



Stellungnahme der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und der Bundeszahnärztekammer zum Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz)

KZBV und BZÄK nehmen nachfolgend zu dem vorliegenden Gesetzentwurf Stellung.

Vor dem Hintergrund des bestehenden Finanzierungsdefizits in der GKV ist zwar nachvollziehbar, dass der Gesetzgeber die in den Reformempfehlungen der Finanzkommission Gesundheit angelegten, kurzfristig wirksamen Sparmaßnahmen möglichst zeitnah umsetzen möchte, gleichwohl wäre eine der Reichweite der Regelungswirkung angemessen Rechnung tragende Auseinandersetzung mit Inhalten des Gesetzes aus Sicht von KZBV und BZÄK wünschenswert.

Nicht verständlich ist in diesem Zusammenhang, dass mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz auch bereits strukturelle Reformen auf den Weg gebracht werden sollen, die nach dem ursprünglich vorgesehenen Zeitplan erst zum Jahresende initiiert werden sollten. Konkret angesprochen sind damit die für die kieferorthopädische Versorgung geplanten Änderungen, deren Herleitung durch die Finanzkommission Gesundheit bereits im methodischen Ansatz verfehlt, in ihren konkreten Auswirkungen von den Autoren offensichtlich nicht bedacht bzw. nicht überblickt wurden und die – jedenfalls in der aktuell angedachten Ausgestaltung – unmittelbar und nachhaltig Versorgung schädigen werden (zu den Details s. II.). KZBV und BZÄK raten vor diesem Hintergrund eindringlich dazu, die geplante Reform der kieferorthopädischen Versorgung im GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz zu streichen, hilfsweise diese zumindest zurückzustellen und diesbezüglich vor einer etwaigen Neuauflage in den Austausch mit der Selbstverwaltung zu treten.

Gleichfalls unverständlich ist, dass die Finanzierung der Beiträge für Beziehende von Leistungen der Grundsicherung auch auf absehbare Zeit ganz überwiegend über eine Quersubventionierung seitens der Gemeinschaft der Beitragszahlenden erfolgen soll, anstatt dass sich der Bund seiner Verantwortung stellt und diese, wie es für die Finanzierung allgemeiner Staatsaufgaben angezeigt wäre, aus Steuermitteln aufbringt. Allein das mit dem entsprechenden Reformvorschlag der Finanzkommission Gesundheit einhergehende Einsparpotential von 12,0 Mrd. € würde einen Großteil des für das Jahr 2027 im vorliegenden Gesetzesentwurf mit 15 Mrd. € bezifferten Finanzierungsdefizits decken und eine Vielzahl versorgungsschädigender Regelungen erübrigen. Die lediglich stufenweise angedachte Anhebung der Finanzierung der Beiträge für Empfänger von Leistungen der Grundsicherung um anfänglich 250 Mio. € in 2027 auf bis zu 2 Mrd. € ab 2031 mutet vor dem Hintergrund der Höhe der verbleibenden Unterdeckung und angesichts dessen, dass der Bundeszuschuss an den Gesundheitsfonds

bereits ab 2027 um 2 Mrd. € gekürzt werden soll, mithin also der GKV bis 2031 faktisch zusätzlich Mittel entzogen werden, wie eine bloße und noch dazu im Hinblick auf ihre Finanzwirkung höchst fragwürdige Symbolpolitik an.

Schließlich erachten KZBV und BZÄK den für die Vergütung der vertragszahnärztlichen Leistungen vorgesehenen Regelungsansatz für verfehlt. Die Begrenzung der Entwicklung von Punktwerten (Preiskomponente) und Gesamtvergütungen (Mengenkomponente) lässt nicht nur außer Acht, dass die vertragszahnärztliche Vergütung trotz Aufgabe der strengen Grundlohnsummenanbindung durch das GKV-VStG im Jahr 2013 entgegen dem allgemeinen Trend in der GKV seither ausgabenstabil geblieben ist, sondern geht in der konkret angedachten Umsetzung sowohl hinsichtlich der Höhe des von der Finanzkommission Gesundheit für den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung vorgegebenen Sparziels als auch hinsichtlich der Begrenzung der Mengenkomponente über die Empfehlung der Finanzkommission Gesundheit hinaus. Diese hatte zutreffend von einer Begrenzung der Mengenkomponente abgeraten, um Raum für die Berücksichtigung morbiditätsbedingter Mengenentwicklungen und medizinischer Innovationen zu belassen. Die im vorliegenden Entwurf des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes vorgesehenen Regelungen lassen hingegen keinen Raum für solche Entwicklungen, sondern werden vielmehr absehbar zu Verwerfungen im Leistungsgeschehen führen (zu den Details s. I).

Dies in der Gesamtbewertung des vorliegenden Gesetzentwurfs vorausschickend, nehmen KZBV und BZÄK zu dessen einzelnen Regelungen im Übrigen wie folgt Stellung:

Übersicht: Positionen v. KZBV & BZÄK zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsg

I. Vergütung der zahnärztlichen Leistungen, §§ 71, 85 Abs. 2d und 3 SGB V-E: Angemessene Berücksichtigung der Kostenentwicklung bei der Lastenverteilung

Kostenentwicklung im vertragszahnärztlichen Bereich aufgrund konsequent präventionsorientierter Ausrichtung der Versorgung und verantwortungsvollem Mitteleinsatz bei gleichzeitigem Ausbau des Leistungsangebotes für vulnerable Gruppen stabil bzw. rückläufig.

Zahnärzteschaft bereits durch GKV-FinStG überproportional belastet, da neben dem gesetzlich vorgesehenen Einsparpotential zugleich die Refinanzierung der neu eingeführten PAR-Behandlungstrecke entfallen ist, was sich bis heute negativ im Leistungsgeschehen niederschlägt.

- **Problem I:** GLS-Anbindung hinsichtlich Preiskomponente (Punktwerte) nicht erforderlich, hinsichtlich Mengenkomponekte (Gesamtvergütungen) versorgungsschädigend, da kein Raum für die Berücksichtigung von Morbidität und Innovation verbleibt.
 - ▶ **Lösung:** Keine GLS-Anbindung im vertragszahnärztlichen Bereich.
- **Problem II:** Vorgesehenes Einsparvolumen durch 1-Prozentpunkt-Abschlag auf GLS nach GKV-BStabG geht über Empfehlung der FKG hinaus.
 - ▶ **Lösung:** Soweit GLS-Anbindung erfolgt, 1-Prozentpunkt-Abschlag auf den ZE-Punktwert streichen, da historisch deutlich niedriger als der für den Versorgungsbereich maßgebliche KCH-Punktwert und Einsparpotential nach FKG trotzdem erreicht wird.
- **Problem III:** Die Leistungen der modernen, präventionsorientierten Parodontistherapie (PAR) sowie die bisher schon mit extrabudgetären Präventionsleistungen und Leistungen für vulnerable Gruppen einhergehenden kurativen „Begleitleistungen“ unterliegen künftig der strikten Budgetierung, was absehbar zu Verwerfungen im Leistungsgeschehen führt.
 - ▶ **Lösung:** Soweit GLS-Anbindung erfolgt, diese auf Preiskomponente begrenzen. Hilfsweise kurative Begleitleistungen, die im Rahmen abrechnungstechnisch privilegierter Leistungen erbracht werden, in gleicher Weise privilegieren. Zudem PAR-Leistungen in Gänze in die Ausnahmen in § 85 Abs. 3 Satz 2 SGB V-E einbeziehen und als gesetzliche Präventionsleistungen verankern.

II. Kieferorthopädische Versorgung

1. Fachzahnarztvorbehalt gem. § 28 Abs. 2, 2a SGB V-E

- Entgegen den zur Rechtfertigung aufgestellten Behauptungen von FKG und Gesetzgeber gibt es in der kieferorthopädischen Versorgung keine Tendenz zu Über- und Fehlversorgungen. Dies zeigen auch die Ergebnisse der 6. Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS 6), die in dem FKG-Bericht keine Erwähnung findet. Zudem besteht hohe Patientenzufriedenheit.
- Demgegenüber würde ein Fachzahnarztvorbehalt deutschlandweit zu einem Verlust von ca. einem Viertel der Leistungserbringer für Kieferorthopädie führen und damit massive Versorgungsengpässe herbeiführen.
- Losgelöst davon, wäre das mit einem Fachzahnarztvorbehalt faktisch einhergehende Berufsverbot für kieferorthopädisch tätige Zahnärzte, die über keine fachzahnärztliche Weiterbildung verfügen, verfassungsrechtlich nicht haltbar.
 - ▶ **Lösung:** Verzicht auf Fachzahnarztvorbehalt.
Soweit der Gesetzgeber die Regelungen trotz der hier geäußerten Kritikpunkte nicht fallen lässt, halten es KZBV und BZÄK hilfsweise allenfalls für sachlich vertretbar, statt eines Fachzahnarztvorbehalts eine Regelung auf Grundlage der Fortbildungsnachweispflicht nach § 95d SGB V zu treffen.
Zudem umfassende Bestandsschutzregelung für alle bereits vor Inkrafttreten von Neuregelungen kieferorthopädisch versorgenden Zahnärzte.

2. KFO-Leistungskomplexe und Pauschalvergütungen, § 87 Abs. 1d, 2h SGB V-E

- Die aktuelle KFO-Vergütungssystematik verfügt bereits über ein ausdifferenziertes Mischsystem aus Pauschalen und Einzelleistungen, das für die Solidargemeinschaft der GKV eine wirtschaftliche Behandlungsweise gewährleistet, indem es die KFO-Behandlung zum einen in zeitlicher Hinsicht befristet und die erbringbaren Einzelleistungen streng limitiert.
 - Die stattdessen nunmehr vorgesehenen umfassenden Leistungskomplexe mit Pauschalvergütungen wären demgegenüber angesichts der Bandbreite bestehender Behandlungsbedarfe nicht in einer Weise umsetzbar, dass sie die medizinisch notwendige, bedarfsgerechte Versorgung des jeweiligen Einzelfalles abdecken können.
 - Eine Veränderung der Vergütungssystematik kann - wenn überhaupt - erst sinnvoll erfolgen nach Abschluss der dem G-BA gem. § 92 Abs. 1a SGB V-E aufgegebenen Überprüfung der KFO-Richtlinien. Die dem G-BA hierfür eingeräumte Frist muss auf 2 Jahre erhöht werden.
- **Lösung:** Zumindest vorerst Verzicht auf die Regelungen und Neubewertung ihrer Erforderlichkeit nach Abschluss der Überprüfung der KFO-Richtlinien durch den G-BA, wobei die Frist hierfür auf 2 Jahre zu verlängern ist.

III. Vergütungsbeschränkungen von Vorständen und von Führungskräften

- Die Gehälter der Betroffenen generieren sich nicht aus GKV-Mitteln, sondern aus denen der Zahnärzte, sodass die Vergütungsbeschränkung überhaupt nicht zur Entlastung der GKV beiträgt. Die Mittel unterliegen zudem der binnenparlamentarischen Kontrolle. Die (verfassungs-)rechtliche Zulässigkeit der geplanten Regelungen ist sowohl im Hinblick auf individuelle Grundrechte als auch die Selbstverwaltungsautonomie zweifelhaft.
 - KZBV und KZVen sind im Interesse einer funktionierenden Selbstverwaltung sowohl auf als auch unterhalb der Vorstandsebene auf spezialisiertes Spitzenpersonal angewiesen und stehen dabei in unmittelbarer Konkurrenz zum übrigen Arbeitsmarkt. Dabei kommt der Möglichkeit zur Gewährung konkurrenzfähiger Vergütungen eine essenzielle Bedeutung zu.
 - Durch die vorgesehenen Beschränkungen der Gehälter von Vorständen und außertariflich vergüteten Führungskräften, die faktisch auf eine schleichende Entwertung durch permanenten Kaufkraftverlust hinauslaufen, werden die Möglichkeiten zur Gewinnung und zum Halten von Spitzenpersonal nachhaltig beeinträchtigt und zudem in unangemessener Weise in die Rechtspositionen und die Lebensplanung der Betroffenen eingegriffen.
 - Für Vorstände auf Bundesebene kommt hinzu, dass deren Gehälter bereits seit einer Dekade durch das TSVG unter der (verfehlten) Annahme moderater Inflationsraten eingefroren wurden und diese seinerzeit nur befristete Regelung nunmehr unzumutbar verstetigt würde.
- **Lösung:** Die vorgesehenen Beschränkungen der Gehaltsentwicklung sowohl auf Vorstandsebene als auch der Führungskräfte darunter sind ersatzlos zu streichen.

IV. Gegenfinanzierung der Beiträge für Leistungsempfänger von Grundsicherung

- Obwohl allgemeine Staatsaufgabe und nicht Aufgabe der GKV-Versichertengemeinschaft, wird die Gegenfinanzierung der Beiträge für Beziehende von Grundsicherungsleistungen als finanzwirksamste Sparempfehlung der FKG nicht wirksam aufgegriffen.
- **Lösung:** Sofortige kostenadäquate Finanzierung der GKV-Aufwendungen für Beziehende von Grundsicherungsleistungen als allgemeine Staatsaufgabe aus Steuermitteln.

Stellungnahme im Einzelnen:

I. Begrenzung der Punktwerte und der Gesamtvergütungen, § 85 Abs. 2d, Abs. 3 Satz 2 SGB V-E, inkl. Abschlag auf die GLS für 2027-2029 gem. § 71 Abs. 3 Satz 4 SGB V-E

1. Kostenentwicklung im vertragszahnärztlichen Bereich rechtfertigt keinen erneuten Sparbeitrag

Deutschland nimmt bei der Mundgesundheit im internationalen Vergleich eine Spitzenposition ein. Gleichzeitig ist der vertragszahnärztliche Bereich trotz der Aufhebung der strikten Grundlohnsummenanbindung durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) im Jahr 2013 der ausgabenstabilste Bereich innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung. Tatsächlich ist der Zahnärzteschaft als einzigem Bereich gelungen, ihren Anteil an den GKV-Gesamtausgaben kontinuierlich (auf aktuell 5,7 Prozent) zu senken und das, obwohl der Leistungskatalog insbesondere auch für sog. vulnerable Gruppen stetig ausgebaut wurde. Würde man die Ausgaben im zahnärztlichen Bereich um diese neu eingeführten Versorgungskonzepte (PAR-Behandlungsstrecke, Früherkennungsleistungen für Kinder unter 3 Jahren, Alters- und Behinderterzahnheilkunde, Präventionsleistungen nach § 22a SGB V), auf die inzwischen ein Anteil von 14 Prozent des zahnärztlichen Leistungsgeschehens entfällt (s. Abb. 1), bereinigen, würde der Anteil der zahnärztlichen Versorgung an den GKV-Gesamtausgaben noch einmal deutlich niedriger ausfallen. Ermöglicht wurde diese Entwicklung durch eine erfolgreiche und konsequent präventionsorientierte Ausrichtung der Versorgung sowie einen verantwortungsbewussten Umgang der Selbstverwaltung mit den gesetzlich eingeräumten Gestaltungsspielräumen im vertragszahnärztlichen Bereich.

Abb. 1: Neu eingeführte Versorgungskonzepte:

Erweiterung des Leistungsspektrums durch neu eingeführte Versorgungskonzepte

Leistungen	Punktevolumen (in Mio.)		Veränderung, abs. 2015/2024	Anteil an Punktmenge	
	Jahr 2015	Jahr 2024		Jahr 2015	Jahr 2024
Einführung der neuen Par-Behandlungsstrecke	455	1.256	801	4,6%	11,7%
Aufsuchende Betreuung (Besuche/Zuschläge)	20	65	45	0,2%	0,6%
Präventionsleistungen (§ 22a SGB V)	0	35	35	0,0%	0,3%
FU-Leistungen (FU2, FU1a-c, FuPr, FLA)	31	71	40	0,3%	0,7%
Telemedizin-Leistungen / ePA 2 (Bonusheft)	0	80	80	0,0%	0,7%
UK-Protrusionsschiene	0	8	8	0,0%	0,1%
Versorgungskonzepte Gesamt	506	1.515	1.009	5,1%	14,1%
Punktmenge KCH+Par+KB+Kfo	9.948	10.719	771	100,0%	100,0%

Durch eine undifferenzierte Sparpolitik, die diesem verantwortungsvollen Umgang mit GKV-Mitteln im vertragszahnärztlichen Bereich nicht Rechnung trägt, wird es absehbar zu Verwerfungen im Versorgungsgeschehen kommen (s. insb. 2.) und werden darüber hinaus die eingangs skizzierten Erfolge einschließlich des Befunds in Sachen Mundgesundheit nachhaltig gefährdet.

Bereits durch die durch das GKV-FinStG eingezogenen Vergütungsbegrenzungen in § 85 Abs. 2d und 3a SGB V wurde der Vertragszahnärzteschaft ein sachlich nicht gerechtfertigter Sparbeitrag abverlangt, der aufgrund der Basiswirksamkeit dieser Regelungen mit weit über 300

Mio. € pro Jahr fortwirkt. Die verheerenden Auswirkungen auf die Versorgung durch die seinerzeitige strikte GLS-Anbindung auch der Leistungsmenge lassen sich bis heute anhand der massiven Beeinträchtigungen bei der neuen PAR-Behandlungsstrecke nachvollziehen.

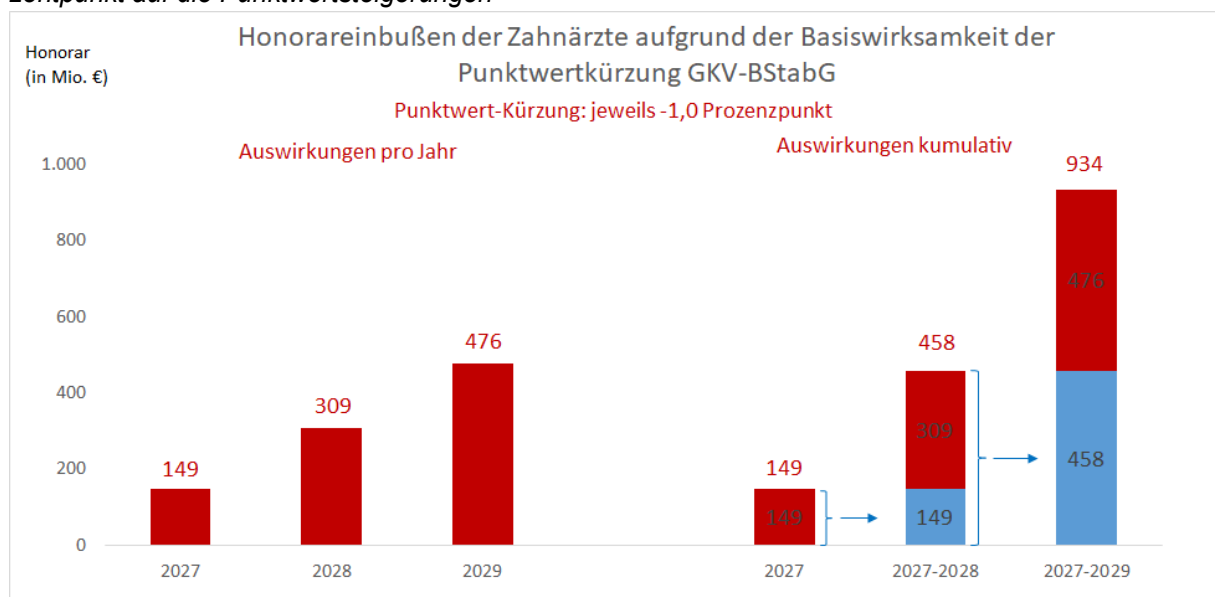
Mit der über den nunmehr vorgesehenen § 85 Abs. 2d SGB V-E stattfindenden Begrenzung der Punktwertsteigerungen auf die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V (GLS) und der über § 85 Abs. 3 Satz 2 SGB V-E vorgesehenen Begrenzung der Veränderungen der Gesamtvergütungen auf die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V inklusive eines Abschlags von einem Prozentpunkt auf die GLS für die Jahre 2027 bis 2029 gemäß dem neu vorgesehenen § 71 Abs. 3 Satz 4 SGB V-E wird der vertragszahnärztliche Bereich über Gebühr und sogar deutlich über das seitens der Finanzkommission Gesundheit (FKG) vorgeschlagene Maßnahmenbündel und die bis 2030 insgesamt für ihn veranschlagten Sparbeträge hinaus getroffen.

Dies insoweit, als die Reformempfehlung Nr. 1 der FKG betreffend eine einnahmenorientierte Ausgabenpolitik nach hiesigem Verständnis lediglich eine Begrenzung der Preiskomponente (Punktwerte) und nicht zugleich, insoweit abweichend von der Umsetzung im BStabG, der Mengenkompente (Gesamtvergütungen) vorsah. Auch werden die Vertragszahnärzte gemessen an dem von der FKG prognostizierten Sparvolumen durch das im vorliegenden Gesetzentwurf angelegte Sparvolumen über Gebühr belastet, insoweit dieses das von der FKG vorgegebene Sparziel ohne sachliche Rechtfertigung übersteigt.

Eine solch undifferenzierte Miteinbeziehung des vertragszahnärztlichen Bereichs in die finanzielle Konsolidierung der GKV ist jedoch mit Blick auf die zurückliegende Ausgabenentwicklung und die kosteneffiziente Ausrichtung der Versorgung nicht angezeigt.

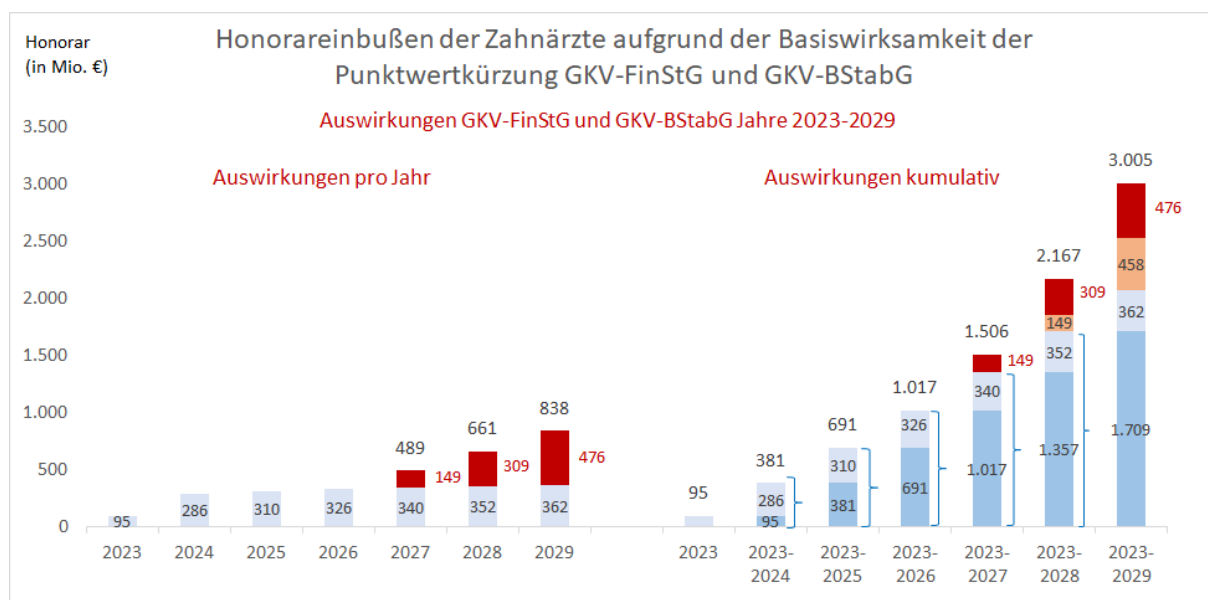
Zur Erzielung des in dem FKG-Bericht für den vertragszahnärztlichen Bereich veranschlagten Einsparvolumens durch die Etablierung von Vergütungsbegrenzungen (für 2027: ca. 155 Mio. €, die bis 2030 auf bis zu ca. 481 Mio. € anwachsen) würden weitaus geringere Maßnahmen ausreichen. So würde allein die dreijährige (2027-2029) Begrenzung der Punktwerte auf die GLS abzgl. 1 Prozentpunkt nach den Berechnungen der KZBV annähernd die von der FKG veranschlagten Sparbeiträge erreichen, nämlich insgesamt ca. 934 Mio. € für 2027 bis 2029 (siehe Abb. 2).

Abb. 2: Sparbeitrag der Vertragszahnärzteschaft allein aufgrund dreijährigen GLS-Abschlags von 1 Prozentpunkt auf die Punktwertsteigerungen



Zieht man den infolge des GKV-FinStG fortwirkenden Sparbeitrag der Zahnärzteschaft in die Betrachtung mit ein, wird seit Einführung der Regelungen in 2023 bis zum Jahr 2029 der Betrag auf insgesamt weitere 3,005 Mrd. € Honorareinbußen der Vertragszahnärzteschaft anwachsen (siehe Abb. 3). Dies darf nicht außer Betracht gelassen werden.

Abb. 3: Honorareinbußen infolge GKV-FinStG (blau), kumuliert mit Beschränkung auf dreijährigen Punktwertabschlag gemäß Abb. 2



Statt den nunmehr mit dem Entwurf des BStabG geplanten Sparbeitrag der Vertragszahnärzteschaft zumindest auf dem Niveau zu halten, das von der FKG veranschlagt worden ist, werden nun die Vertragszahnärzte aber darüber hinaus gehend nicht nur mit einer dauerhaften Anbindung der Punktwerte an die GLS auch über 2029 hinaus belastet (§ 85 Abs. 2d SGB V-E), sondern weitaus fataler noch mit einer gleichzeitigen Begrenzung der Gesamtvergütungen als solchen (§ 85 Abs. 3 Satz 2 SGB V-E), so dass neben der von der FKG allein in Bezug genommenen Preiskomponente auch die Leistungsmenge begrenzt wird - und dies sogar ebenfalls bei einem Abschlag von 1 Prozentpunkt auf die GLS für 2027 bis 2029, danach auf die GLS. Damit liegt im Ergebnis nichts anderes vor als eine Rückkehr zu einer strikten Budgetierung der Gesamtvergütungen bei zunächst einer für die Jahre 2027 bis 2029 darüber hinaus gehenden, modifizierten Reaktivierung des GKV-FinStG und dessen Regelungen in § 85 Abs. 2d und 3a SGB V.

Während die Reformempfehlung Nr. 1 des FKG-Bericht nach hiesigem Verständnis allein eine Begrenzung der Preiskomponente der Vergütungen, mithin eine Anbindung der Punktwertsteigerungen an die GLS, vorsah und gleichzeitig die Wichtigkeit betonte, dies gerade nicht auf die Mengenkompone zu erstrecken, damit der nötige Freiraum für Innovationen und unvorhergesehene Mengenentwicklungen verbleibt, wird genau dieser Freiraum nun durch die strikte Bindung auch der Leistungsmenge an die GLS (und für drei Jahre sogar eine reduzierte GLS) komplett beseitigt. Die über die Veränderungsparameter des § 85 Abs. 3 Satz 1 SGB V an sich berücksichtigungsfähige Leistungsmenge (Morbidität, neue Leistungen) kann damit nun weitestgehend nicht mehr berücksichtigt werden, da in der Verhandlungsrealität die die Kostenstruktur abdeckenden Punktwerte bereits einen Großteil der GLS aufzehren, womit § 85 Abs. 3 Satz 1 SGB V hinsichtlich der die Menge betreffenden Veränderungsparameter faktisch leerläuft.

Forderung von KZBV und BZÄK:

KZBV und BZÄK halten angesichts der zurückliegenden Ausgabenentwicklung im vertragszahnärztlichen Bereich sowohl die Rückkehr zur strikten GLS-Anbindung als auch die Budgetierung der Gesamtvergütungen für verfehlt und fordern den Gesetzgeber auf, die diesbezüglichen im Regierungsentwurf des BStabG enthaltenen Regelungen ersatzlos zu streichen.

Lediglich hilfsweise wird insoweit gefordert, das Sparvolumen auf dem von der FKG veranschlagten Niveau zu halten. Hierzu würde es bereits reichen, den ZE-Punktwert von dem GLS-Abschlag i.H.v. 1 Prozentpunkt für die Jahre 2027 bis 2029 auszunehmen, wozu eine entsprechende Anpassung des § 57 SGB V erforderlich wäre. Dieser Schritt wäre auch insoweit sachgerecht, als der ZE-Punktwert um ca. 15 Prozent deutlich hinter dem für die vertragszahnärztliche Vergütung richtungsweisenden „Hauptpunktwert“ für konservierend-chirurgische Leistungen (KCH) zurückliegt und allein schon von daher eine zusätzliche Absenkung nicht angezeigt ist. Das von der FKG vorgegebene Sparziel würde ungeachtet dessen weiterhin erreicht.

2. Verwerfungen im Leistungsgeschehen zulasten insb. der Parodontitisversorgung sowie von vulnerablen Patientengruppen vermeiden

Die strikte Budgetierung konterkariert die fortwährenden Bemühungen der Zahnärzteschaft, eine moderne präventionsorientierte Versorgung zu gestalten.

Welche verheerenden Auswirkungen auf die Versorgung die nunmehr vorgesehene strikte GLS-Anbindung auch der Leistungsmenge nach sich zieht, hat sich zuletzt anhand der massiven Beeinträchtigungen bei der neuen PAR-Versorgungsstrecke gezeigt, die durch die seinerzeitige befristete Deckelung auch der Leistungsmengen mittels des mit dem GKV-FinStG eingeführten § 85 Abs. 3a SGB V bewirkt worden ist. Diese Entwicklung würde nun perpetuiert und nochmals verstärkt. Sie konterkariert jedwede Bemühungen von Zahnärzteschaft und G-BA, eine moderne, präventionsorientierte und dringend benötigte Versorgung für ca. 14 Mio. an einer schweren Parodontalerkrankung leidenden Versicherten zu gestalten.

Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang auch auf die Folgekosten, die mit der präventionsorientierten Parodontitis-Therapie vermieden werden: Nach den Berechnungen der KZBV sind dies im zahnmedizinischen Bereich bei einer der Morbidität angemessenen PAR-Behandlung kurzfristig rd. 200 Mio. € p.a. und mittel- und langfristig rd. 300 Mio. € p.a. an Einsparungen bei den GKV-Ausgaben, zusätzlich besteht erhebliches Einsparpotential im ärztlichen Bereich.

Auch wird für die Einführung weiterer Leistungen, die in den vergangenen Jahren insbesondere für vulnerable Patienten stetig ausgebaut wurden, der nötige Freiraum unter der im vorliegenden Gesetzesentwurf angedachten Regelungssystematik nicht mehr vorhanden sein. Im Gegenteil sind bei Beibehaltung dieser Systematik Verwerfungen im Leistungsgeschehen vorgezeichnet. Zwar werden gerade die Leistungen für vulnerable Versichertengruppen wie Pflegebedürftige und Versicherten mit Behinderungen sowie die Früherkennungsuntersuchungen für Kinder von den harten Regelungen zur Punktwertbegrenzung und zur Veränderung der Gesamtvergütung ausgenommen. Gerade diese Gruppen zeichnen sich jedoch durch besondere Versorgungsbedarfe aus, die unmittelbar von den harten fiskalischen Einschnitten betroffen sein werden.

Mit der Erbringung dieser im Hinblick auf eine strenge GLS-Anbindung privilegierten Leistungen geht naturgemäß im Bedarfsfall auch eine kurative Behandlung der Versicherten einher. Die in diesem Zusammenhang erbrachten „Behandlungs-/Begleitleistungen“ sind jedoch ihrerseits nicht privilegiert, sondern unterliegen vollumfänglich den Gesamtvergütungen und damit künftig der Budgetierung. Eine Auswertung der KZBV zeigt, dass jedem im vorgenannten Sinne „privilegierten“ bzw. nicht budgetierten Leistungspunkt entsprechend budgetierte Leistungspunkte aus kurativer Behandlung gegenüberstehen. Im Falle der Präventionsleistungen der Individualprophylaxe und Frühuntersuchungen bei Kindern und Jugendlichen sind dies durchschnittlich 1,36 Leistungspunkte KCH, im Falle der aufsuchenden zahnärztlichen Versorgung ca. 0,6 Punkte. Sollten eine vollständige Gegenfinanzierung dieser kurativen „Begleitleistungen“ künftig regelmäßig der Budgetierung zum Opfer fallen, werden allein die Vergütungen der im Hinblick auf die GLS-Anbindung privilegierten Leistungen nicht ausreichen, um den mit ihrer Erbringung einhergehenden Mehraufwand aufseiten der Praxis adäquat abzubilden.

Allein hieran lässt sich nachvollziehen, dass weitere Ausweitungen des Leistungskatalogs, wie sie derzeit etwa im Hinblick auf eine Erstreckung des § 119b SGB V auf Einrichtungen der Eingliederungshilfe bzw. Einrichtungen für behinderte Menschen angedacht sind, im Falle budgetierter Gesamtvergütungen zwangsläufig zu Verwerfungen im Leistungsgeschehen führen müssen, wenn die hierdurch ausgelösten kurativen „Behandlungs-/Begleitleistungen“ in den Gesamtvergütungen nicht länger berücksichtigt werden können.

Unter den angedachten Bedingungen wird es daher nicht mehr möglich sein, eine zielgruppen- und bedarfsgerechte Versorgung umzusetzen.

Forderung von KZBV und BZÄK:

KZBV und BZÄK fordern daher auch insoweit, von einer strikten Budgetierung der Gesamtvergütungen (§ 85 Abs. 3 Satz 2 SGB V-E) abzusehen. Hilfsweise wird gefordert, die im Rahmen der Erbringung von (im Hinblick auf die GLS-Anbindung) privilegierten Leistungen anfallenden „Begleitleistungen“ in gleicher Weise zu privilegieren bzw. von der strikten Budgetierung auszunehmen. Zudem müssen auch die Parodontitis-Leistungen - über die bisher in § 85 Abs. 3 Satz 2 Hs. 2 SGB V-E vorgesehene Ausnahme für PAR-Leistungen an Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen hinaus - in Gänze von der strikten Budgetierung ausgenommen werden. Hierzu muss - entsprechend der insoweit auch vom Bundesrat erhobenen Forderung - die Ausnahme in § 85 Abs. 3 Satz 2 SGB V entsprechend ausgeweitet und müssen flankierend die Parodontitis-Leistungen als gesetzliche Präventions- und Früherkennungsmaßnahmen innerhalb der §§ 20 ff. SGB V (zum Beispiel in Gestalt eines neuen § 22b SGB V) anerkannt werden.

II. Neustrukturierung der kieferorthopädischen Versorgung, § 28 Abs. 2 Sätze 6 und 7, Abs. 2a SGB V-E, § 87 Abs. 1d, 2h SGB V-E

KZBV und BZÄK lehnen den mit den vorgesehenen Regelungen in § 28 Abs. 2 Sätze 6 und 7, Abs. 2a, § 87 Abs. 1d und 2h SGB V-E jedenfalls in der vorgesehenen Form ab, da die hiermit verbundenen Eingriffe in die kieferorthopädische Versorgung absehbarerweise eine Gefährdung der Versorgung zur Folge haben werden. Im Einzelnen:

1. Fachzahnarztvorbehalt, § 28 Abs. 2 Sätze 6 und 7, Abs. 2a SGB V-E

Der Regierungsentwurf sieht vor, dass kieferorthopädische Behandlung nicht mehr zur zahnärztlichen Versorgung gem. § 28 Abs. 2 SGB V gehört, wenn sie durch Vertragszahnärzte, die keine Anerkennung als Fachzahnarzt für Kieferorthopädie besitzen, erbracht wird. Begründet wird die Regelung im Kern damit, dass nur so eine Behandlung auf dem notwendigen und einem möglichst einheitlichen Qualitätsniveau sichergestellt werden könne. Bereits begonnene Behandlungen dürfen ungeachtet dessen noch fortgeführt werden (§ 28 Abs. 2a SGB V-E).

Bewertung von KZBV und BZÄK:

Der Einführung eines Fachzahnarztvorbehalts für die vertragszahnärztliche kieferorthopädische Behandlung bedarf es zur Sicherung eines notwendigen und möglichst einheitlichen Qualitätsniveaus in der Versorgung nicht. Ein Fachzahnarztvorbehalt wird vielmehr allein zur Folge haben, dass die kieferorthopädische Versorgung nicht mehr flächendeckend stattfinden kann. Der Regelungsentwurf gefährdet damit massiv die bislang gemeinsam erreichten Erfolge in der Mundgesundheit bei Kindern und Jugendlichen der letzten Jahrzehnte. Diese Erfolge in der Prävention, aber auch speziell der Kieferorthopädie werden aktuell durch die Ergebnisse der 6. Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS 6) unterstrichen (<https://www.deutsche-mundgesundheitsstudie.de/>).

Insbesondere hat die DMS 6 gezeigt, dass eine Leistungsausweitung, die von der Finanzkommission Gesundheit ihrem Vorschlag, auf dem der Regelungsentwurf fußt, zugrunde gelegt wurde, nicht besteht: Die kieferorthopädische Behandlungsnotwendigkeit ist in Deutschland über Jahrzehnte weitgehend konstant geblieben. Dieses Ergebnis deckt sich mit der Auswertung der KZBV des vertragszahnärztlichen Abrechnungsgeschehens bez. der Neuplanungen im Bereich Kieferorthopädie. Die Konstanz der Behandlungsnotwendigkeit zeigt sich auch an den Langzeitauswertungen der Entwicklung des Ausgabengeschehens. Der Anteil der kieferorthopädischen Versorgung am Ausgabengeschehen der vertragszahnärztlichen Versorgung, die selbst nur einen Teil von 5,7 % an den GKV-Gesamtausgaben mit stetig sinkender Tendenz ausmacht, hat sich von knapp unter 10 % 2003 auf 7,8 % im Jahr 2024 verringert.

Der vorgesehenen Regelungen werden bei Umsetzung zur sozialen Spaltung der Gesellschaft auf Basis sozialer Hintergründe sowie zwischen ländlichem und städtischem Raum beitragen. Bei Umsetzung dieses sozialpolitisch verhängnisvollen Regelungsentwurfs wird man künftig soziale Unterschiede wieder an den Zähnen erkennen.

Begründung im Einzelnen

a) Drastische Verringerung der Anzahl der Leistungserbringenden

Bei einem Fachzahnarztvorbehalt würde sich der Anteil der Zahnärztinnen und Zahnärzte, die kieferorthopädische Leistungen erbringen, deutschlandweit drastisch verringern.

Zum 31.12.2024 waren 2.803 Fachzahnärztinnen und Fachzahnärzte für Kieferorthopädie bezogen auf Vollzeitäquivalente in Deutschland tätig. Kieferorthopädische Leistungen wurden auch von 1.050 angestellten Zahnärztinnen und Zahnärzten, teils mit teils ohne Fachzahnarztanerkennung erbracht. Hinzu kommen 891 sog. Anrechner (Vollzeitäquivalente),

also Zahnärztinnen und Zahnärzte ohne Fachzahnarztanerkennung, die kieferorthopädische Leistungen erbringen:

kieferorthopädische Versorgung 31.12.2024 (Vollzeitäquivalente)				
	Kiefer-orthopäden	Angestellte Kfo	Kfo-Anrechnung Zahnärzte	insgesamt
Bayern	498	102	167	766
Baden-Württemberg	429	181	91	701
Hessen	262	61	41	364
Rheinland-Pfalz	146	77	35	258
Saarland	30	11	6	47
Nordrhein	333	175	121	629
Westfalen-Lippe	276	203	105	584
Niedersachsen	202	48	104	354
Bremen	23	12	0	35
Hamburg	76	22	11	109
Schleswig-Holstein	115	30	16	161
Berlin	98	56	75	229
Alte Bundesländer	2.487	977	771	4.235
Mecklenburg-Vorpommern	35	7	20	62
Brandenburg	64	18	33	115
Sachsen-Anhalt	46	11	13	69
Thüringen	53	14	26	92
Sachsen	120	23	28	171
Neue Bundesländer	316	73	120	509
Deutschland	2.803	1.050	891	4.744

Verteilung der kieferorthopädischen Versorgung an Deutschland 31.12.2024				
	Kiefer-orthopäden	Angestellte Kfo	Kfo-Anrechnung Zahnärzte	insgesamt
Bayern	17,8%	9,7%	18,7%	16,1%
Baden-Württemberg	15,3%	17,3%	10,2%	14,8%
Hessen	9,3%	5,8%	4,6%	7,7%
Rheinland-Pfalz	5,2%	7,3%	3,9%	5,4%
Saarland	1,1%	1,0%	0,6%	1,0%
Nordrhein	11,9%	16,7%	13,6%	13,3%
Westfalen-Lippe	9,9%	19,3%	11,8%	12,3%
Niedersachsen	7,2%	4,6%	11,7%	7,5%
Bremen	0,8%	1,1%	0,0%	0,7%
Hamburg	2,7%	2,1%	1,2%	2,3%
Schleswig-Holstein	4,1%	2,9%	1,8%	3,4%
Berlin	3,5%	5,4%	8,4%	4,8%
Alte Bundesländer	88,7%	93,1%	86,5%	89,3%
Mecklenburg-Vorpommern	1,2%	0,7%	2,2%	1,3%
Brandenburg	2,3%	1,7%	3,7%	2,4%
Sachsen-Anhalt	1,6%	1,0%	1,5%	1,5%
Thüringen	1,9%	1,3%	2,9%	1,9%
Sachsen	4,3%	2,2%	3,1%	3,6%
Neue Bundesländer	11,3%	6,9%	13,5%	10,7%
Deutschland	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Insbesondere in den neuen Bundesländern wird die Versorgung zu einem hohen Anteil durch Zahnärztinnen und Zahnärzte erbracht, die nicht die Weiterbildung zum Fachzahnarzt für Kieferorthopädie absolviert haben.

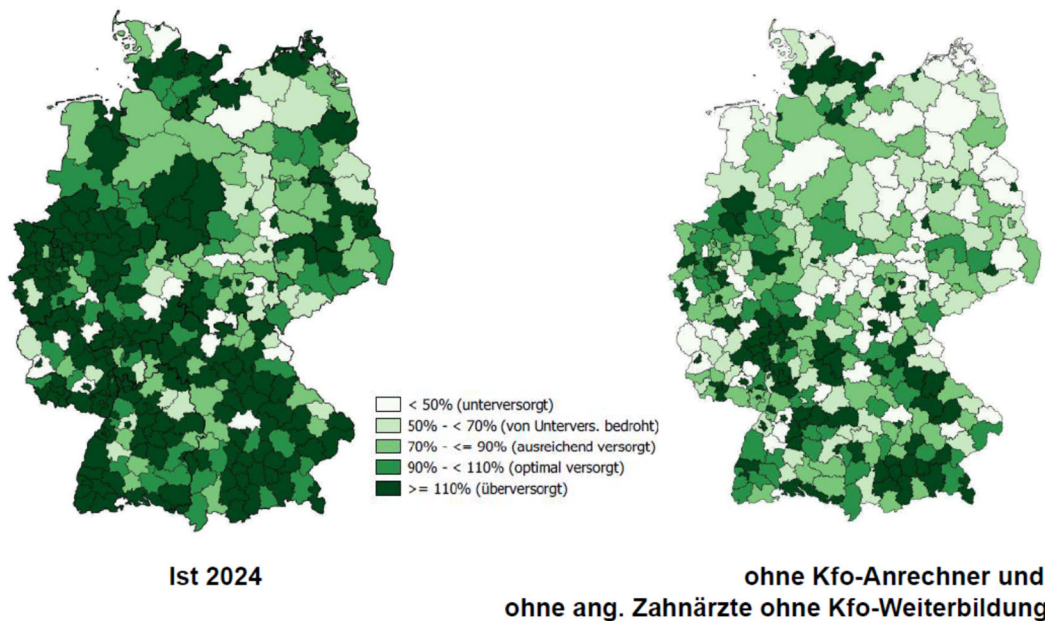
Bei Einführung eines Fachzahnarztvorbehalts würde sich der Anteil der Zahnärztinnen und Zahnärzte, die kieferorthopädische Leistungen erbringen, bei Herausfall der sog. Anrechner deutschlandweit bereits um mindestens 18,8 % verringern. In den neuen Bundesländern fällt dieser Anteil mit 23,6 % noch einmal deutlich höher aus, und dies bei einem generell signifikant niedrigeren Versorgungsgrad. Dieser Effekt verstärkt sich, da nur ein Teil der angestellten Zahnärztinnen und Zahnärzte eine Weiterbildung zum Fachzahnarzt für Kieferorthopädie vorweisen kann. Dies betrifft deutschlandweit ca. 30 % der angestellten Zahnärztinnen und Zahnärzte in kieferorthopädischen Praxen. Damit würde man deutschlandweit insgesamt mindestens 25 % der Leistungserbringer für Kieferorthopädie verlieren.

b) Flächendeckende Gefährdung der Versorgung

Ein Fachzahnarztvorbehalt würde damit zu massiven Versorgungsengpässen führen.

Bei Umsetzung der geplanten Regelung können (basierend auf den Abrechnungszahlen 2024) künftig mindestens 921 Tsd. Versicherte in Deutschland nicht mehr durch Zahnärzte, die kieferorthopädisch tätig sind, behandelt werden. Dies entspricht 27,1 % aller im Jahr 2024 behandelten Versicherten. Es ist ein versorgungspolitischer Trugschluss annehmen zu können, dass diese Versicherten dann alternativ durch Fachzahnärztinnen und Fachzahnärzte versorgt werden können. Denn die flächendeckende Versorgung würde sich insbesondere im kleinstädtischen und ländlichen Raum deutlich verschlechtern durch eine deutliche Verschiebung in Richtung Unterversorgung oder mindestens drohender Unterversorgung von bisher noch ausreichend versorgten Planungsbereichen:

Ist 2024 ggü. Herausnahme der Kfo-Anrechner und der angestellten Zahnärzte ohne Kfo-Weiterbildung:



Ein Wegfall der von den KFO-Anrechnern und den angestellten Zahnärztinnen und Zahnärzten ohne Weiterbildung zum Fachzahnarzt für Kieferorthopädie erbrachten Vollzeitäquivalente würde einen deutlichen Rückgang der Versorgungsgrade in den kieferorthopädischen Planungsbereichen nach sich ziehen, der sich besonders in den neuen Bundesländern zeigen würde. Denn gerade hier wird die Versorgung zu einem hohen Anteil durch

Zahnärztinnen und Zahnärzte erbracht, die nicht die Weiterbildung zum Fachzahnarzt für Kieferorthopädie absolviert haben, die Versorgung gleichwohl seit vielen Jahren zuverlässig aufrechterhalten. Aktuelle Rückmeldungen der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen zeigen dazu, dass es regional sogar zu vollständigen Ausfällen der kieferorthopädischen Versorgung kommen würde, die nicht mehr kompensiert werden könnten.

c) Fachliche und rechtliche Bedenken gegen einen Fachzahnarztvorbehalt

Es gibt keinerlei valide Belege dafür, dass zusätzliche Kosten durch potenziell vermehrt nicht sach- und bedarfsgerecht erbrachte Behandlungen verursacht werden, weil derzeit alle approbierten Zahnärzte, auch ohne Weiterbildung zum Fachzahnarzt für Kieferorthopädie, berechtigt sind, kieferorthopädische Leistungen zu erbringen. Weder Wirtschaftlichkeitsprüfungen, Gutachterverfahren oder Erkenntnisse von Berufshaftpflichtversicherungen haben in den letzten Jahrzehnten auch nur Anhalte für etwaige Qualitätsdefizite in der Versorgung ergeben. KZBV und BZÄK lehnen die gesetzgeberische Intention ab, künftig eine Weiterbildung zur Fachzahnärztin oder zum Fachzahnarzt (für) Kieferorthopädie für das Erbringen kieferorthopädischer Behandlungen im Rahmen der GKV vorauszusetzen.

Für eine derartige gesetzliche Fachgebietsbeschränkung in der Zahnheilkunde besteht weder Notwendigkeit noch ist diese sachlich richtig. Alle Zahnärztinnen und Zahnärzte, die kieferorthopädische Leistungen erbringen, unterliegen heute bereits Fortbildungsverpflichtungen. § 6 MBO-Z beinhaltet die Verpflichtung, sich in dem Umfang beruflich fortzubilden, wie es zur Erhaltung und Entwicklung der zur Berufsausübung erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten notwendig ist. Eine korrespondierende Regelung enthält bereits seit 2004 § 95d Abs. 1 SGB V, wonach der Vertragsarzt verpflichtet ist, sich in dem Umfang fachlich fortzubilden, wie es zur Erhaltung und Fortentwicklung der zu seiner Berufsausübung in der vertragsärztlichen Versorgung erforderlichen Fachkenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten notwendig ist. Die Fortbildungsinhalte müssen dabei dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse auf dem Gebiet der Zahnmedizin entsprechen und frei von wirtschaftlichen Interessen sein. Diese leistungserbringerrechtliche Vorgabe ist gem. § 95d Abs. 2, 3 SGB V mit entsprechenden Nachweis- und Dokumentationspflichten versehen, deren Nichteinhaltung dazu sanktionsbewehrt ist. Zahnärztinnen und Zahnärzte verfügen somit, auch soweit sie kieferorthopädische Leistungen erbringen, über eine fundierte und hochwertige Qualifikation, die auf einer strukturierten, kontinuierlichen Fortbildung sowie einer regelhaften umfangreichen praktischen Tätigkeit basiert.

Der fachliche Standard der kieferorthopädischen Behandlung wird durch evidenzbasierte wissenschaftliche Leitlinien gesetzt:

- „Ideale Behandlungszeitpunkte kieferorthopädischer Anomalien“ (S3 AWMF 083-038),
- „Ideale Zeitpunkte und Maßnahmen der kieferorthopädischen Diagnostik“ (S2k AWMF 083-050),
- „Diagnostik, idealer Behandlungszeitpunkt verlagerter und retinierter Eckzähne“ (S2k AWMF 083-036).

Anders als im Bereich der Humanmedizin sind die strukturellen Rahmenbedingungen der Zahnmedizin grundlegend verschieden. Die Übertragung des dort etablierten Modells einer formalen Vorbehaltsstruktur von „Fachärzten“ auf die Zahnmedizin verkennt diese Unterschiede und ist bereits aus systematischen Gründen nicht sachgerecht. Die kieferorthopädische Versorgung findet überwiegend im ambulanten Bereich statt, in dem qualifizierte Zahnärztinnen und Zahnärzte kontinuierlich und in hoher Frequenz Patientinnen und

Patienten betreuen. Für alle Zahnärztinnen und Zahnärzte, die kieferorthopädische Leistungen erbringen, gelten dieselben Vorgaben zur Leistungserbringung und zur regelhaften Fortbildung. Die Qualität ist insb. auch durch das umfangreich geregelte vertragszahnärztliche Gutachterverfahren gegeben. Auch die Bindung an die fachlichen Standards ist berufswie leistungsrechtlich für den gesamten Berufsstand einheitlich verbindlich. Für einen gesonderten Fachzahnarztvorbehalt besteht damit keinerlei Notwendigkeit. Er würde im Gegenteil die bestehende Versorgung massiv gefährden.

d) Zweifelhafter Einspareffekt

KZBV und BZÄK bezweifeln zudem, dass durch diese Maßnahme überhaupt finanzielle Einsparungen für die GKV erzielt werden könnten, zumal aufgrund der versorgungsschädigenden Wirkung vielmehr negative Folgekosten zu erwarten sind. Trotzdem beziffert der BStabG-RegE den vermeintlichen Einspareffekt auf 30 Millionen Euro für das Jahr 2027, ohne allerdings darzulegen, worauf diese Annahme fußt. Selbst diese vergleichsweise marginale Einsparsumme dieser Regelung würde jedoch in einem klaren Missverhältnis zu den damit verbundenen tiefgreifenden negativen Einschnitten in die kieferorthopädische Versorgung stehen.

e) Verfassungsrechtliche Bewertung

Zudem bestehen erhebliche verfassungsrechtliche Bedenken. Im Einzelnen:

aa) Einheitliches Berufsbild

Die Zahnmedizin ist in Deutschland als einheitlicher Heilberuf ausgestaltet. Zahnärzte und Zahnärztinnen sind Generalisten. Im Gegensatz zur Medizin ist in der Zahnmedizin eine Fachzahnarztweiterbildung keine Voraussetzung, um Patienten und Patientinnen auf bestimmten Gebieten der Zahnheilkunde behandeln zu können und zu dürfen. Dementsprechend sind die Möglichkeiten der Fachzahnarztweiterbildung auf bestimmten Gebieten der Zahnheilkunde in der Praxis auch begrenzt.

Alle Zahnärztinnen und Zahnärzte werden auf Grundlage einer bundeseinheitlich geregelten Ausbildung approbiert, die auch Kenntnisse in Diagnostik, Indikationsstellung sowie der Behandlung kieferorthopädischer Fehlstellungen umfassen. Diese Leistungen gehören damit grundsätzlich zum berufsrechtlich eröffneten Tätigkeitsspektrum.

Eine mit der Medizin vergleichbare Fachgebietsbeschränkung ist der Zahnheilkunde jedoch grundsätzlich fremd. Die Fachgebietsbeschränkung in der GKV verpflichtet Vertragsärzte in Deutschland, ihre Tätigkeit auf das in der Weiterbildungsordnung festgelegte Fachgebiet zu begrenzen.

Die Fachzahnarztweiterbildungen, wie z.B. in der Kieferorthopädie sind zwar die höchste Qualifikationserweiterung stellen jedoch keine Neudefinition oder Exklusivzuweisung eines originären Tätigkeitsfeldes dar. Ein genereller Ausschluss approbierter Zahnärztinnen und Zahnärzte würde die Gleichwertigkeit der Approbation in Frage stellen und zu einer systematisch nicht vorgesehenen Zweiteilung und damit Spaltung des Berufsbildes führen.

bb) Qualifiziert fortgebildete Zahnärzte und Zahnärztinnen

Sofern der Gesetzgeber daran festhält, dass eine kieferorthopädische Behandlung nur durch Zahnärzte und Zahnärztinnen mit einem Fachzahnarzt in Kieferorthopädie auf dem notwendigen und einem möglichst einheitlichen Qualitätsniveau sichergestellt werden könne, ist anzuführen, dass Versorgungsqualität nicht durch formale Ausschlüsse, sondern durch Fort- und Weiterbildung, berufsrechtliche Sorgfaltspflichten, Haftungsverantwortung sowie rechtzeitige Überweisung bei Überschreitung der eigenen Kompetenzgrenzen sichergestellt wird. Diese vom Gesetzgeber beabsichtigte Zielsetzung würde folglich bereits dann erreicht, wenn die kieferorthopädische Behandlung durch qualifiziert fortgebildete Zahnärztinnen und Zahnärzte erbracht wird. Konsequenterweise sollte der Gesetzgeber qualitätsgesicherte Fort- und Weiterbildungswege, ausdrücklich als geeignete Qualifikation anerkennen und in den gesetzlichen Regelungsrahmen einbeziehen.

cc) Verfassungsrechtliche Bedenken

Der gesetzgeberische Vorschlag trägt auch verfassungsrechtliche Bedenken im Hinblick auf eine zu rechtfertigende Einschränkung der Berufsausübungsfreiheit in sich.

Auf dem Fachgebiet der Kieferorthopädie qualifizierte und fortgebildete Zahnärztinnen und Zahnärzte, die ihre Praxis teils oder gänzlich kieferorthopädisch ausgerichtet haben, aber keinen entsprechenden Fachzahnarztstitel aufweisen, werden künftig von der Möglichkeit zur kieferorthopädischen Behandlung in der gesetzlichen Krankenversicherung abgeschnitten. Dies kann im Ernstfall einem Berufsverbot gleichkommen. Eine Rechtfertigung für diesen Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit liefert der Gesetzgeber nicht.

Auch fehlt es an einer geeigneten Übergangsregelung im Sinne einer Bestandsschutzregelung, wie sie der ständigen Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts entspräche: Hiernach können "Regelungen, die die Berufsfreiheit in statthafter Weise beschränken, insofern gegen Art. 12 Abs. 1 GG in Verbindung mit dem Gebot des Vertrauensschutzes verstoßen [...], als sie keine Übergangsregelung für diejenigen vorsehen, welche eine künftig unzulässige Tätigkeit in der Vergangenheit in erlaubter Weise ausgeübt haben. [...] Ihnen muß die Möglichkeit eingeräumt werden, den Nachweis der dafür erforderlichen Qualifikation durch bisherige umfangreiche und beanstandungsfreie Tätigkeit zu erbringen." (siehe etwa BVerfG, Az. 1 BvR 2306/96 vom 27.10.1998: Rn. 188 ff. m.w.N.). Dass die in § 28 Abs. 2a SGB V-E vorgesehene Regelung, die wohl vornehmlich dem Patienten einen Behandlerwechsel ersparen soll, dem nicht entspricht, bedarf keiner näheren Darlegung.

Forderung von KZBV und BZÄK:

KZBV und BZÄK lehnen aus den genannten Gründen die vorgesehenen Regelungen in § 28 Abs. 2 Sätze 6 und 7 SGB V-E und Abs. 2a SGB V-E ab, die insoweit - in Übereinstimmung mit der diesbezüglichen Forderung des Bundesrates - vollständig zu streichen sind.

Soweit der Gesetzgeber die Regelungen trotz der hier geäußerten Kritikpunkte nicht fallen lässt, halten es KZBV und BZÄK hilfsweise allenfalls für sachlich vertretbar, statt eines Fachzahnarztvorbehalts eine Regelung auf Grundlage der Fortbildungs(nachweis)pflcht nach § 95d SGB V zu treffen, die die kieferorthopädische Behandlung ab 1. Januar 2028 neben Fachzahnärzten für Kieferorthopädie auch Zahnärzten gestattet, die die für die Ausübung der kieferorthopädischen Behandlung notwendigen fachspezifischen Kenntnisse

gemäß § 95d SGB V nachweisen. Die Festlegung von Inhalt und Umfang der dafür notwendigen fachspezifischen Fortbildungen erfolgt dabei auf Grundlage von § 95d Abs. 2 SGB V. Zudem ist eine Übergangs- bzw. Bestandsschutzregelung dergestalt vorzusehen, dass Zahnärzte, die vor dem Inkrafttreten der Neuregelung kieferorthopädisch tätig waren und insoweit an der derzeitigen kieferorthopädischen Versorgung mitgewirkt und diese sichergestellt haben, die kieferorthopädische Tätigkeit auch weiterhin wie bisher ausüben können.

2. Bildung von kieferorthopädischen Leistungskomplexen und Pauschalvergütungen, § 87 Abs. 1d und Abs. 2h SGB V-E

In § 87 Abs. 1d SGB V-E wird - fußend auf der Reformempfehlung Nr. 23 der Finanzkommission Gesundheit (FKG), Einzelmaßnahme 1 - die Bildung von kieferorthopädischen Leistungskomplexen vorgesehen und in § 87 Abs. 2d SGB V von zugehörigen Pauschalvergütungen.

Bewertung von KZBV und BZÄK:

Die KZBV erachtet die unreflektierte Umsetzung der Reformempfehlung Nr. 23 / Einzelmaßnahme 1 der Finanzkommission Gesundheit (FKG) in Gestalt über § 87 Abs. 1d und 2h SGB V-E vorgesehenen KFO-Behandlungs- und Vergütungspauschalen für verfehlt, da sie in dieser Form praktisch nicht sinnvoll umsetzbar sind und nachhaltige Schäden für die Versorgung bewirken würden. Im Einzelnen:

a) Fehlende Evidenzgrundlage für die Annahme von Überversorgungen

Die in § 87 Abs. 1d und 2h SGB V-E vorgesehenen Regelungen zur Bildung von KFO-Leistungskomplexen und diesbezüglichen Pauschalvergütungen basieren auf der fälschlichen Unterstellung von derzeitigen Über- bzw. Fehlversorgungen. Die von der FKG herangezogenen Studien weisen methodische Schwächen auf und werden seitens der FKG teilweise fehlinterpretiert. Insbesondere das Fehlen von Langzeitstudien kann nicht als Beleg für mangelnde Versorgungsqualität gewertet werden. Auch das Bundesministerium für Gesundheit hat bereits 2018 klargestellt, dass kieferorthopädische Leistungen grundsätzlich notwendig sind. Das deutsche System führt weder zu einer Über- noch zu einer Fehlversorgung. Dies zeigen insbesondere die Daten der Sechsten Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS 6), deren Ergebnisse von der FKG scheinbar nicht berücksichtigt wurden. Die Ergebnisse der DMS 6 zeigen, dass der kieferorthopädische Behandlungsbedarf in Deutschland seit langem stabil geblieben ist. Auch die Abrechnungsdaten bestätigen eine konstante Inanspruchnahme. Der Anteil der Kieferorthopädie an den Gesamtausgaben der vertragszahnärztlichen Versorgung ist sogar rückläufig. Besondere Bedeutung kommt der Validität des KIG-Systems zu. Die DMS 6 zeigt, dass die anhand der KIG-Kriterien ermittelte Behandlungsbedürftigkeit nahezu exakt mit der tatsächlichen Versorgung übereinstimmt. Darüber hinaus ergibt der Vergleich mit internationalen Indizes (ICON, mIOTN) nahezu deckungsgleiche Bedarfswerte. Ein internationaler Vergleich der Behandlungszahlen, wie er in der Reformempfehlung benannt ist, erlaubt dazu keine Rückschlüsse auf den tatsächlichen Bedarf, da die Gesundheitssysteme unterschiedlich ausgestaltet sind.

b) Hohe Zufriedenheit der KFO-Patienten / sehr geringes Beschwerdeaufkommen

In der Kieferorthopädie verzeichnen die auf Landesebene angesiedelten Patientenberatungsstellen ein sehr geringes Beschwerdeaufkommen: in 2024 rd. 0,003 %, in 2025 0,004 % der GKV-Versicherten in KFO-Behandlung. Dieses Bild spiegelt sich entsprechend in

einer aktuellen Abfrage bei den KZVen zu den anlassbezogenen Prüfungen gem. § 29 Abs. 8 SGB V wider. Gemessen am registrierten Beschwerdeaufkommen kann die Kieferorthopädie als ein GKV-Leistungsbereich bezeichnet werden, der gut funktioniert. Auch dieser Befund läuft den Behauptungen der FKG zuwider.

c) Aktuelles Misch-System aus Pauschalen und Einzelleistungsvergütungen bedingt keine Fehlversorgung, sondern ermöglicht zielgenaue Berücksichtigung der Patientenbedarfe

Die vorgesehene Einführung umfassender Leistungskomplexe und Pauschalvergütungen wird auch in der Sache als problematisch bewertet, da man sich hiermit von dem Grundsatz löst, dass medizinische Leistungen am individuell notwendigen Bedarf des Patienten auszurichten sind. Zudem besteht die von der FKG behauptetermaßen als Fehlanreiz für Überversorgungen wirkende "durchgängige Einzelleistungsvergütung" im KFO-Bereich überhaupt nicht. Vielmehr enthält das bestehende System, wo sinnvoll möglich, bereits pauschale Vergütungen für die zentralen Leistungen neben gedeckelten Einzelleistungen, die nur vergütet werden, wenn sie tatsächlich anfallen. Diese Mischform differenzierter Regelungen ermöglicht anders als die intendierten umfassenden Behandlungs-/Vergütungspauschalen eine bedarfsgerechte und (anders als im Falle von Leistungskomplexen, bei denen das enthaltene/abgedeckte Leistungsspektrum nicht in jedem Fall zwingend ausgeschöpft wird) wirtschaftliche Behandlung jedes Versicherten im Einzelfall. Die Ausgestaltung der aktuellen Pauschalpositionen der BEMA Nrn. 119, 120 vermeidet dabei ebenfalls Fehlanreize zur Ausdehnung der Behandlungsdauer, da sie unabhängig von dieser gewährt werden und bei vorzeitigem Behandlungsabschluss die restlichen Abschlagzahlungen abgerechnet werden können.

Dieses gegenwärtige Mischsystem aus Pauschalen und Einzelleistungen gewährleistet für die Solidargemeinschaft der GKV eine wirtschaftliche Behandlungsweise, indem es die KFO-Behandlung zum einen in zeitlicher Hinsicht befristet und die erbringbaren Einzelleistungen (z.B. Röntgen) anzahlmäßig streng limitiert.

d) Umfassende Behandlungs-/Vergütungspauschalen laufen der medizinisch notwendigen, bedarfsgerechten Versorgung des jeweiligen Einzelfalles zuwider

Demgegenüber könnten mit der intendierten Schaffung umfassender pauschaler Leistungskomplexe die Behandlungen nicht mehr am medizinisch individuell notwendigen Bedarf der Patienten ausgerichtet werden. Die Bandbreite an kieferorthopädischen Behandlungsbedarfen lässt eine sinnvolle Zusammenfassung zu pauschalen Leistungskomplexen nicht zu.

Dies zeigt sich bspw. an der Vielzahl an Ausnahmeindikationen nach Anlage 3 zu Abschnitt B. Nr. 4 der KFO-Richtlinien des G-BA für die KFO-Behandlung Erwachsener, gilt aber auch für die unterschiedlichen Behandlungserfordernisse an Versicherten vor Vollendung des 18. Lebensjahres sowie für solche Ausnahmeindikationen, die vor Vollendung des 18. Lebensjahres beginnen und in die Volljährigkeit hineinreichen. Um auch individuell sehr aufwendige Fälle adäquat in den Leistungskomplexen nach § 87 Abs. 1d Satz 1 SGB V-E erfassen zu können, müssten diese so gebildet werden und die Pauschalen im Schnitt so hoch ausfallen, dass auch besonders umfangreiche und schwierige Behandlungen noch ansatzweise wirtschaftlich angemessen erbracht werden könnten. Wäre eine auskömmliche Vergütung in hochgradig komplexen Fällen hingegen per se ausgeschlossen, wie dies im Falle einer Mischkalkulation zu erwarten sein dürfte, entsteht hingegen die Gefahr einer Ausrichtung des Behandlungsumfangs an der zur Verfügung stehenden Pauschale. Letzteres gälte insbesondere für Praxen, deren Patientenstruktur vermehrt schwere Fälle mit hohem Behandlungsaufwand aufweist. Gerade für die besonders behandlungsbedürftigen

Fälle droht insoweit, dass eine angemessene bedarfsgerechte Behandlung im Umfang des für sie individuell medizinisch Erforderlichen nicht erfolgen kann. Würden die Pauschalen hingegen so bemessen, dass auch die Behandlung hochgradig komplexer Fälle für die Praxen noch wirtschaftlich sinnvoll zu bewerkstelligen wäre, wären sie in den übrigen Fällen regelmäßig zu hoch, was dem Prinzip der Wirtschaftlichkeit zuwiderliefe.

Die pauschale Unterteilung der Leistungskomplexe in bis zu drei Schweregrade (§ 87 Abs. 1d Satz 3 SGB V-E), die es (4-stufig) bei den aktuellen Maßnahmenpauschalen der BEMA-Nrn. 119, 120 in sinnhafter Weise heute schon gibt, ist dabei kein zielführender Ersatz für den Wegfall einer dem Einzelfall gerecht werdenden Behandlung.

Die Einführung von umfassenden Leistungskomplexen bzw. Pauschalvergütungen i.S.d. § 87 Abs. 1d und 2h SGB V-E lässt sich somit nicht im Sinne der individuell medizinisch notwendigen, bedarfsgerechten Patientenversorgung realisieren bzw. müsste genau diese hierfür aufgegeben werden.

Und selbst wenn dies entgegen hiesiger Bewertung realisiert werden könnte, würde dies nicht die seitens der FKG ohne belastbare Begründung in den Raum gestellten Einsparungen bewirken, da es für die von der FKG behaupteten einzelleistungsbedingten Über-/Fehlversorgungen keine Evidenz oder sonstigen Belege gibt und sich eine Ausrichtung der zu schaffenden Leistungskomplexe an einem gewünschten Einsparerfordernis verbietet, da dies Leistungskürzungen gleichkäme.

e) Keine Datengrundlage zur sachgerechten Bewertung von Leistungskomplexen und Vergütungspauschalen

Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang auch darauf, dass weder KZBV noch BZÄK über die für eine sachgerechte Bewertung der im BStabG-E angedachten Leistungskomplexe erforderlichen Daten verfügen.

f) Kollision mit dem gesetzlich eingeführten Mehrleistungs-System (§ 29 Abs. 5 bis 8 SGB V)

Zur nachhaltigen Akzeptanz der KFO-Versorgung durch die Patienten (siehe 2.) dürfte auch das vor wenigen Jahren vom Gesetzgeber über § 29 Abs. 5 bis 8 SGB V ergänzend zur BEMA-Systematik aus Pauschalen und Einzelleistungen eingeführte System der Mehr- und Zusatzleistungen beitragen, das den Versicherten eine zuzahlungsfreie KFO-Versorgung auf dem Stand der Wissenschaft gewährleistet, dem Patientenwillen Rechnung trägt und gleichzeitig einer Zwei-Klassen-Medizin entgegenwirkt. Der Patient muss sich nicht zwischen reiner Kassenleistung und reiner Privatleistung entscheiden. Mit der Einführung dieser Regelungen durch den Gesetzgeber ist den Versicherten ermöglicht worden, auf Grundlage einer vorgelagerten transparenten Kosteninformation frei über die Inanspruchnahme von Mehr- und Zusatzleistungen entscheiden zu können, ohne den Anspruch auf die GKV-Leistung zu verlieren. Hierdurch wird für die GKV eine wirtschaftliche Behandlungsweise gewährleistet, zugleich die Versichertenautonomie gewahrt und einer Zweiklassenmedizin vorgebeugt.

Wenn sich bspw. der Patient aus ästhetischen Gründen für sog. Lingualbrackets entscheidet, die an der Rückseite der Zähne befestigt werden und daher nicht sichtbar sind, wird ihm dies im GKV-System ermöglicht, ohne ihm den Anspruch gegen seine Krankenkasse zu nehmen. Er muss lediglich die entstehenden Mehrkosten selbst bezahlen. Im österreichischen System etwa müsste die gesamte KFO-Behandlung zunächst privat übernommen werden, was für viele aber nicht möglich ist.

Entscheidet sich ein Versicherter der GKV demgegenüber für eine solche zusätzliche Einzelleistung, wird er damit nicht automatisch zum Privatpatienten. Ihm werden vor der Behandlung alle Kostenanteile, die von seiner Krankenkasse übernommen werden, und diejenigen, die er selbst übernehmen müsste, aufgeschlüsselt nach Leistungen transparent in schriftlicher Form gegenübergestellt. Auf dieser Grundlage kann er sich dann für die für ihn passende Versorgung entscheiden.

Soweit neben gesetzlich vorgegebenen Leistungskomplexen mit Pauschalvergütung kein Raum für Mehr- und Zusatzleistungen verbliebe, würden diese vorgenannten Errungenschaften ohne Not aufgegeben. Die Aufrechterhaltbarkeit ist dabei bereits rein "technisch" zweifelhaft, denn ein ausschließlich Leistungskomplexe und Pauschalvergütungen umfassendes System von GKV-Leistungen kollidiert nach hiesiger Bewertung mit der in § 29 Abs. 5 SGB V derzeit vorgesehenen Mehrleistungssystematik schon insoweit, als gemäß § 29 Abs. 5 Satz 2 SGB V eine Ab- bzw. Anrechnung der mit der betr. Mehrleistung "vergleichbaren" BEMA-Leistung erfolgt, bei welcher es sich aber in aller Regel um eine Einzelleistung(svergütung) handelt, die es indes nach der durch das GKV-BStabG vorgesehenen Schaffung umfassender Leistungskomplexe nicht mehr geben wird. Soweit überhaupt möglich, müsste § 29 Abs. 5 bis 8 SGB V bei Beibehaltung von § 87 Abs. 1d und 2h SGB V(-E) jedenfalls umfassend mit angepasst werden.

g) Probleme bei Berücksichtigung der zahntechnischen Leistungen

Soweit die Pauschalvergütungen neben den Kosten für unmittelbare kieferorthopädische Behandlungsleistungen auch die Kosten für zahntechnische Leistungen und die Material- und Laborkosten umfassen sollen, ist zudem darauf hinzuweisen, dass dies aufgrund der regionalen Preisunterschiede (vgl. § 88 Abs. 2 SGB V) zu sachlich nicht zu rechtfertigen Unwuchten führt, weil eine bundeseinheitlich pauschale Vergütung die regionalen Unterschiede nicht berücksichtigen kann.

Für eine adäquate Vergütung müssten sich die Pauschalen daher hinsichtlich der Zahn-technik an den höchsten Landespreisen orientieren, wodurch sie in den übrigen Regionen, insb. denen mit einem deutlich geringeren Preisniveau, ggf. deutlich lukrativer und ggf. gegenüber der bisherigen Vergütungssystematik höher und damit im Ergebnis teurer für die GKV ausfallen würden.

h) Sonstige Umsetzungsprobleme

Darüber hinaus zöge die intendierte Bildung von umfassenden Leistungskomplexen und Pauschalvergütungen auch eine Vielzahl komplexer und äußerst schwierig zu lösender Umsetzungsfragen nach sich, mit denen ein gewachsener, funktionierender Versorgungsbereich ohne Not vor erhebliche Herausforderungen und Probleme gestellt wird.

Der Entwurf macht der Selbstverwaltung bereits konkrete Vorgaben für die Schaffung von Pauschalen. Soweit der Gesetzgeber damit eigene klare Vorstellungen manifestiert, bleibt er wesentliche Antworten wie etwa die Aufteilbarkeit der Pauschale bei Behandlungsabbrüchen, Krankenkassenwechsel, Zahnarztwechsel, Compliance-Abriss, quartalsweise Zuweisung des gesetzlichen Eigenanteils, Wiederaufnahme einer abgebrochenen Behandlung etc. schuldig. Diese Aspekte müssten von der umsetzenden Selbstverwaltung mitgedacht werden, was angesichts der ausformulierten Vorgaben nicht sinnvoll möglich ist.

i) Änderung der Vergütungsstruktur wenn überhaupt erst sinnvoll möglich nach Abschluss der Überprüfung der KFO-Richtlinien durch den G-BA (bei Fristverschiebung bis mind. Mitte 2028)

Im neu vorgesehenen § 92 Abs. 1a Sätze 3 f. SGB V-E wird dem G-BA die Überprüfung der inzwischen seit mehr als 20 Jahren unverändert geltenden KFO-Richtlinien inkl. Anlagen aufgegeben, wobei für die Leistungen der diagnostische oder therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit maßgebend sind. Zu überprüfen sind dabei insbesondere die "versorgungsöffnenden" befundbezogenen kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) einschließlich des der Versorgung zugrunde liegenden Behandlungsbedarfs. Begründet wird dieser Überprüfungsauftrag damit, dass es in den letzten zwei Jahrzehnten nicht unwesentliche Fortschritte in der zahnärztlichen Versorgung sowohl im medizinischen Bereich (z.B. bei Materialien und Therapien) als auch im technologischen Bereich (bspw. in der Diagnostik und Digitalisierung) gegeben hat.

Vor diesem Hintergrund ist es in keiner Weise sinnvoll, eine Änderung der Vergütungsstruktur vorzunehmen, ehe die Überprüfung der KFO-Richtlinien und die damit ggf. einhergehende Anpassung der KFO-Richtlinien inkl. Anlagen abgeschlossen ist. Losgelöst von den unter 1. bis 8. geäußerten Kritikpunkten muss daher allein schon aus diesem Grund auf die in § 87 Abs. 1d und 2h SGB V-E vorgesehenen Regelungen zumindest bis zum Abschluss der Richtlinienüberprüfung verzichtet werden.

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die in § 92 Abs. 1a Sätze 3 f. SGB V-E vorgesehene Überprüfungsfrist (bis 31.12.2027) zu knapp bemessen ist: Der G-BA ist bei der Bewertung und Überprüfung medizinischer Leistungen an den Maßstab des Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebots gem. § 2 Abs. 1 Satz 3 i.V.m. § 92 Abs. 1 Satz 1 Hs. 3 SGB V gebunden. Dies setzt zwingend eine strukturierte Aufbereitung und Auswertung der verfügbaren wissenschaftlichen Evidenz voraus. Hierzu beauftragt der G-BA regelhaft seine Geschäftsstelle, das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) oder eine andere fachlich unabhängige wissenschaftliche Institution mit der Recherche, Darstellung und Bewertung des aktuellen medizinischen Wissensstandes, insb. im Wege einer systematischen Literaturrecherche (vgl. 2. Kapitel § 9 Abs. 1a VerFO). Bereits hierfür wird erfahrungsgemäß mindestens ein Jahr benötigt. Das sich an die Beauftragung anschließende Beratungsverfahren über Änderungen der Richtlinien für die kieferorthopädische Behandlung ist an die vorgegebenen Verfahrensschritte wie insb. des Stellungnahme- und Anhörungsverfahrens gem. 1. Kapitel §§ 10-14 VerFO gebunden. Die zwingende Einhaltung der verfahrensrechtlichen Vorgaben bedingt eine Beratungsdauer von etwa einem weiteren Jahr. In der Gesamtschau ist damit von einer Verfahrensdauer von zwei Jahren auszugehen, was im Übrigen auch dem Zeitraum für Methodenbewertungsverfahren gem. § 135 Abs. 1 Satz 5 SGB V entspricht. Daher sollte dem G-BA für die Überprüfung ein Zeitraum von 2 Jahren ab Inkrafttreten des GKV-BStabG eingeräumt werden. - Siehe hierzu auch nachfolgend unter 3.

Fazit und Forderung von KZBV und BZÄK

Vor dem Hintergrund, dass gerade in der KFO aktuell eine sehr gute Versichertenversorgung mit hoher Akzeptanz stattfindet, würde ein undifferenzierter Eingriff in das bestehende System aus fiskalischen Gründen erwartungsgemäß erheblichen, ggf. später nicht rückgängig zu machenden Schaden anrichten, ohne die erhofften Einsparungen tatsächlich zu realisieren.

Deshalb ist es geboten, stattdessen die gemeinsame Selbstverwaltung mit der Erarbeitung eines eigenen Reformvorschlags zu beauftragen, ohne diesen bereits vorab durch konkrete formalgesetzliche Vorgaben zu präjudizieren und somit einzuschränken.

Zudem muss zwingend zunächst die dem G-BA auferlegte Überprüfung der bestehenden KFO-Richtlinien einschließlich der Überprüfung der den Behandlungszugang öffnenden

KIG-Gruppen (§ 92 Abs. 1 Sätze 3 ff. SGB V-E) abgewartet werden, ehe sinnvoll über Umstrukturierungen der KFO-Versorgung bzw. ihrer Vergütungsstruktur befunden werden kann. Dabei muss dem G-BA für die Richtlinienüberprüfung ein realistisches Zeitfenster bis mind. Mitte 2028 bzw. von 2 Jahren ab Inkrafttreten des GKV-BStabG gegeben werden.

3. Aufträge an den G-BA im Zusammenhang mit Kieferorthopädie, § 92 Abs. 1a Sätze 3 f., Abs. 3a Satz 1 SGB V-E)

Nach Absatz 1a Satz 2 sollen die folgenden Sätze eingefügt werden:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss überprüft seine Richtlinien für die kieferorthopädische Behandlung insbesondere hinsichtlich der befundbezogenen kieferorthopädischen Indikationsgruppen einschließlich des der vertragszahnärztlichen Versorgung zugrundeliegenden Behandlungsbedarfsgrades und beschließt bis zum 31. Dezember 2027 über eine Anpassung der Richtlinien. Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt außerdem bis zum 31. Dezember 2027 in seinen Richtlinien für die kieferorthopädische Behandlung eine evidenzbasierte Indikations- und Kontraindikationsliste für die Durchführung von Fernröntgen-Aufnahmen sowie Panorama-Aufnahmen zum Zwecke der Planung und Durchführung einer kieferorthopädischen Behandlung.“

Bewertung von KZBV und BZÄK:

Eines gesonderten gesetzlichen Auftrages zur Überprüfung der Richtlinien für die kieferorthopädische Behandlung bedarf es aus normativer Sicht nicht. Gem. § 135 Abs. 1 Satz 2 SGB V i.V.m. 1. Kapitel § 7 Abs. 4 VerfO ist der G-BA verpflichtet zu überprüfen, welche Auswirkungen seine Entscheidungen haben und begründeten Hinweisen nachgehen, dass sie nicht mehr mit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse übereinstimmen. Hiervon umfasst ist auch die Verpflichtung des G-BA, seine Richtlinien daraufhin zu überprüfen, ob sie dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen.

Die im Regelungsentwurf enthaltene Vorgabe, wonach der G-BA über eine Anpassung der Richtlinien bis 31. Dezember 2027 zu beschließen hat, begegnet (verfahrens)rechtlichen Bedenken. Denn auch der im Gesetzentwurf enthaltende gesonderte Überprüfungsauftrag hat sich an den allgemeinen Maßstäben zu orientieren, die der G-BA grundsätzlich bei der Überprüfung seiner Entscheidungen zu berücksichtigen hat:

Der G-BA ist bei der Bewertung und Überprüfung medizinischer Leistungen an den Maßstab des Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebots gem. § 2 Abs. 1 Satz 3 i.V.m. § 92 Abs. 1 Satz 1 3. HS SGB V gebunden. Hierzu ermittelt der G-BA gem. 1. Kapitel § 5 Abs. 2 VerfO den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse auf der Grundlage der Evidenzbasierten Medizin. Dabei orientiert er sich am Primat der bestverfügbaren Evidenz (vgl. 2. Kapitel §§ 9 ff. VerfO). Dies setzt zwingend eine strukturierte Aufbereitung und Auswertung der verfügbaren wissenschaftlichen Evidenz voraus. Hierzu beauftragt der G-BA regelhaft seine Geschäftsstelle, das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen oder eine andere fachlich unabhängige wissenschaftliche Institution mit der Recherche, Darstellung und Bewertung des aktuellen medizinischen Wissensstandes, insbesondere im Wege und aufgrund einer systematischen Literaturrecherche (vgl. 2. Kapitel § 9 Abs. 1a VerfO).

Eine strukturierte Erarbeitung der Beauftragung, die Beauftragung und Durchführung einer Recherche, Darstellung und Bewertung des aktuellen medizinischen Wissensstandes benötigt erfahrungsgemäß mindestens ein Jahr. Ein verkürztes Verfahren, wie z.B. die Beauftragung eines sog. „Rapid Reports“ beim Institut für Wirtschaftlichkeit und Qualität im Gesundheitswesen gem. Ziff. 2.1.2 Allgemeine Methoden ist angesichts des Umfangs der Beauftragungsgegenstands nicht sachgerecht und angesichts der Bindung des G-BA an die Vorgaben des § 2 Abs. 1 Satz 3 i.V.m. § 92 Abs. 1 Satz 1 3. HS SGB V nicht geboten.

Das sich an die Beauftragung anschließende Beratungsverfahren über Änderungen der Richtlinien für die kieferorthopädische Behandlung ist an die vorgegebenen Verfahrensschritte wie insb. des Stellungnahme- und Anhörungsverfahrens gem. 1. Kapitel §§ 10-14 VerfO gebunden. Die zwingende Einhaltung der verfahrensrechtlichen Vorgaben bedingt eine Beratungsdauer von etwa einem Jahr.

In der Gesamtschau ist damit von einer Verfahrensdauer von zwei Jahren auszugehen, was im Übrigen auch dem Zeitraum für Methodenbewertungsverfahren gem. § 135 Abs. 1 Satz 5 SGB V entspricht.

Der Auftrag an den G-BA, bis zum 31. Dezember 2027 in seinen Richtlinien für die kieferorthopädische Behandlung eine evidenzbasierte Indikations- und Kontraindikationsliste für die Durchführung von Fernröntgen-Aufnahmen sowie Panorama-Aufnahmen zum Zwecke der Planung und Durchführung einer kieferorthopädischen Behandlung zu beschließen, ist weder fachlich herleitbar noch rechtlich zu begründen. Eine verbindliche evidenzbasierte Indikations- und Kontraindikationsliste für Röntgenleistungen durch den G-BA würde diese Materie dazu unnötigerweise auf die Ebene des Leistungsrechts verlagern und dazu die Gefahr kollidierender Vorgaben erhöhen. Denn eine starre Indikationsliste durch den G-BA würde die zahnärztliche Entscheidungsfreiheit in einer Weise einengen, die im Widerspruch zur notwendigen diagnostischen Absicherung und Sorgfaltspflicht steht.

Schon heute stehen röntgenologische Leistungen gemäß den Vorgaben der KFO-RL unter dem Vorbehalt der zahnmedizinischen Notwendigkeit. Nach Abschnitt B. Nr. 5 KFO-RL sind die eigenverantwortliche Befunderhebung, Diagnostik und Planung Grundlage der kieferorthopädischen Behandlung. Das Maß der jeweiligen Beeinträchtigung ist dabei durch objektivierbare Untersuchungsbefunde zu belegen. Der Zahnarzt soll Inhalt und Umfang der notwendigen diagnostischen Leistungen nach den individuellen Gegebenheiten des Einzelfalls festlegen. Gem. Abschnitt B. Nr. 5 Satz 6 lit. b) KFO-RL sind röntgenologische Darstellungen aller Zähne und Zahnkeime beider Kiefer nur nach entsprechender Indikation erforderlich. Bereits gem. dieser Regelung soll dabei soll einem strahlenreduzierten Aufnahmeverfahren, z. B. der Panoramaschichtaufnahme, der Vorzug gegeben werden.

Unberührt vom Leistungsrecht sind dazu in jedem Fall schon heute die strahlenschutzrechtlichen einzuhalten. Gem. § 83 Abs. 3 StrlSchG darf die Anwendung ionisierender Strahlung oder radioaktiver Stoffe erst dann durchgeführt werden, nachdem der Zahnarzt mit der erforderlichen Fachkunde im Strahlenschutz entschieden hat, dass und auf welche Weise die Anwendung durchzuführen ist (rechtfertigende Indikation). Die rechtfertigende Indikation erfordert bei Anwendungen im Rahmen einer medizinischen Exposition in jedem Einzelfall die Feststellung, dass der gesundheitliche Nutzen der einzelnen Anwendung gegenüber dem Strahlenrisiko überwiegt. In Ergänzung dazu hat der die rechtfertigende Indikation stellende Zahnarzt gem. § 119 Abs. 1 StrlSchV zu prüfen, ob es sich bei der vorgesehenen

Anwendung ionisierender Strahlung oder radioaktiver Stoffe um ein anerkanntes Verfahren nach den Erfordernissen der medizinischen Wissenschaften handelt.

Wissenschaftliche Erkenntnisse, dass diese Vorgaben gerade im Bereich der Kieferorthopädie nicht eingehalten würden, liegen nicht vor. Im Gegenteil: Die aktuell im Juni 2025 erstellte und bis Juni 2030 geltende S2k-Leitlinie „Ideale Zeitpunkte und Maßnahmen der kieferorthopädischen Diagnostik“ stellt derzeit den fachlichen Standard für die kieferorthopädische Diagnostik dar. Danach liefern Röntgenaufnahmen in der Kieferorthopädie bei gegebener Indikation einen relevanten Erkenntnisgewinn. Anhand einer radiologischen Bildgebung ist eine Differentialdiagnostik der Dentition und des Gesichtsschädels möglich. Diese dient als Grundlage für die kieferorthopädische Therapieplanung und Verlaufskontrolle sowie zur individuellen Risikoabschätzung. Die Leitlinie empfiehlt mit starkem Konsens (34/0/0), dass vor einer kieferorthopädischen Frühbehandlung ein Orthopantomogramm (Panoramaschichtaufnahme) befundet werden, wenn hieraus eine Konsequenz für die Therapieplanung zu erwarten ist. Vor einer kieferorthopädischen Regel- oder Spätbehandlung soll ein Orthopantomogramm (Panoramaschichtaufnahme) befundet werden. Bereits diese fachliche Empfehlung unterscheidet zwischen Früh- und Regel- oder Spätbehandlungen und ermöglicht eine differenzierte Entscheidung zur Diagnostik. Mit der Vorgabe der rechtfertigenden Indikation, die sich ihrerseits an einer rein fachlichen Bewertung anhand des aktuellen Stands der medizinischen Erkenntnisse auszurichten hat, ist bereits heute der Konnex zu den fachlichen Empfehlungen der Leitlinie hergestellt.

Forderung von KZBV und BZÄK:

Wie auch an anderer Stelle bereits dargelegt, wird angeregt, wenn am Regelungsentwurf als solchem festgehalten werden sollte, diesen dahingehend zu ändern, dass eine Überprüfung und Anpassung der Richtlinien durch den G-BA innerhalb von zwei Jahren nach Inkrafttreten der gesetzlichen Änderung (zumindest aber bis Mitte 2028) erfolgt.

III. Rückführung der Festzuschüsse für Zahnersatz auf das Niveau vor dem TSVG, § 55 SGB V-E

Die Rückführung der Festzuschüsse für Zahnersatz auf das vor dem TSVG bis Oktober 2020 herrschende Niveau stellt einen tauglichen Einsparbeitrag für die GKV-Mittel dar, der sich nach Einschätzung der KZBV nicht maßgeblich auf die Versorgung auswirken wird, da Festzuschüsse auf ein schon Oktober 2020 hinlängliches Niveau zurückgefahren werden, Härtefälle nach wie vor einen 100%-Festzuschuss erhalten und überdies ein Großteil der seinerzeit nur vor dem Hintergrund einer gänzlich anderen Finanzlage gewährten Erhöhung der Festzuschüsse aufgrund der weiten Verbreitung von Zahnzusatzversicherungen vornehmlich diesen und nicht den Versicherten selbst zugutekam.

IV. Zur Beschränkung der Vorstandsvergütungen der KZVen und KZBV, § 35a Abs. 6a Sätze 4-9 SGB IV-E i.V.m. § 79 Abs. 6 SGB V, § 410 SGB V-E

Über die neu vorgesehenen Sätze 4-9 des gemäß § 79 Abs. 6 Satz 1 SGB V auch für den Vorstand der KZVen sowie der KZBV geltenden § 35a Abs. 6a SGB IV sollen nunmehr auch die Vorstandsvergütungen der KZVen in einer prinzipiell vergleichbaren Weise beschränkt werden, wie es seit dem TSVG über den aktuellen § 79 Abs. 6 Sätze 5 ff. SGB V bereits für

die Vorstandsmitglieder der KZBV gilt. Hiernach sind Vergütungserhöhungen während der Dauer der Amtszeit unzulässig und nur noch zu Beginn einer neuen Amtsperiode in Gestalt eines Zuschlags auf die vorherige Grundvergütung des betr. Vorstandsmitglieds bzw. des/der Amtsvorgängers/-in nach Maßgabe der Grundlohnrate nach § 71 Abs. 3 SGB V nur des laufenden Kalenderjahres möglich. Anders als gemäß der bisher geltenden Regelung in § 79 Abs. 6 Satz 6 SGB V ist Maßstab für die Erhöhung nicht mehr die Entwicklung des Verbraucherpreisindex, sondern die Grundlohnsummenveränderungsrate, wobei nur diejenige des laufenden Kalenderjahres berücksichtigt werden darf. Die für die Bundesebene geltende Übergangsregelung wird entsprechend angepasst (§ 410 SGB V-E).

Die Regelung soll dabei auch rückwirkend greifen, zum einen für ab dem 31. März 2026 geschlossene Verträge, und zum anderen sogar für Verträge, denen die Aufsichtsbehörde bis zum 30. März 2026 zugestimmt hat, sofern diesen nicht bereits eine Zusage über konkrete Vergütungserhöhungen zu entnehmen ist.

Zu guter Letzt wird eine für die Bundesebene schon seit dem TSVG bestehende Absenkbefugnis der Aufsichtsbehörde zu Beginn einer neuen Amtszeit vorgesehen.

Bewertung von KZBV und BZÄK:

KZBV und BZÄK lehnen die Regelungen aus folgenden Gründen umfassend ab:

1. Die Regelungen verfügen bereits nicht über die notwendige Eignung, das mit ihnen verfolgte Ziel der Stabilisierung der GKV-Beitragsätze erreichen oder auch nur fördern zu können, da die Vorstandsvergütungen ebenso wie alle anderen Finanzmittel von KZVen und KZBV nicht aus den GKV-Beiträgen der Versicherten stammen, sondern von den Zahnärzten als KZV-Mitgliedern im Wege von Mitgliedsbeiträgen bzw. Verwaltungskostenumlagen aufgebracht werden, wobei die Vorstandsvergütungen unmittelbar von den demokratisch legitimierten Vertreterversammlungsmitgliedern festgelegt werden, die auch über die Höhe der von den KZV-Mitgliedern zu tragenden Mitgliedsbeiträge entscheiden. Es handelt sich hierbei also nicht um GKV-Mittel. Das mit den intendierten Vergütungsbegrenzungen verfolgte Ziel der Einsparung von GKV-Mitteln können die Regelungen mithin nicht erreichen; sie würde mit ihrer Umsetzung keinen einzigen Cent an GKV-Mitteln einsparen. Dies dürfte naheliegenderweise auch der Grund dafür sein, dass die Finanzkommission Gesundheit (FKG) derlei Regelungen nicht in ihr umfangreiches Maßnahmenpaket an GKV-Einsparmaßnahmen mit aufgenommen hat.

Die Regelungen sind insoweit schon allein in Ermangelung ihrer Eignung zur Erreichung des verfolgten Zieles der Sanierung der GKV-Finzen unverhältnismäßig und mithin verfassungswidrig.

2. Neben dem bereits bestehenden Zustimmungserfordernis zu den Vorstandsdienstverträgen gemäß § 35a Abs. 6a SGB IV (i.V.m. § 79 Abs. 6 Satz 1 SGB V), welches bereits eine hinlängliche aufsichtsrechtliche Kontrolle der Vorstandsvergütungen ermöglicht, sind die neu vorgesehenen Vergütungsbeschränkungsregelungen zudem nicht erforderlich und auch insoweit unverhältnismäßig.
3. Zudem würde mit den vorgesehenen Vergütungsbeschränkungen in unverhältnismäßiger, da unangemessener Weise in die Grundrechtspositionen der betroffenen Vorstandsmitglieder eingegriffen. Dies gilt nicht nur, aber insbesondere soweit künftig Erhöhungen zu Beginn einer neuen Amtsperiode nur noch nach Maßgabe der Grundlohnrate (§ 71 Abs. 3 SGB V)

ausschließlich des laufenden Kalenderjahres erfolgen können. Damit werden die Vorstandsvergütungen weitgehend von der allgemeinen Lohnentwicklung abgekoppelt und die Gehälter faktisch über die Zeit "entwertet", da nicht einmal mehr ein Ausgleich für den Wert- und Kaufkraftverlust während des Laufs der 6-jährigen Amtsperiode möglich ist. Losgelöst von der fehlenden Zweckerreichungseignung (siehe 1.) ist dabei auch in keiner Weise nachvollziehbar, warum hier in willkürlicher und sachlich nicht vertretbarer Weise lediglich die Grundlohnrate des laufenden Jahres, in dem der Vertrag geschlossen wird, aufgeschlagen werden können soll und nicht zumindest die Summe der Veränderungsrate - sei es GLS oder Verbraucherpreisindex - für die Zeitdauer der zurückliegenden Amtsperiode.

Umso manifester ist die Unverhältnismäßigkeit, als die Vorstandsvergütungen auf Bundesebene über den aktuellen § 410 Abs. 2 (seinerzeit § 323/326 Abs. 2) SGB V seit Inkrafttreten der Vergütungsbeschränkungen des TSVG (2019) bis Ende 2027 "eingefroren" sind, mithin schon derzeit abweichend von § 79 Abs. 6 Satz 6 SGB V jedwede Erhöhung ausgeschlossen ist, was nun angesichts der unzureichenden künftigen Erhöhungsmöglichkeit um lediglich die GLS eines Jahres alle sechs Jahre faktisch perpetuiert wird und zu einem weiteren, dauerhaften Abschmelzen der Vorstandsvergütungen auf Bundesebene führt. Schon diese damalige, bis Ende 2027 begrenzte Deckelung hat dabei angesichts der zwischenzeitlich stark angezogenen Inflation mit Inflationsraten von bis zu ca. 7% zu einem massiven Wertverfall und Kaufkraftverlust der Bundes-Vorstandsvergütungen geführt, der weit über das hinausgeht, was der Gesetzgeber bei Erlass des TSVG realistisch als Inflationsentwicklung in den Blick hatte nehmen können. Mit der nunmehr intendierten weiteren, zumindest faktischen Perpetuierung der Vergütungsdeckelung würde ein Wertverlust der Vorstandsvergütungen herbeigeführt, der sich endgültig nicht mehr als verhältnismäßig darstellt.

4. Die geplanten Regelungen stellen einen massiven Eingriff in die Selbstverwaltungsrechte der KZVen und KZBV dar. Die Personal(wirtschafts)hoheit und die Haushaltshoheit sind zentrale Kernelemente der verfassungsrechtlich abgesicherten Selbstverwaltungsautonomie. Mit den intendierten Vergütungsbegrenzungen werden die Kompetenzen und der Gestaltungsspielraum der Vertreterversammlung bei der Festlegung der Vorstandsvergütungen als zentralem Element der Vorstandsdienstverträge praktisch auf Null reduziert und die Vergütungen werden künftig staatsdirigistisch auf einem bestimmten, gemessen an der Kaufkraft stetig sinkenden Niveau festgeschrieben. Hiermit wird den Körperschaften jedweder Spielraum genommen, der unerlässlich ist, um auch künftig hochqualifiziertes Spitzenpersonal gewinnen zu können. Zugleich wird hiermit ein massiver Wettbewerbsnachteil gegenüber anderen Arbeitgebern und anderen (z.B. selbständigen) Verdienstmöglichkeiten herbeigeführt, der die Auswahl des zur Verfügung stehenden Spitzenpersonals zum Nachteil der Körperschaft und damit auch zum Nachteil des GKV-Systems, die in hohem Maße auf eine funktionierende Selbstverwaltung angewiesen ist, signifikant einengen wird.

Selbst wenn hinsichtlich der aktuellen Vorstandsvergütungen, die nunmehr auch auf Landesebene faktisch "eingefroren" würden, aktuell noch von einem mit Blick auf die aufsichtsrechtliche Kontrolle gerade noch angemessenen Niveau ausgegangen werden könnte, wird sich dies angesichts der künftig ausgeschlossenen Möglichkeit, in adäquater Weise zumindest einen Kaufkraftverlustausgleich gewähren bzw. an der allgemeinen Lohnentwicklung partizipieren zu können, absehbarerweise bald anders darstellen. Dies gilt erst recht bei der krisenbedingt perspektivisch hoch bleibenden Inflationsentwicklung.

In besonderer Weise gilt dieser Befund für die Bundesebene, für die - wie bereits unter 3. dargelegt - mit dem TSVG über § 410 Abs. 2 SGB V (seinerzeit § 323/326 Abs. 2) bereits

seit dessen Inkrafttreten (2019) jedwede Erhöhung der Vorstandsvergütungen ausgeschlossen worden ist. Diese seinerzeit nur als "vorübergehende Deckelung" eingeführte "Übergangsregelung" wurde damals damit gerechtfertigt, dass "das bestehende Vergütungsniveau auch unter Berücksichtigung der Entwicklung des Verbraucherpreisindex noch bis 2027 ausreichen wird, um qualifiziertes Personal zu gewinnen und zu halten" (BT-Drucks. 19/6337 zu § 323 SGB V-E). Der Gesetzgeber ist also seinerzeit selbst davon ausgegangen, dass alle in den damals eingefrorenen Vorstandsvergütungen auf Bundesebene verfügbaren "Angemessenheitsreserven" bis 2028 aufgebraucht sein werden, wobei diese Entwicklung durch die bei Inkrafttreten des TSVG für den Gesetzgeber nicht absehbare hohe Inflationsentwicklung der Folgejahre noch deutlich verstärkt wurde. Umso schädlicher und weniger nachvollziehbar ist es daher, wenn der Gesetzgeber die damals nur für einen begrenzten Zeitraum auferlegte und für vertretbar erachtete Festschreibung der Vorstandsvergütungen nunmehr auch noch weiter für die Zukunft faktisch perpetuieren will. Dies ist zudem auch unter Vertrauensschutzgesichtspunkten problematisch.

Forderung von KZBV und BZÄK:

Die intendierten Änderungen des § 35a Abs. 6a SGB IV(-E) sowie § 410 SGB V(-E) sind ersatzlos zu streichen.

V. Zur Beschränkung der Vergütungen für Führungskräfte der Ebene unterhalb der Vorstandsebene, § 411 SGB V-E

Über den neu vorgesehenen § 411 SGB V-E sollen Vergütungserhöhungen für "außertariflich bezahlte Führungskräfte der Ebene unterhalb der Vorstandsebene" bei u.a. den KZVen und der KZBV nur noch "alle 6 Jahre" zulässig sein und eine "höhere Vergütung" nur durch einen Zuschlag auf die zuletzt vereinbarte Vergütung erfolgen können, und zwar nach Maßgabe der durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V nur des laufenden Kalenderjahres. Dabei soll die Regelung auch rückwirkend für Verträge gelten, und zwar zum einen für ab dem 31. März 2026 geschlossene Verträge und zum anderen für am 30. März 2026 bereits gültige Verträge, soweit diesen Verträgen nicht bereits eine Zusage über konkrete Vergütungserhöhungen zu entnehmen ist.

Ausweislich der Entwurfsbegründung gelten somit "gleichlautend" zu den Vergütungsbegrenzungen für Vorstandsmitglieder Vergütungsbegrenzungen auch für die "Führungsebene" unterhalb des Vorstands. Die damit verbundene Verhinderung des "weiteren Anstiegs der Vergütungen in den Spitzenpositionen" soll "zu einer dauerhaften Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung" beitragen.

Bewertung von KZBV und BZÄK:

KZBV und BZÄK lehnen die Regelung des § 411 SGB V-E aus folgenden Gründen in jedweder Hinsicht ab. Losgelöst davon, dass es sich hierbei um einen in der Wirtschafts- und Arbeitsmarktordnung Deutschlands wohl beispiellosen staatsdirigistischen Eingriff in die Vergütung und persönliche Lebensplanung/-führung von einzelnen Arbeitnehmergruppen handelt, sind die Regelungen zur Erreichung des mit ihnen verfolgten Zweckes der Sanierung der GKV-Finzen in jeder Hinsicht ungeeignet und allein insoweit schon verfassungswidrig, zudem beeinträchtigen sie massiv die Selbstverwaltungsrechte, gefährden die Funktions- und Wettbewerbsfähigkeit sowie die personelle Stabilität der

Selbstverwaltungskörperschaften und verstoßen gegen die Grundrechte der betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, gegen den allgemeinen Gleichheitssatz, gegen das Willkürverbot und verletzen den Vertrauensschutz:

1. Die Regelungen verfügen ebenso wie die Regelungen zur Begrenzung der Vorstandsvergütungen der KZVen und KZBV (s.o.) bereits nicht über die notwendige Eignung, das mit ihnen verfolgte Ziel der Stabilisierung der GKV-Beitragsätze erreichen oder auch nur fördern zu können, da die Vergütungen auch der "Führungsebene unterhalb der Vorstandsebene" ebenso wie alle anderen Finanzmittel von KZVen und KZBV nicht aus den GKV-Beiträgen der Versicherten stammen, sondern von den Zahnärzten als KZV-Mitgliedern im Wege von Mitgliedsbeiträgen bzw. Verwaltungskostenumlagen aufgebracht werden, wobei die Vorstandsvergütungen unmittelbar von den demokratisch legitimierten Vertreterversammlungsmitgliedern festgelegt werden, die auch über die Höhe der von den KZV-Mitgliedern zu tragenden Mitgliedsbeiträge entscheiden. Es handelt sich hierbei also nicht um GKV-Mittel. Das mit den intendierten Vergütungsbegrenzungen verfolgte Ziel der Einsparung von GKV-Mitteln können die Regelungen mithin nicht erreichen; mit ihrer Umsetzung würde kein einziger Cent an GKV-Mitteln eingespart. Auch dies dürfte naheliegenderweise ein Grund dafür sein, dass die Finanzkommission Gesundheit (FKG) derlei Regelungen nicht in ihr umfangreiches Maßnahmenpaket an GKV-Einsparmaßnahmen mit aufgenommen hat.

Die Regelungen sind insoweit schon allein in Ermangelung ihrer Eignung zur Erreichung des verfolgten Zieles der Sanierung der GKV-Finzen unverhältnismäßig und mithin verfassungswidrig.

2. Die vorgesehenen Vergütungsbeschränkungen greifen massiv in die Personal(wirtschafts)-, Haushalts- und Organisationshoheit der Selbstverwaltungskörperschaften ein und beeinträchtigen in erheblichem Maße deren Funktionsfähigkeit, Wettbewerbsfähigkeit und personelle Stabilität. Sie gefährden die Fähigkeit von KZBV und KZVen, hochqualifizierte Spitzenkräfte zu gewinnen und dauerhaft zu halten. Eine gesetzlich vorgegebene faktische Gehaltsstagnation über sechs Jahre hinweg, die zudem nicht einmal einen vollen werterhaltenden Inflationsausgleich ermöglicht (sondern lediglich alle 6 Jahre die Berücksichtigung der Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V ausschließlich des laufenden Jahres), führt - erst recht mit Blick auf die absehbar krisenbedingt hoch bleibende Inflationsentwicklung - zu einem erheblichen Wert-/Kaufkraftverlust der Gehälter, macht hierdurch die Selbstverwaltungskörperschaften gegenüber anderen Arbeitgebern, gegenüber Verbänden, Kanzleien oder dem Arbeitsmarkt im Übrigen massiv unattraktiver und widerspricht modernen leistungsorientierten Führungs- und Managementstrukturen und dem Grundsatz einer leistungsorientierten und leistungsgerechten Vergütung.
3. Die Regelungen verletzen die betroffenen Arbeitnehmer nicht nur wegen der fehlenden Zweckerreichungseignung, die allein sie bereits unverhältnismäßig macht, in ihren Grundrechten (insb. der Berufsfreiheit aus Art. 12 GG), sondern auch wegen fehlender Angemessenheit, da der mit der Gehaltsstagnation verbundene individuelle dauerhafte Kaufkraftverlust in keinem Verhältnis zu den hierdurch ggf. nur erzielbaren Einsparungen für das Gesamtsystem stehen (soweit die Maßnahme zur Erzielung von GKV-Einsparungen - anders als hinsichtlich KZVen und KZBV, s.o. - überhaupt geeignet ist). Zudem würde den Betroffenen ein verfassungsrechtlich unzulässiges "Sonderopfer" auferlegt, da sie sogar von der im Übrigen bestehenden durchgängigen jährlichen Geltung der GLS als zulässigem Veränderungs-/Erhöhungparameter abgekoppelt würden.

4. Neben dem Ausschluss von adäquaten Kaufkraftverlustausgleichen bzw. Teilhabe an der allgemeinen Lohnentwicklung würde zudem auch kein Raum belassen für Gehaltsanpassungen/-erhöhungen u.a. aufgrund von Aufgaben- oder Verantwortungsausweitungen, Abteilungs- oder sonstigen Aufgabenwechseln, Erfahrungszuwachs, Abwerbeversuchen, zur Incentivierung oder zur Honorierung einer guten Entwicklung bei Neuangestellten oder neu übernommenen Verantwortungsbereichen u.dgl.
5. Bei Neueinstellungen müssten wegen der später nicht mehr möglichen Gehaltserhöhungen diese von Anfang an in das Einstiegsgehalt mit eingerechnet werden, um die Vergütung für den betr. Mitarbeiter dauerhaft attraktiv zu machen. Damit führt sich der auf einen Sparbeitrag abzielende Gesetzentwurf selbst ad absurdum, weil er insoweit das Gegenteil bewirkt.
6. Verfassungsrechtlich mehr als bedenklich ist auch der mit den Regelungen verbundene Eingriff in bereits bestehende Arbeitsverhältnisse. Die vom Gesetzgeber offenbar angenommene These, nur der jeweils bestehende Vertrag in seinem status quo sowie ggf. bis 30. März 2026 konkret vereinbarte Erhöhungszusagen seien verfassungsrechtlich geschützt, geht fehl. Die geplante rückwirkende Beschränkung von Vergütungsanpassungen greift vielmehr in unverhältnismäßiger und vertrauensschutzverletzender Weise in bestehende arbeitsvertragliche Vertrauensschutzpositionen ein, indem sie z.B. vereinbarte Überprüfungs- und Anpassungsklauseln entwertet, die ggf. einer etablierten betrieblichen Praxis oder dem „Arbeitsmarktüblichen“ entsprechen, ohne dass bereits konkrete Vergütungserhöhungen vertraglich zugesagt sind. Auch ist zu berücksichtigen, dass mit dem Beschäftigungsverhältnis im Regelfall eine zumindest langjährige, ggf. das gesamte weitere Arbeitsleben umfassende wirtschaftliche Lebensplanung verbunden ist, die durch die dauerhaften Vergütungsbeschränkungen massiv verletzt wird.

Forderung von KZBV und BZÄK:

Die intendierte Regelung des § 411 SGB V-E muss ersatzlos gestrichen werden.