. Nach dem Standardtarif der PKV für Rentner gemäß § 257 Abs. 2a SGB V wurde das 1,7fache Höchstwert. Diese zunächst für die Erstattungsleistung der Versicherung vorgenommene Einschränkung wurde 1999 auch auf das Honorar übertragen. Nach § 5a GOÄ und GOZ dürfen Leistungen für nach dem Standardtarif Versicherte mit höchstens dem 1,7fachen berechnet werden. Die Behauptung, damit lägen die Honorare immer noch über den Krankenkassen-Vergütungen, trifft auf die Zahnärzte nicht zu. Das belegt eine von der PKV in Auftrag gegebene Untersuchung des BASYS-Instituts von 1994. Sie ergab, dass die zahnärztlichen Privathonorare bei einem Multiplikator knapp über dem 2,3fachen 28 Prozent höher lagen als die Vergütungen, die Zahnärzte für die Behandlung von Kassenpatienten erhalten. Ein Gleichstand hätte beim 1,835fachen gelegen, beim 1,7fachen Satz lagen die Vergütungen demnach 8 Prozent niedriger. An dieser Feststellung ändert auch nichts ein später von der PKV in Auftrag gegebenes Gutachten von „Inifes“. Es beschränkt sich auf einzelne, nicht alle Leistungen und kommt zu dem von der PKV gewünschten Ergebnis, die Privatgebühren lägen beim 1,7fachen höher als die Kassenvergütungen. Dass es in dieser Frage bislang noch nicht zum offenen Eklat gekommen ist, liegt wohl an der geringen Zahl der nach Standardtarif privatversicherten Rentner.

Bei zahnprothetischen Leistungen wurde für die Ermittlung der Festzuschüsse und der entsprechenden Honorare das 1,7fache herangezogen. Vorrang erhielt die kleinere Gebührenspanne auch durch den § 87a SGB V. Er schränkte 1999 den Gebührenrahmen für „Mehrkosten“ (Füllungen und Zahnersatz über das Maß des Notwendigen hinaus) auf das 2,3fache ein, für lichthärtende Composite-Füllungen in Schicht- und Ätztechnik im Seitenzahnbereich das 3,5fache. Mit dem 2,3fachen hätte man unter den für diese Leistungen vom Schiedsamt festgesetzten Kassenvergütungen gelegen (Nr. 13 e-g Bema).

Gebührenordnung für Zahnärzte 1988 (GOZ)

Die Tage der Bugo waren aber gezählt, das Bundesarbeitsministerium drängte auf eine Gleichstellung mit der GOÄ. Zahnärzte empfanden eine Anpassung der Gebührenhöhe an die seit 1965 veränderten wirtschaftlichen Verhältnisse und die Aufnahme neuer Leistungen,

insbesondere Prophylaxe, Funktionsanalyse und Implantologie, für angezeigt, ohne dass ein wirkliches Bedürfnis nach Änderung empfunden wurde. Die nach der Bugo zulässige Analogie und der weite Gebührenrahmen hatten sich als brauchbar erwiesen. Vorschläge für eine neue Fassung legte der BDZ also mehr aus Pflichtbewusstsein denn aus eigenem Antrieb vor. Aber er fand damit kaum Gehör. Zwar konnte in den vorbereitenden Gesprächen der Referentenentwurf um einige besonders belastende Punkte entschärft werden, etwa die Bestimmung, dass Abdruckmaterialien mit den Gebühren abgegolten seien. Aber als neue Gebührenordnung (GOZ) verabschiedete die inzwischen in ihrer Gesamtheit verantwortliche Bundesregierung ein Werk, in dem der BDZ seine Vorschläge nicht wiederfand. Die einleitenden Bestimmungen wurden nach dem Vorbild der GOÄ gestaltet, also Einschränkung der Vertragsfreiheit, Beschränkung des Gebührenrahmens, Begründungszwang bei Überschreitung des Mittelwertes und Auflagen für die Rechnungslegung.

Nicht zulässig ist nach der GOZ eine Vereinbarung abweichend von den Leistungsansätzen der Gebührenordnung. Zahnarzt und Patient können nicht mehr ein Gesamthonorar für eine einheitliche Leistung vereinbaren, etwa einen Betrag für alle mit der Eingliederung einer Brücke verbundenen Leistungen. Begründet wird das Verbot damit, solche Vereinbarungen machten Erstattungsstellen ihre Arbeit unmöglich. Sie müssten fest von der Gebührenordnung vorgegebene Bezugsgrößen haben.

Zahnärzten fiel anfangs schwer, diese Notwendigkeit einzusehen. Viele hielten es für ausreichend, sich zu erlauben, für zahnärztliche Bemühungen in einer bestimmten Zeit einen bestimmten Betrag zu berechnen. Es kam zu Gerichtsurteilen, die Zahnärzte zur nachprüfbareren Rechnungslegung verpflichteten. Nur zögerlich war man hierzu bereit. Der BDZ wollte zunächst nur anerkennen, Gesamtbeträge getrennt nach konservierend-chirurgischer und prothetischer Behandlung anzugeben. Aber der Zwang der Erstattungsstellen, nach den einzelnen Leistungen der Gebührenordnung vorzugehen, führte dazu, dass bei jeder Leistung der Ansatz der Gebührenordnung und der Betrag anzugeben war.

Gleichwohl bestand der BDZ darauf, auch Vereinbarungen abweichend von den Leistungsansätzen zuzulassen, jedenfalls dann, wenn Erstattungsstellen auch ohne Aufgliederung zu recht kommen. Bei den 1998 eingeführten Fest-

zuschüssen wäre eine solche Möglichkeit hilfreich gewesen. Sie hätte die Schwierigkeiten vermieden, die als Grund für das Scheitern der Festzuschüsse angeführt werden. „Die Erfahrung mit Festzuschüssen hat gezeigt, dass die Standardisierung der Festzuschüsse in bestimmten Fällen, insbesondere in Härtefällen, zu Problemen führt, die in einem standardisierten Festzuschussystem nie vollkommen ausgeschlossen werden können“ und „insbesondere bei Versicherten, die Anspruch auf eine vollständige Befreiung von den Kosten nach § 61 haben, hat dieses System zu hohen Zuzahlungen geführt und damit die vollständige Freistellung nicht gewährleistet“, heißt es in der Begründung des Gesetzes, durch das Festzuschüsse wieder abgeschafft wurden. Die Schwierigkeiten wären vermieden worden, wenn in Härtefällen die Beträge, die für die Erstattung vorgesehen waren, hätten vereinbart werden können.

Beschränkung der Analogie und der Verweisung in die GOÄ

Weitergehend als in der GOÄ wurden die Verweisung in die andere Gebührenordnung und die Analogie beschränkt. Nur noch einzelne, besonders benannte Positionen aus der GOÄ darf der Zahnarzt abrechnen, und die analoge Bewertung von nicht in den Gebührenordnungen enthaltenen Leistungen scheidet ganz aus.

Die GOZ erhebt den Anspruch, alle denkbaren Leistungen zu enthalten; was hier nicht aufgeführt ist, darf es nicht geben. So sind beispielsweise naturheilkundliche Maßnahmen in der Zahnheilkunde nicht von der Gebührenordnung gedeckt. Eine Ausnahme wird nur für nach dem Inkrafttreten der Gebührenordnung entwickelte Leistungen gemacht. Die weitergehenden Einschränkungen wurden mit schlechten Erfahrungen mit der GOÄ begründet, und die GOZ nahm die für Ärzte vorgesehenen Änderungen vorweg. Zu den angedrohten Änderungen in der GOÄ ist es allerdings nie gekommen, die Benachteiligungen trafen also nur die Zahnärzte.

Keine Gebührenerhöhung seit 1965

Benachteiligt fühlten sich die Zahnärzte auch deshalb, weil die neue Gebührenordnung keine Erhöhung gegenüber 1965 brachte. Erklärtes Ziel der Bundesregierung war eine „kostenneutrale“ Umstellung der Bugo auf die GOZ. Der BDZ kam anhand von Beispielrechnungen zu dem

Ergebnis, dass die neue Gebührenregelung eine Verschlechterung gegenüber der alten bedeute.

Veränderte Leistungsansätze

Als neue Leistungen wurden Prophylaxe, funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen sowie die Implantologie aufgenommen. Leistungen, die schon in der Bugo enthalten waren, wurden erheblich umgestaltet und umbewertet. Mit dem größten Teil der Umbewertungen konnten sich die Zahnärzte nicht anfreunden und die Aufforderung in der Begründung der GOZ, den Bema nach dem Vorbild der GOZ umzugestalten, blieb unerfüllt. In der GOZ wurde nicht mehr die Zahnheilkunde als Ganzes und nach der Definition des ZHG beschrieben, denn die Mund- und Kieferchirurgie wurde herausgebrochen und in die GOÄ übernommen. Diese Leistungen können die Zahnärzte zwar über Verweisung abrechnen, aber Leistungskomplexe wurden zerrissen und in der GOZ schlechter als in der GOÄ bewertet. So finden sich Operationen von Zysten durch Zystektomie und Zystostomie zwar in der GOZ, ausgedehnter Zysten mit verhältnismäßig höherer Vergütung aber in der GOÄ. Die Vestibulumplastik je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich steht in der GOZ mit 550 Punkten, in der GOÄ mit 700.

Eine Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte

Eine Zusammenführung der ärztlichen und der zahnärztlichen Gebührenordnung erscheint erstrebenswert. Mit ihr ließen sich die Diskriminierungen der Zahnärzte eher beseitigen als im Alleingang. Leistungskomplexe könnten wieder zusammengeführt und unterschiedliche Bewertungen gleicher Leistungen vermieden werden. Die Gründe für die Trennung von 1965 bestehen nicht mehr. Für beide Gebührenordnungen ist die Bundesregierung als Verordnungsgeber zuständig. Die unterschiedliche Herkunft der Gebührenordnungen, beruhend auf einem Vorschlag der BZÄK und dem Ersatzkassentarif der Ärzte, gibt es nicht mehr.

Streitigkeiten aus der GOZ

Die Auslegung der Gebührenordnung führte unmittelbar zu Auseinandersetzungen. Bestritten wurde von den Erstattungsstellen, die sich auf Meinungen aus dem Ministerium beriefen, zum Beispiel die Berechtigung zum Ersatz von

Behandlungsmitteln. Die Bestimmung, mit den Gebühren seien Kosten für Mittel, die bei der Behandlung verbraucht worden sind, nicht abgegolten und gesondert zu berechnen, ist aus der GOZ – im Gegensatz zur GOÄ – zwar verschwunden. Andererseits heißt es in § 4 Absatz 3, nur die Praxiskosten seien mit den Gebühren abgegolten. Unter Praxiskosten sind aber – wie in § 5 Bugo – nur die allgemeinen Kosten, nicht aber die besonderen, durch Verbrauch entstandenen Kosten zu verstehen. So heißt es auch in der Begründung zur GOÄ 82. Der § 10 GOÄ sieht die Erstattung der Kosten für Mittel vor, die mit der einmaligen Anwendung verbraucht sind. Er sagt in § 4 Absatz 3, die Praxiskosten seien abgegolten, erwähnt aber im Gegensatz zu früher das Wort „allgemeine“ nicht mehr. Der Begriff „Praxiskosten“ umfasst in allen seit 1965 geltenden Gebührenordnungen nicht die Kosten verbrauchter Materialien, außer deren Erstattung sei ausdrücklich ausgeschlossen. Dies ist in der GOZ etwa bei Füllungsmaterialien und dem Sprechstundenbedarf geschehen. Gerichte mussten sich mit der Erstattung der Kosten beschäftigen, so mit der Frage, ob das Arzneimittel für die Schmerzausschaltung gesondert berechnet werden kann. Sie entschieden zwar meist dafür, manchmal aber auch dagegen. Es war keine allgemeine Übung der Zahnärzte, Anästhesiemittel gesondert zu berechnen, als sie das nach der Bugo unbestritten hätten tun können. Aber der Ärger über die neue Gebührenordnung war der Anlass, Abrechnungsmöglichkeiten auch voll auszuschöpfen, auch wenn es dafür vor Gericht ging.

Es gab Streitpunkte in Hülle und Fülle, so etwa die Abrechnung der Trepanation und Vital-exstirpation neben der Wurzelkanalaufbereitung, Überschreitung des Mittelsatzes wegen Schwierigkeit der Methode ohne Besonderheiten des Einzelfalles, wie bei der Verblendkrone, Berechnung eines Verbindungselements neben der Teleskopkrone oder Berücksichtigung einer Spanne bei herausnehmbaren Prothesen, auch wenn kein Steg verwandt wurde. Das Bundesverwaltungsgericht entschied, Beihilfestellen müssten erstatten, wenn Zahnärzte vertretbare, wenn auch umstrittene Auslegungen zur Grundlage ihrer Abrechnungen machten. Wenn nicht erstattet werden sollte, müsse das dem Beihilfeberechtigten unzweideutig klargemacht werden. Die für die Beihilfe zuständigen Stellen hätten es in der Hand, eine Änderung der Gebührenordnung herbeizuführen. Der Bundesrat gab zu erkennen, dass er einer Änderung der GOZ nur

zustimmen werde, wenn die Streitpunkte ausgeräumt worden seien. Aus diesem Grund blieb der Punktwert der GOZ unverändert, obwohl er bei der GOÄ 1995 angehoben wurde. Das führte zu dem absurden Ergebnis, dass der Zahnarzt Leistungen nach der GOZ mit einem geringeren Punktwert als nach der GOÄ abrechnen muss.

Ein Referentenentwurf für eine GOZ-Novelle

Auch der Punktwert der GOZ sollte 1995, wie bei den Ärzten, um 3,6 Prozent erhöht werden. Durch Änderung der Leistungsansätze war eine weitere Erhöhung um 2,9 Prozent geplant. Das stellte ein Referentenentwurf des Gesundheitsministeriums in Aussicht. Er versprach auch, die allgemeinen Bestimmungen der GOZ denen der GOÄ anzugleichen.

In Wirklichkeit tat der Entwurf das aber nicht. Statt einer Verbesserung hätte er den Zahnärzten eine Verschlechterung gebracht. Benachteiligungen der Zahnärzte gegenüber den Ärzten wären festgeschrieben worden. Material- und Laborkosten über den Sätzen der Sozialversicherung wären nur noch ersetzt worden, wenn hierüber eine besondere Vereinbarung getroffen worden wäre. All das bewog die BZÄK, den Entwurf abzulehnen. Besser sei es, mit der unvollkommenen Gebührenordnung 1988 weiterzuleben, als sie durch eine schlechtere Neuregelung zu ersetzen - auch auf Kosten der Punktwertenerhöhung.

So geschah seit 1988 bezüglich des Punktwerts nichts, obwohl sich die wirtschaftlichen Verhältnisse drastisch verändert haben. Mit einer Verfassungsbeschwerde wurde versucht, eine Novelle zu erzwingen. Das Bundesverfassungsgericht nahm die Beschwerde nicht zur Entscheidung an. Die Gebührenordnung lasse Vereinbarungen über die Gebührenhöhe zu. Damit könne sich der Zahnarzt helfen. Berücksichtigt wurde dabei aber nicht, dass die Möglichkeiten abweichender Vereinbarung kaum durchsetzbar sind, weil die Rechtsprechung sie drastisch erschwert hat.

Auflagen für eine Krankenkassen-Gebührenordnung

Nach § 87 Absatz 2 d Sozialgesetzbuch V müssen im Bewertungsmaßstab zahnärztliche Leistungen entsprechend einer ursachengerechten, zahnschutzschonenden und präventionsorientierten Versorgung insbesondere nach dem Kriterium der erforderlichen Arbeitszeit gleichgewichtig in und zwischen den Leistungsbereichen für Zahnerhalt, Prävention, Zahnersatz und Kieferorthopädie bewertet werden. Ein vollständigeres vom Gesetz vorgegebenes Programm für eine Regelung zahnärztlicher Gebühren hat es noch nie gegeben. Man vergleiche es mit der Ermächtigungsnorm für die private Gebührenordnung. Sie verzichtet auf solche ins Detail gehende Vorgaben. Dafür sind in § 15 ZHG andere Gesichtspunkte herausgestellt: Die Gebührenordnung muss den berechtigten Interessen der Zahnärzte und der zur Zahlung der Entgelte Verpflichteten entsprechen. Für das Ministerium ist die Arbeit an der Gebührenordnung ein ungeliebtes Geschäft. 1995 versuchte man, es loszuwerden und Gebührenordnungen durch Vereinbarungen zwischen Ärzteorganisationen und der Privaten Krankenversicherung abzulösen, was sich bei näherer Überlegung als undurchsetzbar herausstellte. So bleibt die Last bei der Regierung, die an der Notwendigkeit des Erlasses von Gebührenordnungen nicht vorbei kommt.

Organisation der Zahnärzteschaft

Alte Organisationen angeschlagen und unbrauchbar

Die früheren, durch Nationalsozialismus und Krieg schwer beschädigten Organisationen der Selbstverwaltung waren handlungsunfähig, etwa die 1933 als Körperschaft öffentlichen Rechts gegründete Kassenzahnärztliche Vereinigung Deutschlands (KZVD). Sie stand unter Treuhandschaft, weil sie als Naziorganisation verdächtigt wurde. Gleiches galt für die 1940 geschaffene Kassendentistische Vereinigung Deutschlands (KDVD). Die Deutsche Zahnärzteschaft (DZ), hervorgegangen aus dem zivilrechtlichen Verein Reichsverband der Deutschen Zahnärzte, basierend auf Einzelmitgliedschaft, war in der Nazizeit nach dem Führerprinzip ausgerichtet worden. An der Spitze stand ein „Reichszahnärztführer“, der zugleich Vorsitzender der KZVD war. Er war vom Reichsinnenminister berufen und nicht von einer Wahl der Mitglieder getragen. Eine solche Organisation taugte nicht für die neue Demokratie, ebenso wenig wie der „Reichsverband Deutscher Dentisten“ (RDD) mit seinem Reichsdentistenführer. Außerdem waren DZ und RDD hoch verschuldet, besonders durch Gehaltsforderungen ihrer Angestellten, welche die neuen Organisationen nicht übernehmen wollten. Was schließlich zu Konkursverfahren gegen beide führte. Die Angestellten der DZ wurden mit der Konkursmasse abgefunden. Die auf Lebenszeit Angestellten der KZVD und KDVD bekamen nach Artikel 131 Grundgesetz andere Stellen oder wurden pensioniert. Gegen den Widerstand der neuen Organisationen wurden so auch Personen versorgt, die ihre Stellung den Beziehungen zum Nationalsozialismus zu verdanken hatten.

1957 kaufte der BDZ aus der Konkursmasse der DZ die wertvolle Bücherei, die der Freien Universität Berlin zur Nutzung überlassen worden war. Zum Schätzwert, nachdem eine Einigung mit den Angestellten der DZ als Konkursgläubigern erzielt worden war. Die Bücherei kam dann nach Köln ins Zahnärzteshaus, wo sie gepflegt und erweitert wurde und vielen Benutzern anderswo nicht erreichbaren Nutzen bot, besonders der gemeinsamen Verwaltung des BDZ und der KZBV, die ohne sie ihre Arbeit nicht so effektiv hätten leisten können. Inzwischen ist die Büchersammlung, stark verkleinert, der Deutschen Medizinischen Zen-

tralbibliothek in Köln überlassen worden. Aus der DZ-Masse erwarb der BDZ zu gleichen Bedingungen wie die Bücherei auch die bedeutende kunsthistorische Sammlung, die nunmehr in der Berliner Charité ihren Platz gefunden hat.

Organisationen in den Ländern

In den Ländern entwickelten Reste der KZVD und der KDVD ein Eigenleben, ohne dass die rechtlichen Grundlagen geklärt waren. In einigen Ländern wurden durch Landesrecht Zahnärztekammern und auch Dentistenkammern als Körperschaften öffentlichen Rechts geschaffen, in anderen bildeten sich eingetragene und nicht eingetragene Vereine mit Einzelmitgliedschaft. Die unterschiedlichen Gebilde schlossen sich 1949 zum „Verband der Deutschen Zahnärztlichen Berufsvertretungen“ (VDZB) zusammen, die staatlich anerkannten Dentisten bildeten den „Verband Deutscher Dentisten“ (VDD). Die zahnärztlichen und dentistischen Verbände in den Ländern bildeten „Zweckverbände“ zur Vereinigung, und diese Verbände waren die Gründungsmitglieder des „Bundesverbandes der Deutschen Zahnärzte“ (BDZ). In Rheinland-Pfalz übernahm ein „Verband der Rheinland-Pfälzischen Zahnärzte und Dentisten“ die Rolle des Gründungsmitglieds, weil sich die Landes-zahnärztekammer nicht an der neuen zentralen Organisation beteiligen wollte.

Das Vorbild

Der Bundesverband der Deutschen Zahnärzte wurde als Verein des Bürgerlichen Rechts gestaltet und in das Vereinsregister eingetragen. Vorbild hierfür war der „Reichsverband der Deutschen Zahnärzte“ aus der Zeit vor 1933. Das erklärt den Namen der neuen Organisation, das Zurückgreifen auf die Rechtsform des eingetragenen Vereins und die Mentalität, die bei den leitenden Personen herrschte. Sie waren schon im Reichsverband tätig gewesen und knüpften an die Tradition aus den Tagen vor der Umwandlung in die „Deutsche Zahnärzteschaft“ an.

Das geschah im Gegensatz zu den von den Ärzten gesuchten Formen. Ab 1936 hatte es eine „Reichsärztekammer“ als Körperschaft des öffentlichen Rechts gegeben, die nach dem neuen Grundgesetz keine Nachfolge finden

konnte, weil dem Bund keine für eine solche Einrichtung ausreichende Gesetzgebungskompetenz im Gesundheitswesen zusteht. Gleichwohl gründeten die Ärzte eine „Bundesärztekammer“, aber eben ohne die Eigenschaft als Körperschaft des öffentlichen Rechts und auch nicht als eingetragenen Verein.

Seit 1990 führt die zentrale zahnärztliche Organisation den Namen „Bundeszahnärztekammer“, zunächst als Untertitel, seit der Satzungsänderung 1992 als Hauptbezeichnung. Mit dem Namen „Bundeszahnärztekammer“ kommt der Anspruch, die einzelnen Zahnärzte zu repräsentieren, nicht mehr zum Ausdruck. Der Antrag auf diesen Namen wurde schon 1955 gestellt. Doch der damalige Präsident bewegte den Antragsteller zur Rücknahme, weil die Schaffung einer Bundeszahnärztekammer durch Gesetz als Körperschaft des öffentlichen Rechts „nicht in weiter Ferne“ liege. Es wurde aber auch erkannt, dass eine solche Bundeszahnärztekammer sich nur auf Feldern bewegen könne, für die der Bund zuständig sei. Da aber der größte Teil des Gesundheitswesens Ländersache war, enthielt sich der Bundesgesetzgeber einer Schaffung von Bundeskammern der Heilberufe.

Die Bemühungen, den BDZ schließlich doch umzubenennen, scheiterten zunächst am Registergericht, das den Ausdruck „Kammer“ öffentlich-rechtlichen Körperschaften vorbehalten wollte. 1990 gab es diesen Widerstand auf und akzeptierte den neuen Namen, der verdeutlicht, dass die zentrale zahnärztliche Organisation sich nicht als eine der vielen Bundesverbände zur Vertretung von Individualinteressen versteht, sondern als Sachwalter ihrer Mitglieder, der Zahnärztekammern, Körperschaften des öffentlichen Rechts. Tatsächlich hat die Bundeszahnärztekammer wegen der Eigenschaft ihrer Mitglieder als Körperschaften des öffentlichen Rechts einen besonderen Status, der sich beispielsweise darin zeigt, dass Dienstzeiten bei der BZÄK als solche im öffentlichen Dienst angerechnet werden können.

Vertretung aller Zahnärzte

Bewusst nannte sich der Bundesverband eine Organisation „der“ deutschen Zahnärzte, das bedeutet „aller“ Zahnärzte. Den Reichsverband hatten die Zahnärzte als ihre unmittelbare Interessenvertretung betrachtet, was in dem hohen Organisationsgrad von 97 Prozent deutlich zum Ausdruck kam. Ähnlich vom Willen aller Zahnärzte sah sich der BDZ getragen, auch

wenn es keine Einzelmitgliedschaft mehr gab. Aber schon zur Zeit seiner Gründung erkannten einige den Anspruch auf unmittelbare Interessenvertretung nicht an. So blieb die Landes Zahnärztekammer Rheinland-Pfalz fern, wurde aber der Einmütigkeit halber vom Verband rheinland-pfälzischer Zahnärzte und Dentisten ersetzt. Es gab ein starkes Zusammengehörigkeitsgefühl, das sich z.B. im „Sozialen Hilfswerk der Deutschen Zahnärzte“ zeigte. Es unterstützte notleidende Zahnärzte, Zahnarztwitwen und -waisen. Finanziert wurde es mit Spenden der aktiven Zahnärzte und ihrer Organisationen. So wurden 1954 vom BDZ Unterstützungen von 126.874 DM geleistet, eine für damalige Verhältnisse bedeutende Summe. Zur Unterstützung standen auch beträchtliche Summen der Versicherungsstelle für Zahnärzte zur Verfügung. Die Versicherungsstelle wurde von einem Angestellten des BDZ geleitet. 1955 wurde sie in eine GmbH umgewandelt, in deren Aufsichtsrat der BDZ Einfluss auf die Versicherungsmöglichkeiten der Zahnärzte ausübte.

Zwei Wurzeln, ein Stamm

Am selben Tag, an dem der BDZ gegründet wurde, lösten sich der VDZB und VDD auf. Der BDZ übernahm ihre Pflichten und ihre Vermögen. Dazu gehörten die dentistischen Lehrinstitute, die nunmehr als Einrichtungen des BDZ die Fortbildungskurse für staatlich anerkannte Dentisten nach § 8 ZHG und die Ausbildung des dentistischen Nachwuchses nach §§ 9 und 10 ZHG übernahmen. Es gab keine getrennten Organisationen der beiden Berufsstände mehr. Man war um die gleichberechtigte Mitwirkung beider Gruppen, die über die gleiche Anzahl von Mitgliedern verfügten, besorgt. Deshalb erhielt die Satzung des BDZ eine Präambel, in der es hieß, alle Organe, Ausschüsse und sonstigen Gremien seien so zu besetzen, dass eine gleichmäßige Verteilung mit Angehörigen der beiden bisherigen Berufsgruppen gewährleistet und so die Abstimmung der beiderseitigen Interessen in verständnisvoller Weise ermöglicht werde. Das gelang auch deshalb problemlos, weil entgegen herrschender Befürchtung keine der Gruppen sich zum Nachteil der anderen nach vorn zu drängen versuchte. Es entstand gegenseitiger kollegialer Respekt, und das förderte die Zusammenarbeit. Schon 1955 wurde auf die obligatorische paritätische Besetzung wieder verzichtet.

Zusammensetzung des Vorstands

Der Vorstand des BDZ bestand aus von der Hauptversammlung gewählten Personen, nicht aus den Präsidenten der Zahnärztekammern und den Vorsitzenden der KZVen, die manchmal ja auch in Personalunion im BDZ mitwirkten. Gewählt wurden Persönlichkeiten, die den Respekt beider Gruppen besaßen und dies auf einer gemeinsamen Hauptversammlung. Es entwickelte sich die Übung, dass Präsident ein „Alt“- und Vizepräsident ein „Neu“-Zahnarzt war, die lange beibehalten und auch in den Zahnärztekammern und KZVen angewandt wurde.

Dass nicht Amtsinhaber sondern Einzelpersonen Mitglieder des Vorstands waren, ging auf den Reichsverband zurück. Doch im Lauf der Zeit kristallisierte sich heraus, dass die Beteiligung aller Kammern an der Vorstandsarbeit der zentralen Organisation unerlässlich war. Zwar gab es einen Beirat, der sogar als Organ in der Satzung genannt wurde. Aber dieser aus den ersten und zweiten Vorsitzenden der Verbandsmitglieder zusammen mit den gewählten Einzelpersonen bestehende Zusammenschluss brachte nur unvollkommen das Gewicht der Zahnärztekammern zum Tragen. In dem aus Einzelpersonen gebildeten Vorstand fanden sich manche Zahnärztekammern nicht wieder, besonders die, die sich als Opposition zur Verbandsführung betrachteten. Deshalb kam es 1960 zur Satzungsänderung, dass sich der Vorstand sowohl aus gewählten Einzelpersonen als auch aus den Präsidenten der Mitglieds-kammern zusammensetzte. Der Beirat wurde abgeschafft. Weiterhin gewählt von der Hauptversammlung wurden der Präsident und sein Vizepräsident. Sie waren der Vorstand im Sinne des Bürgerlichen Gesetzbuchs und wurden in das Vereinsregister eingetragen. Gewählt wurden in der Zeit von 1960 bis 1970 auch noch drei Beisitzer. Damit sollte ausgeglichen werden, dass als Kammerpräsidenten Altzahnärzte fungierten. Als Beisitzer wurden deshalb ehemalige Dentisten gewählt. Schließlich verblasste die Frage nach der Herkunft der Bewerber, und so rückte ein Neuzahnarzt in das Präsidentenamt ein, loyal unterstützt von seinen beiden altzahnärztlichen Vizepräsidenten (ab 1980 wurden zwei gewählt) und kollegial geachtet. Der Dualismus war endgültig überwunden.

Die 1992 anlässlich des Wiedereintritts dreier Zahnärztekammern geänderte Satzung unterschied zwischen Vorstand und Präsidium. Vor-

stand waren nur die Präsidenten der Zahnärztekammern. Vorstand im Sinne des Bürgerlichen Gesetzbuchs blieb aber das Präsidium. Die Präsidenten wählten aus ihrer Mitte einen Vorsitzenden des Vorstands für die Dauer eines Jahres. Er leitete die Vorstandssitzungen, an denen die Präsidiumsmitglieder ohne Stimmrecht teilnahmen. Das Präsidium, bestehend aus dem Präsidenten und drei Vizepräsidenten, wurde für vier Jahre gewählt, allerdings in zwei Etappen – zwei Vizepräsidenten zwei Jahre nach der Wahl des Präsidenten und des anderen Vizepräsidenten. Schon 1996 wurden diese Änderungen rückgängig gemacht.

Kleine und Große

Die Mitgliedsorganisationen des BDZ unterschieden sich nicht nur nach ihrem rechtlichen Status, – Körperschaften des öffentlichen Rechts, eingetragene und nichteingetragene Vereine – sondern auch in ihrer Größe. Für das Gewicht bei Entscheidungen entstanden daraus zunächst keine Probleme. Der Vorstand bestand aus Persönlichkeiten, die bei der Wahl überzeugt hatten. In die Hauptversammlung entsandten die Mitgliedsorganisationen Delegierte entsprechend der Zahl ihrer Mitglieder. Als die Kammerpräsidenten geborene Vorstandsmitglieder wurden, hatte zunächst der Präsident der größten Kammer genau so viel Stimmrecht wie der der kleinsten, die nur über ein Zwanzigstel der Mitglieder verfügte. Außerdem kamen aus drei Ländern der Bundesrepublik mehrere Zahnärztekammern, zwei aus Nordrhein-Westfalen, drei (bis zur Zusammenlegung von Koblenz-Montabaur mit Trier gar vier) aus Rheinland-Pfalz und vier aus Baden-Württemberg. Die vier Bezirkskammern in Baden-Württemberg bestanden weiter, als die vier Vorgänger-Länder im Süd-West-Staat aufgingen. Die Bezirkskammern in Rheinland-Pfalz besaßen neben der Landes Zahnärztekammer eigene Rechtspersönlichkeit. Zwei von ihnen waren schon Mitglieder, als sich auch die dritte und vierte zum Beitritt entschlossen; die Landes-zahnärztekammer war nicht Mitglied, ebenso wenig wie die Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg. So blieb es, bis 1992 die Bezirkskammern zurücktraten und die Landeskammern Mitglieder wurden.

Eine Serie von Satzungsänderungen versuchte zwischen Großen und Kleinen auszugleichen. Immer weiter entfernte sich der Verband vom Konzept der Arbeitsgemeinschaft gleichgewichtiger Mitglieder. Die Stimmgewichte im Vorstand

nach der Zahl der Mitglieder gleichen mehr denen im Bundestag als im Bundesrat, obwohl auch im Bundesrat Gewichtungen nach der Zahl der Einwohner vorgenommen werden, aber bei weitem nicht in dem Ausmaß wie im Vorstand der BZÄK. Die Satzung bestimmt, dass je 800 vertretene Zahnärzte eine Stimme im Vorstand auslösen. Zunächst wurde entschieden, dass aus Ländern mit mehreren Kammern die Vorstandsmitglieder nicht mehr Stimmen besitzen, als eine Landeskammer sie hätte. Für das größte Land mit seinen zwei Kammern wurde eine Ausnahme gemacht, wobei daran angeknüpft wurde, dass in Nordrhein-Westfalen keine einheitliche Landeszahnärztekammer besteht. Trotz all dieser Schwierigkeiten entstanden in der praktischen Vorstandsarbeit kaum Probleme, die homogenen sachlichen Interessen der Zahnärzte schweißten auch bei Vorstandsentscheidungen zusammen.

BDZ – Partner der Ersatzkassen

Der BDZ übernahm die Ersatzkassenverträge, die der VDZB und der VDD für das ganze Bundesgebiet abgeschlossen hatten, führte sie weiter und änderte sie dahin, dass Alt- und Neuzahnärzte zu gleichen Bedingungen arbeiten konnten. Auch bei den Beteiligungen an der Ersatzkassenpraxis wurden keine Unterschiede mehr gemacht. Es gab nicht, wie bei den RVO-Kassen, eine Zulassung nach Verhältniszahlen, sondern alle Zahnärzte, auch die frisch niedergelassenen, die noch keine Chance auf eine RVO-Zulassung hatten, konnten beteiligt werden. Der Antrag einer KZV, den Ersatzkassenvertrag dahin zu ändern, das auch dort eine Verhältniszahl eingeführt werde, wurde abgelehnt.

Die Aktivität des BDZ hat bei den Ersatzkassen noch lange Spuren hinterlassen. Bis zur Einbeziehung der Ersatzkassen in das System der Kassenzahnärztlichen Versorgung lautete eine Anlage zum von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung übernommenen Ersatzkassenvertrag: „Richtlinien des Bundesverbandes der Deutschen Zahnärzte für die Verordnungsstätigkeit in der Ersatzkassenpraxis“.

BDZ und KZBV

Anfangs verspürte niemand die Neigung, neben dem BDZ eine zentrale Organisation für die Beziehungen zur GKV zu schaffen. Die Ärzte hatten das mit einer „Kassenärztlichen

Bundesvereinigung“ bereits getan. Als ein neues Kassenarztrecht eingeführt werden sollte, wurde dem BDZ durch das Bundesgesundheitsministerium bedeutet, man benötige nun eine Kassenzahnärztliche Vereinigung als Körperschaft öffentlichen Rechts, die gleichzeitig Rechtsnachfolgerin der Kassenzahnärztlichen und der Kassendentistischen Vereinigung Deutschlands sein sollte. Kurzerhand schuf der BDZ so eine Nebenorganisation mit dem Namen Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) als Arbeitsgemeinschaft der KZVen. Die KZVen in Rheinland-Pfalz wirkten daran nicht mit, aus Berlin nahm anstelle einer KZV die Vereinigung der Sozialversicherungszahnärzte teil. Die Geschäftsführung der KZBV übernahm der Vorstand des BDZ bis zur Wahl eines Vorstands durch die Vertreterversammlung. Der BDZ-Präsident wurde von der ersten Vertreterversammlung der KZBV auch zu deren Vorsitzenden gewählt und bei den beiden darauf folgenden Wahlen im Amt bestätigt. Vorstandssitzungen von BDZ und KZBV fanden stets am selben Tag und Ort statt, wobei die Vorstandsmitglieder der einen Organisation an der Sitzung der anderen als Gäste teilnahmen. So blieb es auch, als 1955 das Gesetz über Kassenarztrecht das neue Gebilde KZBV mit der Eigenschaft der Körperschaft öffentlichen Rechts versah und zum Erben des nicht unerheblichen Vermögens der KZVD und der KDVD einsetzte. Zum Erbe gehörten die Zahnärzتهäuser in Berlin und Köln. Das Kölner Haus war mit dem Erlös aus Wertpapieren der KZVD gebaut worden. Geerbt hat die KZBV auch Wertpapiere der KDVD, die erst aus dem Vermögen des RDD herausgelöst werden mussten und nach Rechtsstreitigkeiten für die KZBV gesichert werden konnten.

Gemeinsamkeit der zentralen Organisationen oder neuer Dualismus?

Die Geschäftsstelle des BDZ übernahm die Verwaltungsarbeit für die KZBV. Die Angestellten waren für beide Organisationen tätig. In der täglichen Arbeit machte das kaum Unterschiede. Stellungnahmen gegenüber Behörden wurden fast immer gleich abgegeben. In der Vorstellung der Beteiligten war der BDZ das dominierende Element. Der Präsident des Bundesverbandes, nunmehr auch Vorsitzender der KZBV, meinte dazu, die KZBV müsse die wirtschaftliche Abteilung des Bundesverbandes sein. Mit der Verfassung der Bundesrepublik war das nicht zu vereinbaren, gibt aber die Vorstellungen wieder, die

bei maßgebenden Vertretern der Zahnärzte herrschten.

Gewarnt wurde vor einem neuen Dualismus, der zwischen kassenzahnärztlichen und allgemeinzahnärztlichen Organisationen entstehen könne. Eine weitgehende Personalunion in den Vorständen und in der Vertreter- und Hauptversammlung sowie die Personalunion in den Verwaltungen und die gemeinsame Unterbringung der Geschäftsstellen böten eine ausreichende Garantie dafür, eine den Interessen der deutschen Zahnärzteschaft dienende Bindung zu erhalten, heißt es im Geschäftsbericht 1955.

Die Trennung

Ab 1966 waren Präsidentenamt des BDZ und Vorsitz der KZBV nicht mehr in einer Hand. Die Nachfolger hatten in beiden Vorständen mitgearbeitet und setzten die Tradition gemeinsamen Handelns fort. Dennoch setzte sich zunehmend die Tendenz durch, dass jede Organisation ihr Eigenleben führen wollte. Sie wurde zum Programm, als Führungspositionen von Personen übernommen wurden, die zuvor nicht zusammengearbeitet hatten. Außerdem verlagerte sich der Schwerpunkt der Tätigkeiten hin zu Problemen der Sozialversicherung, nachdem bis dahin die Beseitigung der Kurierfreiheit, Beendigung des Dualismus, Aufhebung der Preugo und Schaffung einer neuen Gebührenordnung im Vordergrund gestanden hatten. Die Beseitigung der Zulassungsbeschränkungen, die schließlich 1961 durch das Bundesverfassungsgericht erfolgte, war noch als gemeinsames Anliegen beider Organisationen verfolgt worden. Zu Beginn einte beide noch die feste Vision, die Zulassungsfreiheit für jeden zulassungssuchenden Zahnarzt zu erreichen, später kämpfte die KZBV allein um eine angemessene Vergütung der kassenzahnärztlichen Leistungen. Sie führte jetzt auch die Verhandlungen mit den Krankenkassen und musste bei deren Scheitern den Gang zum Schiedsamt antreten. Die KZBV war auch allein gefordert, als die Kieferorthopädie durch Urteile des Bundessozialgerichts zur Pflichtleistung und die Prothetik dem Vertragszwang unterworfen wurde. Mehr und mehr wurden die Errungenschaften, die der BDZ erkämpft hatte, als Selbstverständlichkeiten empfunden. Das Behandlungsmonopol der Zahnärzte blieb unangefochten. Die private Gebührenordnung wurde beim Vergleich mit den Kassengebühren nicht mehr als störend empfunden, sondern geradezu als gutes Beispiel angesehen.

Neben ihrer wachsenden Bedeutung war die KZBV auch finanziell wesentlich besser gestellt als der BDZ. Das geerbte Vermögen einschließlich des Zahnärztheuses sowie die über die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen einfach einzuziehenden Mitgliedsbeiträge machten ihr das Dasein leichter. Der BDZ musste hingegen Miete zahlen – abgesehen von der Zeit, als ihm in Köln ein Teil des gemeinsamen Hauses gehörte – und seine Beiträge letztlich aus den Kammerbeiträgen der Zahnärzte erheben, die belastender empfunden wurden als die Verwaltungskosten der KZVen. Der Spruch kursierte, die Bundeszahnärztekammer sei für die Ethik und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung für die Monetik zuständig. Wobei das Geld schwerer wog.

Alle standespolitischen Richtungen waren im Vorstand des BDZ vertreten. Das bedeutete, dass nach Lösungen gesucht werden musste, die von allen getragen wurden. Die Vorstände der KZBV hingegen setzten sich aus Vertretern einer Richtung zusammen. 1962 wurden in den zweiten gewählten KZBV-Vorstand zwei Vertreter der „Opposition“ gewählt, auf Vorschlag des Vorsitzenden der KZBV, der zugleich ja BDZ-Präsident war. In der praktischen Arbeit machte sich das nicht negativ bemerkbar. Dennoch fiel der KZBV homogenes Handeln leichter als dem BDZ, der Kammern und Mitglieder immer wieder hinter sich vereinen musste. Wegen Meinungsverschiedenheiten in der Prothetikfrage trat 1960 eine, wegen verschiedener Vorstellungen über die Zusammensetzung des Verbandes traten 30 Jahre später gleich drei Kammern aus. Es bedurfte jeweils behutsamer Bemühungen, eine neue gemeinsame Linie zu finden. Bei der KZBV dagegen gibt es das Druckmittel des Austritts nicht. KZVen in Opposition zum Vorstand konnten zwar Arbeitsgemeinschaften bilden, mussten aber in der KZBV bleiben. All das machte eine gemeinsame Geschäftsführung immer schwieriger, die durch die Einstellung eines neuen Hauptgeschäftsführers der KZBV und die Trennung vom gemeinsamen Verbandsdirektor aufgegeben wurde. Zwar blieben einige Abteilungen der Verwaltung noch vereint, so die Rechtsabteilung, aber auch hier wurde mit dem Ausscheiden des gemeinsamen Justizars eine Trennung vollzogen. Obwohl die Ärzte von Anfang an über zwei getrennte Organisationen verfügten, die Bundesärztekammer und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, hielten und halten sie doch an gemeinsamen Abteilungen ihrer Verwaltungen fest, so an der gemeinsamen

Rechtsabteilung. Die Trennung der Zahnärzteschaft fand durch den Umzug der BZÄK nach Berlin bei Verbleiben der KZBV in Köln ihren sichtbaren Ausdruck.

Neues Gewicht der Aufgaben der BZÄK

Das Gewicht der Arbeit der BZÄK hat sich deutlich verschoben. Während früher Regelungen bis in die Einzelheiten im Vordergrund standen, etwa bei der Gebührenordnung und der Aus- und Weiterbildung, geht es heute mehr um die großen Linien der Gesundheitspolitik.

Dazu bedarf es der Kontakte mit den politisch entscheidenden Kräften, und die sind nun einmal am Regierungssitz am besten herzustellen. Als Satzungsaufgabe betrachtet die BZÄK „die Schaffung von Rahmenbedingungen für die Erbringung und Anerkennung zahnmedizinischer Leistungen durch sozial- und gesundheitspolitische Interessenvertretung“. Sie meldet sich auf der politischen Bühne überall dort zu Wort, wo es um die Schaffung eines neuen sozial- und gesundheitspolitischen Konzepts und Konsenses geht.

Zurück in die Spitze der internationalen Zahnärzteschaft

Der internationale Zahnärzteverband, die Fédération Dentaire Internationale (FDI), hatte 1952 den nach dem Krieg wie alle deutschen Einrichtungen verfeimten Verband der Deutschen Zahnärztlichen Berufsvertretungen wieder in seine Reihen aufgenommen. Dabei erwiesen sich die guten internationalen Kontakte früherer Zeiten als hilfreich, an die deutsche Landesvertreter wieder anknüpfen konnten. Der BDZ trat an die Stelle des VDZB.

Pionierleistung Zahnheilkundegesetz

Der BDZ brachte in die internationale Arbeit die Pionierleistung des neuen deutschen Zahnheilkundegesetzes ein. Diese Morgengabe erweckte gleichermaßen Neid und Bewunderung bei vielen anderen nationalen Zahnärzteorganisationen. Die volle Anerkennung des Zahnarztes als Mediziner, der in seiner Befugnis die gesamte Zahnheilkunde ausüben und dabei alle Verrichtungen und Verschreibungen vornehmen darf, die als medizinisch notwendig erachtet werden, war keineswegs internationaler Standard. Die deutschen Vertreter in der FDI konnten auf diesem Fundament rasch aktive und führende Positionen in der FDI einnehmen. Der Präsident des BDZ wurde in den Rat der FDI gewählt und schon 1955 ihr Vizepräsident. 1962 stieg er dann zum Präsidenten auf. Noch einmal wurde später mit dem damaligen Verbandsdirektor des BDZ ein Deutscher zum Präsidenten,

im Rat der FDI war darüber hinaus immer ein deutscher Vertreter präsent. In verschiedenen Kommissionen arbeiteten Deutsche an herausragender Stelle und stellten mehrmals die Vorsitzenden.

Der BDZ lud die FDI ein, ihren Jahresweltkongress in Deutschland zu halten, und 1962 folgte sie dieser Einladung nach Köln. Der Kongress in der Domstadt, in der der BDZ auch seinen Sitz hatte, erntete Meriten als glänzendes wissenschaftliches und gesellschaftliches Ereignis, in dem sich auch die Anerkennung der Leistungen der deutschen Zahnärzteschaft widerspiegelte. Er fand in den noch immer von Improvisationen geprägten Verhältnissen der Nachkriegszeit statt. Wegen des Mangels an Hotelbetten mussten die über 10.000 Teilnehmer teils weit außerhalb untergebracht werden. Der BDZ übernahm die Quartierbeschaffung und mietete selbst Hotelbetten an, die er an internationale Gäste verteilte. Deutschland wurde später noch dreimal Gastgeber des Weltkongresses. Die Veranstaltungen in München 1971, Hamburg 1980 und Berlin 1992 bestätigten und festigten das deutsche Ansehen in der internationalen Zahnärzteschaft. Dass die Bundeszahnärztekammer zu den kräftigsten Beitragszahlern der FDI zählt, hat sicher auch zur Stärkung ihrer Stellung beigetragen. Zu Haus lösten die Beitragsverpflichtungen manchmal Ärger unter den Delegierten aus, die dem internationalen Engagement keine große Bedeutung zumaßen.

Gleiche Probleme

In der sachlichen internationalen Arbeit stießen die deutschen Vertreter auf ihre eigenen nationalen Probleme. Zahnärzte sahen sich in ihrer freien Beziehung zum Patienten durch die unterschiedlichen „Zahlenden Dritten“, also Krankenkassen und Gesundheitsdienste, beschränkt. Deutschland schlug der FDI 1956 zur Unterstützung der Zahnärzte Österreichs sogar eine EntschlieÙung vor, nach der Eingriffe in zahnärztliche Behandlungsmaßnahmen und die Auferlegung bindender Behandlungsvorschriften durch nichtärztliche Stellen strikt abgelehnt wurden. Sie seien gegen die Grundvoraussetzungen zahnärztlicher Berufstätigkeit gerichtet. Diese Resolution spielte bei den Auseinandersetzungen um das Krankenversicherungs-Neuregelungsgesetz 1958 noch einmal eine Rolle. Eine Zahnärztekammer, die damals die Zustimmung des BDZ zum Gesetzentwurf mit dem Austritt quittierte, sah darin einen Verstoß gegen genau diese EntschlieÙung.

1956 wurde eine EntschlieÙung zur Zahn-technikerfrage gefasst, die genau so für die deutschen Verhältnisse vor dem Zahnheilkundengesetz gepasst hätte. In den Bemühungen von Zahntechnikern, selbst die Behandlung durchführen zu wollen, wird eine ernste Bedrohung der Gesundheit der Bevölkerung gesehen. Es bedeutete einen Rückschritt, wenn die Behandlung als Tätigkeit von höchster ärztlicher Verantwortung in die Hand von Personen gelegt würde, die keine ärztliche oder zahnärztliche Qualifikation besitzen. Anderen Ländern sollte mit der Resolution geholfen werden, einen Zustand zu erreichen, der in Deutschland mit dem ZHG gewonnen worden war.

Zahnärzte in Europa

1953 wurde eine regionale zahnärztliche Organisation der FDI für Europa, die ERO, geschaffen. Erster Präsident war der BDZ-Präsident, dem später noch einmal ein BZÄK-Präsident folgte, der lange Zeit die regionale Organisation leitete und ihr Ehrenpräsident wurde.

Mit den römischen Verträgen wurde 1957 die Europäische Wirtschaftsgemeinschaft ins Leben gerufen. Die Zahnärzte erkannten rasch die Bedeutung dieser Verträge für ihre eigene Sache. So sahen diese die freie Niederlassung unter gegenseitiger Anerkennung nationaler Diplome in den Mitgliedsländern vor. Voraussetzung für die Anerkennung der Diplome ärzt-

licher und arzttähnlicher Berufe war nach Artikel 57 Absatz 3 EWG Vertrag die Koordinierung der Ausbildungs- und Berufsausübungsvorschriften der Mitgliedsstaaten. Der Rat der EWG hatte dazu auf Vorschlag der Kommission Richtlinien zu erlassen, die von den Mitgliedsstaaten in nationales Recht umgesetzt werden mussten. Hierfür war ein Zeitraum von zwölf Jahren vorgesehen. Die Kommission legte 1969 Vorschläge vor, die aber nicht sofort vom Rat aufgegriffen wurden. Vielmehr dauerte es bis 1978, ehe endlich die Richtlinien ergingen.

Die Kommission wollte sachkundige Beratung einholen und wandte sich an die zahnärztlichen Organisationen der sechs Mitgliedsländer mit der Bitte, ein Beratungsgremium zu schaffen. Die auf den ersten Blick ideale Lösung, dabei die ERO einzuschalten, stieß auf zwei Hindernisse. Das eine bestand darin, dass der ERO auch die Zahnheilkunde ausübenden italienischen Ärzte angehörten. Und die weigerten sich, mit den Zahnärzten der anderen fünf Länder an einen Tisch zu kommen, weil diese „nur“ über ein zahnärztliches und kein ärztliches Diplom verfügten. Sie suchten Anschluss an den Fachausschuss der ärztlichen Organisation, die bei der EG wirkte, dem „Comité Permanent“ der ärztlichen Organisationen der Mitgliedsländer. Das zweite Hindernis lag in der Tatsache begründet, dass der ERO auch Länder angehörten, die nicht in der EWG waren. Die Nicht- oder Noch-nicht-Mitglieder durften nicht mitwirken, wenn mit der Kommission über die Anerkennung von Diplomen, die Ausbildung und die Berufsausübung verhandelt wurde.

Der zahnärztliche Verbindungsausschuss zur Europäischen Union

Ein zahnärztlicher Verbindungsausschuss (ZÄV) zu den Organen der Europäischen Gemeinschaft wurde von den Organisationen der fünf Gründungsländer geschaffen, in denen es Zahnärzte gab. Er nahm seine Arbeit unter dem Namen „Comité de liaison des praticiens de l'art dentaire“ mit den Dienststellen der Kommission auf.

Als erstes galt es zu klären, ob die Zahnärzte als Mitglieder eines ärztlichen oder eines arzttähnlichen Berufs behandelt werden sollten, als „Paramedicaux“ wie die Hebammen und Masseure. Man traf auf die Auffassung, die Ärzte, die die Zahnheilkunde ausübten, könnten wie die Diplomingenieure und die Zahnärzte wie die Fachschul-Ingenieure angesehen wer-

den. Es bedurfte großer Überzeugungsarbeit, ehe die Kommission den Zahnarzt als ärztlichen Beruf anerkannte.

Die Associazione Medici Dentisti Italiani (AMD) setzte aber alles daran, die Vorschriften in den Mitgliedsländern dahingehend zu ändern, dass nur Ärzte die Zahnheilkunde ausüben durften. Zahnärzte sollten Fachärzte wie andere Fachärzte werden, zunächst ein volles ärztliches Studium absolvieren und dann eine Weiterbildung zum Facharzt erfahren.

In seiner Argumentation führte der Verbindungsausschuss an, dass in fünf Mitgliedsstaaten der Student der Zahnheilkunde schon während des Studiums die Besonderheiten der Zahnheilkunde, auch der Technik, kennenlerne. Er müsse früher, als das im ärztlichen Studium geschehe, in die Behandlung des Patienten eingebunden werden. Darüber hinaus sei es eine Frage der Kosten, ob für die Zahnheilkunde eigens bezahlte Weiterbildungsstellen geschaffen werden könnten oder man Absolventen der ärztlichen Prüfung zumuten könne, sich einer (unbezahlten) Weiterbildung zum Zahnarzt zu unterziehen. Die deutschen Vertreter griffen die Argumente vor Erlass der ZHG wieder auf und verhalfen schließlich einem Studium der Zahnheilkunde als medizinischer, aber auf die Besonderheiten des Fachs abgestellter Ausbildung zum Erfolg. Der Verbindungsausschuss ermittelte, welche Personen in den Mitgliedsländern die Zahnheilkunde ausüben und welche Rechte sie haben. Die unterschiedlichen Verhältnisse in den Mitgliedsländern führten anfangs sogar dazu, dass nationale Schwachstellen vertuscht werden sollten. Es fiel nicht leicht zuzugeben, dass der Zahnarzt im eigenen Land nur ein beschränktes Verordnungsrecht für Medikamente hatte oder bestimmte chirurgische Eingriffe nicht vornehmen durfte. Auch gab es Länder, in denen neben den an Hochschulen ausgebildeten auch andere Zahnärzte oder Nichtzahnärzte tätig waren. Darüber hinaus gab es die Furcht, aus Ländern mit großer Zahnarztdichte, wie Deutschland, werde sich ein Strom in die Nachbarländer ergießen. Trotz solcher Bedenken entwickelte sich jedoch rasch eine vertrauensvolle Zusammenarbeit, bei der die Beteiligten die Karten offen auf den Tisch legten.

Es gelang, die Kommission zu Richtlinienvorschlägen zu bewegen, mit denen die Zahnärzte vollauf zufrieden sein konnten. Die Vorschläge folgten weithin dem deutschen ZHG. Sie wurden tatkräftig von den Vertretern des Bundesgesundheitsministeriums unterstützt. Einflußreicher

Berater der Kommission war ein deutscher Hochschullehrer der Zahnheilkunde.

Richtlinien für die gegenseitige Anerkennung der Diplome und die Koordinierung der Rechtsvorschriften

Die Richtlinie 78/686/EWG für die gegenseitige Anerkennung der Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstigen Befähigungsnachweise des Zahnarztes und für Maßnahmen zur Erleichterung der tatsächlichen Ausübung des Niederlassungsrechts und des Rechts auf freien Dienstleistungsverkehr sowie die Richtlinie 78/687/EWG zur Koordinierung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften für die Tätigkeiten des Zahnarztes wurden 1978 im Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften veröffentlicht. Sie stellen drei Besonderheiten heraus: Neben der Beschreibung des Tätigkeitsbereichs des Zahnarztes (Art. 5 RL 687) geben sie ein Studienprogramm vor (RL 687) und schreiben fest, dass ein Land, in dem es kein zahnärztliches Studium gibt, ein solches einführen muss (Art. 19 und 24 RL 686). Diese drei Punkte tragen voll und ganz den Besonderheiten der Ausübung der Zahnheilkunde in der Gemeinschaft Rechnung und finden sich in keiner anderen Richtlinie in ähnlicher Form.

Wie im ZHG ist ein fünfjähriges praktisches und theoretisches Hochschulstudium vorgeschrieben. Der Tätigkeitsbereich ist wie im ZHG beschrieben mit den Ergänzungen, dass zur Ausübung der Zahnheilkunde auch die Prophylaxe gehört und dass neben Zahn, Mund und Kiefer auch die umgebenden Gewebe erfasst werden.

Das ZHG bedurfte nur weniger Ergänzungen, um den Richtlinien Genüge zu tun. In § 2 Absatz 2 Satz 2 ff werden die Voraussetzungen beschrieben, unter denen die Zahnärzte aus anderen EU-Staaten die Approbation erhalten. § 13 a wurde eingefügt, er regelt die Erlaubnis zur Dienstleistung von EU-Zahnärzten in Deutschland und in der Anlage zu § 2 werden die Diplome genannt, die anerkannt werden.

Regelungen für Länder, in denen es keine Zahnärzte gab

Die Vertreter der italienischen Regierung lösten sich vom „stomatologischen“ Prinzip und stimmten der Einführung eines zahnärztlichen Studiums in der von den Richtlinien vorgeschriebenen Form zu. Dafür galt eine Über-

gangsfrist von sechs Jahren. Ärzte, die mindestens drei Jahre lang die Zahnheilkunde ausgeübt hatten und hierüber eine Bescheinigung beibrachten, wurden in den anderen Ländern wie Zahnärzte anerkannt. Das galt aber nur für Ärzte, die spätestens 1979 ihr Studium begonnen hatten. Diese „medici dentisti“ erhielten die gleiche Rechtsstellung wie die Absolventen des neuen Studienganges, die „odontoiatri“, wie die Italiener sie mit diesem griechischen Namen bezeichnen. Die gegenseitige Anerkennung der Diplome zwischen Italien und den anderen Mitgliedsstaaten wurde bis zur offiziellen Mitteilung Italiens über die erfolgte Einführung des zahnärztlichen Studiums zurückgestellt. Italien trat mit Vertretern verschiedener Zahnärzteorganisationen dem Comité de Liaison bei.

Als andere Staaten mit Ärzten als Ausübenden der Zahnheilkunde der Europäischen Union beitraten, wurde das italienische Beispiel befolgt. Spanien, Portugal und Österreich verpflichteten sich beim Beitritt, innerhalb bestimmter Fristen ein zahnärztliches Studium einzuführen. Für die gegenseitige Anerkennung der Diplome gab es jeweils Übergangsfristen.

Beziehungen zum Europäischen Parlament

Der Verbindungsausschuss suchte schon früh enge Beziehungen zum europäischen Parlament. Dabei konnte man sich auf das gute Verhältnis der deutschen Vertreter im Ausschuss zu Mitgliedern des Parlaments stützen. Eine Initiative von Zahntechnikern, über das Europäische Parlament zur Anerkennung als Zahnbehandler zu kommen, konnte so schon in der Entstehungsphase gestoppt werden.

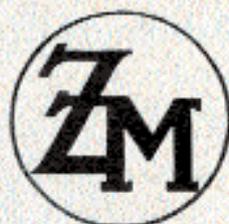
Nach dem Mauerfall: Öffnung nach Osten

Unmittelbar nach dem Fall der Berliner Mauer nahm die Bundeszahnärztekammer Kontakt zu den nun frei wirkenden Zahnärzteorganisationen anderer Länder auf, die zuvor durch den Eisernen Vorhang getrennt waren. Sie wünschen sich Gesundheitssysteme, in denen Patient und Zahnarzt möglichst frei über die zahnärztliche Versorgung entscheiden können. Die BZÄK bietet dabei ihre Unterstützung an. Mit der Polnischen Hauptärztekammer, in der Ärzte und Zahnärzte zusammengeschlossen sind, wurde ein Vertrag über Zusammenarbeit abgeschlossen, ein ähnlicher mit der tschechischen Zahnärztekammer. In Polen, Kroatien und Slowenien wurden mit kräftiger Unterstützung

der BZÄK Konferenzen der mitteleuropäischen Zahnärztekammern veranstaltet, in denen gemeinsame Bemühungen um die Förderung freiberuflicher Praxen, Fort- und Weiterbildung, Qualitätssicherung, Berufsordnung, Finanzierung der Versorgungssysteme und Stärkung der Kammerstrukturen angestellt wurden. Diese Zusammenarbeit wird die künftige Integration der Zahnärzteschaft beim Beitritt weiterer Staaten zur EU erleichtern.

Zahnärztliche Mitteilungen

Verband der Deutschen Zahnärztlichen Berufsvertretungen:
1. Vorsitzender, Dr. med. Dent. Erich Müller, Hamburg-Altona 5, Postfach 10943. 2. Vorsitzender, Dr. med. dent. et med. Hans Fink, München 23, Posthofstr. 15.
Verbandsratsvorsitzender Köln-Sülz, Wilh.-Waldeyer Str. 14.
Fernruf: Köln 5 63 41. Telegramme: Zahnärzteverband Köln



Schriftleitung: Dr. K. Marešky, Köln-Sülz, Wilhelm-Waldeyer-Straße 14, Fernruf: 5 63 41. Verlag und Anzeigenverwaltung: Erich Schmidt Verlag, Zweigstelle Bielefeld, Hebbeler Straße 10, Fernruf: 6 92 45. Postcheckkonto Hannover 63458, Belegpreis vierteljährlich 1,50 DM zuzüglich Postgebühren. Einzelheft 1,—DM

Organ des Verbandes der Deutschen Zahnärztlichen Berufsvertretungen

sowie der Zahnärztekammern von Bayern, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordhessen, Nord-Rheinprovinz, Schleswig-Holstein, Süddeutsches Westfalen, Württemberg, Württemberg-Hohenzollern, des Zahnärztlichen Vereinigungssystems, der Vereinigung der Sozialversicherungs Zahnärzte von Berlin und der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Parodontologie (Arpa)

40. Jahrgang

Köln, 15. April 1952

Nummer 8

Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde in Kraft getreten

Das Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde ist am 31. 3. 1952 im Bundesgesetzblatt I, Nr. 15 verkündet worden. Am 1. 4. 1952 ist es in Kraft getreten. Damit ist eine Ära des deutschen zahnärztlichen Gesundheitswesens und besonders auch, so hoffen wir, der Versorgung der deutschen Bevölkerung auf dem Gebiete der Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten zum Abschluß gekommen. Seit 1869 stand die Zahnheilkunde und das zahnärztliche Gesundheitswesen im Zeichen der Kurierfreiheit. So groß die Fortschritte der Wissenschaft in dem abgelaufenen Zeitraum gewesen sind, so groß waren auch die Hemmnisse, die immer wieder beseitigt werden mußten und die letzten Endes sehr stark dazu beigetragen haben, daß die heutigen Verhältnisse in der zahnärztlichen Versorgung der deutschen Bevölkerung wenig befriedigend sind. Es wäre müßig, aber wohl auch ergebnislos, wollte man Betrachtungen darüber anstellen, welchen Weg die Zahnheilkunde gegangen wäre, hätte sie nicht die Last der Kurierfreiheit und damit des Dualismus der Berufsstände zu tragen gehabt. Jedenfalls wäre dieser Weg leichter, schneller und gefahrloser gewesen.

Heute ist nun die Kurierfreiheit beseitigt, und wir stehen am Beginn einer neuen Ära; gemeinsam mit den Dentisten, die bald unsere Kollegen sein werden, wollen wir die weiteren Voraussetzungen dafür schaffen, daß dem deutschen Volke die beste Versorgung auf dem Gebiete der Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten zuteil wird.

Wir haben in Heft 6, Seite 141, und Heft 7, Seite 182, kurz über die letzten parlamentarischen Arbeiten an dem Gesetz berichtet. Den Änderungsvorschlägen des Bundesrates zu § 2, Abs. 3, § 6 und § 13 hatte der Vermittlungsausschuß am 14. 3. stattgegeben. Der Bundesrat stimmte

am 20. 3., der Bundesrat am 26. 3. dem Beschluß des Vermittlungsausschusses zu. Am 29. 3. wurde das Gesetz von Bundeskanzler Dr. Adenauer und kurz danach von Bundespräsident Prof. Heuss unterzeichnet.

Noch manches wird in der neu geschaffenen Lage im zahnärztlichen Gesundheitswesen zu sagen sein. Vor allem wollen wir uns dessen immer bewußt sein, daß das Gesetz letzten Endes dem deutschen Volke dienen, daß es das höchste Gut, das wir besitzen, nämlich die Volksgesundheit, festigen und fördern soll.

Deshalb müssen nunmehr alle Kräfte eingesetzt werden, daß die sich aus dem Gesetz für die beiden Berufsstände ergebende Aufgabe der äußeren und inneren Vereinheitlichung gelöst wird. Viel gegenseitiges Verstehen, viel Rücksichtnahme von beiden Seiten und viel Mühe werden erforderlich sein. Jeder Zahnarzt und Dentist sollte sich dessen gerade in den nächsten Monaten und Jahren bewußt sein.

Nachstehend geben wir den endgültigen Wortlaut des Gesetzes gemäß Veröffentlichung im B. G. Bl. I vom 31. 3. 1952 bekannt. Wir haben Herrn Ministerialrat Dr. Koch, der als Referent der Gesundheitsabteilung im Bundesinnenministerium an dem Zustandekommen des Gesetzes weitgehenden Anteil hat und dem die deutschen Zahnärzte und Dentisten für seine verständnisvolle Arbeit zu besonderem Dank verpflichtet sind, gebeten, uns das Gesetz vom Standpunkt des Gesetzgebers zu kommentieren. Weiterhin wird Dr. Venter in einem Aufsatz die Auffassung der Standesführung über die Rechtsstellung der Zahntechniker nach Inkrafttreten des Gesetzes wiedergeben.

Perspektiven der Bundeszahnärztekammer für eine innovative Berufspolitik

Der beste Weg, die Zukunft vorauszusagen, ist, sie zu gestalten. Diese These läßt sich nahtlos auch auf die Politik übertragen. Für die Arbeit der Bundeszahnärztekammer bedeutet das, vorausschauend Strategien zu entwickeln und umzusetzen, die über den Tellerrand des Tagesgeschehens hinausweisen und langfristig Erfolg versprechen. Die nötige und erforderliche Kontinuität bei der Führung des Berufsstandes scheint unter diesen Vorgaben nur möglich, wenn es gelingt, die Zeichen der Zeit richtig zu deuten und daraus Maßstäbe abzuleiten und zu entwickeln, die einen möglichst hohen Grad an Effizienz versprechen. Das setzt wissenschaftliche Kompetenz ebenso voraus wie die Fähigkeit, die Bedeutung des Zahnarztes in der Gesellschaft – auf nationaler wie europäischer Ebene – im Bewußtsein der Öffentlichkeit zu verankern. Dabei müssen auch neue Erkenntnisse über die Auswirkungen von Erkrankungen des Mundraumes für die Gesundheit des gesamten Organismus besonders herausgestellt werden.

53 |

Um der Vielfalt der Ansprüche zahnärztlicher Berufspolitik in ihren juristischen, ökonomischen, sozialmedizinischen und gesellschaftswissenschaftlichen Verästelungen gerecht zu werden, bedient sich die Bundeszahnärztekammer der Ratschläge ihres kompetenten Expertengremiums, des im Jahr 2001 berufenen Consiliums. Ihm gehören unter Koordination von Prof. Burkhard Tiemann renommierte Hochschullehrer aus den Bereichen der Rechtswissenschaft, der Volkswirtschaftslehre, der Wirtschaftspolitik und der Zahnmedizin an, die in der Unabhängigkeit der Lehre für die wissenschaftlichen Fundamente einer zukunftsorientierten Berufspolitik der Bundeszahnärztekammer sorgen. Die politischen Entscheidungen fällt der Vorstand. Die über das Consilium gewonnenen inhaltlichen Expertisen unter Berücksichtigung einer immer stärker werdenden europäischen Perspektive umzusetzen, zählt dann u.a. zu den Aufgaben des Brüsseler Büros der Bundeszahnärztekammer, dessen strategische Bedeutung (s.o.) kontinuierlich wächst.

Die folgenden Beiträge der Mitglieder des Consiliums befassen sich mit Tätigkeitsschwerpunkten und Zukunftsperspektiven der Bundeszahnärztekammer für eine innovative Berufspolitik aus wissenschaftlicher Sicht. Die Veröffentlichung des Aufsatzes von Prof. Dr. Meinhard Heinze ist mit der schmerzlichen Tatsache verbunden, dass dieser hochangesehene Wissenschaftler kurz nach Vollendung seines 60. Lebensjahres und seiner eindrucksvollen Berufung zum Rektor der Universität Bonn plötzlich - und für uns alle unfassbar - verstorben ist. Die Zahnärzteschaft verliert mit ihm einen klugen und kompetenten Berater, einen verlässlichen Freund und Wegbegleiter, das Consilium ein wissenschaftlich überragend qualifiziertes, überaus engagiertes und menschlich hochgeschätztes Mitglied. Die Festschriftbeiträge der Mitglieder des Consiliums sind auch seinem Andenken im Sinne eines freiheitlichen und Europa zugewandten Gesundheitswesens gewidmet.



Dr. med. Dr. med. dent. Jürgen Weitkamp
Präsident der Bundeszahnärztekammer

Die Freiberuflichkeit des Zahnarztes im Spannungsfeld sozialstaatlicher Bindungen

Das Berufsbild des Zahnarztes im System der Freien Berufe

Der Zahnarzt als Freier Beruf im Sozialstaat bezeichnet eine berufs-, gesundheits- und sozialpolitische Problemstellung, die trotz jahrzehntelanger politischer, rechts- und sozialwissenschaftlicher Diskussionen unter einer Flut gesetzgeberischer Aktivitäten im Gesundheits- und Sozialwesen nichts an Aktualität eingebüßt hat und bei jeder Gesundheitsreform erneut auf dem Prüfstand steht. Ebenso wie der Autor dieses Beitrages, der in verschiedenen Funktionen der berufsständischen Selbstverwaltung Gelegenheit hatte, die Status- und Funktionsmetamorphose der zahnärztlichen Berufsausübung unter sozialstaatlichen Rahmenbedingungen berufspolitisch-administrativ¹⁾ und wissenschaftlich²⁾ zu begleiten, haben zahlreiche grundlegende Untersuchungen³⁾ sich mit der Rolle des Arztes und Zahnarztes in ihrer Ambivalenz zwischen freiberuflicher Eigenverantwortung und zunehmend restriktiver werdenden sozialstaatlichen Bindungen befasst. Das 50-jährige Bestehen der Bundeszahnärztekammer, die kraft gesetzlicher Aufgabenstellung

ihrer Mitgliedsorganisationen, satzungsmäßigem Auftrag und verbandlichem Selbstverständnis die Bewahrung zahnärztlicher Freiberuflichkeit in sozialverantwortlicher Berufsausübung als zentrale Aufgabe ansieht, gibt erneut Anlass sowohl retrospektiv-analytisch eine Bilanz des abgelaufenen Evolutionsprozesses der berufsrechtlichen Entwicklung als auch prospektiv eine Standortbestimmung des Zahnarztes im Sozialstaat und dessen sich abzeichnender Grenzen vorzunehmen. Dabei sind die Einwirkungen des Berufs- und Vertragsarztrechts auf die Berufsausübung, die vielfältigen Determinanten des medizinisch-wissenschaftlichen Fortschritts, das sich wandelnde orale Morbiditätspanorama, die komplexen gesundheitsökonomischen Bestimmungsfaktoren und nicht zuletzt die sich entwickelnde Dimension einer europäischen Sozialunion zu berücksichtigen.⁴⁾

Die viel beschworene Kernfrage, ob der Arzt oder Zahnarzt insbesondere in seiner Erscheinungsform als Vertrags(zahn-)arzt in diesem Jubiläumsjahr der Bundeszahnärztekammer noch ein Freier Beruf ist, begegnet von vornherein der Schwierigkeit einer gewissen begrifflichen Unschärfe eines Freiberuflichkeitsverständnisses,

1) Seit 1979 als Hauptgeschäftsführer und später Vorstandsbevollmächtigter der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, Direktor des Instituts der Deutschen Zahnärzte und Koordinator des Consiliums der Bundeszahnärztekammer. Zu den berufs-, gesundheits- und versorgungspolitischen Positionen der Zahnärzteschaft, s. u.a. meine Beiträge, in: 100 Jahre Krankenversicherung (hrsg. vom Forschungsinstitut für die zahnärztliche Versorgung, 1984, S. 17 ff.; 30 Jahre KZBV (hrsg. von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, 1983); Die zahnärztliche Versorgung im Umbruch (hrsg. vom Institut der Deutschen Zahnärzte), 2001, S. 15 ff.

2) B. Tiemann/S. Tiemann, Kassenarzt im Wandel, 1983; B. Tiemann, Medizinrecht, 1983, S. 176 ff., 211 ff.; Vierteljahrschrift für Sozialrecht (VSSR), 1994, 407 ff.; B. Tiemann/Klingenberger/Weber, System der zahnmedizinischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, 2003.

3) S. Tiemann, ZSR 1983, 184 ff., 230 ff.; Schulin, VSSR 1994, 357 ff.; Stockhausen, Ärztliche Berufsfreiheit und Kostendämpfung, 1992; Sodan, Freie Berufe als Leistungserbringer im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung, 1997; Tettinger, Medizinrecht 2001, 287 ff.

4) Zur Vernetzung interdependenter juristischer, gesundheitsökonomischer und sozial-medizinischer Entwicklungstendenzen des zahnmedizinischen Versorgungssektors in interdisziplinärer Sicht, s. Die zahnärztliche Versorgung im Umbruch, aaO, mit Beiträgen von B. Tiemann, S. 15 ff.; Reich, S. 29 ff.; Wille, S. 39 ff.; Tettinger, S. 57 ff.

das in seiner Genese nicht juristischer sondern soziologischer Natur ist. Ein solches berufssoziologisches Vorverständnis der Freiberuflichkeit liegt sowohl der für die Freien Berufe übergreifenden Gesetzgebung, zum Beispiel des Steuerrechts, als auch der höchstrichterlichen Rechtsprechung⁵⁾ zu Grunde, soweit sie den Zahnarzt als Freien Beruf im Sozialstaat verortet. Normative, insbesondere grundrechtliche Schranken für staatliche Eingriffe und Statusbestimmungen des Zahnarztes als Freier Heilberuf durch den Gesetzgeber ergaben sich bisher nicht aus dem Rechtsgehalt der Freiberuflichkeit, sondern aus den allgemeinen Schranken, Vorbehalten und grundgesetzlichen Gewährleistungen, insbesondere der Berufsfreiheit des Art. 12 GG, der allgemeinen Handlungsfreiheit (Art. 2 GG), dem Gleichheitsgrundsatz (Art. 3 GG) oder der Eigentumsgarantie (Art. 14 GG) sowie rechtsstaatlichen Kriterien, wie dem Verhältnismäßigkeits- oder Vertrauensschutzprinzip. Der Begriff der Freiberuflichkeit in seiner Vieldeutigkeit und Unschärfe ist dadurch gekennzeichnet, dass er berufssoziologisch höchst unterschiedliche Berufsbilder und Berufstypen aggregiert⁶⁾ und sowohl gegenüber gewerblichen Implikationen als auch Selbstständigkeitskriterien und staatlicher Einbindung schwer abzugrenzen ist. Sowohl teilweise gewerblich ausgerichtete Berufe, wie die Apotheker, als auch staatlich Beliehene, wie Notare, werden zu den Freien Berufen gezählt. Freie Berufe können in angestellter oder selbstständiger Form oder in Kombination von beiden Ausübungsformen praktiziert werden: § 1 der Bundesärzteordnung und § 2 der Bundesrechtsanwaltsordnung definieren den Arzt oder Rechtsanwalt als Freien Beruf, dessen Tätigkeit kein Gewerbe ist, unabhängig davon, ob er in freiberuflicher Niederlassung oder als Angestellter, zum Beispiel als Krankenhausarzt oder als Syndikusanwalt, praktiziert wird. Der "Dichtegrad" der öffentlich-rechtlichen Einbindung Freier Berufe ist ebenfalls höchst unterschiedlich: Neben weitgehend „staatsfreien“ Freiberuflern, wie Künstlern und Publizisten, stehen staatlich gebundene Berufe, wie zum Beispiel Rechtsanwälte, die vom Gesetz als „unabhängiges Organ der Rechtspflege“ bezeichnet werden (§ 1 BRAO), Apotheker, denen nach

dem Apothekengesetz die Sicherstellung der Arzneimittelversorgung obliegt oder Ärzte und Zahnärzte, die nach der Bundesärzteordnung und dem Zahnheilkundengesetz bei der Ausübung ihres Berufes der medizinischen Versorgung der Bevölkerung ebenfalls in staatliche Sozialpflichten eingebunden sind.

Den höchsten Dichtegrad öffentlich-rechtlicher Einbindung weisen Freie Berufe auf, die, wie zum Beispiel Notare oder öffentlich bestellte Vermessungsingenieure, mit staatlichen Hoheitsfunktionen beliehen sind, so dass ihre Freiberuflichkeit durch die Indienstnahme für Staatsfunktionen weitgehend öffentlich-rechtlich überlagert ist.

Schließlich zeigt die Debatte um die Zulässigkeit von Werbeverböten und gesellschaftsrechtlichen Formen der Berufsausübung Freier Berufe⁷⁾ die Probleme einer Abgrenzung zur Vergewerblichung, die auch vor dem Berufsbild des Zahnarztes in seinen verschiedenen Ausübungsformen als Privatzahnarzt, als Vertragszahnarzt, als Hochschullehrer oder Angestellter öffentlicher Institutionen nicht Halt macht.

Besonders der Status des Vertragszahnarztes muss sich vor dem Hintergrund der Systembedingungen der GKV und seiner zunehmenden Funktionalisierung für die Zwecke der sozialen Krankenversicherung auf seine Freiberuflichkeit befragen lassen. Die Kumulation vielfältiger Einschränkungen beruflicher Freiheiten, die sowohl die medizinisch-therapeutische Komponente (Einschränkung der Therapiefreiheit durch Arzneimittelbudgets, Richtlinienvorgabe, Kontrollen der Wirtschaftlichkeits- und Qualitätssicherung) als auch die ökonomisch-betriebswirtschaftliche Dispositionsfreiheit (wirtschaftliche Restriktionen durch Budgetierung, Degression, Realwertverluste, gesetzgeberische Vergütungsinterventionen) sowie das berufliche Umfeld freier Entscheidungs- und Entfaltungsmöglichkeiten (Zulassung-Bedarfsplanung, Altersgrenze, Praxisübergabemodalitäten) umfassen, haben dazu geführt, den Kassen- bzw. Vertrags-(zahn-)arzt als „Amtswalter der gesetzlichen Krankenversicherung“, als „Semi-Beamter“, als quasi-Beliehener „mit Sozialanspruch auf Teilhabe an der aus Zwangsabgaben gespeisten Gesamtvergütung“⁸⁾ anzusehen.

5) BVerfGE 10, 354, 364; 12, 144.

6) Funktional lassen sich neben den Heilberufen die rechts- und wirtschaftsberatenden Berufe, die Architekten, Ingenieure und naturwissenschaftlich geprägten Berufe, pädagogische, geistes- und kulturwissenschaftliche Berufe sowie künstlerische- und publizistische Berufe unterscheiden. Vgl. Hermann, Recht der Kammern und Verbände Freier Berufe, 1996, S. 46; Tettinger, Medizinrecht 2001, 288.

7) S. hierzu Ganster, Freier Beruf und Kapitalgesellschaft – das Ende der freien Professionen?, 2000, S. 148 ff.; 577 ff.; 607 ff.; Ring, Werberecht der Ärzte, 1999, 183 ff.

8) S. dazu S. Tiemann, ZSR 1983, S. 184 ff., 230 ff.; H. Bogs, in: Gesundheitspolitik zwischen Staat und Selbstverwaltung, 1982, S. 415 ff.; Hirsch, TZB 2002, 6 ff. Nach Zuck, in: Festschrift für Geiß, 2000, S. 323, 330, 392) stellt sich sogar die Frage, ob der Vertragsarzt heutiger Prägung nicht bereits ein eigenständiger Beruf ist, da er „so gut wie alle Merkmale freiberuflicher ärztlicher Tätigkeit verloren“ habe. Dagegen kritisch Tettinger, Medizinrecht 2001, 287.

Insbesondere vor dem Hintergrund sozialstaatlicher Einbindung durch die Gesetzliche Krankenversicherung wird die Problematik zahnärztlicher Freiberuflichkeit auf einige zentrale Fragestellungen fokussiert:

- Was ist das Proprium der Freiberuflichkeit des zahnärztlichen Berufsbildes und zahnärztlicher Berufsausübung?
- Welchen konkreten Rechtsgehalt hat der Begriff der Freiberuflichkeit insbesondere im Hinblick auf die grundgesetzlichen Gewährleistungen?
- Welche rechtsstaatlichen, insbesondere grundrechtlichen Schranken gesetzgeberischer Gestaltungsfreiheit ergeben sich angesichts der Tatsache, dass Freiberuflichkeit nichts genuin Statisches ist, sondern gerade im Sozialstaat einer Dynamik unterliegt, die vom gesellschaftlichen, wissenschaftlichen und ökonomischen Innovationsprozessen ausgelöst wird?

Berufs- und Vertrags(zahn-)arztrecht als Determinanten der Freiberuflichkeit

Die zahnärztliche Berufstätigkeit innerhalb des Systems der zahnärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland ist in der Regel - nämlich soweit es sich um den Vertragszahnarzt handelt - bestimmt von zwei Komponenten: dem zahnärztlichen Berufsrecht, das sich insbesondere im Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde i.d.F. der Bekanntmachung vom 16.04.1987 (BGBl. I, S. 1225) sowie der ergänzenden Approbationsordnung für Zahnärzte i.d.F. vom 17.12.1986 (BGBl. I, S. 2524) und den landesrechtlichen Heilberufs- und Kammergesetzen niedergeschlagen hat, ferner den kassenarztrechtlichen Bestimmungen, insbesondere Regelungen des SGB V, sowie in den Richtlinien, Mantel- und Gesamtverträgen, die durch dieses Gesetzeswerk ihre rechtliche Ausgestaltung erfahren haben.⁹⁾

Sowohl im Zahnheilkundengesetz als auch in der Berufsordnung für die deutschen Zahnärzte vom 06.11.1975 wird der zahnärztliche Beruf als ein „seiner Natur nach Freier Beruf“ bezeichnet, der nur in Diagnose- und Therapiefreiheit ausgeübt werden kann und dessen Ausübung kein Gewerbe darstellt. Der Zahnarzt ist demnach verpflichtet, seinen Beruf nach den Regeln der

zahnärztlichen Kunst und nach Geboten der Menschlichkeit auszuüben, dem ihm im Zusammenhang mit dem Beruf entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen, sein Wissen und sein Können in den Dienst der Pflege, der Erhaltung und der Wiederherstellung der Gesundheit zu stellen. Diese generelle Definition der Berufspflichten wird in den Berufsordnungen in eine Palette von Einzelpflichten ausdifferenziert, die von der Fortbildungspflicht über Schweigepflicht, Aufzeichnungspflicht, Kollegialitätspflicht bis hin zur Übernahme von Pflichten wie dem Notfalldienst reicht.

Die freiberufliche Komponente der zahnärztlichen Berufsausübung als eigenverantwortlicher, weisungsunabhängiger, nicht in erster Linie erwerbswirtschaftlicher Tätigkeit paart sich bei einer Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung mit den Bindungen des Kassenarztrechts.¹⁰⁾

Das Spannungsverhältnis zwischen der Eigenverantwortlichkeit des Freien Berufes und dem rechtlichen Standard des Kassensystems hat das Bundesverfassungsgericht im Grundsatzurteil zur Rechtsstellung des Kassenarztes bzw. Kassenzahnarztes 1960/61¹¹⁾ 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 sei der Kassenarzt durch die Zulassung in ein öffentlich-rechtliches System einbezogen, innerhalb dieses Systems stehe er jedoch weder zu den Kassen noch zur Kassenärztlichen Vereinigung in einem Dienstverhältnis. Mit der Krankenkasse verbinde ihn keine unmittelbare Rechtsbeziehung. Der Kassen(zahn-)arzt sei nicht Dienstnehmer, sondern Mitglied der Kassen(zahn-)ärztlichen Vereinigung als genossenschaftlichem Zusammenschluss der Zahnärzte 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

9) S. dazu Überblickhaft B. Tiemann/Klingenberg/Weber, System der zahnmedizinischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, aaO.

10) Vgl. die Darstellung der Besonderheiten des vertragszahnärztlichen Sektors im System des Kassenarztrechts bei Muschallik, in: Schnapp/Wigge, Handbuch des Vertragsarztrechts, S. 465 ff.

11) BVerfGE 10, 354; 12, 144

Tätigkeit besonderen Beschränkungen unterworfen, die sich aus der Einbindung in das vertragsärztliche Versorgungssystem ergäben.¹²⁾

Der Freie Beruf des Arztes und Zahnarztes steht also in einem spezifischen Spannungsverhältnis freiberuflicher Eigenverantwortung und sozialstaatlicher Bindung.¹³⁾ Die Grenzen dieser Bindungen zu bestimmen, ist im Hinblick auf die grundgesetzliche Gewährleistung der Berufsfreiheit (Art. 12 GG) des Arztes und Zahnarztes, aber auch im Hinblick auf die gesellschaftspolitische Relevanz der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung durch Freie Heilberufe von zentraler Bedeutung. Als Rechtsbegriff hat die Freiberuflichkeit Konturen gewonnen durch die Legaldefinition des § 1 Abs. 2 des Partnerschaftsgesellschaftsgesetzes vom 22.07.1998, in dem es als Wesensmerkmal der Freien Berufe bezeichnet wird, dass sie „auf der Grundlage besonderer beruflicher Qualifikation oder schöpferischer Begabung die persönliche, eigenverantwortliche und fachlich unabhängige Erbringung von Dienstleistungen höherer Art im Interesse der Auftraggeber und der Allgemeinheit“ zum Inhalt haben. Das breite Spektrum der aus Art. 12 Abs. 1 GG ableitbaren Gewährleistungen der Freiheit der Berufsausübung garantiert die Gesamtheit der mit der Berufstätigkeit, ihrem Ort, ihren Inhalten, ihrem Umfang, ihrer Dauer, ihrer äußeren Erscheinungsform, ihren Verfahrensweisen und ihren Instrumenten zusammenhängenden Modalitäten der beruflichen Tätigkeit und umfasst eine Reihe von Einzelfreiheiten¹⁴⁾ wie z.B.

- die berufliche Entfaltungsfreiheit mit den für den medizinischen Bereich zentralen Komponenten der Therapiefreiheit,
- die berufliche Organisations- und Dispositionsfreiheit bezüglich der privatautonomen Rechtsformenwahl und der Freiheit gemeinsamer Berufsausübung, der Investitionsfreiheit sowie der freien Vertrags- und Preisgestaltung,
- die Wettbewerbsfreiheit einschließlich der Freiheit der beruflichen Selbstdarstellung durch sachliche Informationswerbung, der Führung erworbener akademischer Grade und Tätigkeitsschwerpunkte,
- die Eigenverantwortung für die Erbringung und wirtschaftliche Verwertung beruflicher Leistungen.

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

Insbesondere das engmaschige Netz kassenärztlicher Pflichten, denen Arzt und Zahnarzt in der Berufsausübungsform des Vertragsarztes unterworfen sind und die sowohl die Berufsausübung im engeren Sinne, d. h. die diagnostisch-therapeutische Kernzone der Berufstätigkeit, tangieren, als auch die wirtschaftliche Komponente der Berufsausübung sowie die allgemeine berufliche Entfaltungs- und Dispositionsfreiheit einschränken, hat dazu geführt, dass verschiedentlich Zweifel laut wurden, ob der Vertrags(zahn-)arzt überhaupt noch die Kriterien des Freien Berufes erfülle. Von den zentralen Definitionskriterien der Freien Berufe, nämlich der besonderen beruflichen Qualifikation, der Eigenverantwortlichkeit und Unabhängigkeit sei nur noch ersteres über geblieben und im Grunde ein neues eigenständiges Berufsbild des „Vertragsarztes“ entstanden.¹⁵⁾ Kausal für diese Entwicklung des Vertrags(zahn-)arztes zu einem Freiberufler „sui generis“ sind in erster Linie die Systembedingungen der GKV.

Freiberuflichkeitsdefizite des zahnärztlichen Leistungs- und Vertragsregimes

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

Der dadurch bewirkte Paradigmenwechsel des Kassenarztrechts hat sich in einem zyklisch fortschreitenden Evolutionsprozess vollzogen, der sowohl die Rechtsstellung des Versicherten

12) BVerfGE 12, 144, 150

13) Zur Gemeinwohlorientierung Freier Berufe mit ihren Implikationen besonderer Schutzwirkungen zugunsten des betreffenden Berufs als dem Korrelat einer gewissen „Sozialschutzbedürftigkeit“ s. Groepper, GewArch 2000, 366, 370.

14) Zur exemplarischen Konturierung des breiddimensionalen Schutzzumfanges grundrechtlicher Gewährleistungen für Freie Berufe s. Tettinger, Medizinrecht 2001, 290.

15) Vgl. Zuck, aaO (FN 12).

betrifft als auch Funktion und Binnenstruktur der Krankenversicherungsträger und den Status des Kassenarztes. Eine verstärkte Instrumentalisierung des Kassenarztes für das System der Gesetzlichen Krankenversicherung, die Einwirkung einer makrosozialen Globalsteuerung auf das Leistungs- und Vergütungssystem sowie verstärkte öffentlich-rechtliche Bindungen der ärztlichen Berufstätigkeit sind Marksteine dieses Wandlungsprozesses.¹⁶⁾ Die stärkere soziale Einbindung des Kassenarztes, die Einwirkung gesamtwirtschaftlicher Prozesse auf die kassenärztliche Behandlungstätigkeit und das Arzt-Patienten-Verhältnis haben das System der kassenärztlichen Versorgung in ein spezifisches Spannungsfeld zwischen den grundrechtlich garantierten Anforderungen an die autonome, von persönlichem Vertrauen und fachlicher Kompetenz getragene Arzt-Patienten-Beziehung mit ihren vielschichtigen Implikationen (Therapiefreiheit, Wahlrecht des Patienten, Aufklärungs- und Mitwirkungspflichten, Höchstpersönlichkeit der Leistungserbringung) und den sozialstaatlichen Anforderungen gesamtgesellschaftlicher Organisationsprinzipien gestellt. Dies führt zu einer mehrdimensionalen Antinomie des Kassenarztrechts, die rechtsstaatlich einwandfrei nur aufgelöst werden kann, wenn die beteiligten Rechtsgüter und Interessen in grundrechtskonformer Weise harmonisiert werden.¹⁷⁾

Die erste Antinomie ist rechtskonstruktiver Art und betrifft die Trias von Sachleistung, Gesamtvertrag und Gesamtvergütung, die das System der Gesetzlichen Krankenversicherung fast ausnahmslos beherrscht. Die Krankenkassen haben dem Versicherten in diesem Rahmen nicht nur das finanzielle Risiko der Krankheit abzunehmen, sondern zu gewährleisten, dass er mit ärztlicher und zahnärztlicher Behandlung sowie mit Arzneimitteln versorgt wird. Dienst- und Sachleistungen sind dadurch gekennzeichnet, dass sich der Anspruch des Sozialversicherten gegen den Leistungsträger unmittelbar auf die Leistung selbst richtet. Eine finanzielle Beteiligung des Versicherten erfolgt dabei in der Regel nur über dessen Beitrag zur Sozialversicherung. Mit der Einführung des Sachleistungsprinzips bezweckte der Gesetzgeber, die ärztliche Versorgung aller Krankenkassenmitglieder sicherzustellen, wobei die Unmittelbarkeit der Bedarfsbefriedigung ohne Kostenbeteiligung des

Versicherten, die das Sachleistungsprinzip kennzeichnet, in ihrer ursprünglichen Sinnggebung darauf abzielte, durch Ausschluss einer Vorleistungspflicht der Versicherten die Hemmschwelle für die Inanspruchnahme versicherungsmäßiger Leistungen gerade auch für finanziell minderbemittelte Patienten herabzusetzen, damit diese nicht aus materiellen Gründen von der Inanspruchnahme notwendiger Behandlungen absehen müssten.¹⁸⁾ Deshalb sollte der Patient sowohl von finanzieller Vorleistung als auch von dem eigentlichen Vorgang der Leistungsbeschaffung freigestellt werden. Diese Grundsätze leiten sich ab aus der ursprünglichen Zielrichtung der Krankenversicherung unter dem Aspekt staatlich-paternalistischer Wohlfahrtspflege und arbeitsrechtlich-fürsorgereicher Existenzsicherung gegen elementare Lebensrisiken.¹⁹⁾

Die Abwicklung der Rechtsbeziehungen unter den Rechtssubjekten im Sachleistungssystem gestaltet sich in der Weise, dass der (Zahn-)Arzt aufgrund seiner Zulassung zur Versorgung sozialversicherter Patienten berechtigt und verpflichtet ist und gegen seine Kassen-(zahn-)ärztliche Vereinigung einen öffentlich-rechtlichen Anspruch auf Vergütung seiner Leistungen hat. Die Kassenärztliche Vereinigung übernimmt die Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung der sozialversicherten Patienten (§ 75 Abs. 1 SGB V) und hat gegenüber den Krankenkassen aufgrund der Gesamtverträge einen Anspruch auf die Gesamtvergütung (§ 85 Abs. 1 SGB V). Der Patient hat aufgrund des Versicherungsverhältnisses mit seiner Krankenkasse und seiner Beitragszahlung in Verbindung mit den leistungsrechtlichen Bestimmungen des SGB, das den Leistungsinhalt und -umfang regelt, einen öffentlich-rechtlichen Leistungsanspruch in Gestalt eines subjektiv-öffentlichen und gerichtlich durchsetzbaren Rechtes gegen die Krankenkassen auf Zurverfügungstellung der vertrags(zahn-)ärztlichen Leistung in dem vom SGB vorgesehenen Umfang (§§ 15 Abs. 2, 66, 76 Abs. 2 SGB V). Die Rechtsbeziehung zwischen Versichertem und Krankenkasse, das sog. Sozialrechtsverhältnis,²⁰⁾ ist dabei ein öffentlich-rechtliches Rechtsverhältnis, das aufgrund seiner Ähnlichkeit mit dem Schuldverhältnis zum Teil als öffentlich-rechtliches Schuldverhältnis qualifiziert wird. Die

16) S. zu diesem Entwicklungsprozess der Strukturveränderung durch Kostendämpfungsgesetzregelung, B. Tiemann/S. Tiemann, aaO, S. 108 ff., 133 ff.

17) Zur Antinomie des Kassenzahnarztrechts s. B. Tiemann, VSSR 1994, S. 412 ff.

18) s. BSGE 42, 117.

19) Rohwer-Kohlmann, ZSR 1980, 187; Schimmelpfeng-Schütte, SGB 1980, 380; H. Peters KrV 1981, 272

20) S. dazu Krause, Das Sozialrechtsverhältnis, Schriftenreihe des Deutschen Sozialrechtsverbandes XVIII, S. 12 ff.

öffentlich-rechtlichen Konstruktionen innerhalb eines Vierecksverhältnisses haben den Behandlungsvertrag zwischen Arzt und Patient im Sachleistungssystem verdrängt und seiner privatrechtlichen Konstitutionsfaktoren entkleidet, so dass sich ein Behandlungsvertrag zwischen Vertrags(zahn-)arzt und sozialversichertem Patienten weitgehend als Fiktion und inhaltsleere Hülse darstellt.²¹⁾

Zwischen Vertrags(zahn-)arzt und Patient besteht im Rahmen der Sachleistung weder ein schuldrechtlicher Leistungsanspruch bezüglich der ärztlichen Behandlung noch ein privatrechtlicher Vergütungsanspruch für die geleisteten ärztlichen Dienste. Die privatrechtlichen Beziehungen zwischen Arzt und Patient sind im Sachleistungssystem auf ein haftungsrechtliches Sorgfaltspflichtverhältnis (§ 76 Abs. 4 SGB V) reduziert, das im Wege einer Transformation bürgerlich-rechtlicher Sorgfaltspflichten in das öffentlich-rechtliche Verhältnis eingefügt wird. Diese Rechtsfolgenverweisung auf das bürgerliche Recht stellt sich als rechtliche „Krücke“ zur Überbrückung der fehlenden Vertragsrechte und -pflichten im Haftungsfall dar.²²⁾ Der Vertrags(zahn-)arzt tritt dem Patienten damit als Erfüller des öffentlich-rechtlichen Anspruchs gegenüber, der in einer Drittbeziehung, dem Versicherungsverhältnis, wurzelt. Das (Zahn-)Arzt-Patienten-Verhältnis im Kassenarztrecht gestaltet sich auf diese Weise als öffentlich-rechtliches Erfüllungsverhältnis, das sowohl die Aufgabe der Anspruchsrealisierung als auch die Funktion einer Gewährleistung wirtschaftlicher und lege-artiskonformer Versorgung für den Patienten hat.

Einschränkung privatautonomer Vertrags- und Dispositionsfreiheit

Dieser „Einbruch der Sozialversicherung in die Arzt-Patienten-Beziehung“ führt durch die Dominanz des Sachleistungsprinzips, das bisher nur für freiwillig Versicherte und unaufschiebbare Leistungen (§ 13 SGB V) durchbrochen wird, zu rechtlichen Konsequenzen, die von der Rechtsdogmatik bisher weitgehend unbewältigt geblieben sind.²³⁾ Rechtskonstruktive Inkompatibilitäten treten im selben Augenblick auf, wo andere als Sachleistungsformen in dieses öffent-

lich-rechtlich durchnormierte System einzufügen sind: Typisch für diese Problematik ist der Zahnersatz, der bis zum Inkrafttreten des KVEG als Zuschussleistung auf der Grundlage eines privatrechtlichen Vertrages zwischen Zahnarzt und Patient ausgestaltet war. Obwohl das Bundessozialgericht in seiner Prothetikentscheidung vom 24.1.1974, die die Sonderstellung des Zahnersatzes als Zuschussleistung im Rahmen eines Privatvertrages anerkannte, bestätigte, dass diese Zuschussleistung nicht der Gesamtvergütung unterliegt, sah es sich veranlasst, diese Leistungsform in das Korsett der Vertragshoheit des Kassenarztrechts zu pressen, wengleich ihm die rechtskonstruktive Unvereinbarkeit von Zuschussleistung und Gesamtvergütung selbst nicht verborgen blieb.²⁴⁾

Auch nachdem der Gesetzgeber im GRG und GSG einen halbherzigen Reformschritt vollzog, in dem er den durch das KVEG zur Sachleistung umgestalteten Zahnersatz zur Kostenerstattungsleistung wandelte, blieb es bei einer Kostenerstattungsform, die nicht der idealtypischen Vorstellung einer Gläubiger-Schuldner-Beziehung mit Zahlungspflicht des Leistungsempfängers entspricht, sondern einer „hinkenden“ Form der Kostenerstattung, die das BSG als „Sachleistungssurrogat“ bezeichnete und bei der die Kassen den dem Versicherten geschuldeten Anteil mit befreiender Wirkung an die KZV zahlten.²⁵⁾ Erst das 2. GKV-Neuordnungsgesetz sah für die prothetische und kieferorthopädische Versorgung eine echte Kostenerstattung vor,²⁶⁾ die bereits kurze Zeit später durch das GKV-SolG wieder zugunsten der Sachleistung aufgehoben wurde.

Dass die Inadäquanz der Handlungsformen im Kassenarztrecht durch die Sachleistungsfixierung zu dogmatischer Erstarrung und Verzerrungen führt, zeigt schließlich auch die Schwierigkeit, Formen der Direktbeteiligung oder Kostenerstattung in die Sachleistungskonstruktion zu integrieren. Mit der Unmittelbarkeit wirtschaftlicher Leistungsbeschaffung war die Krankenkasse weitgehend auf ein Alles-oder-Nichts-Prinzip verwiesen, nämlich entweder eine Leistung zu vermitteln, die im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeits- und Zweckmäßigkeitseinschränkungen des Krankenversicherungsrechts

21) D. Eberhard, AcP 1971, 219 ff.; Krause SGB 1982, 430 ff.

22) D. Eberhard, aaO, S. 289, Rohwer-Kohlmann, SGB 1980, 90

23) Vgl. die Darstellung der kontroversen Standpunkte, inwieweit dem kassenarztrechtlichen „Dritterfüllungsverhältnis“ zwischen Vertragsarzt und sozialversichertem Patienten schuldrechtliche Elemente zugrunde liegen bei Waltermann, Sozialrecht, 2002, S. 97 f., Sodan, Freie Berufe als Leistungserbringer, aaO, S. 126 ff.

24) Vgl. B. Tiemann/S. Tiemann, aaO, S. 129 ff.

25) S. BSGE 66, 284, 287; s. dazu B. Tiemann, VSSR 1994, 415; Muschallik, aaO, S. 471.

26) Mit der Konsequenz, dass der Zahlungsanspruch des Zahnarztes sich in voller Höhe, also auch hinsichtlich des Kassenanteils, unmittelbar gegen den Versicherten richtete und eine Abrechnung über die KZV nicht mehr möglich war. S. B. Tiemann, ZM 1997, S. 1504, 1507.

den Erfordernissen und legitimen persönlichen Wünschen des Patienten im Einzelfall nicht entspricht, oder eine Leistung zu beschaffen, die gleichsam ein sozialstaatliches „ultra posse“ darstellt, weil sie in einer Disproportionalität zur jeweiligen finanziellen Leistungsfähigkeit der Krankenkasse steht.

Allerdings wird dabei nicht ausgeschlossen, dass der Versicherte zur Erlangung einer die Leistungspflicht der Krankenkassen übersteigenden Versorgung einen bestimmten Eigenanteil trägt. Auch das Sachleistungsprinzip, dem lange Zeit ein Verbot der Kostenerstattung entnommen wurde, bedeutet nicht, dass der Versicherte sich in allen Fällen mit einer das Maß des Notwendigen nicht überschreitenden Leistung zufrieden geben muss.²⁷⁾

Gerade auch beim Zahnersatz mit seinen vielfältigen Wahlmöglichkeiten und Versorgungsformen musste der Gesetzgeber die unzulängliche Flexibilität öffentlich-rechtlicher Anspruchsnormierung anerkennen und die Möglichkeit eröffnen, dass der Versicherte nicht nur den Eigenanteil (§ 30 Abs. 2 SGB V), sondern für aufwändigere Versorgungsformen die Mehrkosten selbst zu tragen hat (§ 30 Abs. 3 SGB V). Das gleiche gilt für Zahnfüllungen (§ 28 Abs. 2 S. 2 SGB V).²⁸⁾ Wie ausgeprägt das Beharrungspotential des Sachleistungsprinzips im deutschen Sozialversicherungsrecht ist, beweist die vorgesehene Neuregelung des Zahnersatzes im Entwurf eines „Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems“ (GMG) vom Mai 2003, durch das therapieorientierte Festzuschüsse zum Zahnersatz auf Sachleistungsbasis vorgesehen sind. Andererseits wird durch den Regelungsentwurf das starre Korsett der Sachleistung mit seiner Alles-oder-Nichts-Beschränkung gesprengt, weil der Versicherte, wenn er sich für aufwändigere Mehrleistungen entscheidet, den Festzuschuss in diese Versorgungsform „mitnimmt“.

Der weitgehende Ausschluss der Privatautonomie im Sachleistungsprinzip, die Herauslösung konstituierender Gestaltungskomponenten des Vertragstypus, nämlich Leistung und Gegenleistung aus der Vertragsbeziehung zwischen Zahnarzt und Patient, zerreißt das duale Schuldverhältnis als synallagmatisches Regelungsgefüge und autonome Gestaltungseinheit und wirft darüber hinaus bedeutsame Fragen des Selbst-

verständnisses (zahn-)ärztlicher Berufsausübung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung auf: Im Sachleistungssystem treten sich die Rechtssubjekte des Behandlungsverhältnisses als Personen gegenüber, deren Privatautonomie durch öffentlich-rechtliche Regelungen aufgezehrt ist, die also im unmittelbaren Verhältnis zueinander quasi „entrechtet“ sind. Für einen rechtlichen Konsens über die Inhalte des Behandlungsverhältnisses ist kein Raum zwischen ihnen, da ihnen im Binnenverhältnis keine privatrechtliche Disposition über gegenseitige Ansprüche zusteht. Der für privatrechtliche Vertragsverhältnisse charakteristische Konsens wird damit bereits auf öffentlich-rechtlicher Ebene antizipiert, nämlich in den Beziehungen Versicherter/Krankenkassen einerseits und Krankenkasse/Kassen(zahn-)ärztliche Vereinigung/Kassenarzt andererseits. Die Sachleistungsgewährung und das Arzt-Patienten-Verhältnis werden damit gekennzeichnet von der Anonymität und Intransparenz der Leistungsbeziehung.²⁹⁾ Die öffentlich-rechtliche Präformierung des Behandlungsverhältnisses wird aber der Vertrauensbeziehung zwischen (Zahn-)Arzt und Patient, in die elementare Rechtsgüter wie Persönlichkeitsrechte, körperliche Integrität usw. eingebracht werden, nicht gerecht. Der Arztvertrag hat mehr zu regeln als die bloße Kostenfrage, er betrifft Aufklärung und Einwilligung ebenso wie Wahl- und Selbstbestimmungsrechte oder Mitwirkungspflichten des Patienten. Angesichts der Grundrechtssensibilität der beteiligten Rechtsgüter und der Rechte-Pflichten-Relation im Kassenarztrecht müssen auch im Arzt-Patienten-Verhältnis die konstitutiven Elemente des Privatvertrages erhalten bleiben. Gerade der für seine individuelle Lebensplanung eigenverantwortliche Patient kann in seiner Persönlichkeitsentfaltung nicht so weit eingeschränkt werden, dass er auf anonyme Leistungsbeziehung verwiesen ist. Die Wiederbelebung privatvertraglicher Elemente inner- und außerhalb des Sachleistungssystems und seine Eingrenzung auf die Leistungsbereiche, die der sozialen Schutzfunktion der Gesetzlichen Krankenversicherung gerecht werden, ist eine rechtsstaatliche Aufgabe, die der Subjektstellung von (Zahn-)Arzt und Patient Rechnung trägt und der individualrechtlichen Prägung des Behandlungsverhältnisses entspricht.

27) Das Auseinanderklaffen zwischen der relativ starren Finanzierung des Leistungsanspruchs im Sachleistungssystem und dem tatsächlichen Bedarf des Versicherten demonstriert die höchstrichterliche Rechtsprechung, die z.B. im Bereich von Sehhilfen, orthopädischen Schuhen, aber auch Krankenhausbehandlung, die Inanspruchnahme von außervertraglichen Leistungen unter Übernahme der Mehrkosten durch den Versicherten zulässt. Sie wurde von der Rechtsprechung als „zeitgemäße Weiterentwicklung“ des Sachleistungsprinzips bezeichnet. Vgl. BSGE 42, 229.

28) S. dazu Muschallik, aaO, S. 472 ff.

29) S. dazu die Bemerkung von Schelsky, VSSR 1978, 151, 159, dass durch das derzeitige Krankenversicherungssystem „der Kranke zum Organisationsfall reduziert“ werde.

Haftungs- und europarechtliche Inkompatibilitäten

Sie ist darüber hinaus erforderlich, um eine Kollision (zahn-)ärztlicher Pflichten im Spannungsfeld unterschiedlicher Anforderungen aufzulösen, die einerseits das an ökonomischen Wirtschaftlichkeits- und Sparsamkeitskriterien ausgerichtete öffentlich-rechtliche Vertragsarztrecht, andererseits das am allgemeinen wissenschaftlich-medizinischen Standard orientierte zivilrechtliche Haftungsrecht an den (Zahn-)Arzt stellen: Im Sachleistungsprinzip des SGB V darf der Vertrags(zahn-)arzt neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nur anwenden, wenn der Bundesausschuss der Ärzte bzw. Zahnärzte und Krankenkassen diese Methoden anerkannt hat; gemäß zivilrechtlichem Arzthaftungsrecht hat der Vertrags(zahn-)arzt die Pflicht, seine Behandlung nach eigener Prüfung an den aktuellen medizinisch-wissenschaftlichen Standards auszurichten. Es besteht also ein ungelöstes Konfliktpotential zwischen der sozialversicherungsrechtlichen Wirtschaftlichkeitsanforderung (§ 12 Abs. 1S. 2 SGB V) und dem zivilrechtlichen Haftungsmaßstab.³⁰⁾

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

Das bedeutet, dass er – schon im Hinblick auf das Sachleistungsprinzip – veranlasst wird, ambulante und stationäre ärztliche Heilbehand-

lungen, ebenso wie Arznei- oder Heilmittel, in Deutschland in Anspruch zu nehmen. Diese Beschränkung kollidiert mit den Grundfreiheiten des Vertrags, der in Art. 49 den freien Dienstleistungsverkehr, in Art. 28 den freien Warenverkehr garantiert.³¹⁾

In mehreren aufsehenerregenden Entscheidungen hat der Europäische Gerichtshof festgestellt, dass nationale Genehmigungsvorbehalte der Sozialversicherungsträger für die Inanspruchnahme ambulanter und stationärer Behandlungen oder den Erwerb von Heil- und Hilfsmitteln im Ausland nur unter engen Voraussetzungen zulässig sind. Dies wurde sowohl für die Kosten einer im EU-Ausland durchgeführten Zahnbehandlung (Fall Kohll, Urt. v. 28.4.1998, C 158/96) als auch für den Erwerb einer Brille (Fall Decker, Urt. v. 28.4.1998, C- 120/95) und für die Krankenhausbehandlung (Fall Geraets-Smits und Peerbooms, Urt. v. 12.7.2001, C 157/99) entschieden. Der EuGH bestätigt zwar den Grundsatz, dass allein die Mitgliedstaaten zuständig sind für die Ausgestaltung ihrer sozialen Sicherungssysteme, sie müssen jedoch bei der Wahrnehmung dieser Kompetenzen das Gemeinschaftsrecht beachten. Eine Regelung wie das territorial gebundene Sachleistungsprinzip, das den Versicherten durch Genehmigungsvorbehalte faktisch daran hindert, ärztliche und zahnärztliche Dienstleistungen in einem anderen EU-Staat frei in Anspruch zu nehmen, verletzt deren Grundfreiheiten und die der Heilberufe.³²⁾ Diesen Grundsatz, der sowohl für auf Kostenerstattungsbasis beruhende wie für sachleistungsgeprägte Gesundheitssysteme gilt, hat der EuGH in einer neueren Entscheidung vom 13.05.2003, Fall Müller Fauré/van Riet (Rs C-385/99) bestätigt, die eine Zahnarztbehandlung von Niederländern in Deutschland betrifft.

Eine Ausnahme kann für den stationären Sektor nur dann gelten, wenn bei einer Öffnung des Systems eine „erhebliche Gefährdung“ des nationalen Sicherungssystems der gesundheitlichen Versorgung droht. Von dieser Rechtsprechung des EuGH werden auch in Zukunft Impulse für eine auf Kostenerstattung beruhende Umgestaltung des deutschen Leistungsrechts erwartet, um der erforderlichen Mobilität und Transparenz der Leistungsnachfrage und -erbringung gerecht zu werden und das deutsche

30) Vgl. hierzu Steffen, in: Festsschrift für Geiß, 2000, S. 487 ff.; Schimmelpfeng-Schütte, *Medizinrecht* 2002, S. 286 ff.;

31) Zur sozialen Dimension des Integrationsprozesses im Hinblick auf die Entwicklung einer Europäischen Sozialunion s. B. Tiemann, in: Boskamp/Theisen, *Krisen und Chancen unserer Gesellschaft*, Berlin 2002, S. 133 ff.

32) Zu den Konsequenzen der Rechtsprechung des EuGH für die Gesundheitsreform in Deutschland s. Heinze, *Rhein.Zahnärzteblatt* 2001, S. 723 ff.; Sodan, *DFZ* 1998, 12 ff. Es bleibt abzuwarten, inwieweit der deutsche Gesetzgeber den Auflagen des EuGH durch Änderung des § 18 SGB V Rechnung trägt. S. hierzu die Entwürfe eines Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes.

33) S. dazu Hänlein/Kuse, *NZS* 2000, 165 ff.; Bieback, *NZR* 2001, 561 ff. Schulz-Weidner, *ZESAR* 2003, 58 ff.

Leistungs- und Vertragsrecht „europafest“ zu machen.

Einschränkung fachlicher, organisatorischer und wirtschaftlicher Unabhängigkeit

Sowohl die berufliche Entscheidungsfreiheit als auch die wirtschaftliche Komponente vertrags(zahn-)ärztlicher Berufstätigkeit sind zunehmend in den Bannkreis makrosozialer Steuerungsmechanismen und gesamtwirtschaftlich orientierter Daten geraten und damit an Kriterien gekoppelt, die außerhalb des individuellen Leistungsbezuges liegen. Die Einschränkung der Therapiefreiheit durch ein engmaschiges Regelwerk von Richtlinien und Budgetvorgaben, die Kontrolldichte der Wirtschaftlichkeits- und Qualitätssicherungsprüfungen, die Restriktionen durch Budgetierung und Degressionsregelungen sowie durch gesetzgeberische Interventionen in das Vertrags- und Vergütungssystem bezeichnen Tendenzen der Unterordnung medizinisch-therapeutischer Erfordernisse und betriebswirtschaftlicher Sachzwänge unter das Kalkül Kosten-Nutzen-analytischer Betrachtungsweise.³⁴⁾

Das Bundesverfassungsgericht hat dem Gesetzgeber im Hinblick auf die Gemeinwohlbedeutung der Gesetzlichen Krankenversicherung einen weiten Gestaltungsspielraum sozialpolitischer Normsetzung eingeräumt³⁵⁾ und sowohl gesetzgeberische Eingriffe in das Vertrags- und Vergütungssystem als auch Bedarfsplanungsregelungen und Altersgrenzen für verfassungslegitim erklärt.³⁶⁾ Diese Rechtsprechung vermag im Hinblick darauf nicht zu befriedigen, dass sie die Grundrechtsbelange der Heilberufe als Leistungsträger in den Hintergrund treten lässt. Die Anerkennung der Finanzierungsfähigkeit der sozialen Sicherungssysteme als überragend wichtiges Gemeinschaftsgut rechtfertigt nicht eine einseitige Lasten- und Risikoüberwälzung auf freiberufliche Ärzte und Zahnärzte,³⁷⁾ sondern erfordert eine sorgfältige Harmonisierung der involvierten Rechtsgüter und Grundrechtsbelange im Sinne „praktischer Konkordanz“.³⁸⁾

Schon die Zulassung zum Status des Vertrags-

zahnarztes und die Modalitäten seiner Ausübung unterliegen einer Fülle von Restriktionen und Reglementierungen. Am schwersten wiegen dabei die geltende Bedarfsplanung (§§ 101, 103 SGB V) sowie die seit 1999 bestehende Altersbegrenzung für den Zugang zur vertragsärztlichen Tätigkeit und für das Erlöschen der Zulassung (§ 95 SGB V). Nach den gesetzlichen Bestimmungen können approbierte (Zahn-)Ärzte, die das 55. Lebensjahr vollendet haben, grundsätzlich nicht mehr zur vertrags(zahn-)ärztlichen Versorgung zugelassen werden (§ 98 Abs. 2 Nr. 12 SGB V). Mit Vollendung des 68. Lebensjahres erlischt die Zulassung (§ 95 Abs. 7 SGB V). Diese subjektiven Zulassungsbeschränkungen sah das Bundesverfassungsgericht als gerechtfertigt an, da sie ein geeignetes Mittel seien, um die Kosten des Gesundheitswesens zu begrenzen. Denn eine steigende Anzahl von Ärzten führe zu einem Anstieg der Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung. Abgesehen davon, dass dieser Befund angebotsinduzierter Nachfrage im zahnärztlichen Bereich nicht in einem dem ärztlichen Versorgungssektor vergleichbaren Maße besteht, erscheint es sehr zweifelhaft, ob ein partielles „Berufsverbot“ eine dem Übermaßverbot entsprechende Beschränkung ist, da sie in ihren Wirkungen einem Eingriff in die freie Berufswahl zumindest nahe kommt. An Regelungen der Berufsausübung mit nachhaltigen Auswirkungen auf die Berufswahl legt das Bundesverfassungsgericht ansonsten einen strengen verfassungsrechtlichen Maßstab an und hält sie nur für gerechtfertigt, „wenn sie durch besonders wichtige Interessen der Allgemeinheit gefordert werden, die nicht anders geschützt werden können“. Insofern sind auch Regelungen problematisch, die den Vertrags(zahn-)arzt hindern, seine Praxis oder den Anteil an einer Gemeinschaftspraxis frei zu veräußern oder zu vererben (§ 103 Abs. 4 SGB V). Die Rechte an Praxis und Praxisanteil genießen Eigentumsschutz, weil sie auf nicht unerheblichen Eigenleistungen des Zahnarztes beruhen³⁹⁾ und der Sicherung seiner Existenz dienen, sodass solche Regelungen einer staatlichen

34) Die schon zu Beginn der 80er Jahre von Herder-Dorneich, Gesundheitspolitik zwischen Staat und Selbstverwaltung, 1982, S. 176 ff., beklagten ordnungspolitischen Steuerungs- und rechtsstaatlichen Strukturdefizite durch eine die Innensteuerung über Selbstbeteiligungen und Leistungsbegrenzungen vernachlässigende einseitige Globalsteuerung mittels Budgetierung haben sich in den letzten Jahren im Hinblick auf sinkende Beitragseinnahmen, demographische Entwicklung und medizinischer Fortschritt potenziert und drohen die Krankenversicherung zu einem Kontingentierungs- und Zuteilungssystem zu denaturieren.

35) BVerfGE 103, 172, 185; 103, 392, 404; s. dazu Jaeger, NZS 2003, 225 ff.;

36) S. die Rechtsprechungsnachweise bei Tettinger, Medizinrecht, 290 f.; Steiner, Medizinrecht 2003, 1 ff., 6.

37) Dabei kann als verfassungsrechtlicher Maßstab nicht die Grenze der Existenzbedrohung durch eine gesetzliche Maßnahme dienen, wie Steiner, aaO, S. 6, andeutet oder die gesetzgeberische Einschätzungsprärogative bei den Auswirkungen von Sparmaßnahmen (BVerfGE 96, 330, 340) als Blankovollmacht die einseitige Inanspruchnahme von Freiberuflern für Sparzwänge der GKV legitimieren.

38) Zur Aufgabe „praktischer Konkordanz“ als „verhältnismäßiger“ Zuordnung von Grundrechten und grundrechtsbegrenzenden Rechtsgütern s. Hesse, Grundzüge des Verfassungsrechts der Bundesrepublik Deutschland, Rdnr. 72, 317 ff. Gerade weil die Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung „ein schillernder Gemeinwohlbelang“ ist, wie Jaeger, NZS 2003, 223, bemerkt, kann der „judicial self-restraint“ des BVerfG nicht so weit gehen, dem Gesetzgeber einen Freibrief für das Ausräumen widerstreitender Interessen und Grundrechtsbelange jenseits der Verhältnismäßigkeitskriterien auszustellen.

39) Zu diesen Voraussetzungen des Eigentumsschutzes nach Art. 14 GG s. BVerfGE 50, 290, 339 f.

„Zwangsbewirtschaftung“ unverhältnismäßig sind.⁴⁰⁾ Das gleiche gilt für Regelungen des kollektiven Verzichts auf die Zulassung nach § 95b Abs. 1 SGB V, die Vertragszahnärzte, die gemeinsam mit anderen Zahnärzten auf die Zulassung als Vertragszahnarzt verzichten, mit einer sechsjährigen Zulassungssperre belegen. Eine solche existenzvernichtende Strafsanktion käme angesichts eines Bevölkerungsanteils von mehr als 90 Prozent sozialversicherter Patienten faktisch einem Berufsverbot gleich.⁴¹⁾

In die gleiche Richtung gehen Pläne, den Erhalt der Zulassung als Vertrags(zahn-)arzt an die Pflicht zur Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen zu knüpfen und damit die Zulassung unter den Widerrufsvorbehalt nachgewiesener Kompetenzerhaltung zu stellen.⁴²⁾ Selbst wenn eine Pflicht zur Fortbildung, die ohnehin Bestandteil des Berufsrechts ist, verfassungsrechtlich zu legitimieren ist, bedeutet das noch nicht, dass auch eine Zwangsfortbildung in Gestalt eines „Ärzte-TÜV“ mit den verfassungsrechtlichen Grundsätzen der Verhältnismäßigkeit vereinbar ist. Auch wenn in der Förderung qualitativ hochwertiger Gesundheitsversorgung ein besonders wichtiges Gemeinschaftsgut zu sehen ist, bleibt die Verhältnismäßigkeit einer an den Zulassungsbestand geknüpften Rezertifizierung höchst zweifelhaft. Nicht nur dass eine Rezertifizierung oder gar befristete Berufszulassung einen Paradigmenwechsel im deutschen Bildungs- und Berufssystem bedeutet und sich daher auch am Gleichheitsgrundsatz des Art. 3 Abs. 1 GG messen lassen muss, er würde auch zentrale rechtsstaatliche Prinzipien wie den Vertrauensschutz derzeit tätiger Ärzte und Zahnärzte betreffen, deren Vertrauen in die Dauerhaftigkeit der erworbenen Rechtsposition berührt sein könnte. Die nachträgliche Entwertung bestehender Rechtspositionen ist jedenfalls dann unzulässig, wenn der Betroffene mit ihr nicht zu rechnen brauchte, sie also bei seinen Dispositionen nicht berücksichtigen konnte und sein Vertrauen schutzwürdiger ist als das mit dem Gesetz verfolgte Anliegen. Neben kompetenziellen Aspekten einer solchen Regelung in der Zuständigkeitsabgrenzung zwischen Bund und Ländern würden sich auch gemeinschaftsrecht-

liche Probleme stellen, weil gegenüber Berufsangehörigen aus EU-Staaten solche nationalen Alleingänge im Hinblick auf Freizügigkeitsregelungen nicht durchzusetzen wären und eine Inländerdiskriminierung zwar gemeinschaftsrechtlich zulässig, jedoch im Blick auf grundlegende Gleichbehandlungsgebote nicht unproblematisch ist.⁴³⁾

Die zunehmende Funktionalisierung des Vertragszahnarztes für Systembedingungen der GKV wird auch im Verhältnis zum Patienten deutlich. Die Überlagerungen einer an fachlich-wissenschaftlichen Kriterien orientierten Therapieentscheidung durch Wirtschaftlichkeitsgebote und Regressanktionen lässt den Vertragszahnarzt seinen Patienten gegenüber nicht in einer vertrauensgestützten Zweierbeziehung im freiberuflichen Sinne gegenüberstehen, sondern in der instrumentellen Funktionserfüllung für die GKV. Dies ist schon in der Rechtskonstruktion des Sachleistungsprinzips angelegt, die den Vertragszahnarzt dem Patienten gegenüber als Realisator öffentlich-rechtlicher Systembedingungen auftreten lässt. Mangelnde Transparenz des Leistungsgeschehens, fehlende Selbstbestimmung und Vertragsautonomie der Partner sowie die normative Therapiefremdsteuerung durch Richtlinien, Richtgrößen und Budgets beeinträchtigen die (Zahn-)Arzt-Patienten-Beziehung ebenso wie die sachwidrigen, insbesondere an Durchschnittswerten orientierten Regresse der Behandlungs- und Ordnungsweise (§§ 106 ff. SGB V). Zusätzlich leidet das (Zahn-)Arzt-Patienten-Verhältnis der GKV daran, dass durch die Verschärfung datenschutzrechtlicher Bestimmungen (§§ 284 ff. SGB V) das Arztgeheimnis und das informationelle Selbstbestimmungsrecht des Patienten gefährdet werden.

Neben den immer engmaschiger werdenden Instrumentarien der Wirtschaftlichkeitsprüfung werden dem Vertrags(zahn-)arzt im Gewande der Qualitätssicherung (§§ 138 a ff. SGB V) immer neue Therapievorgaben und Prüfungsmodalitäten auferlegt. Das Spektrum der Maßnahmen reicht von Richtlinien über verpflichtende Maßnahmen der Qualitätssicherung, Indikationskatalogen diagnostischer und therapeutischer Leistungen (§ 136 b SGB V) bis zu evidenzbasierten

40) Zu verfassungsrechtlichen Bedenken gegen diese Regelung s. Schachtschneider/Sodan, in: BZÄK – spezial (hrsg. von der Bundeszahnärztekammer) 1993, Nr. 112, S. 6 ff.

41) Ebenso Schachtschneider/Sodan, aaO, S. 11.

42) Vgl. die Empfehlungen der von der 74. Gesundheitsminister-Konferenz eingesetzten Arbeitsgruppe „Rezertifizierung von Ärzten“, zit. bei Tettinger, Gesundheitsrecht 2003, 5 ff. Dementsprechende Regelungsvorschläge tauchen in verschiedenen Arbeits-, Roh- und Vorentwürfen zu sog. „Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzen“ auf.

43) S. zu den verfassungsrechtlichen Problemen der Zwangsfortbildung und Rezertifizierung im Rahmen (zahn-)ärztlicher Tätigkeit insbesondere im Hinblick auf Art. 3 GG, das Rechtsstaatsprinzip und gemeinschaftsrechtliche Implikationen, Tettinger, Gesundheitsrecht 2003, 1 ff.

Leitlinien diagnostischer und therapeutischer Ziele (§ 137 e SGB V). Das im Entwurf eines Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes vorgesehene „Deutsches Institut für Qualitätsfragen“⁴⁴⁾ ist ein weiterer Versuch, die Therapiefreiheit des (Zahn-)Arztes medizinbürokratischen Standards zu unterwerfen.

Kennzeichen eines Freien Berufes ist neben der eigenverantwortlichen und unabhängigen Berufsausübung eine leistungsgerechte Vergütung der persönlichen Dienste des Freiberuflers. Dementsprechend wird im SGB V die angemessene Vergütung des Vertrags(zahn-)arztes gewährleistet und die Ausbalancierung zwischen den Leistungs- und Finanzierungscomponenten des Systems („Beitragssatzstabilität“) postuliert (§ 85 Abs. 3 SGB V). Der Vertrags(zahn-)arzt wird zunehmend durch Budgetierung, Degressionsparameter und Wirtschaftlichkeitsprüfung an allgemeinen Durchschnittszahlen gemessen, so dass nicht mehr die freiberufliche Verantwortung für seine Patienten im Mittelpunkt steht, sondern seine öffentlich-rechtliche Verpflichtung zur Bewirtschaftung öffentlicher Mittel. Auf diese Weise wird der Vertrags(zahn-)arzt dazu gedrängt, allgemeine Kostenerwägungen zu Lasten einer individualbezogenen Behandlung in den Vordergrund zu stellen. Die Überwälzung des Morbiditätsrisikos auf die Ärzte- und Zahnärzteschaft führt dazu, dass die Vergütungsvereinbarungen sich der Realisierung eines bloßen Teilhabeanspruchs an der kollektiven Gesamtvergütung nähern, statt einer leistungs- und kostenadäquaten Vergütung für den freiberuflichen (Zahn-)Arzt. Der (Zahn-)Arzt wird damit in einen unauflösbaren Zielkonflikt zwischen ethischen Bindungen, gesetzlichem Behandlungsauftrag und wirtschaftlichen Rentabilitätsabwägungen versetzt. Die Budgetierung der Vergütungen führt schließlich dazu, dass es zu Rationierungen von Gesundheitsleistungen kommt, zu einer offenen oder verdeckten „Triage“ und zu einer Mehrklassenmedizin, die gerade von denjenigen abgelehnt wird, die beharrlich am Sachleistungsprinzip und Budgets festhalten.⁴⁵⁾

Es ist dabei vor allem ein Mosaikereffekt, der die freiberuflichen Defizite der Gesetzlichen Krankenversicherung kennzeichnet und ärztliche Freiberuflichkeit zum Teil nur mehr als deklaratorische Fassade erscheinen lässt. Die

Kumulation von Einschränkungen beruflicher Freiheiten, von der medizinisch-therapeutischen Komponente über die ökonomisch-betriebswirtschaftliche Dispositionsfreiheit bis zum beruflichen Umfeld freier Entscheidungs- und Entfaltungsmöglichkeiten, haben dazu geführt, dass der Kassenarzt sich statusmäßig in einer Grauzone, einer eigentümlichen Zwitterstellung zwischen freiberuflicher Risikoträgerschaft und staatlicher Einbindung bewegt. Während jedoch jeder Beliehene im vollen Bewusstsein der Übernahme öffentlicher Aufgabenerfüllung diesen Auftrag übernimmt, während jeder Amtswalter sich in freier Entscheidung in einen Verwaltungsorganismus integriert, schließt sich der Arzt als Freiberufler dem System der gesetzlichen Krankenversicherung an, um - wie es ärztlicher Aufgabe entspricht - dem einzelnen Patienten, sei es auch unter Beachtung öffentlich-rechtlicher Systembindungen, unmittelbar die freiberuflichen ärztlichen Leistungen zukommen zu lassen, und damit seine Aufgabe zwar im Kontext der Gesetzlichen Krankenversicherung, nicht aber primär für ein soziales Sicherungssystem zu erfüllen. Er muss dagegen nicht mit einer Status- und Funktionsmetamorphose durch die Zulassung zur vertragszahnärztlichen Versorgung rechnen, zumindest so lange nicht durch den Gesetzgeber eine klare Ausgestaltung eines eigenständigen „Kassenarztberufes“ als Amtswalter der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgt ist.

Der Gesetzgeber wird deshalb im Sinne des Grundsatzes der Systemkonsequenz zukünftig vor die Entscheidung gestellt sein, diese im Wege einer stillen Evolution vollzogene Umfunktionalisierung des Kassenarztes entweder offen klar zu stellen oder die freiberufliche Grundkonzeption, von der das SGB ausgeht, wieder aufleben zu lassen.⁴⁶⁾ Dies gebietet seine rechtsstaatliche Gewährleistungsfunktion für die Schaffung eindeutiger und vor allem dem sozialstaatlichen Zweck der Gesetzlichen Krankenversicherung adäquater Versorgungs- und Finanzierungsbedingungen in einem System, das maßgeblich auf Pflichtmitgliedschaft beruht.

Die Status- und Funktionsmetamorphose des Vertrags(zahn-)arztes kommt auch im Funktionswandel der vertrags(zahn-)ärztlichen Selbstverwaltungsorgane zum Ausdruck. Anstelle ihres selbstverantwortlichen, von staatlicher Steuer-

44) Vgl. §§ 139 a - f. des SGB V in der Entwurfsfassung.

45) S. dazu Igl/Naegel (Hrsg.), Perspektiven einer sozialstaatlichen Umverteilung im Gesundheitswesen, 2000; Sommer, Gesundheitssystem zwischen Plan und Markt, 1998.

46) Zur verfassungsrechtlichen Bedeutung des rechtsstaatlichen Prinzips der Systemgerechtigkeit für die zahnärztliche Freiberuflichkeit s. B. Tiemann/S. Tiemann, aaO, S. 534 ff.

ung freien Gestaltens tritt auf der einen Seite immer mehr die nach innen gerichtete Vollzugsfunktion einer ausufernden Sozialgesetzgebung, die den Selbstverwaltungsorganen Disziplinierungsfunktionen gegenüber ihren Mitgliedern zuweist und diesen in Gestalt von Prüfungs- und Regressverpflichtungen, ausgebauter Disziplinargewalt und Bedarfsplanung vorrangiges Gewicht verleiht. Auf der anderen Seite werden die Handlungsräume der (zahn-)ärztlichen Selbstverwaltung zur Erfüllung ihres Interessenwahrungsauftrages in zunehmendem Maße restriktiv ausgestaltet.⁴⁷⁾ Der genossenschaftliche Gestaltungsrahmen der Selbstverwaltung wird eingengt durch selbstverwaltungsferne Gremien, die einem strikten Aufsichts- und Beanstandungsrecht bzw. Genehmigungsvorbehalten der Ministerialverwaltung unterliegen oder in einer staatsnahen parakorporativen Grauzone neben der Selbstverwaltung operieren und dieser quasi-normative Vorgaben für Therapie- und Fortbildungsstandards oder Qualitätssicherungsmaßnahmen machen. Der (Zahn-)Arzt sieht daher in seiner Selbstverwaltung häufig nicht mehr die korporative Ausformung seiner freiberuflichen Interessenwahrung, sondern eine administrative Kontrollinstanz in der Gestalt mittelbarer Staatsverwaltung zur Realisierung von Systembedingungen. Dieser Prozess der Ver- und Entfremdung der Selbstverwaltung lähmt die freiberufliche Innovationskraft des (zahn-)ärztlichen Berufsstandes und erschwert seine freiberufliche Verantwortungsvermittlung gegenüber dem Patienten. Die im Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz vorgesehene Splittung des Sicherstellungsauftrages⁴⁸⁾ in eine den Kassen-(zahn-)ärztlichen Vereinigungen vorbehaltenen hausärztliche Grundversorgung und eine fachärztliche Versorgung in Verantwortung der Krankenkassen unter Einbeziehung von stationären und poliklinischen Versorgungsformen, leitet den Erosionsprozess kassenärztlich-genossenschaftlicher Selbstverwaltungsstrukturen ein, wobei dieser Einstieg in Einkaufsmodelle⁴⁹⁾ der Krankenkassen flankiert wird durch die mit dem Schlagwort der „Professionalisierung“ verbrämte hauptamtliche Umgestaltung der Kassen (zahn-)ärztlichen Selbstverwaltung und deren weitere Kompetenzbeschränkung.

Zahnärztliche Freiberuflichkeit und Europäisierung des Gesundheitswesens

Neue Herausforderungen für die zahnärztliche Freiberuflichkeit und eine freiberufliche zahnärztliche Selbstverwaltung werden durch die Europäisierung des ärztlichen und zahnärztlichen Berufsrechts entstehen. Die Niederlassungsfreiheit und die Dienstleistungsfreiheit sind zentrale Grundfreiheiten des Europäischen Vertrages und gewährleisten die grenzüberschreitende Ausübung des Zahnarztberufes in einem anderen EU-Staat einschließlich der Errichtung von Zweigpraxen. Die Dienstleistungsfreiheit gewährleistet eine grenzüberschreitende freiberufliche Tätigkeit und gilt sowohl als aktive Dienstleistungsfreiheit für die Leistungserbringung der Heilbehandlung als auch für den freien Dienstleistungsverkehr der Leistungsnachfrage durch den Patienten. 1978 wurde für den zahnärztlichen Berufsstand ebenso wie für manche anderen Freien Berufe, wie Ärzte, Apotheker, Rechtsanwälte oder Architekten, eine berufsspezifische Richtlinie der EU erlassen, die sowohl den Ausbildungsumfang als auch die Weiterbildung der Zahnärzte in der EU harmonisierte.⁵⁰⁾ Durch diese Richtlinie ist gewährleistet, dass sich Zahnärzte, die die entsprechenden Approbationsvoraussetzungen erfüllen, europaweit niederlassen können, ohne dass zusätzliche nationale Anforderungen gestellt werden können. Die für deutsche Vertragszahnärzte erforderliche zweijährige Vorbereitungszeit konnte daher nicht auf Zahnärzte aus anderen EU-Staaten erstreckt werden, die sich in Deutschland niederlassen wollen. Auch Diplome eines Drittlandes, die von einem anderen Mitgliedstaat der EU anerkannt sind, können bei entsprechender Berufserfahrung einen Niederlassungsanspruch eines Zahnarztes begründen, der Staatsangehöriger eines EU-Mitgliedsstaates ist. Die Tatsache, dass in zunehmendem Ausmaß die Bürger Europas von der Grundfreiheit der Freizügigkeit in der Union ohne Binnengrenzen Gebrauch machen und auch Zahnärzte die Freiheit nutzen, sich ohne jede Behinderung in anderen Mitgliedstaaten niederzulassen und Dienstleistungen zu erbringen, gerät immer wieder in Konflikt mit nationalem Recht, das noch nicht europakom-

47) S. dazu bereits meine Bestandsaufnahmen, in: Die Rentenversicherung 1980, 136 ff. und VSSR 1993, 420. Zum aktuellen Funktionsverlust der kassenärztlichen Selbstverwaltung, s. Kluth, Medizinrecht 2003, 123 ff.

48) Zur Zukunft des Sicherstellungsauftrages durch die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen unter Berücksichtigung neuer Versorgungsformen s. Muschallik, Medizinrecht 2003, 139 ff.

49) Zur ordnungspolitischen Dysfunktionalität und wettbewerbsrechtlichen Problemen von Einkaufsmodellen der Krankenkassen, bei denen der Nachfragemacht öffentlich-rechtlicher Oligopolen einzelne oder Gruppen von „Leistungsanbietern“ gegenüberstünden, s. B. Tiemann, 1994: Das Einkaufsmodell. Oder: „Alle Macht den Kassen“?, in: Gesellschaftspolitische Kommentare 35, Nr. 8, S. 282 ff.; Weber, SozFortschritt 2001, 254 ff.

50) Zum Einfluss der europäischen Entwicklung auf das Berufsbild des Zahnarztes s. Müller-Boschung, ÖZZ 2001, 20 ff.

patibel gestaltet ist. Die Spannungslage zwischen den gemeinschaftsrechtlichen Grundprinzipien des freien Binnenmarktes und den unterschiedlichen Regelungssystemen der nationalen Gesundheitssysteme in Europa beruht schon darauf, dass manche EU-Mitgliedsstaaten, wie zum Beispiel Großbritannien, die ärztliche Versorgung durch einen staatlichen Gesundheitsdienst sicherstellen, in Frankreich, Luxemburg und Belgien das Kostenerstattungsprinzip gilt, in Deutschland dagegen das Sachleistungsprinzip vorherrscht. Zulassungsbeschränkungen für Vertrags(zahn-)ärzte, Kollektivverträge zur Arztvergütung, Arzneimittel- und Honorarbudgets sind Spezifika des deutschen Systems, die immer wieder an die Grenzen des Europarechts stoßen.⁵¹⁾ Die bereits zitierten Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofs zur grenzüberschreitenden Leistungsanspruchnahme ärztlicher und zahnärztlicher Leistungen zeigen den Sprengsatz, den die europäischen Grundfreiheiten der Waren-, Dienstleistungs- und Niederlassungsfreiheit für das nationale Krankenversicherungsrecht darstellen. Die Patienten werden in die Lage versetzt, Qualitäts- und Preisunterschiede in Europa zu nutzen, was einen europaweiten Wettbewerb der Leistungserbringer und später auch der Versicherungsträger auslösen wird.⁵²⁾

Für das deutsche Gesundheitswesen bedingt dies allerdings erhebliche Adaptionsprozesse, die neben der Priorität der Kostenerstattung die Aufgabe von bürokratischen Steuerungen der Bedarfsplanung und Mengenbegrenzungen durch die Kassen(zahn-)ärztlichen Vereinigungen, die Umstellung von Vergütungssystemen mit budgetierten oder floatenden Punktwerten, die sich nicht für die Honorierung ausländischer Leistungserbringer eignen, die Aufgabe einer Qualitätskontrolle auf nationaler Ebene und eine Anpassung von Wettbewerbs- und Berufsausübungsregeln an europäische Standards erfordern.⁵³⁾ Auch das zahnärztliche Berufsrecht wird davon nicht unberührt bleiben: Regelungen zur Informationswerbung, zu gesellschaftsrechtlichen Formen gemeinsamer Berufsausübung werden sich europäischen Entwicklungen anpassen müssen. Die Institutionen berufsständischer Selbstverwaltungen werden ebenso wie die Sozialversicherungsträger verstärkt vor dem

Hintergrund des europäischen Wettbewerbsrechts auf ihre Gemeinwohlfunktion hinterfragt. Die Tendenz der Europäischen Kommission und zum Teil auch des Europäischen Gerichtshofs, berufsständische Einrichtungen dem europäischen Wettbewerbsrecht zu unterstellen, wird zunehmen. Immerhin hat der Europäische Gerichtshof in einem Urteil vom 19.2.2002 entschieden, dass die von Kammern durch Satzung erlassenen Berufsordnungen zwar dem EU-Wettbewerbsrecht unterliegen, Regelungen der Berufspflichten trotz wettbewerbsbeschränkender Wirkung jedoch zulässig sind, wenn solche Regelungen für die ordnungsgemäße Ausübung des Berufs erforderlich sind (AZ C-309/99). Demnach ist auch nach europäischem Wettbewerbsrecht nicht jede Bestimmung unzulässig, nur weil sie grundsätzlich geeignet ist, den Wettbewerb zu beschränken, sondern es wird auf den Gemeinwohlzusammenhang abgestellt.⁵⁴⁾ Dies gilt sowohl für die Regelung von Berufspflichten als auch für Gebührenordnungen Freier Berufe.⁵⁵⁾ Die Freien Berufe, und insbesondere auch der Zahnarzt als Freier Beruf, haben also unter den Auspizien der europäischen Rechtsentwicklung durchaus die Entfaltungsperspektive, insbesondere wenn es gelingt, ihren unverzichtbaren Wert für eine qualifizierte Leistungserbringung in personaler Vertrauensbeziehung und damit ihre zentrale gesellschaftspolitische Bedeutung für eine freiheitliche Gesellschaftsordnung unter Beweis zu stellen. Erstmals hat der Europäische Gerichtshof in einer Entscheidung vom 11.10.2001 (Rs C 267/99) die Bedeutung der Freien Berufe im Rahmen des europäischen Rechts hervorgehoben und ihren Rechtscharakter definitorisch umschrieben: „Die Freien Berufe sind Tätigkeiten, die ausgesprochen intellektuellen Charakter haben, eine hohe Qualifikation verlangen und gewöhnlich einer genauen und strengen berufsständischen Regelung unterliegen. Bei der Ausübung einer solchen Tätigkeit hat das persönliche Element besondere Bedeutung und diese Ausübung setzt auf jeden Fall eine große Selbstständigkeit bei der Vornahme der beruflichen Handlungen voraus.“ Wenn diese Kriterien zur Grundlage der künftigen europäischen Rechtsentwicklung genommen werden und auf die nationale Rechtsordnung einwirken, haben Freie Berufe und gerade auch die

51) S. dazu Bertelsmann Stiftung (Hrsg), Europäisierung des Gesundheitswesens, 2002; Eichenhofer, Sozialrecht der Europäischen Union, 2001.

52) Zu diesen Konsequenzen der EuGH-Rechtsprechung s. Heinze, aaO, S. 726 ff.; Bieback, NZS 2001, 566 ff.

53) Vgl. Sodan, DFZ 1998, 12 ff.

54) Vgl. Schulz-Weidner, ZESAR 2003, 58 ff.

55) Tettinger, Gesundheitsrecht 2003, 1 ff., 9; B. Tiemann, in Boskamp/Thesen, aaO, S. 133 ff., 145 ff.

zahnärztliche Freiberuflichkeit in Zukunft eine Chance.

Den zahnärztlichen Berufsvertretungen und besonders der Bundeszahnärztekammer kommt dabei die wichtige Aufgabe zu, diesen Prozess

freiberuflicher Selbstbehauptung im Sozialstaat Bundesrepublik Deutschland und darüber hinaus einer künftigen Europäischen Sozialunion aktiv zu flankieren und innovativ zu fördern.

Selbstverwaltung in freiberuflichen Kammern

Die nach der bundesstaatlichen Kompetenzordnung auf landesgesetzlicher Grundlage in der Rechtsform öffentlich-rechtlicher Körperschaften mit Pflichtmitgliedschaft errichteten Kammern der Heilberufe (die Ärzte-, Zahnärzte-, Tierärzte- und Apothekenkammern sowie seit kurzem die Psychotherapeutenkammern) werden etwa in § 1 des Heilberufsgesetzes des Landes NRW ausdrücklich als „berufliche Vertretungen“ der betreffenden Heilberufe apostrophiert. Zusammen mit den Kammern der Beratungsberufe in Rechts- und Wirtschaftsfragen (Rechtsanwälte, Notare, Steuerberater, Wirtschaftsprüfer, Patentanwälte) sowie in Bereichen technischer Gestaltung (Architekten, Ingenieure) bilden sie hierzulande eine eindrucksvolle und traditionsreiche Manifestation freiberuflicher Selbstverwaltung mit gesetzlich jeweils näher bestimmtem Auftrag.

Da eine entsprechende bundesgesetzliche Kompetenzgrundlage für eine in berufsspezifischen Belangen bundesweit zuständige Dachorganisation in der Rechtsform einer Körperschaft des öffentlichen Rechts hier – anders als etwa im Bereich der Rechtsanwälte (Bundesrechtsanwaltskammer) und der Notare (Bundesnotarkammer); Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 des Grundgesetzes beschränkt die Bundesgesetzgebung auf Fragen der Berufszulassung¹⁾ – nicht verfügbar ist, entstand als Vorgängerin der Bundeszahnärztekammer im Jahre 1953 ein Bundesverband der Deutschen Zahnärzte auf privatrecht-

licher Grundlage, wie dies im übrigen in ähnlicher Weise bei den anderen Heilberufen geschah sowie für den Wirtschaftssektor etwa bereits durch die Gründung des Deutschen Industrie- und Handelstages (DIHK)²⁾ und des Deutschen Handwerkskammertages (DHKT)³⁾ gleichfalls geschehen war. Das 50-jährige Jubiläum dieser Arbeitsgemeinschaft der Zahnärztekammern mit bundesweiten Koordinierungs- und Repräsentationsaufgaben bietet gewiss einen passenden Anlaß für eine Reflexion über Standort und Zukunftsoptionen einer freiberuflichen Selbstverwaltung in der Bundesrepublik Deutschland und der Europäischen Union.

Die Selbstverwaltung in freiberuflichen Kammern sieht sich in der Gegenwart vor allem drei Herausforderungen gegenüber, die im folgenden schlaglichtartig beleuchtet werden sollen. Es handelt sich zum einen um durch die Gewährleistungen der Berufsfreiheit in Art. 12 GG fundierte Liberalisierungsansätze bei den einzelnen freien Berufen nach Maßgabe der jüngeren Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts, zum zweiten – in allgemeiner Ausrichtung, aber auch die Kammerorganisationen einbeziehend – um kritische Reflexionen zu „Verbändestaat“ und „Neokorporatismus“ sowie schließlich zum dritten auf der Ebene des Europäischen Gemeinschaftsrechts um an Berufsrechtsregulierungen anknüpfende Harmonisierungs- resp. Deregulierungstendenzen zur Verwirklichung des Binnenmarktes.

1) Siehe insoweit zuletzt BVerfG, Urteil v. 24.10.2002, EuGRZ 2002, 631 (647) zum Altenpflegegesetz.

2) Vgl. dazu die rechtliche Bestätigung durch BVerwG, NVwZ 1990, 1167 (1168).

3) Siehe zur Rechtmäßigkeit BVerwGE 74, 254 ff.

1. Berufsgrundrechtlich fundierte Liberalisierungsansätze

Ohne dass es hier nötig wäre, sich den Spezifika freiberuflicher Tätigkeit im einzelnen zuzuwenden,⁴⁾ dürfte einleuchten, dass die in Art. 12 GG enthaltenen Gewährleistungen der Berufsfreiheit vor dem Hintergrund eines dort zugrundegelegten offenen und dynamischen Berufsbegriffs gerade auch auf den einschlägigen Berufsfeldern weitreichende Wirkkraft entfalten, wie dies etwa für die Patentgebührenüberwachung, hierzulande traditionell lediglich ein Ausschnitt patentanwaltlicher Tätigkeit, unter Einbeziehung europäischer Entwicklungen in dem betreffenden Dienstleistungssektor seitens des Bundesverfassungsgerichts bereits umgesetzt worden ist.⁵⁾

Entgegen antiquiertem Standesdenken ist in der Tat von einem offenen, dynamischen Begriff des Freien Berufes auszugehen. Aus diesem Blickwinkel heraus hat das Bundesverfassungsgericht sicher gut daran getan, gerade hier als „Liberalisierungsmotor“ zu wirken.⁶⁾ Die Freiheit der Berufsausübung gewährleistet schließlich die Gesamtheit der mit der Berufstätigkeit, ihrem Ort, ihren Inhalten, ihrem Umfang, ihrer Dauer, ihrer äußeren Erscheinungsform, ihren Verfahrensweisen und ihren Instrumenten zusammenhängenden Modalitäten der beruflichen Tätigkeit und umgreift so eine Reihe von Einzelfreiheiten wie

- die berufliche Organisationsfreiheit, namentlich in Gestalt der privatautonomen Rechtsformenwahl und der Freiheit gemeinsamer Berufsausübung
- gerade bei den Freien Berufen von nachhaltigem Interesse-,
- die berufliche Dispositionsfreiheit, im medizinischen Bereich mit der zentralen Komponente der Therapiefreiheit, unter Einbeziehung der Investitionsfreiheit,
- die freie Vertrags- und Preisgestaltung
- ein Merkposten namentlich für die Ausgestaltung staatlicher Honorarordnungen - ,
- die Wettbewerbsfreiheit und die Freiheit der beruflichen Außendarstellung einschließlich der Werbung, damit insgesamt die Werbefreiheit,

- die Führung des eigenen Namens einschließlich erworbener akademischer Grade und zutreffender Qualifikationsnachweise sowie schließlich
- die wirtschaftliche Verwertung der beruflich erbrachten Leistung.

Eine solche Benennung von Teilfreiheiten hat freilich allein das Ziel, den mit gutem Grund auch für die Freien Berufe breit dimensionierten Schutzbereich des Grundrechts zu verdeutlichen, ohne aber etwa den Schutzzumfang der Gewährleistung auf solche Teilaspekte zu verengen.

2. Kritische Reflexionen über „Verbändestaat“ und „Neokorporatismus“

Heutzutage wird verbreitet die Frage gestellt, ob öffentlich-rechtliche Körperschaften mit gesetzlich angeordneter Pflichtmitgliedschaft nicht Relikte eines tradierten Staatsdenkens sind, die – namentlich im Kontext mit ordnungspolitischen Forderungen nach dem „schlanken Staat“ – einer kritischen Analyse unterzogen werden müssen. Die in Deutschland klassischen öffentlich-rechtlichen Organisationsstrukturen werden dabei oft namentlich mit britischen, skandinavischen und holländischen Alternativmodellen konfrontiert.

- a) In Erinnerung gerufen sei dabei zunächst, dass freiberuflichen Kammern hierzulande im wesentlichen drei Aufgabenblöcke zu eigenverantwortlicher Wahrnehmung zugewiesen sind.
- Einen als solchen unbestrittenen Schwerpunkt der Kammeraktivitäten bildet nach wie vor die Berufsaufsicht im Sinne der Überwachung und Durchsetzung normativ vorgegebener Standards im öffentlichen Interesse.⁷⁾
- Als zweiter gewichtiger Aufgabenkomplex der freiberuflichen Kammern ist die Interessenvertretung zu nennen, bei der es sich freilich nicht um „reine Interessenvertretung“ handeln darf, ein öffentlich-rechtliche Bindungen implizierendes Postulat, das bei den Aktivitäten aller freiberuflichen Kammern durchgängig mit aller Sorgfalt zu beherzigen ist.

4) Die Europäische Kommission etwa sieht sich außerstande, für die Gemeinschaftsebene die einschlägigen Berufe erschöpfend aufzuzählen: „Dieser besonderen Kategorie von Dienstleistern werden in den Mitgliedstaaten unterschiedliche Tätigkeiten zugeordnet – vom Journalisten in Italien bis zum Dentalhygieniker in Finnland.“ So die Arbeitsunterlage der Kommissionsdienststellen „Regulierung der Freien Berufe und ihre Folgen“ gemäß Schreiben vom 27.3.2003 (s. auch Fn. 22), S. 3 Fn. 5.

5) Siehe BVerfGE 97, 12 ff.

6) So M. Henssler, JZ 1998, 1065; siehe insoweit insbes. R. Jaeger, Steuerberatung 1997, 211 ff. u. Anwaltsblatt 2000, 475 ff.

7) Zu der speziellen organisationsrechtlichen Frage der Zulässigkeit einer Übertragung der Aufgaben der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen auf Landes Zahnärztekammern siehe F. Knöpfle, in: Festschrift für H. Zacher, 1998, S. 363 ff.

- Schließlich finden sich in den Aufgabekatalogen freiberuflicher Kammern wie etwa in § 6 des Heilberufsgesetzes NRW noch diverse Aufträge und Ermächtigungen zu mannigfachen Aktivitäten, die sich unter dem Stichwort „Förderung der Berufsgruppe“ zusammenfassen lassen, zu denen die Förderung der Berufsausbildung und der -fortbildung ebenso gehört wie die Unterhaltung entsprechender Anlagen und Einrichtungen, die Wahrnehmung von Beratungs-, Informations- und sonstigen Servicefunktionen und vieles anderes mehr.⁸⁾

b) Zu den Stichworten „Verbändestaat“ und „Neokorporatismus“ sei für den Teilaspekt körperschaftlicher Organisationsstrukturen zunächst auf einen interessanten aktuellen Rechtsstreit hingewiesen. Auf der Grundlage eines Vorlagebeschlusses des Bundesverwaltungsgerichts⁹⁾ hatte das Bundesverfassungsgericht zu klären, inwieweit die auf das Demokratiegebot in Art. 20 Abs. 1 u. 2 GG zurückgehende Forderung nach einer ununterbrochenen demokratischen Legitimationskette für mit der Wahrnehmung von Hoheitsaufgaben betraute Amtswalter auch bei Selbstverwaltungskörperschaften im Wasserverbandsrecht rigide zur Anwendung zu bringen ist oder inwieweit dort über autonome Legitimationsstränge ein insgesamt hinreichendes demokratisches Legitimationsniveau sichergestellt werden konnte,¹⁰⁾ ein Rechtsstreit, bei dem Folgewirkungen für weitere körperschaftsrechtliche Komplexe der sog. funktionalen Selbstverwaltung und damit auch für das vorhin grob skizzierte Aufgabenspektrum des freiberuflichen Kammerwesens nicht ausgeschlossen werden konnten.

Soeben hat aber das Bundesverfassungsgericht entschieden, dass das Demokratiegebot des Grundgesetzes durchaus offen ist für Formen der Ausübung von Staatsgewalt durch Selbstverwaltungsträger, sofern nur die Aufgaben und Befugnisse entsprechender Verbände

gesetzlich ausreichend vorherbestimmt sind und demokratisch legitimierter staatlicher Aufsicht unterliegen,¹¹⁾ Anforderungen, wie sie in der hiesigen Literatur mit regulierter Selbst- oder Gruppenregulierung umschrieben werden¹²⁾ und wie sie der EuGH – was noch zu zeigen sein wird – in ähnlicher Weise auch für das Europäische Gemeinschaftsrecht kürzlich zugrunde gelegt hat. Diese gelten übrigens gerade auch für den Themenkomplex des Erlasses von Gebührenordnungen.¹³⁾

c) Des weiteren mehrten sich in jüngster Zeit die Stimmen, die vor einer „Flucht in das Kommissions- und Korporationswesen“ warnen. Der Staat müsse sich verstärkt denjenigen Belangen des Gemeinwohls zuwenden, die über keine entsprechend durchsetzungsfähige Lobby verfügten. Eine weitere Liberalisierung und Deregulierung müsse den Staat von korporativen Strukturen entlasten: „Die neokorporatistischen, verbändestaatlichen Formen der Politik haben bisher vielfach notwendige Sachentscheidungen von weitreichender und vor allem zukunftssichernder Dimension verhindert.“¹⁴⁾ Auch wenn dort zentral ein sich zunehmender Beliebtheit erfreuender Regierungsstil unter gesteigerter Zuhilfenahme von Sachverständigen-Kommissionen im Focus steht, bleibt von solchen Diskussionen das Kammerwesen gewiss nicht unberührt. „Kammern auf dem Prüfstand!“, so lautet denn auch seit Jahren schon eine verbreitete Forderung, die hierzulande zwar in erster Linie den Industrie- und Handelskammern sowie den Handwerkskammern gilt, die aber freiberufliche Kammerorganisationen unter Berufung auf Interessen des Verbraucherschutzes und des Konkurrentenschutzes keineswegs ausspart.

Auch der Wissenschaftliche Beirat beim Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie hat mit einem Gutachten „Aktuelle Formen des Korporatismus“ Impulse für die weitere Debatte gesetzt. Auch dort galt die Aufmerksamkeit freilich vorrangig anderen Themenkreisen, vor

8) Dazu näher P. J. Tettinger, *Kammerrecht*, 1997, S. 132 ff.

9) BVerwGE 106, 64 ff.

10) Vgl. dazu etwa P. J. Tettinger/Th. Mann und J. Salzwedel, *Wasserverbände und demokratische Legitimation*, 2000.

11) Beschluss v. 5.12.2002 – 2 BvL 5 u. 6/98 –, www.bverfg.de/Entscheidungen.

12) Dazu jüngst die Kölner Habilitationsschrift von Jörg Ennuschat, *Infrastrukturgewährleistung durch Privatisierung und Regulierung*, 2003 (im Druck).

13) Siehe EuGH, U. v. 18.6.1998, Slg. 1998, I-3886 (Kommission / Italien) und U. v. 19.2.2002, Slg. 2002, I-1529 (Arduino).

14) So der Präsident des Bundesverfassungsgerichts, H.-J. Papier, zitiert in: FAZ, Nr. 89 v. 15.4.2003, S. 13.

allem „tripartistischen Formen des Korporatismus, bei denen, wie beispielsweise im Bündnis für Arbeit, die drei Parteien Regierung, Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände in Konsensgesprächen zusammengeführt werden.“¹⁵⁾ In dieser Stellungnahme wird denn auch unmißverständlich deutlich gemacht: „Im Unterschied zu der traditionellen, gesetzlich geregelten Zuständigkeit begrenzter Selbstverwaltung korporativer Organisation, wie etwa der Industrie- und Handelskammern, ist das Aufgabenfeld korporatistischer Institutionen nicht fest eingegrenzt, sondern es wird von den Beteiligten im Laufe der Verhandlung entwickelt. Institutionen des tripartistischen Korporatismus sind daher eher prozess- als zielorientiert.“¹⁶⁾ Die Stoßrichtung entsprechender Überlegungen ist damit deutlich als eine andere gekennzeichnet. Gleichwohl werden auch freiberufliche Selbstverwaltungskörperschaften ihre Leistungskraft zunehmend über eine Evaluation mit Ansätzen eines „bench-marking“ gegenüber Alternativstrukturen zu präsentieren haben.

Hingewiesen sei an dieser Stelle aber auch darauf, dass das Bundesverfassungsgericht bereits im sog. Facharzt-Beschluß aus dem Jahre 1972 zur freiberuflichen Selbstverwaltung plastisch herausgestellt hat:

„Die Verleihung von Satzungsautonomie hat ihren guten Sinn darin, gesellschaftliche Kräfte zu aktivieren, den entsprechenden gesellschaftlichen Gruppen die Regelung solcher Angelegenheiten, die sie selbst betreffen und die sie in überschaubaren Bereichen am sachkundigsten beurteilen können, eigenverantwortlich zu überlassen und dadurch den Abstand zwischen Normgeber und Normadressat zu verringern. Zugleich wird der Gesetzgeber davon entlastet, sachliche und örtliche Verschiedenheiten berücksichtigen zu müssen, die für ihn oft schwer erkennbar sind und auf deren Veränderungen er nicht rasch genug reagieren könnte. Das Bundesverfassungsgericht hat niemals in Zweifel gezogen, daß sich der Autonomiegedanke sinnvoll in das System der grundgesetzlichen Ordnung einfügt.“¹⁷⁾

Schließlich sind Anreize zur Qualitätssicherung, aber auch die Verfolgung von Subsidiaritätselementen wie Ortsnähe und Sachnähe sowie einer Partizipation im Wege von Mitge-

staltungschancen für Betroffene Werte, welche die Rationalität und Qualität des Handelns zu stärken geeignet sind und so zugleich durchaus auch Standortvorteile für die Bundesrepublik Deutschland mit sich bringen können.

3. Europäische Harmonisierungs- und Deregulierungstendenzen

Auf der Ebene des Europäischen Gemeinschaftsrechts sind die Grundfreiheiten der Dienstleistungsfreiheit und der Niederlassungsfreiheit Postulate, die mit Blick auf die Zielsetzung eines europäischen Binnenmarktes Dynamik auch hinsichtlich des rechtlichen Rahmens für die freien Berufe verheißen.

a) Die Europäische Kommission ist schon seit Jahren bemüht, den durch Harmonisierungsrichtlinien initiierten Integrationsprozeß durch eine neue Binnenmarktstrategie für den Dienstleistungssektor¹⁸⁾ weiter voranzutreiben, und zwar in Orientierung an einem Konzept vorbildlicher Geschäftspraktiken („best practice“) und unter Einbeziehung aller Dienstleistungsbranchen mit Initiativen auch in den sog. reglementierten Berufen.¹⁹⁾

aa) Auf dieser Linie liegt es, wenn die Generaldirektion Wettbewerb der Europäischen Kommission unlängst bei einem Institut in Wien eine Studie in Auftrag gegeben hat, in der mitgliedstaatliche Regelungen freiberuflicher Tätigkeiten untersucht und einander gegenüber gestellt werden. Auf der Grundlage einer Fragebogenaktion und von 17 Fallstudien wurden Unterschiede im Regulierungsgrad bei Vorschriften zum Marktzugang und zum Marktverhalten ermittelt, und zwar für die Berufsfelder juristischer Dienstleistungen, Wirtschaftsprüfer und Steuerberater, Architekten, Ingenieure und Apotheker. Die ärztlichen Tätigkeiten waren dort nicht Gegenstand der Untersuchungen.

15) Stellungnahme v. 13. Juni 2002, www.bmwi.de/Homepage, unter der Rubrik „Das Ministerium – Beiräte – Veröffentlichungsliste“.

16) AaO, S. 1 f.

17) BVerfGE 33, 125 (156 f.) mit weiteren Rspr.nachweisen

18) Siehe dazu die Kommissions-Mitteilungen vom 29.12.2000 - KOM (2000) 888 endg. – und vom 30.7.2002 – KOM (2002) 441 endg. –.

19) Zu diesem Terminus siehe Art. 2 lit.g der Richtlinie 2000/31/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 8. Juni 2000 über bestimmte rechtliche Aspekte der Dienste der Informationsgesellschaft, insbesondere des elektronischen Geschäftsverkehrs, im Binnenmarkt – „Richtlinie über den elektronischen Geschäftsverkehr“ –, (ABl. Nr. L 178 v. 17.7.2002, S. 1).

Es wurden von den Autoren spezielle Regulierungsindizes entwickelt, mit deren Hilfe dann drei Gruppierungen vorgenommen und Länder mit einem hohen Regulierungsgrad von solchen einer mittleren Kategorie und eines liberalen Regelungssystems unterschieden wurden. Auch wenn in dieser Studie ausdrücklich herausgestellt wird, es sei auf der Grundlage des vorliegenden Datenmaterials nicht möglich, die Auswirkungen abzuschätzen, die die Unterschiede zwischen den Regelungssystemen auf die Qualität der erbrachten Leistungen für den Verbraucher im einzelnen nach sich ziehen, so seien doch keine Anzeichen für ein Marktversagen in denjenigen Mitgliedstaaten ersichtlich, in denen nach den gewonnenen Erkenntnissen ein geringeres Maß an Reglementierung herrsche.²⁰⁾ In dieser Studie wird das Fazit gezogen, „dass brauchbare Konzepte eines Mitgliedstaates zum Abbau der Regelungsdichte auf andere Mitgliedstaaten übertragen werden könnten, ohne dass dort die Qualität der freiberuflichen Tätigkeit Schaden nimmt. Dies wäre letztlich zum Vorteil des Verbrauchers.“²¹⁾

So berechtigt die Skepsis gegenüber solchen allgemeinen Direktiven vor dem Hintergrund der selbsteingestandenen Dürre von Material und wissenschaftlich belastbarem Instrumentarium und höchste Vorsicht bei ersichtlich voreiligen Folgerungen angebracht ist, treten die Tendenzen, die in der Gemeinschaftspolitik augenscheinlich verfolgt werden sollen, bereits zu Tage. Die jüngst erfolgte Einladung zur Stellungnahme für eine Arbeitsunterlage der Kommissionsdienststellen „Regulierung der Freien Berufe und ihre Folgen“, in der kurzfristig eine Beantwortung zum 31.5.2003 erbeten wird,²²⁾ macht besonders deutlich, in welche Richtung die weiteren Kommissionsüberlegungen gehen, wenn auf Hinweise verwiesen wird, „dass das bei den freien Berufen in keinem Verhältnis zur wirtschaftlichen und technologischen Entwicklung steht.“²³⁾

Bei einer Stellungnahme wird mit aller Sorgfalt darauf zu achten sein, dass die spezifischen ethischen Anforderungen bei der Ausübung des Zahnarztberufes ebenso wie die notwendigen Qualitätsanforderungen, auf die jeder Patient

zum Schutze seiner Gesundheit, eines hochwertigen Rechtsgutes, angewiesen ist, deren Detailbeurteilung sich angesichts eines hoch spezialisierten fachwissenschaftlichen Diskussionsstandes aber seiner Einschätzung weitgehend entzieht, gewährleistet bleiben, Postulate, die denn auch in allgemeiner Form von der Generaldirektion Wettbewerb zutreffend unter Bezugnahme auf die Rechtsprechung des EuGH besonders herausgestellt wurden.²⁴⁾

In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass bereits im geltenden Gemeinschaftsrecht, nämlich in Art. 8 Abs. 1 der E-Commerce-Richtlinie²⁵⁾ von den Mitgliedstaaten verlangt wird, sicherzustellen, dass die Verwendung kommerzieller Kommunikationen seitens eines Angehörigen eines reglementierten Berufs gestattet ist, „soweit die berufsrechtlichen Regeln, insbesondere zur Wahrung von Unabhängigkeit, Würde und Ehre des Berufs, des Berufsgeheimnisses und eines lautereren Verhaltens gegenüber Kunden und Berufskollegen, eingehalten werden.“

b) Kritische Aufmerksamkeit sollte auch einem weiteren Ansatz der Gemeinschaftspolitik gelten, der sich in einem Richtlinienvorschlag zur Anerkennung von Berufsqualifikationen niederschlägt. Durch diese neue sog. Gesamtrichtlinie²⁶⁾ sollen ganz unterschiedliche reglementierte Berufe erfaßt werden, darunter eben dann auch Freie Berufe wie die des Arztes und des Zahnarztes (siehe insoweit insbes. Titel III Kap. III Abschnitt 4 mit den vorgeschlagenen Art. 32 bis 34 sowie Anhang V.3). Bemerkenswerterweise soll dort aber der Anwaltsberuf herausgenommen werden, und zwar mit der Begründung, bei der Tätigkeit des Rechtsanwalts gehe es nicht um die Anerkennung der Berufsqualifikation als solcher, sondern um die Berechtigung zur Berufsausübung. Dieses Argument gilt freilich in gleicher Weise für Ärzte wie Zahnärzte²⁷⁾ im Hinblick darauf, daß die Approbation doch schon per definitionem staatlicherseits den Zugang zur

20) Institut für Höhere Studien (IHS), Wien, Forschungsbericht: Wirtschaftliche Auswirkungen einzel-staatlicher Regelungen für Freie Berufe, Januar 2003, Zusammenfassung, S. 6.

21) AaO, S. 7.

22) Europäische Kommission, GD Wettbewerb, Schreiben vom 27.3.2003.

23) AaO, S. 3.

24) AaO, S. 6 (Tz. 13).

25) Nachweis siehe Fn. 19.

26) Von der Kommission vorgelegter Vorschlag für eine Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates über die Anerkennung von Berufsqualifikationen v. 7.3.2002, KOM (2002) 119 endg.: 2002/0061 (COD).

27) So bereits zutreffend M. Henssler, EuZW 2002, 229 (230).

betreffenden Berufsausübung steuert und damit die zentrale Genehmigungsvoraussetzung darstellt (vgl. §§ 2 Abs. 1 u. 3 Abs. 1 BÄO sowie §§ 1 Abs. 1 u. 3 Abs. 1 ZHG). Zutreffend wurde zu diesen pauschalen Regelungsabsichten bereits kritisch vermerkt, dass die Aufgabe des sektoriellen Ansatzes, die damit einhergehende Nichtberücksichtigung berufsspezifischer Probleme, die fehlende Harmonisierung einschlägiger Ausbildungsgänge, die lediglich quantitativ grundierte Abgrenzung der Dienstleistungsfreiheit von der Niederlassungsfreiheit sowie die mangelnde Kontrolle der Dienstleistungserbringer als zentrale Monita gegenüber einem solchen Ansatz herauszustellen sind.²⁸⁾

bb) Auch die Rechtsprechung des EuGH bietet mannigfache Impulse sowohl für Harmonisierungs- als auch für Deregulierungstendenzen. So sind nationale Maßnahmen, welche die Ausübung der gemeinschaftsrechtlich garantierten Grundfreiheiten einschränken, nur unter vier Voraussetzungen zulässig: „Sie müssen in nichtdiskriminierender Weise angewandt werden, sie müssen zwingenden Gründen des Allgemeininteresses entsprechen, sie müssen zur Erreichung des verfolgten Zieles geeignet sein, und sie dürfen nicht über das hinausgehen, was zur Erreichung dieses Zieles erforderlich ist“.²⁹⁾

Allerdings wurde immerhin signalisiert, daß bei einem Zahnarzt durchaus auch der Nachweis von Sprachkenntnissen verlangt werden kann, die er für die Ausübung seiner Berufstätigkeit im Aufnahmemitgliedstaat braucht:

„Die Gewährleistung der Verständigung des Zahnarztes mit seinen Patienten sowie mit den Verwaltungsbehörden und Berufsorganisationen stellt ... einen zwingenden Grund des allgemeinen Interesses dar, der es rechtfertigt, die Kassenzulassung eines Zahnarztes von sprachlichen Voraussetzungen abhängig zu machen. Sowohl das Gespräch mit den Patienten als auch die Einhaltung der im Aufnahmemitglied-

staat für Zahnärzte geltenden Berufsregeln und Rechtsvorschriften wie auch die Erfüllung der administrativen Aufgaben verlangen nämlich eine angemessene Kenntnis der Sprache dieses Staates.“³⁰⁾

Für die freiberuflichen Selbstverwaltungskörperschaften von besonderer Bedeutung sind zudem die jüngeren Entscheidungen des EuGH vom 19.2.2002 in den Rechtssachen Arduino³¹⁾ und Wouters³²⁾, durch die klargestellt ist, daß ein Mitgliedstaat bei der Regulierung eines Freien Berufes durchaus eine Berufsorganisation einschalten kann, solange er – wofür in Deutschland bereits die einschlägigen Bundes- und Landesgesetze sowie die auf gesetzliche Absicherung des Berufsstatus abzielende Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zum freiberuflichen Kammerwesen seit Beginn der 70er Jahre (siehe etwa den bereits zitierten Facharzt-Beschluß und Entscheidungen zu Richtlinien der Bundesrechtsanwaltskammer³³⁾) gesorgt hat – die zentralen Vorgaben auf gesetzlicher Basis formuliert und hinreichende Kontrollmechanismen vorsieht.

4. Zukunftsperspektiven

Als Leitempfehlungen für eine mit Blick auf die Grundrechte der Pflichtzugehörigen verfassungsadäquate und der Aufgabenstellung angemessene zukunftsorientierte Kammerphilosophie seien nach alledem auch hier wiederum beharrlich namentlich drei Punkte herausgestellt:

- Bei der Berufsaufsicht erweist sich nicht ein Dirigieren im Sinne von Pflichtenoptimierung als angemessenes Leitmotto, sondern - schlichter - die Absicherung der Durchsetzung normativer Mindeststandards. Die kontinuierliche Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts in den letzten Jahren dürfte Anlaß genug sein, dieses Motto konsequent zu beherzigen. Gerade die freiberuflich Tätigen bedürfen nicht einer besonderen berufsethischen Erziehung, sondern es kann nur um die Gewährleistung durchgängiger Einhaltung plausibler Mindestanforderungen zur Qualitätssicherung gehen, die zudem normativ hinreichend

28) M. Henssler, aaO, S. 231 ff.

29) EuGH, Urteil vom 4.7.2000, Slg. 2000, I-5148 = EuZW 2000, 733 ff. (736, Tz. 57) - Haim II - mit weiteren Rspr.nachw.

30) EuGH, aaO (Tz. 59), allerdings mit der Einschränkung, es liege im Interesse derjenigen Patienten, deren Muttersprache nicht die Amtssprache sei, daß es eine gewisse Zahl von Zahnärzten gebe, die sich mit ihnen auch in ihrer eigenen Sprache verständigen könnten (aaO, Tz. 60).

31) Slg. 2002, I-1529.

32) Slg. 2002, I-1577.

33) BVerfGE 76, 171 ff. u. 196 ff.

deutlich vorgegeben sind. Selbstbestimmt auszufüllende Freiräume sind gerade für Freie Berufe - nomen sit omen - unverzichtbar und dürfen denn auch durch die Kammern der Heilberufe im Geiste dieses Generalpostulats nicht ohne zwingenden Grund eingeengt werden.

Sowohl die Berufsfreiheit als auch das Grundrecht der Informationsfreiheit (Art. 5 Abs. 1 S. 1 GG) streiten für möglichst weitreichende zutreffende Verbraucher- und Patienteninformation, die auch eine Kundgabe von Tätigkeits- und Interessenschwerpunkten sowie des Erwerbs von Qualifikationsnachweisen zu Spezialisierungen einschließt. Das Bundesverfassungsgericht hatte in den letzten Jahren mehrfach Gelegenheit, dies prononciert zum Ausdruck zu bringen:

„Das Werbeverbot für Ärzte soll dem Schutz der Bevölkerung dienen, es soll das Vertrauen der Patienten darauf erhalten, dass der Arzt nicht aus Gewinnstreben bestimmte Untersuchungen vornimmt, Behandlungen vorsieht oder Medikamente verordnet

... Die ärztliche Berufsausübung soll sich nicht an ökonomischen Erfolgskriterien, sondern an medizinischen Notwendigkeiten orientieren. Das Werbeverbot beugt einer gesundheitlich unerwünschten Kommerzialisierung des Arztberufes vor. Den Angehörigen der freien Berufe ist nicht jede, sondern lediglich die berufswidrige Werbung verboten

... Berufswidrig ist Werbung, die keine interessengerechte und sachangemessene Information darstellt

... Nur übertriebene oder marktschreierische Werbung, die auf eine Vernachlässigung der Pflichten hindeuten könnte, soll vermieden werden.“³⁴⁾

Hier sind möglichst bald an Transparenz und Rechtssicherheit ausgerichtete, bundesweit möglichst homogene Verfahrensregularien der in erster Linie zuständigen Kammerorganisationen gefordert.³⁵⁾ Die Kammern haben darauf zu achten, dass die ihnen gesetzlich gewährten Gestaltungsräume auch tatsächlich ausgenutzt werden. Sie sollten daher auf die flächendeckende und qualitätsgerechte Durchsetzung

der von ihnen gesetzten Mindeststandards gerade auf dem Fortbildungssektor zukünftig mit wesentlich schärferen Schritten dringen, als dies bislang zu beobachten ist, liegt doch in einer funktionierenden beruflichen Selbstkontrolle eines der stärksten Argumente für die freiberufliche Selbstverwaltung und gegen eine Intensivierung staatlicher Kontrollen und sonstiger Ingerenzen, was aber andererseits bedingt, dass sie von den Selbstverwaltungsträgern ohne falsche Rücksichtnahme kompromißlos ausgeübt und auch durchgesetzt wird.³⁶⁾

- Objektivierter Interessenvertretung gehört für die Heilberufskammern zu den klassischen und nach wie vor gültigen Befugnissen. Dieser Aufgabenkomplex ist namentlich auf europäischer Ebene ausbaufähig und -bedürftig, und dies nicht nur mit Blick auf die primärrechtlich ausdrücklich verankerten Aktivitäten innerhalb eines Beratungsgremiums wie des Wirtschafts- und Sozialrates (vgl. Art. 257 EG, wo ausdrücklich Vertreter der freien Berufe einbezogen sind).

Interessanterweise werden die Berufsvereinigungen reglementierter Berufe in Art. 8 Abs. 2 der E-Commerce-Richtlinie ausdrücklich seitens der Kommission und der Mitgliedstaaten dazu ermutigt, Verhaltenskodizes auf Gemeinschaftsebene aufzustellen, um zu bestimmen, welche Arten von Informationen im Einklang mit den in Art. 8 Abs. 1 genannten, bereits zitierten Regeln zum Zwecke der kommerziellen Kommunikation erteilt werden können. Darüber hinaus wird in Art. 8 Abs. 3 dieser Richtlinie besonders betont, die Kommission werde solchen auf Gemeinschaftsebene geltenden Verhaltenskodizes gebührend Rechnung tragen und in enger Zusammenarbeit mit den einschlägigen Berufsvereinigungen und -organisationen handeln.

Die hierzulande übrigens bereits aus der Entstehungsgeschichte des freiberuflichen Kammerwesens als tradierte Aufgabe erkennbare Pflicht zur Interessenvertretung auch gegenüber dem Staat³⁷⁾ zählt zu den essentiellen Funktionskreisen freiberuflicher Korporationen, so dass deren Einstufung innerhalb der Erscheinungsformen öffentlich-rechtlicher Körperschaften als dem

34) So zuletzt BVerfG(K), Beschluß v. 18.2.2002, DVBl. 2002, 767 f. unter Bezugnahme auf BVerfGE 71, 162 (174); 82, 18 (28); 85, 248 (257); 94, 372 (393). Siehe auch BVerfG, Beschluß des Ersten Senats v. 8.1.2002, DVBl. 2002, 691 ff. sowie BVerfG(K), Beschluß v. 18.10.2001, NJW 2002, 1864 und BVerfG(K), Beschluß v. 4.7.2000, MedR 2000, 523.

35) Siehe für den Anwaltsbereich BVerfG(K), Beschluß v. 12.9.2001, BRAK-Mitteilungen 2001, 295 ff.

36) Dazu näher mit Blick auf die Thematik der Zertifizierung und der Rezertifizierung P. J. Tettinger, GesundheitsRecht 2003, 1 ff.

37) Dazu näher P. J. Tettinger, Kammerrecht, S. 57 ff. u. 142 ff. m.w.N.

Typus der „interessenvertretenden körperschaftlichen Selbstverwaltung“ zugehörig³⁸⁾ nur als konsequent zu bezeichnen ist.

- Eine Verstärkung der Bemühungen um Anreize zur Erhöhung der Kreativität von Angehörigen der Heilberufe im Sinne flankierender Berufsförderung ist gegenüber Initiativkraft eher hemmenden Restriktionen durch penible Kontrolle vorzugswürdig. Hier dürfte sich in der Tat zukünftig eine Gewichtsverschiebung im Spektrum der Kammeraktivitäten zugunsten des Komplexes der Berufsförderung ergeben: Effiziente Hilfestellung bei der praktischen Umsetzung der vielbeschworenen „Renaissance der Selbständigkeit“ erscheint vorrangig gefordert.

75 |

Werden namentlich von den Kammern der Heilberufe angesichts der Herausforderungen des neuen Jahrhunderts einschließlich der äußerst schwierigen Fragen im Zusammenhang mit den weltweit rasanten biomedizinischen Entwicklungen diese Empfehlungen beherzigt, so dürften diese sich nicht nur in Ansehung der vom Grundrecht der Berufsfreiheit maßgeblich mitgeprägten Werteordnung des Grundgesetzes, sondern - wie der EuGH zur Pflichtmitgliedschaft im niederländischen Fachärzte-Rentenfonds³⁹⁾ konzidiert hat - auch im Rahmen des durch Grundfreiheiten wie der Dienstleistungs- und der Niederlassungsfreiheit strukturierten europäischen Binnenmarktes als in Selbstverwaltung betriebene Agenturen der freiberuflichen Qualitätssicherung sehr wohl als zukunftsfähig erweisen.⁴⁰⁾

Für die Einschätzung der Zukunftschancen einer Selbstverwaltung in freiberuflichen Kammern im 21. Jahrhundert ist durchaus vorsichtiger Optimismus angebracht, wie dies etwa auch aus der Generaldirektion für den Binnenmarkt unlängst bereits wie folgt signalisiert worden ist:

„Das Europäische Gemeinschaftsrecht setzt einen Rahmen, in dem sich das Kammerwesen weiterentwickeln kann, in dem es exportfähig ist und in dem es auch ... Modell für eine Ordnung des Berufsrechts in Europa werden könnte.“⁴¹⁾

38) So R. Hendl, in: Isensee/Kirchhof (Hrsg.), Handbuch des Deutschen Staatsrechts, Bd. IV, 1990, § 106 Rn. 64 (S. 1163 f.). – Siehe zu diesem Komplex auch M. Dietlein, Zu den Grenzen der Interessenvertretung durch berufsständische Kammern, in: Festschrift für M. Kriele, 1997, S. 1181 ff.

39) Urteil v. 12.9.2000 - Rs. C-180/98 bis C 184/98 - (Pavlov u.a.), Slg. 2000, I-6497, Tz. 79, 85, 97 ff., 130.

40) Vgl. in dieser Richtung auch bereits J. Taupitz, MedR 1998, 1 ff.

41) So M. Fröhlinger bei einer Fachkonferenz der Bundessteuerberaterkammer in Brüssel zu dem Thema „Deregulierung und Qualitätssicherung“, zitiert nach FAZ, Nr. 287 v. 10.12.2002, S. 18.

Perspektiven einer Reform des Gesundheitswesens

1. Leitlinien einer zielorientierten Gesundheitspolitik

Um zu vermeiden, dass sich Reformüberlegungen im Gesundheitswesen einseitig auf fiskalische Kostendämpfungsmaßnahmen konzentrieren, erscheint es hilfreich, der Analyse zunächst einige übergeordnete Leitlinien einer zielorientierten Gesundheitspolitik voranzustellen. Zu diesen Leitlinien zählen vor allem:

- Effektivität und Effizienz der Gesundheitsversorgung,
- Autonomie und Eigenverantwortung der Versicherten und Patienten,
- Subsidiarität staatlichen Handelns,
- Solidarität und Verteilungsgerechtigkeit,
- Nachhaltigkeit und Stabilität und
- Transparenz sowie Rechts- und Planungssicherheit.

Während die Effizienz das Verhältnis zwischen der fertiggestellten Gesundheitsleistung bzw. dem Behandlungsangebot und den zu ihrer Erstellung eingesetzten Ressourcen bzw. Ausgaben misst, stellt die Effektivität (im engeren Sinne) die gesundheitlichen Wirkungsziele bzw. Veränderungen der Outcomes den betreffenden Gesundheitsleistungen gegenüber (vgl. Wille, E. 1986 und 2000, S. 354ff.). Die Effektivität im weiteren Sinne spiegelt dann die Relation zwischen den gesundheitlichen Wirkungszielen und den zugehörigen Ausgaben wider.

Im Sinne dieser Terminologie setzt die optimale Effektivität (im weiteren Sinne) die optimale Effizienz voraus, was aber nicht umgekehrt gilt. Zur Erreichung der optimalen Effektivität bildet die optimale Effizienz nur eine notwendige, aber noch keine hinreichende Bedingung. Obgleich Indizes der Lebenserwartung und Morbiditätsindikatoren wohlfahrtsrelevante Tatbestände anzeigen, spiegeln sie das Zielspektrum der Gesundheitsversorgung nur zu einem Teil bzw. lückenhaft wider. Zu den Outcomeeffekten gehören daneben auch Funktionseinbußen, Leidgedühle und Verunsicherungen der Patienten, wobei sich die physischen, psychischen, kognitiven und sozialen Dimensionen der Lebensqualität teilweise mit Hilfe von objektiven, teilweise aber nur mittels subjektiver Indikatoren messen lassen.

Autonomie und Wahlfreiheit von Versicherten und Patienten stellen auch im Rahmen der Gesundheitsversorgung Voraussetzungen für eine Allokation der Ressourcen dar, die sich an den Präferenzen der Bürger orientiert. Eigenverantwortung bedeutet in diesem Kontext, dass die Bürger auch die ökonomischen Konsequenzen ihrer Wahlentscheidungen tragen. So besitzt unter dem Aspekt der Wahlfreiheit ein Versicherungssystem mit konkurrierenden Krankenkassen bzw. -versicherungen (ob öffentlich-rechtlich oder privat organisiert, spielt hier keine Rolle) eindeutige Vorzüge gegenüber einer Einheitsversicherung. Unabhängig vom jewei-

ligen Leistungskatalog bildet die Möglichkeit der Kassenwahl unter Wohlfahrtsaspekten einen „Wert an sich“ (vgl. Jacobs, K. und Reschke, P. 1992, S. 15ff.). Der Versicherte bzw. Patient gewinnt an Autonomie, wenn er über die Option der Kassenwahl verfügt und sich nicht in der Rolle eines „Bittstellers“ einer Einheitskasse oder einem monolithischen Kassenblock gegenüber sieht. Eine Wahlfreiheit bei Gesundheitsleistungen und/oder Beitragstarifen kann theoretisch auch eine Einheitskasse bieten (vgl. Behrens, J. et al., S.13), aber nur die Option des Kassenwechsels zwingt die Krankenkassen, ihr Versorgungsangebot stärker an den Präferenzen und Wünschen von Versicherten und Patienten auszurichten (vgl. Wille, E. 1999, S. 121 und 2001, S. 59).

Das Subsidiaritätsprinzip fordert, dass Entscheidungen über die Verwendung knapper Ressourcen möglichst auf Mikroebene in die Kompetenz des Individuums oder der Familie fallen. Eine darüber liegende gesellschaftliche Ebene kommt als Entscheidungsinstanz erst dann in Frage, wenn sie sich im Sinne gesamtwirtschaftlicher Ziele hierfür nachweislich besser eignet, d.h. dass Entscheidungen auf der unteren Ebene zu vermeidbaren Fehlallokationen führen würden. Das Subsidiaritätsprinzip weist den höheren Ebenen darüber hinaus die Aufgabe zu, nach Möglichkeit die Voraussetzungen für Allokationsentscheidungen auf den unteren Ebenen zu schaffen, d.h. die dort agierenden Instanzen und Individuen entsprechend zu unterstützen.

Die Individuen unterscheiden sich schon bei Geburt im Hinblick auf ihr Gesundheitskapital und auch bezüglich ihres übrigen Humankapitals. Neben den unterschiedlichen potentiellen familiären Unterstützungen und Erbschaften besitzen sie somit auch unterschiedliche Voraussetzungen, später selbst Einkommen zu erwerben. Dies bedeutet, dass innerhalb einer Gesellschaft sowohl die Morbidität und damit der Erwartungswert der zukünftigen Krankheitskosten als auch die Zahlungsfähigkeit, diese Kosten zu tragen, erheblich differieren. Diese teilweise angeborenen Unterschiede erfordern im Sinne des Verteilungspostulates eine solidarische Unterstützung der Individuen mit einem hohen Gesundheitsrisiko und niedrigem Einkommen durch Individuen mit einem niedrigen Gesundheitsrisiko und hohem Einkommen bzw. Vermögen. Bei diesem solidarischen Ausgleich handelt es sich nach der Vertragstheorie dann um eine faire Lösung bzw. gerechte Umver-

teilung, wenn ihr die Individuen unter dem „Schleier des Nicht-Wissens“ über die eigene Position zustimmen würden .

Ein Gesundheitssystem erfüllt das Kriterium der Nachhaltigkeit, wenn es bei gegebenen Rahmenbedingungen, wie z.B. demographischer Struktur oder Lebenserwartung, dauerhaft bestehen bleibt. Dagegen besitzt ein stabiles Gesundheitssystem die Fähigkeit, seine Funktionen auch bei veränderten Rahmenbedingungen durch adaptive Anpassung an exogene Einflussfaktoren zu sichern bzw. wahrzunehmen. Nachhaltigkeit und Stabilität von Gesundheitssystemen bilden auch wichtige Voraussetzungen für die Rechts- und Planungssicherheit aller Akteure, d.h. von den Krankenkassen über die Leistungserbringer bis zu den Versicherten und Patienten. Unbeschadet von Überschneidungen lassen sich im Hinblick auf exogene Einflussfaktoren intragenerative Probleme durch kurz- bis mittelfristig auftretende Effekte und intergenerative Störungen durch längerfristige Wirkungen unterscheiden. Zu ersteren zählen Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt und im Bereich der Einkommensverteilung, zu zweiteren der demographische Strukturwandel und die steigende Lebenserwartung. Vom medizinisch-technischen Fortschritt können sowohl kurz- als auch langfristig erhebliche exogene Effekte auf Krankenversicherungssysteme ausgehen.

Die Transparenz bildet auf Mikroebene eine wesentliche Voraussetzung für ein autonomes und eigenverantwortliches Handeln aller Akteure und hier insbesondere für ein (Mit-)Entscheiden von Versicherten und Patienten. Eine Erhöhung der Transparenz kann insofern auch die Effizienz und Effektivität der Leistungserstellung fördern. Die Transparenz auf der Makro- bzw. Systemebene geht vor allem dann verloren, wenn sich allokativen und distributiven Effekte mit- und untereinander derart vermischen, dass sie für einen äußeren Beobachter qualitativ und quantitativ unüberschaubar bleiben. Diese Gefahr besteht besonders, wenn mehrere öffentliche und/oder öffentlich-rechtliche Institutionen allokativen und distributiven Funktionen zugleich übernehmen. Eine klare Trennung, die bestimmte Funktionen und Instrumente jeweils speziellen Organisationen zuordnet, besitzt hier nicht nur im Hinblick auf die Transparenz, sondern auch bezüglich der Effizienz eindeutige Vorzüge.

2. Wachstumsschwäche

Finanzierungsbasis in der GKV

Die Finanzierungsbasis der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), die im wesentlichen aus Arbeitseinkommen und Rentenzahlungen besteht, leidet seit Beginn der achtziger Jahre an einer Wachstumsschwäche. Wie Abbildung 1 zeigt, blieben die beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied in den alten Bundesländern zwischen 1980 und 2000 im Wachstum um 31 Prozentpunkte hinter dem Bruttoinlandsprodukt (BIP) je Erwerbstätigem zurück. Die quantitative Bedeutung dieser Wachstumslücke für das Beitragsaufkommen verdeutlicht eine fiktive Berechnung, die unterstellt, dass die beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied in diesem Zeitraum mit der Steigerungsrate des BIP je Erwerbstätigem zugenommen hätten. Diese Schätzung weist für das Jahr 2000 fiktive Mehreinnahmen von 35,6 Mrd. DM aus. Mit Hilfe dieser Mehreinnahmen ließen sich die gegebenen Ausgaben bei einem durchschnittlichen Beitragssatz von knapp 11,6% decken. Dieser fiktive Beitragssatz weicht in seiner Größenordnung unwesentlich von den tatsächlichen Beitragssätzen der Jahre 1980 bis 1984 ab. Hochgerechnet auf das gesamte Bundesgebiet belaufen sich die entsprechenden fiktiven Mehreinnahmen auf fast 43 Mrd. DM (vgl. Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2003, Ziffer 55).

Für diese Wachstumsschwäche der Finanzierungsbasis in der GKV zeichnen zunächst die unterproportionale Zunahme der Arbeitsentgelte und die steigende Arbeitslosenzahl verantwortlich. Daneben trugen ein leicht zunehmender Anteil von Rentnern und diverse Verlagerungen von Defiziten zwischen den Teilen der Sozialversicherung dazu bei, dass die beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied im Wachstum deutlich hinter dem BIP je Erwerbstätigem zurückblieben. Die Entwicklung der beitragsfrei Mitversicherten, d.h. die je Beitragszahler zu finanzierenden Versicherten, führte dagegen nicht zu einer Schwächung der Finanzierungsbasis und vom zunehmenden Anteil der freiwillig versicherten Mitglieder gingen sogar leicht gegenläufige bzw. fiskalisch stabilisierende Effekte aus.

Ein Blick auf die zentralen Einflussfaktoren, die auf die Einnahmenbasis der GKV einwirken, lässt befürchten, dass das relativ schwache, d.h. zur Steigerung des BIP unterproportionale

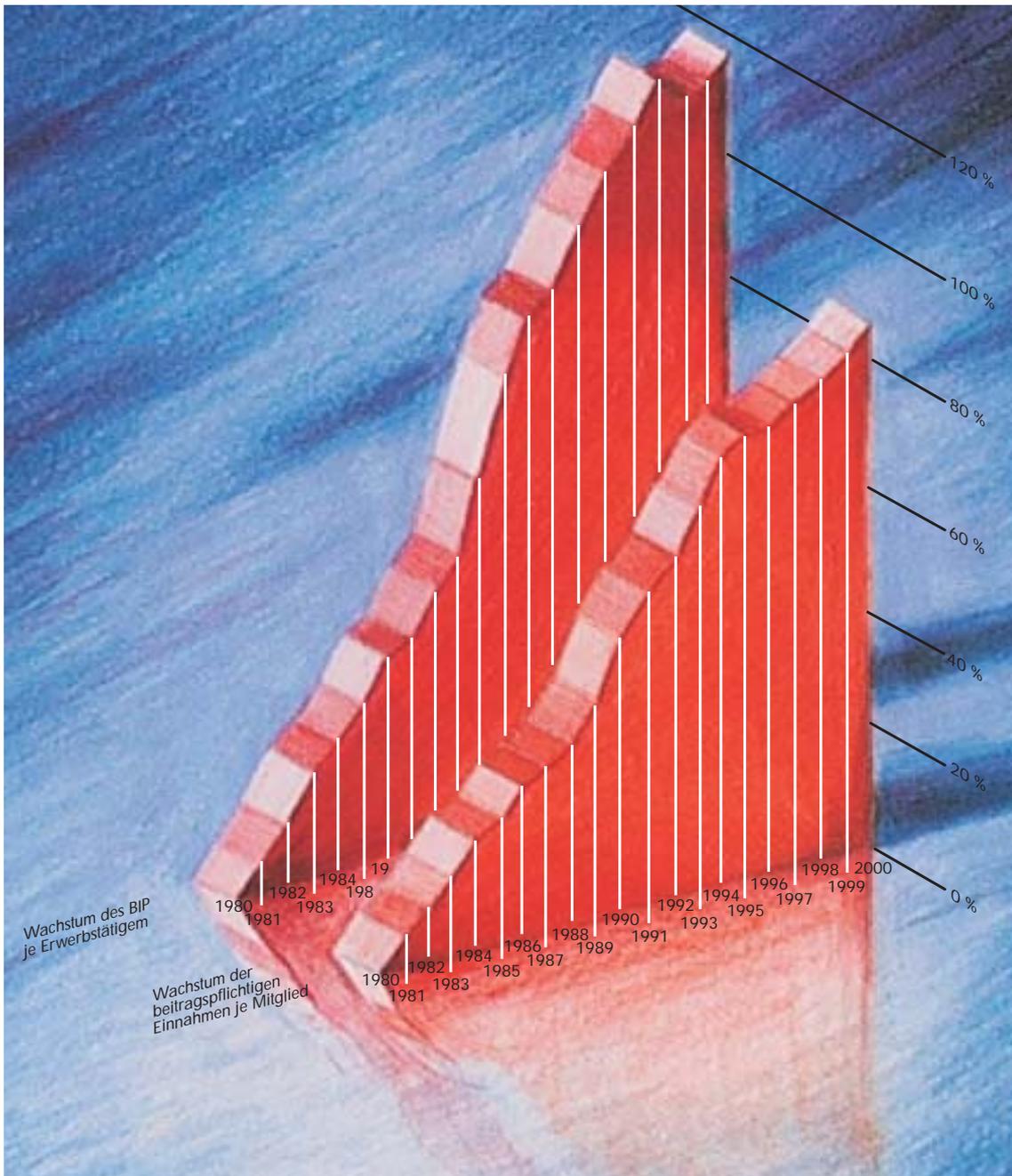
Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied bei gegebener Beitragsgestaltung noch auf absehbare Zeit anhält. Die Wachstumsschwäche der Finanzierungsbasis geht nicht nur auf konjunkturelle, sondern auch auf eher strukturelle Faktoren zurück.

Hierzu zählen u.a.

- der Druck auf die Arbeitsentgelte, insbesondere in den unteren Lohngruppen, infolge der Globalisierung,
- veränderte Arbeitsverhältnisse bzw. Berufskarrieren (z.B. unstete Beschäftigung, nicht-versicherungspflichtige Dienst- und Werkverträge),
- die Zunahme von nicht versicherungspflichtigen Teilen des Arbeitsentgeltes, vor allem durch Entgeltumwandlung im Rahmen der betrieblichen Altersvorsorge,
- eine weitere Flucht in die illegale Schattenwirtschaft und Intensivierung der (legalen) Eigenwirtschaft bzw. Haushaltsproduktion sowie
- eine längere Lebens- und damit Verrentungszeit.

Was die entsprechende Entwicklung der GKV-Ausgaben betrifft, so kann sich die plakative These von der „Kostenexplosion im Gesundheitswesen“ im Hinblick auf die letzten 25 Jahre auf keine empirische Grundlage stützen. Das Verhältnis zwischen den Leistungsausgaben der GKV und dem BIP blieb vielmehr in den alten Bundesländern von 1975 bis 2000 weitgehend konstant (siehe auch Breyer, F. et al. 2001, S.18ff.; Wille, E. 2001, S. 36ff.). Dieses moderate Wachstum der Ausgaben stellte sich allerdings nicht im Zuge einer endogenen bzw. automatischen Entwicklung ein, sondern bildet das Ergebnis zahlreicher sog. Gesundheitsreformen bzw. Kostendämpfungsmaßnahmen. Ohne diese staatlichen Eingriffe tendiert das Wachstum der Ausgaben dahin, die Steigerungsrate des BIP zu überschreiten.

Setzt sich der bisherige Trend fort, d.h. das schwache Wachstum der Finanzierungsbasis und die darüber hinausgehende Ausgabendynamik, dann steht die GKV infolge mangelnder Nachhaltigkeit vor folgendem Dilemma: Entweder orientieren sich ihre Ausgaben am Wachstum des BIP, dann steigen zwangsläufig die Beitragssätze. Stabile Beitragssätze setzen andererseits voraus, dass die GKV-Ausgaben schwächer zunehmen als das BIP. Die erste Alternative führt bei den Arbeitgebern zu einer Erhöhung der Lohnnebenkosten und bei den



Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied und des BIP je Erwerbstätigem seit 1980 (alte Bundesländer)

Quelle: Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2003, Ziffer 54.

Arbeitnehmern zu einer Verminderung ihres verfügbaren Einkommens. Die zweite Alternative engt vor allem bei einer wenig prosperierenden Wirtschaftsentwicklung den Finanzierungsspielraum der GKV stark ein und lässt ohne fiskalisch wirksame Reformen eine Verschärfung der impliziten Rationierung befürchten.

3. Grundsätzliche Handlungsoptionen

Unabhängig von Abgrenzungsproblemen und Interdependenzen lassen sich die gesundheitspolitischen Handlungsoptionen, die bei drohenden Budgetdefiziten zur Wahrung der Beitragsstabilität und zur Vermeidung einer impliziten Rationierung grundsätzlich offen stehen, zunächst danach unterscheiden, ob sie einen Übergang zu einem alternativen Gesundheitssystem erfordern, oder ob sie als adaptive Reformschritte in den Strukturen des geltenden

Systems bleiben. Alternative Gesundheitssysteme stellen insbesondere

- die rein steuerfinanzierte Gesundheitsversorgung,
- der Übergang zu einer kapitalgedeckten Finanzierung und
- die Finanzierung mit Hilfe von fixen pro-Kopf-Beiträgen dar.

Die adaptiven Reformoptionen umfassen im Prinzip

- die Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven durch strukturelle Reformen,
- eine Neufassung des Leistungskataloges der GKV sowie
- eine Änderung von Finanzierung und Beitragsgestaltung.

Dabei existieren zwischen den alternativen Gesundheitssystemen und den adaptiven Finanzierungsoptionen sowohl komplementäre als auch substitutive Beziehungen. So genießt unabhängig von der Entscheidung für alternative Gesundheitssysteme oder adaptive Reformschritte die Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven durch strukturelle Reformen auf der Ausgaben- bzw. Leistungsseite in normativer Hinsicht allererste Priorität. Sodann stellt sich bei allen Finanzierungsoptionen selbst bei unterschiedlichem Ausgabenniveau das Problem einer sachgerechten Abgrenzung des Leistungskataloges, die medizinisch-ethischen und ökonomischen Kriterien Rechnung trägt.

Die Neufassung des Leistungskataloges der GKV schließt im Detail die Reformschritte

- Reorganisation der Finanzierung innerhalb der Teilsysteme der Sozialversicherung bzw. Revision der Politik der sog. Verschiebebahnhöfe,
- Verlagerung von krankenversicherungsfremden Leistungen auf andere Ausgabenträger sowie
- Einengung des Leistungskataloges der GKV ein.

Als Reformoptionen im Rahmen einer Änderung von Finanzierung und Beitragsgestaltung stehen zur Diskussion:

- eine teilweise Steuerfinanzierung durch gesundheitsbezogene Verbrauchsteuern, z. B. auf Tabak und Alkohol,
- eine Ausweitung der Selbstbeteiligung der Patienten und
- eine Modifikation der Beitragsgestaltung.

Die Forderung nach weitergehenden, u.a. auch Finanzierungs-Reformen und der Hinweis auf noch vorhandene Wirtschaftlichkeitsreserven, d.h. die Existenz von Über-, Unter- und Fehlversorgung (vgl. Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2000/2001), stellen keine widersprüchlichen Thesen dar. Die Beschäftigung mit Reformoptionen auf der Einnahmenseite verfolgt nicht den Zweck, von den Effizienz- und Effektivitätsreserven der derzeitigen Gesundheitsversorgung abzulenken. Entsprechend unterstellen nahezu alle Analysen auf der Einnahmenseite Aufkommensneutralität, d.h. alle zusätzlichen finanziellen Mittel dienen zum Zeitpunkt der Umstellung zur Senkung der Beitragssätze.

Zudem kann das Wissen um vorhandene Wirtschaftlichkeitsreserven keine Budgetdefizite finanzieren oder ihnen vorbeugen. Eine Ausschöpfung des Rationalisierungspotentials setzt zunächst strukturelle Reformen voraus, die zumeist erst mit einer zeitlichen Verzögerung zu Ressourceneinsparungen und/oder Verbesserungen der gesundheitlichen Outcomes führen. Letztere besitzen unter normativen Aspekten keineswegs einen geringeren Wert als Kosteneinsparungen, können aber keinen Beitrag zur Finanzierung von Budgetdefiziten leisten. So versuchte die Bundesregierung in der vorangegangenen Legislaturperiode, die Effektivität und Effizienz der Gesundheitsversorgung vornehmlich über eine Förderung von Prävention und Rehabilitation, eine Stärkung der Qualitätssicherung und einen Ausbau der integrierten Versorgung zu verbessern. Die möglichen Outcomeeffekte dieser Reformmaßnahmen entziehen sich derzeit zwangsläufig noch einer empirischen Evaluation. Die fiskalische Zielsetzung vermochten diese Maßnahmen, wie die steigenden Beitragssätze belegen, jedoch nicht zu realisieren. Die Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven bildet insofern eine wichtige Daueraufgabe der Gesundheitspolitik. Die entsprechenden Bemühungen reichen angesichts der Wachstumsschwäche der Finanzierungsbasis ohne weitere Reformen jedoch nicht aus, um Nachhaltigkeit zu erzeugen, d.h. gleichzeitig die Beitragssatzstabilität in der GKV zu verwirklichen und implizite Rationierungen zu vermeiden.

4. Der Leistungskatalog der GKV im Rahmen der öffentlichen Aufgabenverteilung

Im Rahmen einer kritischen Überprüfung des Leistungskataloges der GKV gilt es zunächst zu unterscheiden, ob lediglich ein anderer Ausgabenträger die Finanzierung von bestimmten Leistungen übernimmt, oder ob diese gänzlich entfallen. Im ersten Fall geht es um eine funktionsgerechte Zuordnung der Finanzierung von Leistungen auf die einzelnen Sozialversicherungszweige und die Gebietskörperschaften, im zweiten um eine Neubestimmung des objektiven Bedarfs im Rahmen einer solidarisch finanzierten Absicherung des Krankheitsrisikos. In die erste Gruppe fällt zunächst eine Revision der Politik der „Verschiebebahnhöfe“, die in der Vergangenheit innerhalb der Sozialversicherungszweige finanziell zu Lasten der GKV gingen. Die jährlichen Einnahmeherausfälle, die der GKV hieraus erwachsen, liegen je nach Abgrenzung bei 4 bis 6 Mrd. €, was 0,4 bis 0,6 Beitragssatzpunkten entspricht (vgl. Beske, F., Drabinski, T. und Michel, C. 2002).

Eine Umfinanzierung steht auch bei Leistungen zur Diskussion, die keinen primären Morbiditätsbezug aufweisen, sondern in erster Linie sozial- oder familienpolitischen Zielen dienen. Diese sog. krankenversicherungsfremden Leistungen umfassen auf der Ausgabenseite vor allem:

- Sterbegeld,
- Schwangerschafts- und Mutterschaftsleistungen gemäß §§ 195 ff. RVO,
- Empfängnisverhütung,
- Sterilisation,
- Schwangerschaftsabbruch,
- Haushaltshilfe nach § 38 SGB V,
- Krankengeld bei Erkrankung des Kindes sowie
- Finanzierung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung nach Art. 8 des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes (GKV-SolG).

Diese krankenversicherungsfremden Leistungen belaufen sich auf jährlich ca. 2,5 Mrd. €, d.h. auf etwa 0,25 Beitragssatzpunkte. Bei weiterer Interpretation lassen sich hierunter auch die Aufwendungen subsumieren, die aus privaten gefahreneigenen Aktivitäten oder generell aus privaten Unfällen resultieren. Ihre Verlagerung auf eine obligatorische Unfallversicherung

als Pendant zur betrieblichen Unfallversicherung würde die GKV um schätzungsweise 7-9 Mrd. € jährlich entlasten. Die Finanzierung dieser Unfallversicherung könnte in privater Form kapitalgedeckt und risikoäquivalent, aber auch im Rahmen eines Umlageverfahrens innerhalb der GKV über pro Kopf-Beiträge erfolgen. Unter Effizienz- und Verteilungsaspekten bietet sich hier eine „Mischlösung“ an, nach der gut abgrenzbare Risiken wie z.B. solche, die bei Auto- und Motorradunfällen den Verursacher treffen, risikoäquivalent und kapitalgedeckt und der Rest weiterhin im Rahmen der GKV über ein Umlageverfahren finanziert werden. Eine Ausgliederung bzw. Umfinanzierung des Krankengeldes lässt sich in diesem Kontext allerdings nicht begründen, denn hier liegt ein eindeutiger kausaler Morbiditätsbezug vor.

Krankenversicherungsfremde Leistungen (im weiteren Sinne) können auch auf der Einnahmenseite auftreten, wenn bestimmte Versicherungsträger aus sozial- oder familienpolitischen Gründen keine oder nur ermäßigte Beiträge entrichten. Hierzu zählen u.a. die Beitragsausfälle bei:

- Personen während des Erziehungsurlaubs,
- Studierenden und Praktikanten,
- Personen in Einrichtungen der Jugendhilfe und im Strafvollzug,
- Teilnehmern an berufsfördernden Maßnahmen,
- Leistungsbeziehern nach dem Arbeitsförderungsgesetz,
- Härtefällen sowie
- (teilweise) beitragsfrei mit versicherten Familienmitgliedern.

Von diesen Leistungen verursacht die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen mit schätzungsweise 21 Mrd. € im Jahr die stärksten Einnahmeherausfälle. Eine finanzielle Verlagerung der beitragsfreien Mitversicherung von Kindern und Jugendlichen bis 19 Jahre würde die GKV um fast 11 Mrd. € und damit um 1,1 Beitragssatzpunkte entlasten.

Der Versuch, diesen Leistungskatalog auf seinen notwendigen Kern einzuengen, sieht sich mit dem Problem konfrontiert, dass das Rationalisierungspotential der deutschen Gesundheitsversorgung weniger in dem zu umfangreichen Leistungsspektrum als vielmehr in seinem zu intensiven, d.h. nicht indikations- und situationsbezogenen Gebrauch wurzelt. Medizinisch-ethische und ökonomische Kriterien können bei

der Abgrenzung des Leistungskataloges einer solidarisch finanzierten Krankenversicherung zwar Orientierungshilfe leisten, aber in konkreten Einzelfällen noch keine eindeutige Entscheidung herbeiführen (vgl. Wille, E. 2001, S. 53ff.). Vor dem Hintergrund dieser Einschränkungen stehen vor allem die folgenden Leistungen im Rahmen der GKV zur Diskussion:

- Fahrtkosten (ohne solche für Rettungsdienste) in Abhängigkeit von den Verkehrsanbindungen und der Behandlungsintensität,
- ambulante Vorsorgeleistungen in Kur- oder Badeorten,
- Zahnersatz,
- kieferorthopädische Leistungen für Erwachsene und auch für Jugendliche, soweit die Behandlungsbedürftigkeit nicht bestimmten validen Indizes genügt,
- in Abhängigkeit von ihrer Evidenzbasierung Indikationen und Formen der ambulanten Psychotherapie bei Erwachsenen,
- Verfahren der sog. Alternativmedizin,
- nicht-verschreibungspflichtige Medikamente,
- Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen sowie
- indikationsabhängige Heil- und Hilfsmittel, wie Massagen und Sehhilfen.

5. Änderung von Finanzierung und Beitragsgestaltung

Bei einer Heranziehung von gesundheitsbezogenen speziellen Verbrauchsteuern, z.B. auf Tabak und Alkohol, als Einnahmenquelle der GKV handelt es sich im Gegensatz zur Steuerfinanzierung von krankenversicherungsfremden Leistungen um eine entsprechende Finanzierung von genuinen Gesundheitsleistungen. Wie beim sog. Maschinenbeitrag, der die Bemessung der Arbeitgeberbeiträge auf den Produktionsfaktor Kapital oder die gesamte Wertschöpfung des Unternehmens ausdehnt, führt eine solche Finanzierung dazu, dass die gruppenmäßige Äquivalenz der GKV und damit ihr Versicherungscharakter weiter abnimmt (vgl. Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1997/98, Ziffer 588). Zudem verletzt eine solche Finanzierung den Budgetgrundsatz der Non-Affektation öffentlicher Einnahmen. Unter fiskalischen Aspekten weist eine

Finanzierung von Gesundheitsleistungen mit Hilfe von speziellen Verbrauchsteuern schließlich den Nachteil auf, dass sie die Wachstumsschwäche der Finanzierungsbasis der GKV verfestigt, denn die Einnahmen aus diesen Steuern nehmen bei gegebenem Tarif im Wachstumsprozess deutlich schwächer als das BIP zu. Diese Einwände sprechen allerdings nicht gegen eine Erhöhung dieser Steuern unter Präventionsaspekten, wenn diese ohne Zweckbindung außerhalb der Finanzierung von Gesundheitsleistungen der GKV erfolgt.

Die Selbstbeteiligung im engeren Sinne, d.h. als unmittelbare Teilzahlung des Patienten für eine Versicherungsleistung, besitzt primär eine Finanzierungs- und eine alloкатive Steuerungsfunktion, während Verteilungsaspekte eher restriktive Nebenbedingungen darstellen. Unter diesen Aspekten bedürfen die Selbstbeteiligungsregelungen in der GKV, z. B. beim Zahnersatz und bei Arzneimitteln, unabhängig von ihrem fiskalischen Umfang einer Korrektur, denn sie erfüllen weder die alloкатive Funktion noch die distributive Nebenbedingung zufriedenstellend. So sollte sich die Befreiungsregelung nicht an medizinischen Indikationen, sondern ausschließlich am verteilungspolitisch relevanten Einkommen der Patienten orientieren. Angesichts der im internationalen Vergleich bei dem umfangreichen Leistungskatalog der GKV sehr niedrigen Selbstbeteiligung erscheint auf der Grundlage von Härtefallregelungen und Überforderungsklauseln auch eine Erhöhung des Umfangs der Selbstbeteiligung sozial vertretbar. Um unerwünschte Substitutionseffekte zu vermeiden, bietet sich dabei eine umfassende proportionale Selbstbeteiligung mit einer einkommensbezogenen Jahresfranchise an.

Eine Änderung der Beitragsgestaltung kann vor allem an

- der Versicherungspflicht in der GKV bzw. dem Pflichtversichertenkreis,
- der Beitragsbemessungsgrenze,
- der Beitragsbemessungsgrundlage und
- der beitragsfreien Mitversicherung ansetzen (vgl. Wille, E. 1998 und 2002).

Der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003, Ziffer 143ff.) schlägt hier eine Verbreiterung der Beitragsbemessungsgrundlage und eine Änderung der beitragsfreien Mitversicherung vor. Die Verbreiterung der Beitragsbemessungsgrundlage, die neben Arbeitsentgelten und Rentenzahlungen auch andere Einkunftsarten, wie z.B.

Zinsen und Mieten, generell in die Beitragsbemessung einbezieht, trägt der gegenüber der Nachkriegszeit veränderten Einkommens- und Vermögenssituation der Versicherten Rechnung. Die Reformoption im Rahmen der beitragsfreien Mitversicherung sieht für Ehepartner ein Splitting des gemeinsamen Arbeitsentgeltes bzw. Einkommens mit anschließender Anwendung des hälftigen Beitragssatzes auf beide Entgeltteile vor. Das Splittingverfahren entspricht insofern dem bisherigen Prinzip der Beitragsgestaltung, als es zu keiner zusätzlichen Belastung bei einer Familie führt, bei der das Arbeitsentgelt bzw. Einkommen des berufstätigen Partners unter der Beitragsbemessungsgrenze liegt.

Diese beiden Reformoptionen weisen je nach Ausgestaltung ein Beitragssatzsenkungspotential zwischen 0,7 und 1,3 Beitragssatzpunkten auf. Die fiskalische Wirkung einer Verbreiterung der Beitragsbemessungsgrundlage, die bei maximal 0,4 Beitragssatzpunkten liegt, hängt vor allem davon ab, ob die übrigen Einkunftsarten dem vollen oder halben Beitragssatz unterliegen und ob die Empfänger von Zinsen in den Genuss eines Freibetrages oder einer Freigrenze kommen. Das Splittingverfahren, das eine Senkung der Beitragssätze um maximal 0,9 Prozentpunkte erlaubt, könnte zunächst den nicht-berufstätigen Partner, der Kinder erzieht bzw. erzogen hat und/oder häusliche Pflegedienste leistet, von der Beitragsbelastung freistellen. Der fiskalische Ertrag dieser Reformoption nimmt weiter ab, wenn für die Versicherten hier die Option besteht, zwischen dem Splittingverfahren und der Zahlung eines Mindestbeitrages für den nicht-berufstätigen Partner zu wählen.

Darüber hinaus befürwortet eine Minderheit des Sachverständigenrates noch eine Erhöhung der Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenze in der GKV auf das Niveau der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV), d.h. auf z. Zt. (2003) monatlich 5.100 €. Diese Reformoption erlaubt eine Beitragssatzsenkung um etwa 0,7 – mittelfristig 0,9 – Beitragssatzpunkte. Eine kombinierte Erhöhung dieser beiden Grenzen belastet allerdings gerade jene Versicherten zusätzlich, die mit einem monatlichen Arbeitsentgelt zwischen 3.340 € und 5.100 € bereits einer sehr hohen Grenzabgabenbelastung unterliegen. Für diese Versichertengruppe wirkt diese Zusatzbelastung wie eine Steuer, da ihr mit Ausnahme des Krankengeldes keine Mehrleistungen gegenüberstehen.

6. Adaptive Reformen als Voraussetzung einer Stabilisierung des Systems

Die diskutierten Handlungsoptionen stellen überwiegend keine konkurrierenden Alternativen, sondern sich ergänzende Reformmaßnahmen dar. Eine Kombination dieser Optionen bietet sich vor allem an, wenn hohe Budgetdefizite drohen oder die Politik eine deutliche Senkung der Beitragssätze anstrebt. Ein kombinierter Einsatz unterschiedlicher Reformelemente besitzt zudem die Möglichkeit bzw. den Vorzug, allfällige Belastungen gleichmäßiger zu verteilen. So fällt z.B. eine Verbreiterung der Beitragsbemessungsgrundlage und/oder eine Einschränkung der beitragsfreien Mitversicherung für die Betroffenen weniger ins Gewicht, wenn gleichzeitig die Beitragssätze spürbar sinken. Die vorgestellten Reformschritte

- Revision der Politik der „Verschiebebahnhöfe“,
 - Verlagerung krankensicherungs-fremder Leistungen auf andere Ausgaben-träger,
 - Einengung des Leistungskatalogs,
 - Ausweitung der Selbstbeteiligung und
 - Änderung der Beitragsgestaltung
- beinhalten insgesamt ein Beitragssatzsenkungspotential in der GKV (Sozialversicherung) von ca. 4 (3,5) Prozentpunkten. Dabei bleiben die fiskalischen Effekte einer Einengung des Leistungskataloges, einer Ausweitung der Selbstbeteiligung und eventueller Effizienzsteigerungen noch unberücksichtigt.

Die Umsetzung eines derartigen Reformspektrums würde wahrscheinlich – zumindest für absehbare Zeit – den Ruf nach einem Übergang zu alternativen Gesundheitssystemen verstummen lassen. Dies gilt um so mehr, als sich, wie internationale Erfahrungen zeigen, auch diese Systeme mit fiskalischen und Effizienzproblemen konfrontiert sehen. Die Abneigung gegenüber adaptiven Reformschritten entspringt häufig einer isolierten Betrachtungsweise, die nur die Vor- und Nachteile einer Handlungsoption gewichtet und die relevanten Alternativen vernachlässigt. Für sich betrachtet bilden weder eine Einschränkung der beitragsfreien Mitversicherung noch eine Einengung des Leistungskataloges oder eine Ausweitung der Selbstbeteiligung attraktive sozialpolitische Reformmaßnahmen. Die relevanten Alternativen bestehen aber nicht in dem Unterlassen dieser Optionen

bei gegebenen Verhältnissen, sondern z.B. in steigenden Beitragssätzen und/ oder einer Verschärfung der impliziten Rationierung. Bei einem adäquaten Vergleich der relevanten Alternativen stabilisieren adaptive Reformschritte die GKV, während eine starre Verweigerung ihre Existenz bzw. ihre Grundstrukturen gefährdet.

Literatur:

- Behrens, Johann et al. (1996), Die Hoffnung auf Wettbewerb im Gesundheitswesen, in: Behrens, Johann et al. (Hrsg.), Gesundheitssystementwicklung in den USA und Deutschland. Wettbewerb und Markt als Ordnungselemente im Gesundheitswesen auf dem Prüfstand des Systemvergleichs, Baden-Baden, S. 11-19.
- Beske, Fritz, Drabinski, Thomas und Michel, Claus (2002), Politische Entscheidungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung, Kiel.
- Breyer, Friedrich et al. (2001), Wirtschaftliche Aspekte der Märkte von Gesundheitsleistungen. Ökonomische Chancen unter sich verändernden demographischen und wettbewerblichen Bedingungen in der europäischen Union. Endbericht, Berlin
- Jacobs, Klaus und Reschke, Peter (1992), Freie Wahl der Krankenkasse. Konzeption und Konsequenzen eines geordneten Kassenwettbewerbs, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1997/98), Gesundheitswesen in Deutschland, Kostenfaktor und Zukunftsbranche, Bd. II, Sondergutachten 1997, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2000/2001), Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Gutachten 2000/2001, Bd. III.1, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003), Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität, Bonn.
- Wille, Eberhard (1986), Effizienz und Effektivität als Handlungskriterien im Gesundheitswesen, insbesondere im Krankenhaus, in: Wille, Eberhard (Hrsg.), Informations- und Planungsprobleme in öffentlichen Aufgabenbereichen, Frankfurt et al., S. 91-126.
- Wille, Eberhard (1998), Zukünftige finanzielle Absicherung des Krankheitsrisikos, in: Arbeit und Sozialpolitik, Heft 1/2, S. 16-27.
- Wille, Eberhard (1999), Auswirkungen des Wettbewerbs auf die gesetzliche Krankenversicherung, in: Wille, Eberhard (Hrsg.), Zur Rolle des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Gesundheitsversorgung zwischen staatlicher Administration, korporativer Koordination und marktwirtschaftlicher Steuerung, Baden-Baden, S. 95-156.
- Wille, Eberhard (2000), Das deutsche Gesundheitswesen unter Effizienz- und Effektivitätsaspekten, in: Wille, Eberhard und Albring, Manfred (Hrsg.), Rationalisierungsreserven im deutschen Gesundheitswesen, Frankfurt et al., S. 349-387.
- Wille, Eberhard (2001), Basis und Zusatzversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung, Arbeitsbericht Nr. 199/Dezember 2001 der Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg, Stuttgart.
- Wille, Eberhard (2002), Reformoptionen der Beitragsgestaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft, 2. Jg., Ausgabe 3, S. 7-14.

Wettbewerb und Umverteilung im Gesundheitswesen

A. Das Gesundheitssystem vor großen Herausforderungen

Der Kampf gegen steigende Lohnzusatzkosten und für mehr Beschäftigung will keine Erfolge zeigen. Im Gegenteil, die Arbeitslosigkeit nimmt weiter zu und unterhöhlt die Basis der Sozialsysteme. Die Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung entwickeln sich noch dynamischer als die Beitragssätze in der gesetzlichen Rentenversicherung. Mit der Zigarettensteuer scheint die Bundesregierung jetzt einen ähnlichen Weg in der Krankenversicherung beschreiten zu wollen wie mit der Ökosteuer in der Rentenversicherung. Dort sind die Zuschüsse aus dem Bundeshaushalt stark gestiegen; der Beitragssatz ist aber nicht gesunken, sondern steigt wieder. Eine Teilfinanzierung aus Steuermitteln bezieht Bürger in die Finanzierung der Sozialversicherungen ein, die daraus keine Leistungen erhalten, und sie löst nicht die Probleme der Ineffizienz sowie der zunehmenden Belastung künftiger Generationen.

In der gesetzlichen Krankenversicherung steht wie in anderen Umlagesystemen der große Schub der demographischen Veränderung erst noch bevor. Immer mehr ältere Menschen nehmen in hohem Umfang Gesundheitsleistungen in Anspruch, ohne die vollen Kosten zu tragen. Gleichzeitig schrumpft die Anzahl der jüngeren Erwerbstätigen, die mehr in das System einzahlen als sie an Kosten verursachen. Daneben

werden ständig neue Behandlungsmethoden und Medikamente entwickelt, die den Leistungsstandard verbessern, aber auch den Finanzierungsbedarf erhöhen.

In der Gesellschaft besteht die Vorstellung, dass jeder Bürger im Falle einer ernsten Krankheit die Möglichkeit haben sollte, die notwendigen Behandlungen nach den neuesten technischen Standards zu erhalten, und zwar unabhängig vom eigenen Einkommen. Daraus ergibt sich, dass eine Umverteilung zugunsten der einkommensschwachen Personen organisiert werden muss, wobei festzulegen ist, welche Mindestleistungen für jeden Bürger bereitgestellt werden sollen, der diese Leistungen nicht selbst bezahlen kann.

Mittel für die Umverteilung sind knapp, weil sie einem Teil der Bevölkerung zwangsweise entzogen werden müssen, und weil sich die Ausweichreaktionen und der Widerstand gegen steuerähnliche Abgaben mit steigender Belastung verstärken. Um eine Mindestleistung für Personen mit geringem Einkommen gewährleisten zu können, ist es nicht gleichgültig, wie viele Mittel dafür erforderlich sind und welche negativen Nebenwirkungen dadurch entstehen. Anders formuliert: Das Verteilungsproblem lässt sich um so schwerer lösen, je ineffizienter das Gesundheitswesen ist. Wer sich für eine Mindestversorgung und die entsprechende Umverteilung einsetzt, muss davon ausgehen können, dass ein hohes Maß an Effizienz sowohl im

System der Leistungserstellung als auch im Umverteilungssystem besteht, oder er muss sich darum kümmern, die Effizienz des Systems zu verbessern. Selbstverständlich muss gewährleistet sein, dass tatsächlich von den Leistungsstarken zu den Leistungsschwachen umverteilt wird und dass nicht einzelne Personen oder Gruppen sich der Belastung entziehen können.

Um die Effizienz zu erhöhen und die Kosten unter Kontrolle zu halten, müssen die Eigenverantwortung der Versicherten gestärkt und mehr Wettbewerb im System ermöglicht werden. Das setzt voraus, dass sich Marktpreise für Medikamente, Gesundheitsleistungen und Versicherungsprämien herausbilden können. Einer der wichtigsten Schritte ist dabei der Übergang von den lohnbezogenen Prämien zu risikoäquivalenten Prämien in der gesetzlichen Krankenversicherung. Dieser Schritt ist allerdings nur vertretbar, wenn geklärt ist, wie in einem solchen System eine effektive Umverteilung gewährleistet werden kann.

B. Umverteilung in der gesetzlichen Krankenversicherung

Die Beiträge der Pflichtversicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung werden in der Regel nach dem Einkommen aus abhängiger Beschäftigung bemessen. Freiwillig Versicherte haben Beiträge von den gesamten Einkünften, also auch von Kapitaleinkünften, Einkünften aus Vermietung und Verpachtung usw. zu entrichten. Rentner zahlen Beiträge vom Zahlbetrag der Rente, und zwar sowohl die Pflichtversicherten als auch die freiwillig Versicherten.

Für geringfügig beschäftigte Personen mit einem Einkommen bis zu 400 € monatlich gibt es zwar eine Beitragspflicht im Umfang von 11% des Lohnes, aber damit wird kein Anspruch auf Versicherungsleistungen erworben. Im Sozialgesetzbuch V (§ 7) heißt es lapidar, dass sie in dieser Beschäftigung „versicherungsfrei“ sind. Faktisch handelt es sich bei der pauschalen Belastung geringfügiger Einkünfte um eine Steuer, die unmittelbar der gesetzlichen Krankenversicherung zufließt. Die geringfügig Beschäftigten subventionieren somit die gesetzliche Krankenversicherung, soweit sie nicht einer anderen versicherungspflichtigen Beschäftigung nachgehen. Das ist mit Sicherheit keine Umverteilung, bei der gewährleistet ist, dass einerseits nur besonders leistungsfähige Personen einzahlen und andererseits nur bedürftige Personen davon begünstigt werden.

Abhängig Beschäftigte mit einem Monatslohn von 400 € bis zu 3.825 € sind pflichtversichert. Sie zahlen – je nach Versicherungsgesellschaft – Beiträge zwischen etwa 13 und 15 Prozent von ihrem Lohn bis zu 3.450 € monatlich (Beitragsbemessungsgrenze). Das bedeutet: Der Beitrag für die grundsätzlich einheitlichen Versicherungsleistungen beträgt zwischen etwa 60 € und 500 € monatlich. Die Beiträge der Versicherten werden nicht nach Gesundheitsrisiken differenziert, also nicht nach dem Alter, dem Geschlecht, den Vorerkrankungen usw.

Kinder und Ehegatten mit sehr geringen eigenen Einkünften sind unentgeltlich mitversichert. Nur am Rande ist zu erwähnen, dass Sozialhilfeempfänger nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. Für diese Gruppe übernimmt die jeweilige Kommune die Kosten der Gesundheitsvorsorge, die sich nach den Bedingungen der privaten Versicherungen richten.

Arbeitnehmer mit Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze können zwischen der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung wählen. Diese Option ist verteilungspolitisch nicht unproblematisch. So kann es für Versicherte, bei denen mehrere Familienangehörige unentgeltlich mitversichert sind oder bei denen erhebliche gesundheitliche Beeinträchtigungen bestehen, vorteilhaft sein, in der gesetzlichen Krankenversicherung zu bleiben, weil sie gemessen an der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen einen geringen Beitrag zahlen und per Saldo von den übrigen Versicherten unterstützt werden. Umgekehrt kann es für junge Einzelpersonen oder Doppelverdiener, deren Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze liegt, vorteilhaft sein, in eine private Krankenkasse zu wechseln. Damit entziehen sie sich der Umverteilung innerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung. Sie entlasten allerdings die künftigen Generationen, weil sie keine Leistungen mehr aus dem Umlagesystem beanspruchen.

Als politisch nicht lösbar hat sich die Frage herausgestellt, wie pflichtversicherte und freiwillig versicherte Rentner behandelt werden sollen. Nach der Vorgabe des Bundesverfassungsgerichts, die Ungleichbehandlung zu beenden (Urteil vom 15. 3. 2000) hat der Gesetzgeber nicht den von der Verteilungsidee her konsequenten Weg gewählt, auch von den sonstigen Einkünften der Pflichtversicherten Beiträge zu erheben, sondern er hat gesetzlich vorgegeben, dass auch die freiwillig Versicherten nur noch Beiträge von Renten und vergleichbaren Alters-

einkünften zahlen müssen. Die freiwillig Versicherten haben aber im Vergleich zu den Pflichtversicherten in aller Regel in erheblich größerem Umfang außerhalb von Renten- und Pensionssystemen für ihr Alter vorgesorgt und erzielen entsprechend höhere Vermögenseinkünfte. Hier stoßen zwei unterschiedliche Systeme aufeinander, die grundsätzlich nicht kompatibel sind, so dass die Umverteilungs-idee der gesetzlichen Krankenversicherung weiter verfälscht wird.

Eine geradezu systemsprengende Wirkung kann die intergenerative Umverteilung in den nächsten Jahren entwickeln. Die gesetzliche Krankenversicherung beruht auf dem Umlageprinzip. Bei der sich ändernden Altersstruktur, wie wir sie im Augenblick erleben und wie sie verstärkt in den Jahren nach 2010 eintreten wird, steigt der Anteil der Versicherten, die das Gesundheitssystem mit höheren Kosten belasten als sie an Beiträgen aufbringen. Die steigende Lebenserwartung und die geringe Geburtenrate bewirken eine erhebliche Zunahme des Durchschnittsalters der Bevölkerung, so dass es relativ weniger junge Menschen gibt, die mehr einzahlen als die Versicherung für sie aufwenden muss. Schon aus diesen Gründen werden die Beitragssätze weiter steigen, so dass die künftigen Generationen mit höheren Beiträgen belastet werden, wenn nicht bald damit begonnen wird, Rückstellungen zu bilden.

Grundsätzlich sollen die Versicherten entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit in die gesetzliche Krankenversicherung einzahlen. Die angestrebte Umverteilung nach der Leistungsfähigkeit wurde vor mehr als 100 Jahren, als die gesetzliche Krankenversicherung eingeführt wurde, einigermaßen erreicht. Damals musste nahezu jeder Arbeitnehmer seine volle verfügbare Zeit in seinem Beschäftigungsverhältnis einsetzen, um sich und seine Familie ernähren zu können. Einkünfte aus Vermögen spielten für die Arbeitnehmer praktisch keine Rolle, so dass das Arbeitseinkommen ein vergleichsweise guter Indikator für die Leistungsfähigkeit der Versicherten war.

Mit dem Einkommen aus unselbständiger Arbeit wird aber heute die Leistungsfähigkeit nicht mehr zutreffend erfasst. Die Möglichkeiten, mit anderen Tätigkeiten Einkünfte zu erzielen – beispielsweise durch Vermietung und Verpachtung – nehmen ständig zu. Ein großer Anteil der Haushalte hat Vermögen gebildet oder geerbt und erzielt beträchtliche Vermögenseinkünfte. Immer mehr Versicherte verrin-

gern freiwillig ihre Arbeitszeit. Die Versicherten sind viel flexibler geworden, und sie können zumindest teilweise ihre Aktivitäten von einer versicherungspflichtigen Beschäftigung auf andere Tätigkeiten verlagern.

Versicherungsbeiträge wirken im geltenden System wie eine Steuer auf abhängige Beschäftigung. Die Aufnahme einer versicherungspflichtigen Tätigkeit wird unnötig erschwert. Mit jeder Erhöhung des Beitragssatzes wird der Übergang von der Arbeitslosigkeit in die Beschäftigung weiter erschwert.

Die Optionsregelung für Personen, deren Lohneinkommen die Versicherungspflichtgrenze übersteigt, ist mit den Umverteilungszielen nicht in Einklang zu bringen, und sie ist nicht auf das Familieneinkommen bezogen. So kann beispielsweise ein Ehepaar die Option ausüben, wenn ein Partner Alleinverdiener ist und dessen Lohn oberhalb der Grenze liegt. Sind dagegen beide Ehepartner beschäftigt und liegen die jeweiligen Löhne knapp unterhalb der Grenze, können sie die Option nicht ausüben, obwohl das Gesamteinkommen erheblich höher sein mag als bei dem Alleinverdiener-Ehepaar.

An der Umverteilung müssen sich nicht nur die Pflichtversicherten beteiligen, sondern alle Steuerzahler, soweit die Kosten des Gesundheitswesens über die Finanzierung der Krankenhäuser von den Ländern getragen werden. Einkommensschwache Personen, die nicht in der gesetzlichen Rentenversicherung versichert sind, werden ebenfalls von allen Steuerzahlern unterstützt.

Einer der gravierendsten Nachteile der Umverteilung mit Hilfe von Beiträgen, die vom Arbeitseinkommen abhängen, liegt in dem Verzicht auf risikoäquivalente Prämien. Die lohnabhängige Prämie steht nicht im Einklang mit den zu erwartenden Aufwendungen der Krankenversicherung für die versicherte Person. Dadurch kommt es zu dem Verhalten der Versicherungen, Personen mit hohem Gesundheitsrisiko zu meiden oder umgekehrt, sich besonders um „gute Risiken“ zu bemühen, und es kann kein wirksamer Wettbewerb zwischen den Krankenkassen entstehen. Der Risikostrukturausgleich ist eine unzureichende und zum Teil in die falsche Richtung zielende Hilfskonstruktion, die einen echten Wettbewerb nicht ersetzen kann.

C. Unzureichende Reformansätze

Das Unbehagen an der Umverteilung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung wird immer stärker spürbar. Um unerwünschte Verteilungswirkungen zu vermeiden, sind in jüngster Zeit mehrere Reformvorschläge gemacht worden.

1. Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze

Es wird immer wieder gefordert, die Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung von gegenwärtig 3.450 € monatlich auf die Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung von zur Zeit 5.100 € in Westdeutschland und 4.250 € in Ostdeutschland anzuheben, um die „Besser-Verdienenden“ stärker zur Finanzierung der Gesundheitskosten heranzuziehen. Bislang wurde der Unterschied damit gerechtfertigt, dass in der gesetzlichen Rentenversicherung im Gegensatz zur gesetzlichen Krankenversicherung mit höheren Beiträgen auch die Leistungen steigen.

Mit einer Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung würde man sich noch weiter von dem Prinzip entfernen, eine Prämie zu verlangen, die den Versicherungsleistungen entspricht. Außerdem würden die oben genannten Verzerrungen verschärft, denn dem unzureichenden Leistungsfähigkeitsindikator Lohn wird ein noch stärkeres Gewicht für die Umverteilung gegeben. Hinzu kommt, dass sich die Frage stellen würde, ob wieder unterschiedliche Prämien in Ost- und West-Deutschland im oberen Einkommensbereich verlangt werden sollen, nachdem erst im Jahre 2001 einheitliche Prämien eingeführt wurden. Im Ergebnis bleibt es dabei, dass der Lohn kein geeigneter Indikator für die Umverteilung ist und dass es immer stärker zu willkürlichen Verteilungswirkungen kommt, weil die Leistungsfähigkeit nicht befriedigend erfasst wird. Abgesehen davon wäre genau umgekehrt anzustreben, die allgemeine Umverteilung einheitlich über das Steuer- und Transfersystem zu betreiben.

2. Anhebung der Versicherungspflichtgrenze

Dieser Vorschlag läuft darauf hinaus, die Versicherungspflicht auszuweiten und die sogenannte Friedensgrenze zwischen der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung zu Lasten der privaten Versicherung zu verschie-

ben. Ein solcher Schritt wurde in diesem Jahr getan. Nachdem die Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung um 13,3 % auf 5.100 € monatlich hochgesetzt wurde, erhöhte sich die Versicherungspflichtgrenze ebenfalls um 13,3 % auf 3.825 €, während die Beitragsbemessungsgrenze um 2,2 % auf 3.450 € angehoben wurde. Die Anhebung der Versicherungspflichtgrenze zielt darauf ab, den Kreis der Versicherten auszuweiten und insbesondere mehr Versicherte mit einem vergleichsweise hohen Einkommen in der gesetzlichen Krankenversicherung zu halten.

Es werden zwar einige zusätzliche Personen mit einem hohen Lohneinkommen daran gehindert, eine private Versicherung abzuschließen und sich der Umverteilungslast zu entziehen, aber die wesentlichen Mängel des Umverteilungsansatzes innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung werden nicht behoben. Hinzu kommt, dass dieser Weg nicht zu mehr, sondern zu weniger Wettbewerb führt, weil der Zugang zu den privaten Krankenkassen auf einen noch kleineren Personenkreis begrenzt wird.

Noch weiter gehend ist vorgeschlagen worden, die gesetzliche Versicherungspflicht auf alle Bürger auszuweiten. Dann wäre der Kreis der Versicherten identisch mit den Steuerzahlern und Transferempfängern. Ein Ausweichen in die private Krankenversicherung wäre nicht mehr möglich. Allerdings würde es keine private (Neu-) Versicherung mehr geben, und die Probleme der gesetzlichen Krankenversicherung würden auf die gesamte Gesellschaft übertragen. Verteilungspolitisch bedeutet das: Man kann zwar verhindern, dass sich ein Teil der Bürger der Belastung aufgrund der Umverteilung entzieht, aber es entstehen neue Probleme, weil nicht mehr vom Lohneinkommen ausgegangen werden kann. Dann wäre der Schritt zu einem steuerfinanzierten Gesundheitssystem nicht mehr weit. Die Verbindung zwischen Einzahlungen und Leistungen würde endgültig gelöst.

Die Umverteilung zu Lasten der künftigen Generationen würde verschärft, weil die privaten Krankenversicherungen, die Altersrückstellungen bilden, verdrängt würden. Von einer Kapitaldeckung ist bei den Verfechtern einer allgemeinen Pflichtversicherung nicht die Rede.

3. Paritätische Finanzierung aufgeben

Zur Zeit wird dieser Vorschlag in der Form eingebracht, der Arbeitgeberanteil an der gesetzlichen Krankenversicherung solle eingefroren und das Krankengeld solle allein von den Arbeitnehmern getragen werden. Letztlich stellt sich aber die Frage, warum die paritätische Finanzierung nicht vollständig aufgegeben wird.

Vielfach wird in diesem Vorschlag der Versuch der Arbeitgeber gesehen, sich aus der Mitfinanzierung und damit aus einer solidarischen Verpflichtung zurückzuziehen. Grundsätzlich ist es jedoch gleichgültig, ob ein Arbeitgeber einen bestimmten Betrag an die Krankenversicherung oder an den Arbeitnehmer überweist. Für ihn kommt es alleine auf die Gesamtkosten einer Arbeitsstunde an, d. h. für ihn wäre es kostenneutral, wenn er keine Beiträge mehr an die gesetzliche Krankenversicherung zahlte und den Bruttolohn des Arbeitnehmers entsprechend erhöhte. Für den Arbeitnehmer müsste über einen zusätzlichen Freibetrag gewährleistet werden, dass seine Steuerlast nicht steigt, dann wäre er finanziell so gestellt wie vorher.

Die Aufhebung der paritätischen Finanzierung hätte den Vorteil, dass der Versicherte unmittelbar sieht, was die Krankenversicherung kostet. Für den Arbeitgeber entfällt das Problem, dass eine Beitragssatzerhöhung zwischen den Zeitpunkten von Tarifabschlüssen zumindest vorübergehend zu einer Zusatzbelastung führt. Er muss nicht in der folgenden Tarifrunde anstreben, die gestiegene Belastung wieder zu korrigieren. Er muss sich auch nicht auf einen Streit darüber einlassen, ob und welche Teile der Versicherungsbeiträge letztlich doch von ihm getragen werden müssen, worauf er nur reagieren kann, indem die Beschäftigung verringert oder an einen anderen Standort verlagert.

Ohnehin wird die paritätische Finanzierung immer komplizierter, wenn den Versicherten die Wahl zwischen verschiedenen Leistungspaketen eingeräumt wird oder wenn die Versicherungen unterschiedliche Beiträge erheben.

Der erste Schritt besteht darin, die paritätische Finanzierung aufzugeben. Schon heute sind die Versicherungsbeiträge unterschiedlich, und es ist bereits geplant, den Beitragsanteil für das Krankengeld unmittelbar von den Versicherten zahlen zu lassen. Die volle Übernahme des Versicherungsbeitrages durch den Arbeitnehmer erfordert – von marginalen steuerlichen Wirkungen abgesehen (Absetzbarkeit beim Arbeitgeber und später bei unterschiedlichen

Arbeitnehmern) - grundsätzlich keine verteilungspolitischen Änderungen. Aber die Transparenz würde verbessert, die Möglichkeit, unterschiedliche Verträge zu schließen, d. h. unterschiedliche Leistungen zu versichern, hätte keine Rückwirkungen auf die Lohnzahlungen. Für die Unternehmen wären die Lohnkosten besser kalkulierbar. Es entfielen die Illusion, Beitragssatzsteigerungen würden zur Hälfte vom Arbeitgeber getragen, was kurzfristig zwar zutrifft, nicht aber über mittlere Fristen.

Das Krankengeld könnte auch vollständig aus der gesetzlichen Krankenversicherung herausgenommen werden, weil sich sowohl die Beiträge als auch das Krankengeld am Arbeitslohn orientieren, d. h. es wird nicht zwischen den Versicherten umverteilt.

4. Höhere Selbstbehalte

Eine Erhöhung der Selbstbeteiligung bzw. der Zuzahlung, Festzuschüsse für die Zahnbehandlung, Streichung des Sterbegeldes, Herausnahme der künstlichen Befruchtung und der Sterilisation usw. sind Maßnahmen, mit denen der Versicherungsumfang verringert und das interne Umverteilungssystem eingeschränkt werden. Die Eigenverantwortung der Versicherten nimmt zu.

5. Einbeziehung weiterer Einkünfte in die Bemessungsgrundlage

In jüngster Zeit ist häufig der Vorschlag gemacht worden, die Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung sowie die Kapitaleinkünfte in die Bemessungsgrundlage einzubeziehen. Konsequenter wäre es, alle Einkünfte und das Vermögen zu berücksichtigen. Mit diesen Vorschlägen nähert man sich einer systematischen Erfassung aller Einkünfte, wie es im Steuersystem ohnehin erforderlich ist. Dann stellt sich die Frage, warum zwei parallele Umverteilungssysteme betrieben werden sollen.

6. Einführung von Kopfprämien

Mit einer Kopfprämie soll erreicht werden, dass jeder Versicherte unabhängig vom individuellen Gesundheitsrisiko die gleiche Prämie zahlt. Auch wer die Versicherung wechselt, hat einen Anspruch darauf, lediglich die gleiche Prämie zu zahlen wie alle anderen Mitglieder der aufnehmenden Versicherung. Da die Versicherung nicht zwischen Personen differen-

zieren darf, muss es einen Kontrahierungszwang geben, weil die schlechten Risiken andernfalls nicht wechseln könnten bzw. überhaupt nicht in eine Versicherung aufgenommen würden. Die einzelnen Versicherungen können dagegen unterschiedliche Prämien haben. Sie müssen grundsätzlich die gleichen Leistungen erbringen, können sich aber in den Kosten unterscheiden. Das Umverteilungsproblem muss über das Steuer- und Transfersystem gelöst werden. Die Hauptnachteile der Kopfprämie bestehen darin, dass es sich ebenfalls um eine Steuer und nicht um einen an der erwarteten Versicherungsleistung gemessenen Preis handelt und dass es bei der Belastung künftiger Generationen bleibt.

D. Erstellung der Gesundheitsleistungen von der Umverteilung trennen

In der sozialen Marktwirtschaft wird grundsätzlich angestrebt, die Produktion von Gütern und die Erstellung von Dienstleistungen über Marktpreise zu steuern und nicht mit der Umverteilung zu verknüpfen, weil soziale Preise, ebenso wie soziale Beiträge und Prämien, weder die Kosten der Güter noch deren Wertschätzung durch die Bürger anzeigen. Für eine effiziente Produktion ist es erforderlich, dass die Preise die Knappheit der Güter und Leistungen widerspiegeln und dass es einen funktionierenden Wettbewerb gibt. Außerdem sollte es zunächst jedem Bürger überlassen bleiben, seine Fähigkeiten im Marktprozess einzusetzen und ein hinreichendes Einkommen zu erzielen, mit dem er die von ihm gewünschten Güter und Leistungen erwerben kann. Erst wenn sich erweist, dass mit den eigenen Anstrengungen kein angemessener Lebensunterhalt sichergestellt werden kann, gewährt das Sozialsystem subsidiäre Hilfen aus Steuermitteln.

Die Umverteilung innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung hat nicht nur große Nachteile für die effiziente Organisation der Leistungen, weil die Versicherungsbeiträge nicht nach dem versicherten Risiko bemessen werden, sondern sie verstößt, wie erwähnt, zunehmend gegen soziale Prinzipien, insbesondere gegen das Prinzip, zugunsten der Leistungsschwachen umzuverteilen und gegen das Prinzip der Gleichbehandlung von Personen mit gleichen Merkmalen. Deshalb erscheint es lohnend, auch im Gesundheitswesen die Umverteilung aus dem Versicherungssystem herauszulösen.

Der Kronberger Kreis hat vorgeschlagen, auch in der gesetzlichen Krankenversicherung

auf risikoäquivalente Prämien umzustellen. Dabei wäre es prinzipiell möglich, real konstante Prämien über die gesamte Laufzeit des Versicherungsvertrages zu vereinbaren. Für die Versicherung würde das bedeuten, dass in den Anfangsjahren höhere Prämien eingenommen würden als im Durchschnitt für die Versicherten in einem Altersjahrgang an Kosten anfällt. Diese Überschüsse müssten angesammelt werden, um die höheren Gesundheitskosten im späteren Lebensverlauf zu decken, soweit sie dann die real unveränderte Prämie übersteigen.

Gleichzeitig hat der Kronberger Kreis vorgeschlagen, solche Personen außerhalb des Versicherungssystems durch Transferzahlungen zu entlasten, die ihre Gesundheitskosten (risikoäquivalente Prämie und gegebenenfalls zu tragende Selbstbehalte) nicht tragen können.

Die spezielle familienpolitische Leistung, Kinder unentgeltlich zu versichern, könnte – zumindest teilweise – durch ein höheres Kindergeld aufgefangen werden, das allen Kindern zugute käme. Denkbar ist auch, die risikoäquivalente Prämie so über den Lebenszyklus zu verteilen, dass im Kindesalter eine sehr geringe oder gar keine Prämie und entsprechend im Erwachsenenalter eine höhere Prämie gezahlt wird. Damit würde eine nicht zwingend erforderliche Umverteilung zugunsten der Personen vermieden, deren Lebenseinkommen ausreicht, die Prämie in vollem Umfang selbst zu zahlen.

Ob für die unentgeltlich mitversicherten Ehegatten eine Übergangslösung erforderlich wäre oder ob die allgemeine soziale Absicherung ausreichte, muss geprüft werden.

Um generell eine zu starke Belastung von Versicherten zu vermeiden, könnte wie in der Schweiz für Gesundheitsausgaben, die einen bestimmten Prozentsatz des Gesamteinkommens übersteigen, ein staatlicher Zuschuss gewährt werden. Die unter Gerechtigkeitsaspekten beste Lösung besteht jedoch darin, den Warenkorb der Sozialhilfe um eine angemessene Gesundheitsversorgung zu erweitern und die notwendigen Kosten durch höhere Sozialhilfesätze aufzufangen. Das hat den großen Vorteil, dass die Leistungsfähigkeit jedes Versicherten, der eine staatliche Unterstützung begehrt, umfassend geprüft und dass die beabsichtigte Umverteilung zugunsten der Bedürftigen in der Gesellschaft erreicht wird. Den vielfältigen Vorbehalten gegen die Sozialhilfe könnte man begegnen, indem man das Sozialamt z. B. in Bürgeramt umbenennt und in dieser Einrichtung alle bedürftigkeitsgeprüften Hilfen zusammen-

fasst, also neben der Sozialhilfe einschließlich Gesundheitskosten auch das Wohngeld und die Ausbildungsbeihilfen.

Während sich der Umverteilungsbedarf bei einer Kopfprämie ähnlich darstellt wie bei einer risikoäquivalenten Prämie, bleiben zwei gravierende Unterschiede. Erstens bleibt man mit der Kopfprämie im Umlagesystem, d. h. es wird keine Altersrückstellung gebildet, so dass die demographischen Probleme ungebremst auf uns zukommen. Zweitens wird der Wechsel zwischen den Versicherungen nicht konsequent den Marktbedingungen angepasst, so dass sich Risikoselektion lohnt.

Ohne Zweifel ist der Wechsel vom lohnorientierten Beitrag zum risikoäquivalenten Beitrag schwierig. Das beginnt schon mit den Missverständnissen darüber, was unter risikoäquivalenten Beiträgen zu verstehen ist. Es ist klarzustellen, dass selbstverständlich das Versicherungsprinzip beibehalten wird, d. h. die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken bleibt bestehen.

Die Prämie wird nicht in jeder Periode neu festgelegt und nach dem jeweils aktuellen Risiko berechnet. Vielmehr richtet sich die Prämie nach dem zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses bestehenden Risiko. Die privaten Versicherten geben schon heute ihren Versicherten die Zusage, soweit sie Kinder haben werden, diese zum Normaltarif aufzunehmen. Damit ergeben sich grundsätzlich gleiche Prämien für alle Mitglieder eines Altersjahrgangs in einer Versicherung. Wenn zu einem späteren Zeitpunkt Risiken erkennbar werden, hat das keinen Einfluss auf die Höhe der Prämie. Die grundsätzlich konstante Prämie über den Lebensverlauf wird durch das Ansparen und spätere Abschmelzen einer Altersrücklage gesichert.

Die Bedeutung der europäischen Rechtsentwicklung für die zahnärztliche Berufsausübung

Mit der Annahme der Gründer der Europäischen Gemeinschaft, die sozialpolitische Integration vollziehe sich als zwangsläufige Folge der wirtschaftlichen Entwicklung zum gemeinsamen Binnenmarkt, verblieb der Bereich des Sozialen nahezu ausschließlich in der Zuständigkeit der Mitgliedstaaten. Die Europäische Gemeinschaft war somit im Wesentlichen eine Wirtschaftsgemeinschaft, wobei sich die Gründungsverträge der Europäischen Gemeinschaft eines sozialpolitischen Zielkataloges enthielten. Erst der Vertrag von Amsterdam mit Wirkung vom 1. Mai 1999 bewirkte eine grundlegende Korrektur der einseitig wirtschaftspolitischen Ausrichtung des EG-Vertrages: Art. 137 Abs. 3 EGV sieht nun eine umfassende Normsetzungskompetenz des europäischen Normgebers für den gesamten Bereich der sozialen Sicherheit vor.

Neben den wenigen primärrechtlichen Vorschriften zum Sozialrecht existieren umfassende sekundärrechtliche Vorschriften in den EWG-Verordnungen Nr. 1408/71, 574/72 und 1612/68. Daneben wird das europäische Sozialrecht inzwischen entscheidend durch die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes geprägt. Hier hat der Gerichtshof in vielen grundlegenden Entscheidungen unmittelbar auf das Primärrecht zurückgegriffen und somit eine Konkretisierung der Vorschriften des EG-Vertrages vorgenommen. Insbesondere die Rechtsprechung zur Freizügigkeit und zur Niederlas-

sungsfreiheit ist dabei von besonderer Bedeutung für das nationale Sozialrecht. Daneben gewinnt das europäische Kartellrecht einen immer größeren Einfluss auf das nationale Gesundheitsrecht. Die kartellrechtlichen Bestimmungen des EG-Vertrages führen aber nicht nur zu der Frage, inwieweit das nationale, auf dem Kollektivvertragsprinzip beruhende Versorgungssystem mit den europäischen Vorgaben in Einklang zu bringen ist. Sie wirken auch auf das nationale Standesrecht ein, in dem sie möglicherweise freiberufliche Kammerorganisationen wie die Zahnärztekammern als unzulässige Kartelle und das den Standesorganisationen übertragene Satzungsrecht als mit dem gemeinsamen Markt unvereinbare Wettbewerbsabsprachen qualifizieren.

Mit großer Spannung wurde von den freiberuflichen Standesorganisationen in Europa dementsprechend auch eine Entscheidung des EuGH zu der Frage erwartet, ob Kammern Freier Berufe in autonomen Rechtsvorschriften wettbewerbsrelevante Bestimmungen erlassen dürfen. Sollte der EuGH eine solche Autonomie nicht anerkennen, hätte die freiberufliche Selbstverwaltung ihren Namen wohl nur noch in begrenztem Maße verdient.

Der Gerichtshof hatte nun im Jahre 2002 erstmals die Möglichkeit, zu dem Verhältnis von freiberuflichem Satzungsrecht zu europäischem Kartellrecht Stellung zu nehmen. Die beiden zeitgleich erlassenen Entscheidungen Wouters

und Arduino wurden in ersten Reaktionen von deutschen Kammervetretern positiv gewertet, da der EuGH im Ergebnis in beiden Fällen die Vereinbarkeit einer autonomen Satzung einer Berufsorganisation mit dem europäischen Kartellrecht bejaht hat. Bei näherem Blick auf die Entscheidungsgründe stellt sich aber heraus, dass die Diskussion um die Zulässigkeit solcher Satzungen längst noch nicht beendet sein dürfte, und sich auch die von den zuständigen Zahnärztekammern erlassenen Berufsordnungen weiterhin europarechtlicher Bedenken ausgesetzt sehen werden.

Kammern als Unternehmensvereinigungen

In dem Verfahren Wouters wollte ein holländischer Rechtsanwalt 1994 mit Wirtschaftsprüfern eine Sozietät gründen. Dieses Vorhaben verstieß allerdings gegen eine in den Niederlanden bestehende Verordnung über die Zusammenarbeit von Rechtsanwälten und Angehörigen anderer Berufe, die so genannte „Samenwerkingsverordnung“. Diese Satzung wurde von der Satzungsversammlung der Nationalen Rechtsanwaltskammer der Niederlande (NOvA) kraft gesetzlicher Ermächtigung erlassen. Die Versammlung setzt sich aus Rechtsanwälten zusammen, die von den regionalen Kammern gewählt worden sind und deren Aufgabe es ist, im Interesse der ordnungsgemäßen Berufsausübung Verordnungen zu erlassen. Diese Verordnungen sind nach ihrem Erlass unverzüglich dem Justizminister mitzuteilen und können durch Königlichen Erlass ausgesetzt oder aufgehoben werden, wenn sie gegen das Recht oder das Allgemeininteresse verstoßen. Gemäß dieser Verordnung wurde der Antrag des Rechtsanwaltes Wouters, eine entsprechende Sozietät zu gründen, von der zuständigen Bezirksrechtsanwaltskammer abgelehnt. Nachdem eine dagegen gerichtete Klage erstinstanzlich erfolglos blieb, legte der holländische Raad van State den Rechtsstreit dem Europäischen Gerichtshof vor, um klären zu lassen, ob die Samenwerkingsverordnung gegen die Vorschriften des europäischen Kartellrechts verstößt.

In dem Fall Arduino ging es hingegen um die Rechtmäßigkeit der italienischen Gebührenordnung für Rechtsanwälte. Diese Gebührenordnung wurde vom Nationalen Anwaltsrat entworfen und ist erst nach Genehmigung durch den Justizminister in Kraft getreten. Gegen Herrn Arduino wurde ein Strafverfahren wegen Verursachung eines Verkehrsunfalls mit Personen-

schaden durchgeführt. Bei der Festsetzung der von dem Angeklagten zu erstattenden Kosten wich das Gericht von der genehmigten Gebührenordnung zu Ungunsten des Anwaltes des Nebenklägers ab. Nachdem im Rechtsmittelverfahren eine Zurückverweisung an das erstinstanzliche Gericht erfolgte, setzte dieses das Verfahren aus und legte es dem EuGH zur Klärung der Frage vor, ob die Gebührenordnung in den Geltungsbereich des europäischen Wettbewerbsrechtes fällt.

In beiden Urteilen ist Ausgangspunkt Art. 81 EG. Danach sind mit dem gemeinsamen Markt unvereinbar und verboten alle Vereinbarungen zwischen Unternehmen, Beschlüsse von Unternehmensvereinigungen und aufeinander abgestimmte Verhaltensweisen, welche den Handel zwischen den Mitgliedstaaten zu beeinträchtigen geeignet sind und eine Verhinderung, Einschränkung oder Verfälschung des Wettbewerbs innerhalb des Gemeinsamen Marktes bezwecken oder bewirken. Das europäische Kartellrecht verlangt für seine Einschlägigkeit also zunächst das Vorliegen eines „Unternehmens“ oder einer „Unternehmensvereinigung“. Das deutsche Kartellrecht geht von einem weiten, funktionalen Unternehmensbegriff aus. Es genügt für die Bejahung der Unternehmenseigenschaft bereits jede selbständige geschäftliche Tätigkeit einer Person in der Erzeugung oder Verteilung von Waren oder gewerblichen Leistungen, wobei die Rechtsform, Gewinnerzielungsabsicht und Planmäßigkeit unerheblich sind. Unter diese Definition fallen unstreitig auch freiberufliche Tätigkeiten wie Rechtsanwälte, Steuerberater, Wirtschaftsprüfer, Ärzte, Apotheker oder auch Zahnärzte. Allerdings schließt im deutschen Recht das Standesrecht, zumindest soweit es verfassungsgemäß ist, nach herrschender Meinung die Anwendbarkeit des Kartellrechtes aus.

Die Auslegung der europäischen Rechtsvorschriften und -begriffe hat aber unabhängig von nationalem Recht zu erfolgen. Dennoch bedient sich auch der EuGH bei der Definition des Unternehmensbegriffes einer sehr weiten Begriffsbestimmung. Nach der ständigen Rechtsprechung des Gerichtshofes liegt ein Unternehmen bei jeder eine wirtschaftliche Tätigkeit ausübenden Einheit vor, unabhängig von der Rechtsform und der Art ihrer Finanzierung. Das Erfordernis der wirtschaftlichen Tätigkeit wird bei jeder Tätigkeit bejaht, die darin besteht, Güter oder Dienstleistungen auf einem bestimmten Markt anzubieten. Folgerichtig werden auch nach europäischem Recht die Angehörigen freier Berufe,

also Rechtsanwälte, Ärzte, Zahnärzte etc. als Unternehmen qualifiziert, da sie gegen Entgelt Dienstleistungen anbieten. Daran kann auch die Komplexität der Dienstleistungen und der Umstand, dass ihre Berufsausübung Regeln unterliegt, nichts ändern.

Bislang ungeklärt war allerdings die Frage, ob nicht nur die einzelnen Berufsangehörigen, sondern auch die Kammern der einzelnen Berufe unter Art. 81 EG fielen. Dies war nur dann zu bejahen, wenn solche Berufskammern als „Unternehmensvereinigungen“ im Sinne des Art. 81 EG anzusehen sind. Auch hier wandte der EuGH seine traditionell weite Auslegung an. Danach ist das Vorliegen einer Unternehmensvereinigung bei beliebig strukturierten Zusammenschlüssen mehrerer Unternehmen zu bejahen, deren Zweck u.a. darin besteht, die Interessen ihrer Mitglieder wahrzunehmen. Bei Zugrundelegung dieser Definition und der zuvor vorgenommenen Qualifizierung der einzelnen Freiberufler als Unternehmen konnte die Bejahung der Eigenschaft einer Rechtsanwaltskammer als Unternehmensvereinigung in der Wouters-Entscheidung zunächst nicht überraschen. Es dürfte keinen Zweifel geben, dass der Gerichtshof auch die Berufskammern der anderen freien Berufe in vergleichbaren Fällen als Unternehmensvereinigungen bewerten wird. Dies muss wohl auch für die oberste Organisationsstufe der jeweiligen Berufsorganisation, also auch für die Bundeszahnärztekammer gelten. Auch wenn es sich hierbei streng genommen nicht um einen Zusammenschluss von Unternehmern, sondern um einen solchen regionaler Unternehmensvereinigungen handelt, hat der EuGH bereits 1975 festgestellt, dass auch Vereinigungen von Unternehmensvereinigungen unter die Vorschrift des Art. 81 EG fallen.

Dennoch wurde im Vorfeld der Entscheidung vielfach erwartet, dass der EuGH bereits an dieser Stelle die Anwendbarkeit des europäischen Kartellrechts verneinen würde. Denn nach der Rechtsprechung des Gerichtshofes unterliegt eine Tätigkeit nicht den Wettbewerbsregeln des EG-Vertrages, wenn sie nach ihrer Art, den für sie geltenden Regeln und ihrem Gegenstand keinen Bezug zum Wirtschaftsleben hat oder wenn sie mit der Ausübung hoheitlicher Befugnisse zusammenhängt. Dementsprechend wurde zuvor auch von verschiedenen Verfahrensbeteiligten argumentiert, dass es sich bei den Berufskammern um Körperschaften des öffentlichen Rechts handele und diese im öffentlichen Interesse liegende Aufgaben wahrneh-

men. Den Kammern sei von den zuständigen gesetzgebenden Organen die Befugnis zur Ausübung öffentlicher Gewalt, speziell zur Verabschiedung einer autonomen Satzung, übertragen worden. Daher sei die Tätigkeit der Berufsorganisationen als hoheitliches Handeln einzustufen und unterfalle folglich nicht Art. 81 EG.

Der EuGH vermochte sich dieser Argumentation in der Entscheidung Wouters nicht anzuschließen. Denn den Erlass von Berufsausübungsregelungen könne man nicht als auf dem Solidaritätsgrundsatz beruhende Aufgabe bewerten. Vielmehr handele die Kammer als Organ zur Regelung eines Berufes, dessen Ausübung im Übrigen eine wirtschaftliche Tätigkeit darstelle. Die Berufskammern seien zudem beim Erlass von Rechtsvorschriften nicht verpflichtet, bestimmte Kriterien des Allgemeininteresses zu berücksichtigen, so dass sie ausschließlich im Interesse der Berufsangehörigen tätig werden. Daher müssten auch die Berufskammern sich grundsätzlich am Maßstab des Art. 81 EG messen lassen. An dieser Stelle nimmt der EuGH nun allerdings eine beachtliche Differenzierung vor. In dem Fall, in dem ein Mitgliedstaat bei der Übertragung von Rechtsetzungsbefugnissen an einen Berufsverband Kriterien des Allgemeininteresses und wesentliche Grundsätze festlegt, die bei der Satzungsgebung zu beachten sind und zudem die Letztentscheidungsbefugnis behält, bleiben die berufsrechtlichen Regeln staatliche Regeln und unterliegen nicht den Vorschriften des europäischen Kartellrechts. Werden diese Vorgaben nicht eingehalten, sind die Regelungen allein dem Berufsverband zuzurechnen und fallen folglich vollständig unter die Bestimmungen der Art. 81 ff. EG. Zusammenfassend heißt das, dass in denjenigen Berufsständen, in denen die Selbstverwaltungsbefugnis besonders groß ist, mit einer Einschränkung durch das europäische Wettbewerbsrecht zu rechnen ist. An dieser Differenzierung werden sich auch die Berufsordnungen der deutschen Zahnärztekammern messen lassen müssen, worauf sogleich noch näher einzugehen ist.

Im Fall Wouters genügte die niederländische „Samenwerkingsverordening“ nicht diesen vom EuGH aufgestellten Grundsätzen. Die Satzungsversammlung der NOvA war uneingeschränkt zum Satzungserlass ermächtigt worden, ohne in besonderer Weise auf das Allgemeininteresse verpflichtet zu sein. Auch lag die Letztentscheidungskompetenz nicht in staatlicher Hand. Zwar waren die Satzungen unverzüglich dem Justizminister mitzuteilen und konnten durch könig-

lichen Erlass aufgehoben werden. Dies waren aber nur nachträgliche staatliche Reaktionsmöglichkeiten und hinderte nicht die Inkraftsetzung der berufsrechtlichen Regelungen.

Zu einem anderen Ergebnis gelangt der Gerichtshof in dem Fall *Arduino*. Denn hier enthielt die von der Anwaltskammer beschlossene Gebührenordnung keine direkte Bindungswirkung, sondern trat erst mit der Genehmigung des Justizministers in Kraft. Dem Staat verblieb somit die geforderte Letztentscheidungsbefugnis. Erstaunlicherweise lässt der EuGH allerdings dieses Kriterium für die Qualifizierung als staatliche Maßnahme ausreichen und verlangt nicht zusätzlich – wie in der Entscheidung *Wouters* –, dass die Berufsangehörigen verpflichtet sein müssen, das Interesse der Allgemeinheit zu berücksichtigen. Das Erfordernis des Allgemeinwohlinteresses spielt hier auf den ersten Blick allerdings an anderer Stelle eine Rolle. Denn auch dann, wenn sich der Staat die Letztentscheidungsbefugnis vorbehält und die Regelungen somit grundsätzlich als staatliche Maßnahmen einzuordnen sind, ist nach der Rechtsprechung ausnahmsweise noch ein Verstoß gegen Art. 81 EG denkbar. Der Gerichtshof leitet aus Art. 81 EG in Verbindung mit dem Gebot der Gemeinschaftstreue aus Art. 10 Abs. 2 EG ab, dass es Mitgliedstaaten verboten ist, Maßnahmen zu treffen oder beizubehalten, die die praktische Wirksamkeit der für die Unternehmen geltenden Wettbewerbsregeln aufheben könnte. Ein solcher Fall ist nach der Rechtsprechung gegeben, wenn ein Mitgliedstaat gegen Art. 81 EG verstoßende Kartellabsprachen vorschreibt oder erleichtert oder die Auswirkungen solcher Absprachen verstärkt, oder wenn er seiner eigenen Regelung dadurch ihren staatlichen Charakter nimmt, dass er die Verantwortung für die in die Wirtschaft eingreifende Entscheidung privaten Wirtschaftsteilnehmern überträgt. Ein solcher Verstoß soll nun nach der *Arduino*-Entscheidung bei der Übertragung der Regelungsbefugnis auf Berufskammern dann nicht gegeben sein, wenn die Mitglieder des Berufsverbandes nicht nur Interessen des Sektors, den sie vertreten, sondern auch das Interesse der Allgemeinheit zu berücksichtigen haben. Völlig rätselhaft bleibt an dieser Stelle allerdings, warum der EuGH in der Entscheidung *Arduino* im Folgenden die italienische anwaltliche Gebührenordnung zu Recht nicht von Kriterien des Allgemeininteresses beeinflusst sieht, dann aber im Gegensatz zu den zuvor aufgestellten Grundsätzen dennoch einen Verstoß gegen Art. 81 EG i.V.m. Art. 10 Abs. 2 EG ver-

neint. Es bleibt nur zu vermuten, dass bei der Gesamtbetrachtung beider Urteile die Letztentscheidungsbefugnis des Gesetzgebers das ausschlaggebende Kriterium für die Anwendbarkeit von Art. 81 EG bleiben soll. Der Berücksichtigung von Kriterien des Allgemeininteresses ist wohl lediglich eine Indizwirkung beizumessen. Führt das Vorliegen der Letztentscheidungsbefugnis zu der Qualifizierung als staatliche Maßnahme, reicht das Fehlen von Vorgaben des Allgemeininteresses in der gesetzlichen Ermächtigung zumindest allein noch nicht zu einem Verstoß von Art. 81 EG i.V.m. Art. 10 Abs. 2 EG.

Gemeinwohlfunktion Freier Berufe

Bevor nun Regelungen der deutschen Zahnärztekammern betrachtet werden sollen, ist noch auf eine letzte, unerwartete Wendung in der Entscheidung *Wouters* hinzuweisen, die letztendlich dazu führte, dass der Gerichtshof die niederländische Samenwerkingsverordnung trotz fehlender Letztentscheidungsbefugnis des Gesetzgebers als zulässig ansah. Denn obwohl an sich die Voraussetzungen des Art. 81 EG erfüllt waren, erklärte der Gerichtshof die Regelung nicht nach Art. 81 Abs. 2 EG als nichtig, sondern führte eine im EG-Vertragstext nicht vorgesehene immanente Beschränkung des Tatbestandes des Art. 81 EG ein. Das Gericht führt aus, dass zu berücksichtigen sei, „dass nicht jede Vereinbarung zwischen Unternehmen oder jeder Beschluss einer Unternehmensvereinigung, durch die die Handlungsfreiheit der Parteien oder einer Partei beschränkt wird, automatisch vom Verbot des Artikels 81 Abs. 1 EG-Vertrag erfasst werden. Bei der Anwendung dieser Vorschrift im Einzelfall sind nämlich der Gesamtzusammenhang, in dem der fragliche Beschluss zustande gekommen ist oder seine Wirkungen entfaltet, und insbesondere dessen Zielsetzung zu würdigen [...]“. Der EuGH setzt somit dem Verbot des wettbewerbsbeschränkenden Verhaltens in einer Art „rule of reason“ eine strukturelle Grenze auf Tatbestandsebene. Er schlägt somit den Weg ein, den er im Rahmen der Dienst- und Warenverkehrsfreiheit schon seit der „Cassis de Dijon“-Entscheidung gegangen ist, und erkennt nun auch für Art. 81 EG einen nicht normierten Gemeinwohlvorbehalt an. Die Vor- und Nachteile der zu prüfenden Maßnahmen werden also einander gegenübergestellt. Ergibt die Abwägung einen Vorrang von Allgemeinwohlinteressen, ist ein Verstoß trotz der wettbewerbsbeschränkenden Wirkung der Vor-

schrift abzulehnen. Im Zusammenhang mit dem niederländischen Sozietätsverbot führte der EuGH in der Entscheidung Wouters aus, dass dieses möglicherweise der Erhaltung eines ausreichenden Wettbewerbs auf dem Markt für juristische Dienstleistungen dienen könnte. Zudem seien die Anwälte berufsrechtlich verpflichtet, Interessenkonflikte zu vermeiden und das Berufsgeheimnis einzuhalten. Da für Wirtschaftsprüfer keine vergleichbaren Regelungen existierten, sei ein Zusammenarbeitsverbot ein taugliches Mittel, um diese Berufspflichten zu wahren und die ordnungsgemäße Ausübung des Rechtsanwaltsberufs sicherzustellen.

Wie sind nun auf Grundlage dieser Rechtsprechung die Satzungen der deutschen Standesorganisationen, insbesondere die Berufsordnungen der Zahnärzte zu bewerten? Der Ansatzpunkt des EuGH überzeugt. Da Standesorganisationen in den verschiedenen Mitgliedstaaten unterschiedlich ausgestaltet sind, ist im Interesse einer möglichst effektiven Anwendung des europäischen Kartellrechts von einer grundsätzlichen Anwendbarkeit des Art. 81 EG auszugehen. Je stärker allerdings der staatliche Einfluss ist, desto eher ist auch die Organisation und ihr Handeln dem Staat zuzuordnen und damit dem Wettbewerbsrecht entzogen. Insoweit ist das Abstellen darauf, ob der Staat bei Erlass von autonomer Satzungs Gewalt die Letztentscheidungsbefugnis innehat, folgerichtig, auch wenn die Frage erlaubt sein muss, ob derartige Regelungen noch die Bezeichnung „autonom“ verdienen.

Autonomie, Rechtssetzung und Letztentscheidungsbefugnis

Bei Betrachtung der deutschen Standesregelungen zeigen sich erhebliche Unterscheidungen. So befinden sich die Berufsregelungen für Rechtsanwälte überwiegend in Parlamentsgesetzen, nämlich der BRAO und der BRAGO und sind somit staatliches Handeln. Sie unterfallen somit grundsätzlich nicht dem europäischen Wettbewerbsrecht und müssen sich lediglich an dem vom EuGH aus Art. 81 EG i.V.m. Art. 10 Abs. 2 EG aufgestellten Verbot, Kartellabsprachen staatlicherseits vorzuschreiben, erleichtern oder deren Auswirkungen zu verstärken, messen lassen. Daneben existiert die auf § 59 b BRAO beruhende Berufsordnung für Rechtsanwälte (BORA). Da dem Bundesjustizministerium nach § 191 e BRAO eine Aufhebungskompetenz innerhalb der ersten drei Monate nach Übermittlung der Satzung zusteht, wird in der Literatur teil-

weise eine staatliche Letztentscheidungsbefugnis und infolgedessen die Nichtanwendbarkeit des europäischen Wettbewerbsrechtes bejaht. Da § 191 e BRAO allerdings lediglich eine Rechtsaufsicht darstellt und den staatlichen Stellen keinerlei Möglichkeit eröffnet, mitzuwirken oder Satzungsvorschriften auf ihre Zweckmäßigkeit hin zu überprüfen, kann wohl eine solche Letztentscheidungsbefugnis nicht angenommen werden, zumal in dem niederländischen System eine ähnliche Überprüfungsmöglichkeit bestand, die der EuGH wohl nicht als ausreichend ansah. Die einzelnen Regelungen der BORA sind daher auf ihr Gemeinwohlbedürfnis zu untersuchen.

Bei den Heilberufen liegt, anders als bei den Beratungsberufen, die Gesetzgebungskompetenz zum Erlass von Vorschriften, die die Berufsausübung betreffen, nicht beim Bund, sondern bei dem jeweiligen Landesgesetzgeber. Dementsprechend haben die Länder Heilberufs- oder Kammergesetze erlassen, in denen die Errichtung der Ärzte-, Apotheker-, Tierärzte- und Zahnärztekammern normiert wird. In diesen Gesetzen finden sich in der Regel auch die grundlegenden Berufspflichten der verschiedenen Kammerangehörigen wieder, so z.B. in §§ 29 f. HeilBerG NW. Für weitere Berufspflichten sehen die Heilberufs- und Kammergesetze eine Ermächtigung vor, wonach die Kammern in einer Berufsordnung nähere Rechte und Pflichten bestimmen können. Meist findet sich daneben noch eine katalogmäßige Aufzählung der möglichen zu regelnden Berufspflichten in den Kammergesetzen, beispielsweise in § 32 HeilBerG NW. Dementsprechend haben die jeweiligen Ärzte- und Zahnärztekammern Berufsordnungen erlassen, die sich inhaltlich weitestgehend auf Musterberufsordnungen stützen, welche auf Bundesebene durch die Kammerangehörigen verabschiedet wurden. Nach Erlass der Berufsordnungen sind diese von der zuständigen Aufsichtsbehörde zu genehmigen, so z.B. nach § 31 Abs. 2 HeilBerG NW. Es handelt sich zwar hierbei um einen echten Genehmigungsvorbehalt, dennoch ist fraglich, ob die Anforderungen, die der EuGH an die Letztentscheidungsbefugnis stellt, gewahrt sind. Denn auch hier handelt es sich um eine bloße Rechtsaufsicht, die Aufsichtsbehörden haben grundsätzlich keine Mitentscheidungsbefugnisse oder Möglichkeiten der Zweckmäßigkeit aufsicht. Zwar wird durch ein solches Erfordernis sicherlich die Autonomie der Satzungsgeber erheblich beeinträchtigt. Bei der zulässigen italienischen Gebührenordnung in

der Rechtssache *Arduino* hatten die staatlichen Stellen aber „sowohl in der Ausarbeitungs- als auch in der Genehmigungsphase“ entscheidende Bedeutung. Wenn man den Sinn und Zweck des Erfordernisses der Letztentscheidungskompetenz betrachtet, wonach eine Regelung nur den wettbewerbsrechtlichen Vorgaben entzogen sein soll, wenn der Staat umfassende Überprüfungsmöglichkeiten hat, und die Regelung aus diesen Gründen eher als eine staatliche Vorschrift statt als die einer Unternehmensvereinigung erscheint, wird man eine bloße Rechtsaufsicht nicht ausreichen lassen können. Daher müssen sich wohl auch die ärztlichen und zahnärztlichen Berufsordnungen an den europäischen Wettbewerbsvorschriften messen lassen.

Dies ändert sich auch nicht dadurch, dass nach den Heilberufs- oder Kammergesetzen Vertreter der Aufsichtsbehörde zu den Sitzungen der Kammerversammlungen einzuladen sind (so z.B. nach § 28 Abs. 2 HeilBerG NW) oder ihnen auf Verlangen sogar jederzeit das Wort zu erteilen ist (§ 8 Abs. 3 Satz 2 Heilberufe-KammerG BW). Durch diese Vorschriften haben zwar die Aufsichtsbehörden eine zusätzliche Mitwirkungsfunktion bei Erlass der Berufsordnungen. Sie haben dadurch aber immer noch keinerlei Einfluss auf die Beschlussfassung, sondern üben eine rein konsultative Tätigkeit aus. Durch solche Konsultationen können die Regelungen noch keinen staatlichen Charakter erhalten.

Die einzelnen berufsrechtlichen Vorgaben, die die jeweiligen zahnärztlichen Berufsordnungen enthalten, müssen aber nach der geschilderten *Wouters*-Rechtsprechung auch dann nicht zur Unwirksamkeit nach Art. 81 Abs. 2 EG führen, wenn sie ansonsten grundsätzlich geeignet sind, eine Wettbewerbsbeschränkung darzustellen. Als wettbewerbsbeschränkend können solche berufsrechtlichen Normen angesehen werden, die geeignet sind, ein autonomes Verhalten des einzelnen Freiberuflers als Unternehmer am Markt einschränken zu können. Hierunter könnten Regelungen fallen, wie sie sich in den meisten zahnärztlichen Berufsordnungen finden. So müssten sich neben den Vorschriften, die wie die niederländische Samenwerkingsverordening interprofessionelle Zusammenarbeitsverbote enthalten, wohl auch sonstige Einschränkungen von Berufsausübungsgemeinschaften, Werbeverbote und Beschränkungen der Anstellungsmöglichkeiten von Zahnärzten als wettbewerbsbeschränkend qualifizieren lassen und mit einer Überprüfung durch die europäische Gerichtsbarkeit rechnen. Hierbei müsste sich jede

einzelne Norm entsprechend der vom EuGH in der Entscheidung *Wouters* aufgestellten *rule of reason* einer Verhältnismäßigkeitsprüfung und einer Abwägung dahingehend unterziehen, ob Gemeinwohlinteressen das Interesse an einem freien Wettbewerb verdrängen. Im Ergebnis dürften hier dieselben Argumente vorgebracht werden, die schon im nationalen Recht für die Vereinbarkeit der genannten Einschränkungen der freien Berufsausübung mit der Berufsfreiheit aus Art. 12 Abs. 1 GG angeführt werden. Der Unterschied liegt wohl lediglich darin, dass die Interessenabwägung nicht wie bei Art. 12 Abs. 1 GG zwischen dem verfolgten staatlichen Zweck und den Interessen des Einzelnen, sondern zwischen dem staatlichen Interesse und der Wettbewerbsfreiheit zu erfolgen hat. Eine Rechtfertigung der Eingriffe in die Wettbewerbsfreiheit wird wohl insbesondere mit der Eigenschaft der Ärzte und Zahnärzte als Freiberufler gesehen werden, die eben kein Gewerbe betreiben und zur Wahrung der Unabhängigkeit und des besonderen Vertrauensverhältnisses zu den Patienten sich bestimmten Einschränkungen unterwerfen müssen. Dass der EuGH das Berufsgeheimnis eines Freiberuflers sowie dessen Unabhängigkeit bei der Ausübung des Berufes als Gemeinwohlinteressen anerkennt, hat er in der *Wouters*-Entscheidung bereits anklingen lassen. Ob dies allerdings ausreichen wird, um eine Einschränkung der Wettbewerbsfreiheit zu rechtfertigen, bleibt abzuwarten. Es bedarf hier einer Einzelbetrachtung der berufsrechtlichen Regelungen mit wettbewerbsbeschränkender Wirkung. Ein ganz entscheidendes Kriterium wird die Schwere der Wettbewerbsbeschränkung sein und die Frage, ob nicht die entsprechenden Gemeinwohlinteressen durch weniger einschneidende Maßnahmen geschützt werden können.

Krankenversicherungsrecht auf dem Prüfstand des europäischen Wettbewerbs

Das europäische Wettbewerbsrecht hat aber nicht nur Auswirkungen auf freiberufliche Kammersatzungen, sondern vermag auch dem nationalen Krankenversicherungsrecht Schranken zu setzen. Zwar lässt das Gemeinschaftsrecht die Zuständigkeit der Mitgliedstaaten zur Ausgestaltung ihrer Systeme der sozialen Sicherheit unberührt. Dennoch sind die Mitgliedsstaaten verpflichtet, bei der Ausübung ihrer Befugnisse das Gemeinschaftsrecht zu beachten, wodurch der EuGH wiederum die Möglichkeit hat, natio-

nales Sozialversicherungsrecht am Maßstab des Kartellrechts zu prüfen. Bedenken bestehen hierbei auch gegen das gegenwärtige System der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung, das auf dem Kollektivvertragsprinzip nach § 75 SGB V beruht. Danach haben die Kassenärztlichen und -zahnärztlichen Vereinigungen die vertragsärztliche Versorgung sicherzustellen und den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, dass die vertragsärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht. Diese Übertragung des Sicherstellungsauftrages wurde und wird umgesetzt auf der Ebene der gemeinsamen Selbstverwaltung zwischen Verbänden der Krankenkassen und Kassenärztlichen und -zahnärztlichen Vereinigungen durch den Abschluss von Gesamtverträgen nach § 83 Abs. 1 SGB V und Bundesmantelverträgen. Bei diesen Vereinbarungen könnte es sich um wettbewerbsbeschränkende Absprachen im Sinne des Art. 81 f. EG handeln und somit das Kollektivvertragssystem als Verstoß gegen das europarechtliche Kartellverbot zu qualifizieren sein. Denn das Vorliegen eines verbotenen Kartells wird bejaht, wenn der Preisbildungsmechanismus des Marktes durch das Handeln der Wettbewerber selbst – zum Nachteil des Kunden – ausgeschlossen wird. Durch die Gesamtverträge, in denen die Entgelte für die Leistungen kollektiv vereinbart und festgesetzt sind, findet ein Wettbewerb um die beste Leistung zum günstigsten Preis nicht statt. An die Stelle freier Preisbildung tritt hier eine Art öffentliche Tarifgestaltung. Würde man die Anwendung der Vorschriften des europäischen Wettbewerbsrechtes bejahen, ließe sich ein solches System möglicherweise nur über den Ausnahmetatbestand des Art. 86 Abs. 2 EG rechtfertigen, wonach die Wettbewerbsregeln für Unternehmen, die mit Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichen Interesse betraut sind, nur insoweit gelten, als die Anwendung dieser Vorschriften nicht die Erfüllung der ihnen übertragenen besonderen Aufgabe rechtlich oder tatsächlich verhindert. Allerdings erschiene auch eine Rechtfertigung über diese Vorschrift mehr als fraglich. Zwar setzt Art. 86 Abs. 2 EG lediglich voraus, dass bei Anwendung der Wettbewerbsregeln des europäischen Rechtes die Erfüllung der den Sozialversicherungsträgern gesetzlich anvertrauten Aufgaben „gefährdet“ wäre. Bislang waren allerdings die Nationalstaaten bei dem Nachweis einer derartigen Gefährdung nicht sehr erfolg-

reich, auch wenn sie in zum Teil abwegigem Zusammenhang stets derartiges behauptet haben. Eine solche „freistellende“ Gefährdung des sozialrechtlichen Systems müsste von den Trägern substantiiert dargetan und bewiesen werden, wofür ein finanzieller Schaden noch nicht ausreicht. Dieser Nachweis ist keineswegs leicht zu erbringen, so dass im Ergebnis auch eine Berufung auf Art. 86 Abs. 2 EG erfolglos bleiben könnte.

Definiton des Unternehmensbegriffs

Die Anwendbarkeit der europarechtlichen Vorschriften könnte aber bereits daran scheitern, dass diese nur für „Unternehmen“ gelten. Wie bereits ausgeführt, wird dieser im EG-Vertrag nicht näher konkretisierte Begriff vom EuGH dahingehend definiert, dass ein Unternehmen jede eine wirtschaftliche Tätigkeit ausübende Einheit ist, unabhängig von ihrer Rechtsform und der Art ihrer Finanzierung und ohne Rücksicht auf eine Gewinnerzielungsabsicht. Die Ausgestaltung der deutschen Krankenkassen und kassenärztlichen und -zahnärztlichen Vereinigungen als öffentlich-rechtliche Körperschaften schützt sie zunächst also nicht vor der Anwendbarkeit des europäischen Kartellrechts. Entscheidend ist vielmehr der Begriff der wirtschaftlichen Tätigkeit. Der EuGH verneint eine solche wirtschaftliche Tätigkeit, wenn der in Frage stehende Träger eine Aufgabe mit ausschließlich sozialem Charakter erfüllt. Zur Differenzierung hat der EuGH eine Reihe von Kriterien aufgestellt. So sei die Unternehmenseigenschaft zu verneinen, falls sie obligatorisch und solidarisch Vorsorge betreibe, zu bejahen sei sie hingegen, falls sie eine freiwillige Vorsorge im Wettbewerb mit anderen Trägern privater Vorsorge oder eigenständige Dienstleistungen erbringen. Auch Kriterien wie die Festlegung von einheitlichen Leistungen, einkommensabhängigen Beiträgen, Finanzierung nach dem Umlageprinzip und Finanzausgleich unter den Trägern sprechen für einen rein sozialen Charakter.

Legt man diese Kriterien zugrunde, so ist es gleichwohl sehr streitig, ob dem gesetzlichen Krankenversicherungssystem in Deutschland die Unternehmenseigenschaft abzusprechen ist. Die GKV ist als Pflichtversicherung konzipiert (§ 5 SGB V), ihre Finanzierung erfolgt nach dem Umlageprinzip (§ 220 Abs. 1 SGB V), die im Vordergrund stehenden Gesundheitsleistungen der Krankenbehandlung werden unabhängig von der Höhe der Beiträge, die sich nach dem Ein-

kommen der Mitglieder richten, gewährt und sind gesetzlich festgelegt. Für eine entsprechende Einordnung spricht auch die jüngste Rechtsprechung des EuGH (INAIL), in der der Gerichtshof die Unternehmenseigenschaft der gesetzlichen italienischen Unfallversicherung abgelehnt hat. Dabei hat er sich vor allem darauf gestützt, dass die Beiträge sich nicht nach dem versicherten Risiko messen und auch die gewährten Leistungen nur beschränkt von den entrichteten Beiträgen abhängig waren, sondern im Wesentlichen staatlich festgesetzt waren.

Zwar hat der Gesetzgeber durch die Einführung des Kassenwahlrechtes in Deutschland wettbewerbsrechtliche Elemente in das Krankenversicherungssystem eingeführt. Hierbei steht jedoch nicht die Marktposition der einzelnen Kasse, sondern die Leistungsfähigkeit des Systems als Ganzes im Vordergrund, was auch durch den Risikostrukturausgleich verdeutlicht wird.

Soweit durch die anstehende Gesundheitsreform jedoch weitere wettbewerbsrechtliche Elemente in das System der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt werden, z.B. durch die diskutierten Maßnahmen wie die Einführung von Einkaufsmodellen oder Möglichkeiten von Beitragsrückerstattungen bei Leistungsfreiheit, steigt auch die Wahrscheinlichkeit, dass der EuGH das System einer wettbewerbsrechtlichen Überprüfung unterzieht.

Doppelte Marktfunktion der Krankenkassen

Ohnehin scheint eine allgemeine Einstufung des nationalen Krankenversicherungsrechtes als insgesamt wettbewerbsresistent zu undifferenziert. Es ist vielmehr zu berücksichtigen, dass die vom EuGH aufgestellten Kriterien für einen sozialen Charakter eines Sozialversicherungsträgers ausschließlich Sachverhalte betrafen, die die Angebotsseite der sozialen Sicherungssysteme betrafen. Zu dem Nachfragebereich fehlt es dagegen, ausgenommen von der Entscheidung „Sodemare“, bislang an einschlägiger Rechtsprechung. Im nationalen Sozialrecht ist der Versicherungsbereich vom Leistungserbringungsbereich zu trennen. Es handelt sich hierbei um zwei verschiedene Märkte. Im Versicherungsbereich treten die Sozialversicherungsträger als Anbieter auf. Hier nehmen die Krankenkassen ausschließlich öffentliche Aufgaben sozialer Art mit dem Ziel wahr, eine finanzierbare und angemessene medizinische Versorgung

aller Versicherten zu gewährleisten. Die Verneinung der Unternehmenseigenschaft liegt eher nahe. Im Leistungserbringungsbereich sind die Sozialversicherungsträger die Nachfrager, dagegen sind die kassenärztlichen- und kassenzahnärztlichen Vereinigungen der Angebotsseite zuzurechnen. Hier wäre eine Einstufung als wirtschaftliche Tätigkeit eher möglich. Allerdings ist gerade bei dem Abschluss der Gesamtverträge zu berücksichtigen, dass auch hier die Erfüllung des Sicherstellungsauftrages, also ein sozialer Zweck, im Vordergrund steht.

Festbetragsregelungen als Wettbewerbsparameter

Mehr Klarheit zu dieser Frage könnte die dem Gerichtshof vorgelegte Streitigkeit um die Festbetragsregelungen bringen. Nach der 1989 eingeführten Vorschrift des § 35 SGB V tragen die Krankenkassen die Kosten für bestimmte Medikamente nur bis zur Höhe eines festgesetzten Betrages, die Mehrkosten müssen die Patienten selber zahlen. Dabei werden die Festbeträge durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Richtlinien festgesetzt. In der Debatte um die Festbetragsregelungen wird zum einen das Verfahren der Festsetzung kritisiert. Das BSG hat schon 1995 in einem Vorlagebeschluss an das BVerfG ausgeführt, als grundrechtsrelevante Maßnahme könne die Festsetzung der Beträge nicht durch gemeinsame Selbstverwaltung erfolgen, sondern bedürfe einer Rechtsverordnung durch legitimierte Rechtssetzungsorgane. Dementsprechend wurde als Übergangsvorschrift auch die Norm des § 35 a SGB V eingeführt, durch die das Bundesgesundheitsministerium ermächtigt wird, bis Ende 2003 einmalig die Festbeträge anzupassen. Das BVerfG hat aber inzwischen die Verfassungsmäßigkeit der beanstandeten Regelungen bestätigt. Die Vorschrift des § 35 SGBV greift danach nicht in die Berufsfreiheit der Arzneimittelhersteller ein, Auswirkungen auf die Berufsausübung stellen einen bloßen Reflex der Regelung dar. Durch die Festbetragsregelungen seien lediglich die über Art. 12 Abs. 1 GG geschützte Therapiefreiheit der Ärzte und die Handlungsfreiheit der Patienten berührt. Der Gesetzgeber habe das Verfahren auch in hinreichend bestimmter Weise festgelegt, so dass auch die Ermächtigung der gemeinsamen Selbstverwaltung verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden sei.

Zum anderen wird kritisiert, dass die Festbeträge eine Maßnahme mit preisregulierender

Wirkung im Sinne eines dirigistischen Eingriffs in den Marktablauf seien, weil den Krankenkassen als Mittel zur Kostendämpfung die Bildung eines Preiskartells gestattet werde. Diese Problematik wurde auch von mehreren Gerichten gesehen und hat schließlich dazu geführt, dass das LSG NRW und der BGH anhängige Verfahren aussetzten und zur Vorabentscheidung an den EuGH vorlegten, um die Vereinbarkeit der Festbetragsregelungen mit dem europäischen Recht klären zu lassen. Dabei geht es vor allem um die Fragen, ob die deutschen Krankenkassen unter den Begriff des Unternehmens im Sinne des Art. 81 EG fallen, ob in den Festbetragsregelungen eine Wettbewerbsbeschränkung zu sehen ist und ob möglicherweise eine Ausnahme des Anwendungsbereiches des europäischen Kartellrechts nach Art. 86 Abs. 2 EG vor-

liegt. In dieser Entscheidung, die Ende 2003 erwartet wird, kann der EuGH Klarheit über die Frage bringen, inwieweit Krankenkassen als Nachfrager von Gesundheitsleistungen dem europäischen Wettbewerbsrecht unterliegen. Sollte er diese Frage bejahen, müssten wohl auch die auf der gemeinsamen Selbstverwaltung beruhenden Gesamtverträge als Verstoß gegen das europäische Wettbewerbsrecht zu qualifizieren sein. Dies würde zu erheblichen Einschränkungen der ärztlichen und zahnärztlichen Selbstverwaltung führen, was letztendlich auch eine zunehmende Schwächung der kassenärztlichen und -zahnärztlichen Vereinigungen zur Folge hätte.

Präventionsorientierte Zahnheilkunde als umfassende Gesundheitsbetreuung ein Leben lang

Zielkriterien der zahnmedizinischen Prävention: „Gesund beginnt im Mund“

Wenn Prävention als „vierte Säule des Gesundheitssystems“ (Ministerin Ulla Schmidt 2003) etabliert werden soll, muss die Definition und Zielsetzung zunächst geklärt werden, denn Gesundheitserziehung (Verhaltensprävention) alleine kann nicht die Prävention darstellen, obwohl Prävention sehr viel mit Verhaltensänderung zu tun hat. Prävention soll allgemein die Gesundheit des ganzen Menschen durch Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge erhalten bzw. verbessern. Dabei wäre selbstverständlich zu klären, welche Definition von Gesundheit dieser Zielsetzung zugrunde liegt, um die Ziele der Prävention entsprechend zu definieren.

Wenn es gelingt, Krankheiten mit ihren Folgen zu vermeiden, ist dieses Ziel auch bei höheren Kosten gerechtfertigt, weil Leid vermieden und die Lebensqualität länger erhalten bzw. verbessert wird. Daher ist Kostenreduktion keineswegs das primäre Ziel der Prävention, auch wenn dies fälschlicherweise oft in entsprechenden Reden so gesehen wird.

Die zahnmedizinische Prävention hat dabei das Teilziel nicht nur die Zähne, sondern die Mundgesundheit zu erhalten und damit lokal im Mundbereich aber indirekt auch einen wesentlichen Beitrag zur Gesunderhaltung des ganzen Menschen zu liefern, da vielfältige Wechselwirkungen allgemeiner Krankheiten auf die Mundhöhle und Rückwirkungen oraler Erkrankungen auf die allgemeine Gesundheit bestehen. Dabei sei nur an die auffälligen

Korrelationen von Parodontalerkrankungen und dem kardiovaskulären Risiko für Infarkt und Apoplex, das Risiko der Frühgeburt und die Zusammenhänge zu Diabetes und Pneumonie erinnert, auch wenn bisher keine beweisenden Interventionsstudien vorliegen. Im Rahmen der Therapie kommt es zu Allgemeinwirkungen, da es z.B. bei den Zahnsanierungen in 80-90% zu Bakteriämien kommt, die eine Antibiotikagabe als Endokarditisprophylaxe bei entsprechenden Risiken (risikoadaptierte Prävention) unumgänglich machen.

Da weltweit die Karies mit ihren Folgeerkrankungen und die Parodontalerkrankungen mit dem jeweils möglichen nachfolgenden Zahnverlust die weitaus häufigsten Erkrankungen im Bereich der Mundhöhle und an den sie begrenzenden Strukturen darstellen, stand und steht häufig der Kariesrückgang bzw. der Zahnerhalt im Mittelpunkt der Betrachtung zahnärztlicher Präventionsbemühungen. Dabei wird fälschlich fokussiert, nur der Kariesrückgang bzw. Zahnerhalt mit Hilfe des DMFT-Index (Decayed/ Karies, Missing/Zahnverlust, Filled/ Füllung, Tooth/Zähne bezogen auf die Zahnzahl) als Maß für die Zahngesundheit quasi stellvertretend für die zahnmedizinische Prävention eingesetzt. In Deutschland wurde dabei das Ziel der WHO von 2.0 längst deutlich unterschritten, so dass man von einer erfolgreich funktionierenden Prävention sprechen

kann, die getragen von den vielen Arbeitsgemeinschaften der Jungenzahnpflege (DAJ) ausgegangen ist. Diese Konzentration auf den DMFT-Index verstellt aber oft den Blick für eine umfassende, die gesamte Mundhöhle oder gar den gesamten Patienten einschließende Zielsetzung bzw. einen umfassenden präventiven Ansatz. So kann ein durchaus kariesfreies vollbezahntes Gebiss eine erhebliche Dysgnathie im Sinne eines skeletal-frontoffenen Bisses mit entsprechenden Wechselwirkungen zu HNO- oder Orthopädie-Symptomen besitzen, die durch eine Frühbehandlung oder rechtzeitiges Abstellen von schlechten Gewohnheiten (bad habits), wie Zungenpressen beim Sprechen, vermieden werden könnte. Noch gravierender wäre die Vermeidung der Leiden vieler Tumorpatienten, wenn durch gezielte Früherkennung und Verhaltensänderung beim Rauchen, die Karzinome der Mundhöhle vermieden bzw. früh erkannt würden. Daneben muss eine umfassende präventive Betreuung Faktoren der oralen Medizin wie Speichelfluss, Schleimhauterkrankungen und chronische Schmerz- oder Missempfindungen und deren Interaktion zu bestehenden Allgemeinerkrankungen integrieren.

Die Literatur zur Prävention ist vielfältig und unüberschaubar, so dass keine Literaturübersicht hier beabsichtigt ist. Bei einer PubMed-Anfrage mit dem Suchbegriff (prevention and oral health) finden sich 1578 Treffer, die sich aber nahezu ausschließlich mit Karies- und Parodontalprophylaxe und sozioökonomischen Aspekten, wie z.B. dem allgemein beobachteten Risikoshift des Kariesrisikos zu den sozialen Randgruppierungen oder Risikopatienten beschäftigt. Wechselwirkungen zur Allgemeingesundheit oder Aspekte der allgemeinen oralen Gesundheit, bzw. dem Erhalt der übrigen oralen Strukturen und deren Funktionen, werden als wesentliche Zielparameter im allgemeinen nicht erfasst oder kaum untersucht. Auch umfassende Aspekte und globale Messkriterien der Patientenzufriedenheit oder des allgemeinen oralen Befindens (oral behavior) werden nur sehr vereinzelt und erst in den letzten Jahren angesprochen. Hier wäre dringend epidemiologische Versorgungsforschung erforderlich, um weitergehende Zielkriterien zahnmedizinischer Prävention zu definieren.

Begriffsbestimmung und Definition

Prävention oder präventiv wird als lateinische Ableitung synonym mit dem griechisch abgeleiteten Begriff **Prophylaxe** oder prophylaktisch als Überbegriff für Vorbeugung oder Vermeidung von Krankheit bzw. Krankheitsfolgen gebraucht. Ganz wesentlich wird die politische Diskussion um die Modernisierung des Gesundheitssystems auch von einer Fokussierung auf die präventive Umorientierung geführt, ohne dass die unterschiedlichen Formen der Prävention beachtet und angesprochen werden. Spätestens nach der Definition der WHO wird jedoch grundsätzlich unterschieden zwischen:

Primär-Prophylaxe / Prävention

- Krankheitsvorbeugung zur Vermeidung der Krankheitsentstehung
- Maßnahmen, die eine Krankheit verhindern
- Vermeidung der Krankheitsentstehung

Sekundär-Prophylaxe / Prävention

- Frühbehandlung einer Erkrankung zur Vermeidung der Schäden durch die Krankheits-Progression
- Maßnahmen zur Vermeidung weiterer Schäden
- Frühtherapie zur Vermeidung der Krankheitsprogression oder Krankheitsfolgen

Tertiär-Prophylaxe / Prävention

- Vermeidung von Sekundärschäden durch Therapie der Krankheitsfolgen.
- Maßnahmen zur funktionellen und strukturellen Substitution oder Wiederherstellung
- Vermeidung von Sekundärerkrankung

Alle diese Formen der Prävention sind und waren schon lange Inhalte jeder umfassenden zahnmedizinischen Betreuung in den meisten zahnärztlichen Praxen. In einer Zusammenstellung hat die Bundeszahnärztekammer das durchgängige altersabhängige Konzept vorgestellt, in dem ein das ganze Leben begleitendes Präventionskonzept „Prophylaxe ein Leben lang“ publiziert wurde (Bauch 1995). Entsprechendes Informationsmaterial wurde für die Kollegenschaft aber auch für die Patienten erarbeitet (Bartsch and Bauch 1992; Bundeszahnärztekammer 2002). Die Erfolge dieser Initiative der Zahnärzteschaft zur Prävention können sich

auch im internationalen Vergleich sehr gut messen lassen (Michelis and Reich 1997). Insbesondere die Kinder und Jugendlichen zeigen einen deutlichen Rückgang der Karies bei einem insgesamt hohen Sanierungsgrad, obwohl bei den Kindern mit 6 Jahren ein noch deutlicher Sanierungsbedarf besteht (Reich and Piper 2000). Es zeigt sich eine erfreuliche Zunahme der kariesfreien gesunden Gebisse, aber auch eine Polarisierung (20% der Kinder haben 80% der kariösen Läsionen) der Karieserfahrung auf Risikogruppen und dominante soziale Einflussfaktoren. Daher steht auch die zielgruppengerechte, d.h. risikoadaptierte Prävention als Konzept im Mittelpunkt der Weiterentwicklung der Präventionsbemühungen. Auch der Sachverständigenrat empfiehlt den Ausbau risikogerechter Primär- und Sekundärprävention bei Ausbau zahnstrukturerhaltender Maßnahmen innerhalb der Tertiärprävention (Sachverständigenrat and Gesundheitswesen 2001).

Der so genannte „Paradigmen-Wechsel“ in der Zahnmedizin besteht eigentlich nur in einer stärkeren Fokussierung auf die Möglichkeiten der Primär- und Sekundärprophylaxe gegenüber dem Ersatz (Prothetik) oder der Wiederherstellung (Restauration) verlorener Strukturen und Funktionen im Rahmen der restaurativ orientierten Tertiärprophylaxe. Eine Reduktion auf den Teilbereich der Primär-Prophylaxe, wie es vor allem in der politischen Diskussion auch unter dem Aspekt einer vermeintlichen Kostenreduktion einschränkend häufig geschieht, kann nur einer ernsthaften Diskussion über die Möglichkeiten einer umfassenden Prävention schaden. Daher muss auch ein durchaus begrüßenswertes, politisch geplantes „Präventionsgesetz“ von einem umfassenden Präventionsbegriff ausgehen, wenn es seinem Namen gerecht werden soll.

Mögliche Bedeutung der Zahnärzte für die allgemeine Prävention

Neben dem Hausarzt stellt der Zahnarzt mit Abstand die am häufigsten vom überwiegenden Teil der Bevölkerung aufgesuchte Facharztgruppierung dar. Die zahnärztliche Praxen sind, wie die Hausärzte, auf Grund der Frequenz der Kontaktaufnahme mit weiten Teilen der Bevölkerung besonders geeignet für Screening-Maßnahmen zur Früherkennung von Erkrankungen und für Informationsstrategien zur Änderung von Gesundheitsverhalten. So hatten in einer Studie fast der gleiche Anteil der Befragten in

den letzten 12 Monaten Kontakt zum Zahnarzt wie zu ihren Hausärzten, während ein Dermatologe bzw. ein HNO-Arzt nur in 7% während der letzten Monate kontaktiert wurde (Halling 2002). Daher kann ähnlich der Lotsenfunktion des Hausarztes auch den Zahnmedizinern als zahlenmäßig größte Facharztgruppe ein großes Präventionspotential zugesprochen werden, das es zu nutzen gilt. Andererseits kommt daher den Zahnärzten eine hohe Verantwortung auch in der allgemeinen Prävention zu, die über die Karies und Parodontalprävention hinaus geht, da durch Gesundheitsinformation (z.B.: Nikotin- bzw. Alkoholkonsum und Essverhalten) und Früherkennung von oralen Tumoren bzw. Präkanzerose sowie Gesichtshauttumoren oder Lymphome am Hals auch ihre Aufgabe sein sollte. Aber auch durch eine Früherkennung von Symptomen, die auf eine Allgemeinerkrankung hinweisen (z.B. Hypertonie, Soor), kommt Ihnen eine große, bisher nicht ausreichend angenommene Bedeutung und Verantwortung zu. Viele orale Befunde können Begleitsymptom, Leitsymptom oder gar Frühsymptom von Allgemeinerkrankungen sein (Wagner).

Mögliche Ansätze der zahnmedizinischen Prävention

Die unterschiedlichen Ansätze zahnärztlicher Prävention lassen sich einerseits pathogenetisch von den auftretenden Krankheiten her, aber auch von den Zielsetzungen her definieren und zeigen eine Vielfalt, die über die reine Zahnerhaltung weit hinausgeht. Die Ansätze zur Prävention sind, bedingt durch die bereits diskutierten unterschiedlichen Zielsetzungen, vielfältig und können im Zusammenhang mit diesem Übersichtsartikel keineswegs alle ausgeführt werden, was den entsprechenden Fachbeiträgen vorbehalten bleiben muss.

Dennoch stehen die zahnerhaltenden Präventionsmaßnahmen immer im Mittelpunkt der alltäglichen Prävention in den Praxen und sollten auch weiter der primäre Gegenstand der Versorgungsforschung in diesem Bereich bleiben. Generell werden dabei allgemein wirksame Maßnahmen der Prävention, wie Kochsalzfluoridierung, Maßnahmen der Gruppenprophylaxe, wie Schul- und Kindergartenbetreuung sowie Maßnahmen der Individualprophylaxe, wie professionelle Zahnreinigung mit gezielter Fluoridierung und Fissurenversiegelung, unterschieden, wobei gelegentlich ein unsinn-

ger Dualismus zwischen Gruppen- und Individualprophylaxe diskutiert wird, da beide nebeneinander mit unterschiedlichen Zielen ihre Berechtigung und Bewährung haben. Gerade die Synergien von allen drei Strategien sollten zielgerichtet in Reflexion der tatsächlichen Akzeptanz in der Bevölkerung genutzt werden (Müller and Prchala 2003).

- Prophylaxe von Entwicklungsstörungen
- Prophylaxe von Karies
- Prophylaxe von Parodontalerkrankungen
- Prophylaxe von Funktionsstörungen und muskulären sowie sonstigen Schmerzsyndromen im Kiefer-Gesichtsbereich
- Prävention als Erfolgsicherung nach einer zahnärztlichen Behandlung
- Prophylaxe von Mundschleimhauterkrankungen und Tumoren
- Ansätze zur Prophylaxe von Allgemeinerkrankungen

Persönliche und professionelle Zahnhygiene und lokale sowie systemische Fluorid-Anwendungen stehen ganz im Mittelpunkt der wissenschaftlichen Literatur zur Kariesprävention, wobei in einer früheren Zeitphase auch diätetische Aspekte im Sinn einer Glukosereduktion bzw. Zuckerersatzstoffe ein breitere Diskussion erfuhren, während heute zunehmend soziale Einflussfaktoren auf die Kariesprävalenz mitdiskutiert werden. Dabei hat insbesondere die Kariesprävention mit Fluoriden sicher einen wesentlichen Beitrag zur Kariesreduktion geleistet und dennoch eine wechselvolle Diskussion erlebt. So sind auch die neuesten Empfehlungen der DGZMK mit deutlicher Betonung der lokalen Applikation und Individualisierung der Dosierung nicht unwidersprochen geblieben. Alternative Strategien wie risikoadaptierte Therapiekonzepte nach Kariesrisikobestimmung incl. Speichelkeimbestimmungen und Remineralisierungsstrategien bzw. Kariesmonitoring der Initialkaries, die eine Früherkennung durch eine verbesserte Diagnostik zur Vorraussetzung hat, und Strategien der lokalen Keimreduktion durch Chlorhexitid, bisher in wissenschaftlicher Diskussion zur Effektivität und um ihren Stellenwert bzw. der gezielten individuellen Indikation.

Die Parodontalprävention hat, wie die Kariesprävention, als chronische Infektionskrankheit ebenfalls zunächst die Verbesserung der Mundhygiene und Hygienefähigkeit der Zähne und Zahnzwischenräume zur Zielsetzung. Aber andererseits stellen systemische Faktoren, die ein

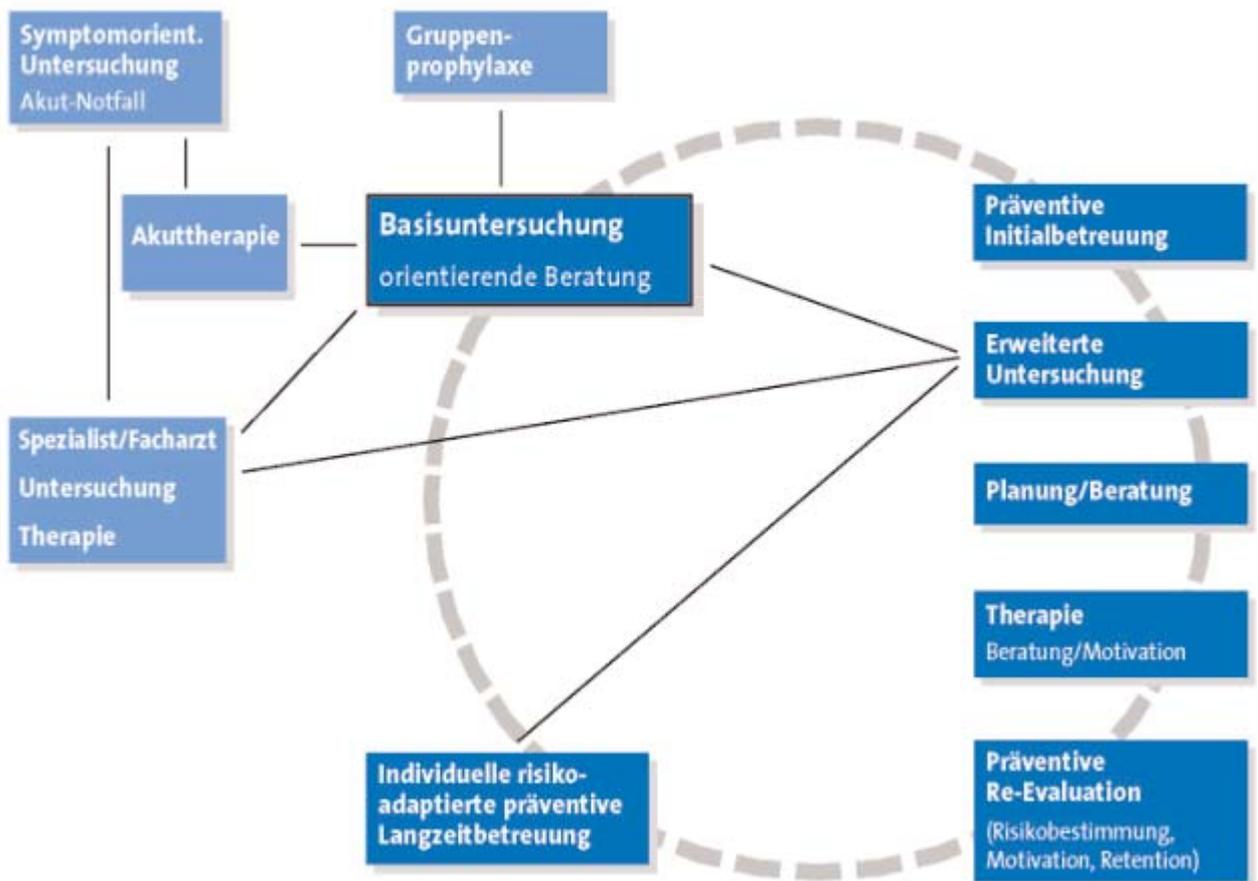
Verschuldungsprinzip gerade bei Parodontalerkrankungen sehr fraglich erscheinen lassen, und begleitende exogene Faktoren wie, z.B. das Rauchen, wesentlich den Verlauf mitbestimmende Faktoren dar. Aber auch in der Parodontologie ist die screenende Routinediagnostik z.B. mit Hilfe des PSI-Index eine wesentliche Voraussetzung für eine Frühbehandlung (Sekundärprävention) und gerade in dieser Erkrankungsgruppe kommt der risikoadaptierten präventiven Langzeitbetreuung (maintenece) eine wesentliche Bedeutung zum Erhalt der parodontalen Gesundheit zu. Auch hier muss weiter nach prädiktiven Faktoren gesucht werden und der Stellenwert erster Ansätze wie der IL1-Polymorphismus wissenschaftlich kritisch geprüft werden, bevor er allgemein zur Anwendung als Routinediagnostikum empfohlen wird. Molekulare Unterschiede der entzündlichen Gewebekantwort (z.B. IL1-Bestimmung) konnten bisher nur einen sehr unsicheren prädiktiven Wert für den Verlauf einer parodontalen oder periimplantären Entzündung bieten und keineswegs eine valide Hilfe für die individuelle Krankheitsprävention. Dennoch bestehen viele Ansätze, die Betreuung risikoadaptiert zu individualisieren.

Zahnmedizinische Prävention als Karies und Parodontalprophylaxe ist neben den lokalen Maßnahmen auch eine lang andauernde Verhaltensprävention, die möglichst frühzeitig einsetzen und nachhaltig möglichst lebenslang als Hilfe zur Selbsthilfe (Oral self care) ergänzend zu den professionellen Möglichkeiten angeboten werden muss (Bauch 1995). Bei den lokalen Maßnahmen wäre es falsch, als Karies- und Parodontalprävention nur die professionelle Unterstützung zur Zahnhygiene oder lokale Fluoridierung und die modernen sogenannten minimalinvasiven Restaurationsmöglichkeiten (Staehele 1999) zu betrachten, wie dies auch in entsprechenden Büchern gelegentlich geschieht. Diese gesamte zahnärztliche Therapie muss in Indikationsstellung und Durchführung präventiv ausgerichtet sein. Aus dem gleichen Grund war die Zielvorgabe der Politik nicht wirklich zu realisieren, die Gebührenordnung der Zahnmedizin „präventionsorientiert, ursachengerecht und im Sinne substanzschonender Therapieformen“ im Zwangskorsett einer Budgetierung und Ausgabenneutralität umzugestalten, wie die nur geringen Veränderungen des neuen BEMA-Entwurfs unschwer aufzeigen.

Ansätze einer präventiven Strategie bzw. minimalinvasiven Therapie

1. **Kariesmonitoring** und Remineralisierung statt Frühtherapie
2. **adhäsive Techniken** zur minimalinvasiven restaurativen Therapie
3. **regenerative Parodontal-Therapie** als Strukturwiederherstellung
4. **Endodontie** zur Zahnerhaltung, statt Extraktion
5. **Implantologie** als Wiederherstellung und Strukturerhalt
6. **präventiv orientierter Zahnersatz** zur Vermeidung von Funktionsstörungen

Präventionsorientierte Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde



| 108

Die wissenschaftlichen Gesellschaften haben daher gemeinsam mit der Berufsvertretung durch BZÄK und KZBV eine umfassende Neubeschreibung als dynamisches Langzeitprojekt aufgelegt, das auf der Basis eines **umfassenden Ausgangsbefunds** eine am **individuellen Risiko** orientierte **präventive Langzeitbetreuung** entwickelt. Dabei werden alle Möglichkeiten der modernen Zahnheilkunde auch in ihrer präventiven Bedeutung beschrieben, so dass so die vielfältigen präventiven Ansätze in ein Gesamtkonzept integriert werden können.

Es bleibt jedoch Stückwerk, wenn nicht die sozialen Randbedingungen durch Umsteuerung der Finanzierung zu einer befundorientierten Festzuschussregelung führten, die eine präventive Basisversorgung in den sozialen Versiche-

rungssystemen belässt, aber andererseits die Vielfältigen darüber hinausgehenden Möglichkeiten mit unterschiedlichem Leistungsumfang hin bis zu ästhetisch gewünschten Versorgungs in die freie und möglichst wenig regulierte Entscheidung des einzelnen Patienten und in eine liberale, dem Einzelnen freigestellte Finanzierung ggf. in einer freiwilligen privaten Zusatzversicherung entlässt. Dabei bedarf es der gesellschaftspolitischen Diskussion, wie weit eine soziale Absicherung der Prävention erfolgen soll. Aber der Weg, einen ganzen Teilbereich der Tertiärprävention pauschal in eine dann mit sozialen Verpflichtungen wie Kontrahierungszwang und Familienmitversicherung oder gebundenen Gebühren bei fixierten, nicht risiko-adäquat kalkulierten Beiträgen zur scheinbaren

Entlastung der GKV zu verschieben, muss zu Systemverwerfungen und einer kaum überschaubaren Regulierungstiefe führen, die nur die Versorgung behindern können. Der eigentlich richtige Schritt muss sowohl in der fachlichen Abgrenzung als auch in der sozialpolitischen Ausgestaltung konsequent gegangen werden, da es sonst wie ein halbherzig ausgeführter Schritt über ein Gewässer zu vermeidbaren Komplikationen führt.

Gerade die auch präventiven Erfolge der restaurativen Zahnheilkunde werden aber in der präventionsdominierten Diskussion nicht zur Kenntnis genommen und die Zahnlosigkeit, wenn sie trotz intensiver Prävention eintritt, in ihrem Krankheitswert in Frage gestellt oder im Sinne einer „eigenverantworteten Ursächlichkeitsdiskussion (Verschuldungsprinzip)“ fälschlicherweise zur Ausgliederungsargumentation der sozialen Absicherungssysteme genutzt. Zahnlosigkeit alleine wird dabei in ihrem Krankheitswert im Beipack zu eigentlich ökonomischen Fragestellungen der Finanzierbarkeit der Beseitigung von Zahnlosigkeit, oder besser der Finanzierbarkeit der gesamten zahnärztlichen Versorgung in sozialen Absicherungssystemen. Aber auch in der wissenschaftlichen Diskussion um die Ausbildungsziele einer neuen Approbationsordnung wird die Bedeutung des Zahnersatzes ohne hinreichende wissenschaftliche Begründung oder wissenschaftliche Diskussion subversiv in Frage gestellt (Behr 2003), obwohl wissenschaftlich nachgewiesen auch in Zukunft ein erheblicher Versorgungsbedarf in der Bevölkerung besteht (Kerschbaum). Ohne Frage wird es zu Verschiebungen im Leistungsspektrum und damit auch zu Verschiebungen im Personalbereich von der Zahntechnik zur Prävention, aber auch von der Zahl von Zahntechnikern zu präventiven Hilfsberufen wie DH (Dental Hygienist) bzw. zahnhygienischen Fachhelferinnen kommen

- **Verhinderung der Elongation des Antagonisten**
- **Verhinderung der Kippung der Nachbarzähne**
 - **parod. u. kariöse Schäden**
 - **funktionelle Störungen**
- **Kaufunktion**
- **Myofunktionelles Schmerzsyndrom**
- **Kiefergelenkarthrose**
- **Knochenatrophie**
- **Sprachfunktion**
- **Ästhetik**
- **Selbstwert (Psychosomatik)**

Tabelle 2: Bedeutung und präventive Effekte der Zahnersatztherapie

Die Tumorprävention im Bereich der Mundhöhle lebt neben dem nachhaltigen Versuch der Verhaltensbeeinflussung zu einem Leben ohne Nikotin und weg vom übermäßigen Alkoholverbrauch auch ganz wesentlich von der sorgfältigen Früh-Diagnostik. Diese könnte durch eine risikostratifizierte Zusatzdiagnostik durch Zellabstriche mit modernen molekularbiologischen Analysemethoden ergänzt, für Risikogruppen (starke Raucher, Alkohol; Schleimhautdysplasien) eine wichtige Hilfe sein, die ähnliche Erfolge wie die gynäkologische Screening der Zellabstriche nach sich ziehen könnte. Die lebensbedrohliche und die Lebensqualität auch durch die Therapie oftmals stark einschränkende Erkrankung könnten im Vorstadium oder in sehr frühen Ausprägungsformen entdeckt werden.. Dabei kommt der regelmäßigen zahnmedizinischen Betreuung auch in der Raucherprävention eine wesentliche Rolle zu, denn Nikotin spielt als Risikofaktor vielfältiger oraler Erkrankungen eine große Bedeutung.

Die Gruppenprophylaxe mit Fluoridapplikation in Speisesalz oder Trinkwasser und die Individualprophylaxe als professionelle Zahnreinigung und lokale Fluoridierung sowie Fissurenversiegelung bei entsprechenden Risiken müssen weiterentwickelt und insbesondere Strategien für die sozialen Risikogruppen etabliert werden, um die Kariesrisiken weiter zu senken. Eine Verbesserung der Diagnostik und Monitoring des initialen Kariesverlauf mit Etablierung minimalinvasiver Frühtherapie können weitere Fortschritte bringen. Auch die Parodontalerkrankung wird ganz wesentlich von Routinescreening-Untersuchung aller erwachsener Patienten und sorgfältiger Recallprogramme zum Erhalt des erreichten Therapieergebnis abhängen. Gerade der risikoadaptierte Langzeitrecall kann einen wichtigen Beitrag zur Prävention der Krankheitsprogression oder des Wiederauftretens beitragen, so dass diesem Aspekt der Prävention in Zukunft mehr Beachtung geschenkt werden muss. Sinnvolle Strategien bedürfen aber der begleitenden Versorgungsforschung, die die Effektivität und Effizienz der Einzelmaßnahmen für den einzelnen Patienten aber insbesondere für die Bevölkerung in ihren unterschiedlichen sozialen Randbedingungen berücksichtigt. Auch Prävention ist eine Form der Intervention und bedarf der Indikation, die wissenschaftlich in

ihrer Wirksamkeit und Absicherung negativer Nebeneffekte abgesichert sein muss. Ganz wesentlich werden alle Strategien getragen von der Information und Beratung der Patienten, denn nur eine allgemein akzeptierte Prävention kann wirken und eine erwartete Breitenwirkung entfalten.

Präventive Anreize in den Finanzierungssystemen und Verschuldungsprinzip

In der Zahnmedizin bestehen in Deutschland seit langem, allerdings nur im Bereich der Tertiärprävention finanzielle Anreize durch einen höheren Erstattungsanspruch, wenn regelmäßig eine zahnärztliche Behandlung bzw. Diagnostik in Anspruch genommen wurde. Diese Anreize zeigen durchaus positive Auswirkungen auf die Frequenz der Teilnahme an regelmäßigen, präventiven Untersuchungen, wobei die finanziellen Anreize über die prothetischen Leistungen hinaus ausgeweitet werden könnten. Sinnvoller wäre auch ein direkter Bezug zu der Inanspruchnahme präventiver Leistungen. Es bestehen keine Ansätze, das Mundgesundheitsverhalten bzw. die persönliche Zahnhygiene befundorientiert, z.B.: orientiert am Plaque-Index, zu fördern, obwohl dies eine sachgerechte aber kaum realisierbare Alternative darstellen würde. Da in der jetzigen Systematik über die Zuzahlungsregelungen in der Prothetik persönliche Anreize gesetzt werden, würden dies bei einer Ausnahme der prothetischen Leistungen aus der GKV entfallen, oder es kommt zu Querbezügen in zwei völlig unterschiedlichen Versorgungssystemen.

Da eine regelmäßige häusliche Mundhygiene ein wesentlicher Baustein der Prophylaxe für die wichtigsten Zahnerkrankungen Karies und Parodontose darstellt, wurde in Kombination mit der professionellen Zahnreinigung und lokalen sowie systemischen Fluoridierung sehr rasch die Eigenverantwortung des Patienten für diese Erkrankungen in den Mittelpunkt gesellschaftlicher Diskussionen gestellt. Diese beiden Erkrankungen werden dadurch gleichsam im Verschuldungsprinzip als eigenverantwortete Bereiche außerhalb der Leistung der GKV diskutiert. Dieser Ansatz ist neben den ethischen Bedenken gegen diesen Ansatz der Verschuldung als Maßstab der GKV-Finanzierung auch objektiv falsch, da keineswegs nur die persönliche Hygiene die Frequenz und vor allem den Ausprägungs- und Verlaufsgrad dieser Erkrankun-

gen bestimmt. Deutlich widersprochen werden muss daher den häufigen Aussagen, dass die oralen Erkrankungen durch Eigenverantwortung vermeidbare Erkrankungen seien und durch Umsteuerung der Finanzierung eine Verbesserung der Prävention erreicht werden könne, wozu fälschlicherweise die Situation in der Schweiz argumentativ vorgebracht wird (Staehele and Kerschbaum 2003).

Eine weitgehende Entlassung der prothetischen Versorgung in ihren sehr unterschiedlichen Möglichkeiten und Leistungsumfängen in die finanzielle Eigenverantwortung und nur das Belassen einer befundorientierten präventiven Basisversorgung in der Solidarabsicherung und gleichzeitig erhaltener individueller Freiheit der Therapieauswahl durch Bestimmung des gewünschten Leistungsumfangs als Mehrkostenregelung wären ein indirekt wirksamer präventiver Ansatz in den sozialen Finanzierungssystemen. Selbstverständlich kann diese Regelung auf alle restaurativen Maßnahmen der Tertiärprävention übertragen werden, in denen fast durchgehend unterschiedlich aufwendige Therapieformen zur Verfügung stehen, deren Zielsetzung keineswegs immer präventiv, sondern durch verständliche Ansprüche an Ästhetik und Komfort wesentlich bestimmt werden. Statt wissenschaftlich und sozialpolitisch kaum vertretbarer Leistungsausgrenzung würden befundorientierte Festzuschüsse die präventive Basisversorgung für die gesamte Bevölkerung absichern und die Bestimmung des darüber hinausgehenden Leistungsumfangs in die Entscheidung und Verantwortung des mündigen Patienten legen.

Zukunft einer ganzheitlichen Prävention durch eine prädiktive Risikoanalyse und risikoadaptierte Prävention

Die Zukunft der ganzheitlichen Prävention liegt vor allem in der Sensibilisierung der Bevölkerung durch sachgerechte Information und Bewusstseinsbildung, die durch Erziehung im umfassenden Sinne durch Vorbild, Schule, Fachkräfte und Medien erfolgen kann. Daneben müssen organisatorische Vorgaben (globale Strategien: z.B. fluoridiertes Speisesalz) und sozialpolitische Anreize weitergehend versucht werden, die die Eigenverantwortung des Patienten anregen.

Begleitet werden müssen diese Maßnahmen allerdings mit einer epidemiologischen Versorgungsforschung, die auch die Effektivität und

ökonomischen Aspekte aller Maßnahmen kritisch begleitet, denn langfristig muss sich die Prävention am zu erwartenden Risiko orientieren, das allerdings möglichst prädiktiv, das heißt die prädisponierenden Faktoren prospektiv vorher sagend, erfasst werden soll.

Voraussetzung für eine moderne Prävention ist die möglichst prospektiv-prognostische, d.h. **prädiktive Risikoanalyse**, die die individuelle Disposition einerseits, aber auch gesellschaftliche, d.h. soziale Randbedingungen, andererseits erfasst, um gezielt der Krankheitsentwicklung bzw. deren Wiederauftreten individuell aber auch in den sozialen Randbedingungen entgegenzuwirken. Daher sind Individualprophylaxe und Gruppenprophylaxe keineswegs ein Widerspruch, sondern unterschiedliche, oft komplementär wirkende Ansatzpunkte, die jeweils zielgerichtet eingesetzt werden sollen.

Wir wissen dabei bisher viel zu wenig über die genetische Disposition oraler Erkrankungen, obwohl die unterschiedlichen individuellen Risiken z.B. unterschiedlicher Fissurenformen sehr lange bekannt sind und lange Grundlage der Idee der Fissurenversiegelung waren. Angeborene unterschiedliche Strukturveränderungen des Schmelzes sind bereits deutlich weniger untersucht, obwohl die Fluorid-Applikation

systemisch und lokal als ganz wesentliche Maßnahme der Primärprävention gerade diese Oberflächenstruktur bzw. Löslichkeit sehr erfolgreich beeinflussen. Auch die unterschiedliche mikrobielle Besiedlung der Mundhöhle, in der jedoch bereits wesentlich Umweltfaktoren zumindest als Cofaktoren das Erkrankungsrisiko für Karies und Parodontalentzündungen mitbestimmen, konnte sich bisher nicht als ausreichend valider Einzelparameter zur Adaptierung einer individuell risikoadaptierten Prävention etablieren, obwohl entsprechende Test existieren. Ob neue Impfstrategien weitergehende präventive Ansätze, insbesondere für Hochrisikogruppen, darstellen, muss künftigen Entwicklungen und Untersuchungen vorbehalten bleiben.

Die zahnärztliche Prävention wird aber auch in den Praxen zu einer umfassenden, wissenschaftlich basierten Gesundheitsbetreuung der Patienten während des gesamten Lebens führen und ein neues präventionsorientiertes Berufsbild auch in der Akzeptanz der Bevölkerung auslösen. Die Kollegenschaft ist bereit, obwohl die sozialen Randbedingungen nur teilweise mitentwickelt wurden und auch die Ausbildungsfragen, etwa im Sinne einer modernisierten Approbationsordnung, der realen Entwicklung um viele Jahre hinterherhinkten.

Literatur:

- Bartsch, N. and J. Bauch (1992). Gruppen- und Individualprophylaxe in der Zahnmedizin - Ein Handbuch für die prophylaktische Arbeit in Kindergarten, Schule und Zahnarztpraxis. Köln, Deutscher Ärzte-Verlag.
- Bauch, J., Ed. (1995). Prophylaxe ein Leben lang - ein lebensbegleitendes oralprophylaktisches Betreuungskonzept -. Köln, Deutscher Ärzteverlag.
- Behr, M. (2003). „Braucht der Mensch Zähne?“ Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift 58(7): 393-400.
- Bundeszahnärztekammer (2002). Präventionsorientierte ZahnMedizin unter den besonderen Aspekten des Alterns. Berlin.
- Halling, F. (2002). „Maligne Gesichtshauttumoren Ambulante Therapie und neue Wege der Krebsvorsorge.“ Mund Kiefer GesichtsChir 6(1): 27-33.
- Michelis, W. and E. Reich (1997). Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS III). Köln, Deutscher Ärzteverlag.
- Müller, O. and G. Prchala (2003). „Prophylaxe lebt von Pluralität.“ Zahnärztliche Mitteilungen(9): 32.
- Reich, E. and C. Piper (2000). „Gutachten der Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege.“
- Sachverständigenrat and f. d. k. A. i. Gesundheitswesen (2001). Band III: Über- Unter- und Fehlversorgung. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit: 182-195.
- Schmidt, U. (2003). Rede zur Sitzung des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung 12.5.2003. Berlin.
- Staehele, H. J. (1999). „Minimal Invasive Restorative Treatment.“ J of Adhesive Dentistry 1(3): 267-284.
- Staehele, H. J. and T. Kerschbaum (2003). „Mythos Schweiz - Meinungen und Fakten zur Mundgesundheit in der Schweiz im Vergleich zu Deutschland.“ Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift 58(6): 325-330.
- Wagner, W. (1995). Orale Symptome und Allgemeinerkrankungen. Praxis der Zahnheilkunde. P. Diedrich, D. Heidemann, H. Horch and B. Koeck. München, Urban&Schwarzenberg. Band 1.



Fritz-Linnert-Ehrenzeichen

Dr. Fritz Heinz Witt, Köln

Dr. Hans Jacobsen, Hamburg

Dr. Kurt Marezky, Köln

Dr. Raimund Gaertner, Freiburg

Dr. Gerhard Leutke, Berlin

Dr. Dr. h.c. Gotthold Wahl, Würzburg

Obermedizinalrat i.R. Dr. Hans-Joachim Tholuck, Heiligenkreuzsteinnach

Dr. Karl Winter, Düsseldorf

Dr. Walter Knott, Karlsruhe

Ernst Harder, Hamburg

Sanitätsrat Dr. Arthur Siebert, Boppard

Prof. Dr. Walther Engel, Karlsruhe

Dr. Erich Pillwein, Aichwald

Dr. Horst Sebastian, Mainz, (posthum)

Prof. Dr. Dr. Ewald Harndt, Berlin

Dr. Peter Boehme, Bremen

Ehrennadel der Deutschen Zahnärzteschaft in Gold verliehen an:

Dr. Walther Engel, Karlsruhe	Dr. Karl Eichinger, Nürnberg
Konsul Dr. Herbert Rauter, Säckingen	Dr. Werner Friese, Goslar
Verleger Dr. h.c. Walter Haase, Berlin	Walter Wittke, Berlin
Dr. Berta Weigand, Köln	Dr. Herbert Klünder, Berlin
Dir. Richard Becker, Niedernhausen	Dr. Erich Singer, Friedrichsdorf/Ts.
Hans Mohl, Mainz	Prof. Dr. Fritz Beske, Kiel
Peter Mandt, Bonn	Min.-Rat. Dr. G. A. Eberhard, Düsseldorf
Dr. Rolf Schlögell, Köln	Dr. Robert Venter, Köln
Dr. H. W. Muschallik, Köln	Paul Guter, München
Min.-Dir. Dr. Hans Studt, Düsseldorf	Prof. Dr. Dr. Ulrich Rheinwald, Calw
Minister Dr. Rainer Wicklmayr, Saarbrücken	Dr. Helmut Geißler, Eßlingen
Dr. Semmler, Sinsheim	Prof. Dr. Dr. C.-H. Fischer, Düsseldorf
Min.-Dir. Dr. Hans Schmatz, München	Dr. Anneliese Genz, Bonn
Dr. Wolfgang Hönig, München	Dr. Heinrich Reisinger, München
Dr. Dr. Hugo Forstmann, Düsseldorf	Dr. Rolf Braun, Köln
Dipl.-Volksw. Walter Schlenkenbrock, Düsseldorf	Fritz Lotz, Frankfurt
Dr. Gerhard Franke, Köln	Heinz Wickert, Bonn
Dr. Dr. Karl-Michael Hartlmaier, Köln	Priv.-Doz. Dr. Margarete Frahm, Hamburg
Dr. Ernst Wiegelmesser, Starnberg	Josef Schuster, Wuppertal
Dr. Dr. Hermann Borgmann, Hamburg	Prof. Dr. Dr. Ernst-Helmut Pruin, Bremen
Dr. René Tiquet, Frankreich	Dr. Günther Schäfer, Lörrach
Heinrich Schröder, Köln	Dr. Wilhelm Wagner, Osthofen
Dr. Rudolf Cramer, Wiesbaden	Prof. Dr. A. Kröncke, Erlangen
	Prof. Dr. Dr. Werner Ketterl, Mainz

Prof. Dr. Willi Schulte, Tübingen	San.-Rat Dr. Rudolf Kees, Kaiserslautern
Dr. Karl-Adolf Bublitz, Hamburg	Dr. Erich Bunke, Wietze
Heinz Brodthuhn, Köln	Prof. Dr. Dr. Peter Riethe, Tübingen
Gustav Mouchard, Köln	Prof. Dr. Dr. W. Hahn, Kiel
Ministerin a.D. Annemarie Griesinger, Stuttgart	Dr. Helmuth Schmidt (posthum), Elmshorn
Dr. Hans-Henning Hildebrand, Braunschweig	Dr. Ekkehardt Huber, Stuttgart
Prof. Dr. Dr. Karl Schuchardt, Hamburg	E. A. Behne, Bensheim
Adolf Schneider, Mühlthal	Carl-Heinz Bartels, Göttingen
RA Dipl.-Kfm. Richard Deutsch, Düsseldorf	Dr. Wolfgang Drosner, München
Dr. Werner Schulz, Braunschweig	Dr. Bert Wagner, Weißenstadt
San.-Rat Dr. H.-G. Böhnemann, Koblenz	Dr. Werner Löser, Kassel
Dr. Oskar Rothe, Berlin	Dr. Werner Neuhauser, Kempten/Allgäu
Med.-Dir. H.-J. Fichtner, Neuss	San.-Rat Dr. Werner Röhrig, Saarbrücken
San.-Rat Dr. H. Frank, Bad Kreuznach	Dr. Wolfgang Koenigsbeck, Schwelm
Prof. Dr. Dr. J. Franke, Hamburg	Dr. Gallus F. Sauter, Ravensburg
Akad.-Dir. Dr. G. Maschinski, München	Prof. Dr. Manfred Straßburg, Düsseldorf
Helmuth Winter, München	Dr. Horst Bremer, Kiel
San.-Rat Dr. Franz Zimmer, Saarbrücken	Prof. Dr. Rudolf Voß, Köln
Prof. Dr. Rudolf Naujoks, Würzburg	Dr. Jörg Zey, Limburg
Prof. Dr. Horst Pantke, Gießen	Dr. Otto Rouenhoff, München
Dr. Erich Schneider, Stuttgart	Prof. Dr. Dr. Gerdt Knolle, Offenbach
Prof. Dr. Dr. E. Harndt, Berlin	Oberstarzt a.D. Dr. Horst Rohweder,
Verleger Horst-Wolfgang Haase, Berlin	Sankt Augustin
Kurt Matheis, Karlsruhe	Generalarzt Dr. Wilfried Möckel, Bonn

Dr. Hans-Dieter Schwieder, Albstadt

Dr. Jürgen Junge,

Prof. Dr. Hans Müller-Fahlbusch, (posthum)

Prof. Dr. Joachim Viohl,

Altenberge

Horst Raff, Stuttgart

Dr. Hans-Erich Stoll, Bremen

Dr. Hans Christian Hoch, Dresden

Dr. Richard Schmid, Reutlingen

Dr. Joachim Schulz-Bongert,

Dr. Helmut Zedelmaier, Schongau

Wilfried Schad

Dr. Erika Reihlen, Berlin

Dr. Klaus Zöller

Albert Becker, Mainz

San-Rat Dr. Rüdiger Krebs, Alzey

Prof. Dr. Rolf Nolden, Bonn

Dr. Hans Hünecke, Magdeburg

Prof. Dr. Dr. mult. Dieter Schlegel, München

Dr. Heinz Lübke, Kaiserslautern

Dr. Hermann König, Augsburg

Prof. Dr. Dr. Walther Hoffmann-Axthelm

Direktor Bruno Nösser, Düsseldorf

Dr. Osing, Düsseldorf

Dr. Karl-Josef Wilbertz,

Prof. Dr. W. Hoppe,

Dr. Ralph Gutmann, München

Dr. Rüdiger Schultz, Itzehoe

Dr. Gerhard Schütz,

Dr. Peter Witzel, Korbach

Dr. Eberhard Höfling, Kirchen

Dr. Eberhard Kultscher, Altenkunstadt

Hans-Werner Henrichs, Bad Hönningen

Dr. Heribert Pohl

als Justiziar langjähriger Wegbegleiter von BDZ, BZÄK und KZBV.

Prof. Dr. jur. Burkhard Tiemann

Koordinator des Consiliums

Fachgebiete: Zahnärztliche Gesundheits-, Sozial- und Berufspolitik;

Recht der zahnärztlichen Versorgung und der Heilberufe; Recht der sozialen Sicherheit;

Geschäftsführender Direktor des Instituts der Deutschen Zahnärzte;

Professor für Verwaltungs- und Sozialrecht sowie Sozialmanagement an der Katholischen Hochschule für Sozialwesen NRW

119 |

Prof. Dr. jur. Peter Tettinger

Fachgebiete: Zahnärztliches Berufsrecht; Recht der Heilberufsorganisation;

Staats- und verwaltungsrechtliche Bezüge des Gesundheitswesens;

Professor für Öffentliches Recht an der Universität Köln

Prof. Dr. rer. pol. Eberhard Wille

Fachgebiete: Gesundheitsökonomie; Finanzwissenschaftliche Fragen des Gesundheitswesens;

Vorsitzender des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen;

Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre an der Universität Mannheim

Prof. Dr. rer. oec. Johann Eekhoff

Staatssekretär a.D.

Fachgebiete: Ordnungspolitische Bezüge des Gesundheitswesens;

Gesundheitsökonomie; Wirtschafts- und Gesundheitspolitik;

Direktor des Instituts für Wirtschaftspolitik der Universität Köln

Prof. Dr. jur. Meinhard Heinze †

Fachgebiete: Sozial-, arbeits- und versicherungsrechtliche Bezüge der zahnmedizinischen Versorgung, insbesondere europäisches Sozialrecht;

Professor für Arbeits- und Sozialrecht an der Universität Bonn

Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Wilfried Wagner

Fachgebiete: Wissenschaftliche Grundlagen der zahnärztlichen Berufsausübung;

Entwicklung des zahnärztlichen Berufsbildes; Sozialmedizinische Bezüge der Zahnheilkunde;

Direktor der Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz



BUNDESZAHNÄRZTEKAMMER

