

Ratajczak & Partner mbB | Charles-Lindbergh-Str. 7 | 71034 Böblingen

An den Vorstand der
GMSCKFO
Herrn Zahnarzt Stefan Alexander Roth,
M.Sc. Kieferorthopädie
Blessenstätte 14
33330 Gütersloh

31. Mai 2026

Durchwahl: 9505-27 (Frau Sybill Ratajczak) E-Mail: s.ratajczak@rpmed.de
AZ: 26/0275/05 dra (bitte stets angeben)

Rechtsgutachten

zur Frage der Verfassungsmäßigkeit des § 28 Abs. 2 Satz 6 Nr. 1 und Abs. 2a SGB V in der vorgesehenen Fassung des Gesetzentwurfs des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes – GKV-BStabG) vom 01.05.2026 (BR-Drs. 256/26)

Böblingen

Prof. Dr. Thomas Ratajczak ^{1)2)*}
Jan von Wallfeld ^{4)*}
Dr. Detlef Gurgel ^{1)*}
Dr. med. Helge Hölzer ¹⁾
Dr. Clemens Winter ^{1)*}
Nico Gottwald ^{1)*}
Birte Rosenkranz ^{1)*}
Björn Rathmann ¹⁾
Naomi Crnić ⁶⁾
Dr. Bernadette Vollmer ⁶⁾

Charles-Lindbergh-Straße 7
71034 Böblingen
Telefon: 0 70 31/95 05-0
Telefax: 0 70 31/95 05-99
kanzlei@rpmed.de

Berlin

Jörn Schroeder-Printzen ^{1)2)*}

Duisburg

Dr. Chr. Tünnesen-Harmes ^{6)9)13)*}
Harald Wostry ^{1)5)10)*}
Prof. Dr. Jörn Westhoff, M.A. ³⁾
Mark Dominik Ottlik ⁶⁾⁹⁾
Dr. Thomas Wostry ^{6)10)*}

Essen

Harald Wostry ^{1)5)*}
Dr. Chr. Tünnesen-Harmes ^{6)9)10)13)*}
Hans-Jörg Weber ^{1)5)10)*}
Dr. Thomas Wostry ^{6)*}

Freiburg im Breisgau

Peter Schabram ^{1)*}

Köln

Gerald Spyra, LL.M. ^{6)12)*}

Meißen

Christoph Sorek ^{1)*}
Kerstin Peschel ^{1)5)7)*}

München

Prof. Dr. Ulrich M. Gassner ^{6)*}
Hans-Jörg Weber ^{1)5)*}
Dr. Florian Englert ^{4)5)*}
Harald Wostry ^{1)5)10)*}
Dr. Bernadette Vollmer ⁶⁾
Christine Englert ⁴⁾⁸⁾¹¹⁾

www.rpmed.de

AG Stuttgart PR 240005
Sitz: Böblingen
USt-ID: DE145149760

¹⁾ Fachanwalt/-anwältin für Medizinrecht

²⁾ Fachanwalt für Sozialrecht

³⁾ Fachanwalt für Internationales Wirtschaftsrecht

⁴⁾ Fachanwalt/-anwältin für Bau- und Architektenrecht

⁵⁾ Fachanwalt/-anwältin für Strafrecht

⁶⁾ Medizinrecht

⁷⁾ Fachanwältin für Verkehrsrecht

⁸⁾ Fachanwältin für Familienrecht

⁹⁾ Umwelt- und Umweltstrafrecht, Technische Sicherheit

¹⁰⁾ Zweigstelle

¹¹⁾ Of Counsel

¹²⁾ Informations- und Datenschutzrecht

¹³⁾ Fachanwalt für Verwaltungsrecht

* Partner

Inhaltsübersicht

A. Ergebnis des Rechtsgutachtens.....	4
B. Fragestellung des Rechtsgutachtens	4
C. Übersicht über das Gutachten.....	5
D. Hinweis zur Methodik	5
E. Behandlungsbedingungen der Kieferorthopädie in der gesetzlichen Krankenversicherung.....	6
1. Behandlungsanspruch (§§ 28, 29 SGB V)	6
2. Kieferorthopädie-Richtlinien.....	8
3. Genehmigungserfordernis	9
4. Gutachterverfahren, Wirtschaftlichkeitsprüfung.....	10
5. Behandlungsentscheidung	10
6. Behandlungsberechtigung	11
7. Kieferorthopädische Versorgungsdichte	12
8. Kieferorthopädie im Zahnmedizinstudium	14
9. Weiterbildung Fachzahnarzt Kieferorthopädie	16
10. Master of Science Kieferorthopädie.....	17
11. Anforderungen an die Praxis (Einrichtung, Mitarbeiter)	18
12. Kostentragung durch die Patienten	19
13. Kosten der Kieferorthopädie für die GKV	19
F. Vorgesehene Neuregelung des § 28 SGB V.....	21
G. Begründung zu § 28 SGB V-E im Gesetzentwurf.....	22
H. Analyse der Gesetzesbegründung.....	24
1. FinanzKommission Gesundheit – Erster Bericht vom 30.03.2026	24
1.1 Empfehlungen der FinanzKommission zur Kieferorthopädie	24
1.2 Die Begründung der FinanzKommission zu Empfehlung Nr. 23.....	25
1.3 Zwischenbemerkung zur Kritik an der Kieferorthopädie	30
1.4 Die FinanzKommission zum Untersuchungsgegenstand in diesem Rechtsgutachten.....	34
2. BARMER Zahnreport 2024 Kieferorthopädie.....	36
3. hkk Gesundheitsreport 2024 Kieferorthopädische Behandlung von Kindern und Jugendlichen – Abschlussbericht: Merkmale	

	einer kieferorthopädischen Behandlung bei Kindern und Jugendlichen (2018-2023).....	43
4.	Bundesrechnungshof – Abschließende Mitteilung vom 17.08.2018	44
5.	iGES-Bericht Kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen, 2018	46
6.	Bettin/Spasov/Werner, Asymmetrien bei der Einschätzung des kieferorthopädischen Behandlungsbedarfs, Ethik in der Medizin, 04.03.2014	49
7.	DIMDI – Mundgesundheit nach kieferorthopädischer Behandlung mit festsitzenden Apparaten, 2008.....	51
8.	Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen – Gutachten 2000/2001	52
9.	Zusammenfassung der Studien- und Literaturrecherche.....	52
10.	Exkurs: Zur Kritik an der Kieferorthopädie	53
I.	Verfassungsrechtliche Prüfung.....	54
	1. Einleitung	54
	2. Prüfung an Art. 12 GG	55
	2.1 Schutzbereich	55
	2.2 Eingriff.....	55
	2.3 Verfassungsrechtliche Rechtfertigung?	57
	a. Einordnung im Rahmen der Drei-Stufen Theorie	57
	b. Ziele der Neuregelung – legitimer Zweck.....	59
	c. Geeignetheit.....	60
	d. Grenzen des Einschätzungs- und Prognosevorrangs des Gesetzgebers	60
	e. Fehlende Evidenz struktureller Qualitätsdefizite	62
	f. Einsparziele.....	63
	g. Erforderlichkeit.....	65
	h. Angemessenheit	66
	i. Fehlen einer geeigneten Übergangsregelung.....	67
	j. Angemessenheit	69
	2.4 Ergebnis der Prüfung zu Art. 12 GG	70
	3. Prüfung an Art. 14 Abs. 1 GG.....	70
	3.1 Schutzbereich	70
	3.2 Eingriff.....	73
	3.3 Rechtfertigung.....	74
J.	Zusammenfassung und Ergebnis	76

A. Ergebnis des Rechtsgutachtens

Die geplante Neuregelung des § 28 Abs. 2 Satz 6 Nr. 1 SGB V stellt für die überwiegend kieferorthopädisch tätigen Zahnärzte ohne Fachzahnarztqualifikation einen nicht gerechtfertigten Eingriff in ihre Berufsfreiheit aus Art. 12 Abs. 1 GG dar, der in seinen Wirkungen einem Berufsverbot nahekommt.

Der durch § 28 Abs. 2 Satz 6 Nr. 1 SGB V-E vorgesehene Eingriff verletzt damit Art. 12 GG. Die vorgesehene Übergangsregelung in § 28 Abs. 2a SGB V-E ändert daran nichts.

Zugleich verstößt die Neuregelung gegen Art. 14 Abs. 1 GG, da diese Normen die auf die kieferorthopädische Versorgung ausgerichtete Praxen in ihrer wirtschaftlichen Substanz entwerten.

B. Fragestellung des Rechtsgutachtens

Das Rechtsgutachten untersucht, ob die durch Art. 1 Nr. 11 des Gesetzentwurfs zum GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz (GKV-BStabG) vom 01.05.2026 (BR-Drs. 256/26¹) vorgesehenen Änderungen des § 28 Abs. 2 Satz 6 SGB V und die Einfügung eines neuen § 28 Abs. 2a SGB V verfassungskonform sind.

Die im Gutachten zitierten neuen bzw. durch das GKV-BStabG zur Änderung vorgesehenen Normen des SGB V werden als „SGB V-E“ bezeichnet.

Es geht um folgende zwei Texte, wobei die rot gesetzten Textteile neu in das Gesetz aufgenommen werden sollen.

§ 28 Abs. 2 Satz 6 SGB V-E:

⁶Nicht zur zahnärztlichen Behandlung gehört die kieferorthopädische Behandlung

1. durch Vertragszahnärzte, die keine Anerkennung als Fachzahnarzt für Kieferorthopädie besitzen, oder

¹ Fundstelle: <https://dserver.bundestag.de/brd/2026/0256-26.pdf>. Der Gesetzentwurf liegt mittlerweile seit dem 26.05.2026 auch als Bundestagsdrucksache 21/6130 vor (<https://dserver.bundestag.de/btd/21/061/2106130.pdf>).

2. von Versicherten, die zu Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr vollendet haben.

⁷Satz 6 Nummer 2 gilt nicht für Versicherte mit schweren Kieferanomalien, die ein Ausmaß haben, das kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen erfordert.“

§ 28 Abs. 2a SGB V-E:

„Auf eine vor dem Ablauf des ... [einsetzen: Datum der Verkündung dieses Gesetzes] bereits begonnene kieferorthopädische Behandlung ist § 28 Absatz 2 Satz 6 in der am ... [einsetzen: Datum der Verkündung dieses Gesetzes] geltenden Fassung weiter anzuwenden.“

C. Übersicht über das Gutachten

Die in diesem Gutachten zitierten Entscheidungen sind, soweit nicht ausdrücklich anders vermerkt, nach juris zitiert: übliche abgekürzte Bezeichnung des Gerichts, Entscheidungsdatum, Aktenzeichen, genaue Fundstelle in der Entscheidung (Rz.). Auf die Angabe weiterer Veröffentlichungen wird verzichtet.

Das Gutachten gliedert sich in zwei Teile. In den Abschnitten E bis H wird ausführlich die Tatsachenbasis dargestellt, auf der das Gutachten beruht und zu der es Stellung nimmt. Im Abschnitt I ist die verfassungsrechtliche Prüfung enthalten.

Das Rechtsgutachten befasst sich nur mit den durch das GKV-BStabG vorgesehenen Änderungen in § 28 SGB V.

Das Rechtsgutachten befasst sich nicht mit den durch das GKV-BStabG für den Bereich der Kieferorthopädie ebenfalls vorgesehenen neuen Normen in § 87 Abs. 1d, Abs. 2h Satz 4 und § 92 Abs. 1a Sätze 3 und 4 SGB V-E, welche Überarbeitung bzw. Änderung der Indikationsgruppen und die künftige Vergütung der kieferorthopädischen Behandlung betreffen.

D. Hinweis zur Methodik

Im Gutachten werden viele Fundstellen im Original wiedergegeben, vielfach als Screenshot. Die farblichen Hervorhebungen finden sich nicht im

Original, sondern dienen der leichteren Nachverfolgbarkeit der Argumentation in diesem Gutachten.

In das Gutachten fließen auch unsere Erfahrung und die damit verbundenen spezifischen Kenntnisse des Behandlungsumfelds der Zahnheilkunde im Allgemeinen und der Kieferorthopädie im Besonderen als seit Jahrzehnten auf diesem Rechtsgebiet tätige Anwaltskanzlei ein.

E. Behandlungsbedingungen der Kieferorthopädie in der gesetzlichen Krankenversicherung

1. Behandlungsanspruch (§§ 28, 29 SGB V)

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) enthält für Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres die kieferorthopädische Behandlung nach § 28 Abs. 2 Satz 6 SGB V als Sachleistung. Die nähere Ausgestaltung der kieferorthopädischen Behandlung findet sich in § 29 SGB V.

Die Ausgestaltung der kieferorthopädischen Behandlung erfuhr in der Vergangenheit zahlreiche gesetzliche Umgestaltungen. § 182e Satz 1 RVO hatte, eingefügt durch das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz – KVKG vom 27.06.1977 (BGBl I, S. 1069), den Krankenkassen die Möglichkeit eröffnet, durch Satzungsregelung vorzusehen, dass *„der Versicherte bei kieferorthopädischer Behandlung bis zu 20 vom Hundert der Kosten, höchstens jedoch einen Betrag in Höhe eines Viertels der monatlichen Bezugsgröße je Leistungsfall an die Krankenkasse zu zahlen hat“*.

Zur Begründung hieß es im Gesetzentwurf, aus der Praxis sei darauf hingewiesen worden, dass kieferorthopädische Behandlungen nicht selten ohne gerechtfertigten Grund abgebrochen würden. Um das Eigeninteresse an der Fortführung der Behandlung zu wecken, werde den Krankenkassen die Möglichkeit gegeben, durch ihre Satzungen eine Beteiligung der Versicherten an den Kosten der Behandlung vorzusehen (BT-Drs. 8/166 vom 11.03.1977, S. 25 f.²).

² Fundstelle: <https://dserver.bundestag.de/btd/08/001/0800166.pdf>.

Im Grundsatz blieb es jedoch bei der Kieferorthopädie als Sachleistung.

Die Umsetzung dieser Neuregelung bei den Krankenkassen war sehr uneinheitlich.

Das am 01.01.1989 in Kraft getretene, die RVO im Wesentlichen durch das SGB V ablösende Gesundheitsreform-Gesetz vom 20.12.1988 (GRG – BGBl I, S. 2477) setzte anstelle der Sachleistung auf Kostenerstattung. Es gab eine Grunderstattung von 80 % der Kosten seitens der Krankenkasse (§ 29 Abs. 1 Satz 1 SGB V) und bei erfolgreichem Abschluss der Behandlung die Erstattung der restlichen 20 %. Die Abrechnung erfolgte direkt zwischen Vertragszahnarzt und Versichertem.

Die kieferorthopädische Behandlung von Erwachsenen zu Lasten der GKV wurde mit Wirkung ab dem 01.01.1993 durch das Gesundheitsstrukturgesetz vom 21.12.1992 (GSG – BGBl I, S. 2266) ausgeschlossen, sofern sie nicht schwere Kieferanomalien aufweisen, die ein Ausmaß haben, das kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen erfordert (§ 28 Abs. 2 Satz 7 SGB V).

Die ursprüngliche Fassung des Ausschlusses findet sich im Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und wurde dann in die GSG-Reform integriert. Als Begründung für den Ausschluss wird angegeben, die Solidargemeinschaft solle künftig nicht mehr für diese Leistungen aufkommen, da sie aus medizinischen und wirtschaftlichen Gründen vor Abschluss des Wachstums begonnen werden sollten und Behandlungen bei Erwachsenen überwiegend aus ästhetischen Gründen und aus Gründen mangelnder zahnmedizinischer Vorsorge in früheren Jahren erfolgten (BT-Drs. 12/3210 vom 07.09.1992, S. 10³).

Das GSG brachte damit eine Sanktion für früheres Fehlverhalten der Versicherten (oder wohl genauer ihrer Eltern, die nicht ausreichend auf zahnmedizinische Vorsorge der Kinder achteten).

Zum 01.01.1999 wurde durch das GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz – GKV-SolG vom 19.12.1998 (BGBl I, S. 3853) die kieferorthopädische Behandlung wieder in die Sachleistung überführt. Die Regelung zum Eigenanteil von 20 % entsprach der heutigen Regelung in § 29 Abs. 2 SGB V.

³ Fundstelle: <https://dserver.bundestag.de/btd/12/032/1203210.pdf>.

Die Änderung der Kostenerstattung durch das GKV-SolG war politisch motiviert und erfolgte zu Beginn der ersten Regierung unter Gerhard Schröder als Bundeskanzler. Zur Änderung des § 13 SGB V heißt es in der Gesetzesbegründung, der Entwurf schaffe die Kostenerstattung für Pflichtversicherte ab. Die Kostenerstattung sei ein der solidarischen gesetzlichen Krankenversicherung fremdes Element. Die Abschaffung sei daher zur Aufwertung des Solidar- und Sachleistungsprinzips geboten. Die Änderung des § 29 SGB V wird damit begründet, dass die Regelung sicherstelle, dass alle kieferorthopädischen Behandlungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung als Sachleistung zu erfolgen haben (BT-Drs. 14/24 vom 09.11.1998, S. 16⁴).

2. Kieferorthopädie-Richtlinien

Voraussetzung für den Behandlungsanspruch bei Kindern und Jugendlichen ist, dass sie in eine medizinisch begründete Indikationsgruppe fallen, bei denen eine Kiefer- oder Zahnfehlstellung vorliegt, die das Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen erheblich beeinträchtigt oder zu beeinträchtigen droht (§ 29 Abs. 1 Satz 1 SGB V).

§ 29 Abs. 4 SGB V beauftragt den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB V befundbezogen die objektiv überprüfbaren Indikationsgruppen, bei denen die in § 29 Abs. 1 SGB V enthaltenen Voraussetzungen vorliegen, und die einzuhaltenden Standards zur kieferorthopädischen Befunderhebung und Diagnostik vorzugeben.

Die vom G-BA am 04.06.2003 und 24.09.2003 entsprechend der Beauftragung in § 29 Abs. 4 SGB V verabschiedeten Kieferorthopädie-Richtlinien wurden im Bundesanzeiger Nr. 226 vom 03.12.2003 veröffentlicht (S. 24966) und traten am 01.01.2004 in Kraft.⁵ Sie gelten seitdem unverändert.

In § 92 Abs. 1a Sätze 3 und 4 SGB V-E ist der Auftrag an den G-BA vorgesehen, diese Richtlinien zu überprüfen und zu überarbeiten.

⁴ Fundstelle: <https://dserver.bundestag.de/btd/14/000/1400024.pdf>.

⁵ Fundstelle: <https://www.g-ba.de/richtlinien/28/>.

Die Richtlinien gliedern sich in einen Allgemeinen Teil und drei Anlagen, deren wichtigste (Anlage 1) entsprechend § 29 Abs. 4 Satz 1 SGB V die kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) festlegt.

3. Genehmigungserfordernis

Ergänzend regelt die Anlage 4 zum Bundesmantelvertrag – Zahnärzte (BMV-Z) in der aktuell ab dem 01.04.2026 geltenden Fassung⁶ das vor Beginn der kieferorthopädischen Behandlung durchzuführende Antragsverfahren.

Der BMV-Z findet seine Rechtsgrundlage als öffentlich-rechtlicher Vertrag in § 82 Abs. 1 SGB V. Er ist Teil des Gesamtvertrags i.S. des § 83 Satz 1 SGB V. Die Bestimmungen des BMV-Z sind für Vertragszahnärzte verbindlich (§ 95 Abs. 3 Satz 3 SGB V).

Die kieferorthopädische Behandlung bedarf in jedem Einzelfall der Genehmigung durch die Krankenkasse des Versicherten.

§ 1 Abs. 1 Satz 1 Anlage 4 zum BMV-Z bestimmt dazu:

„Vor Beginn einer kieferorthopädischen Behandlung oder bei einer Therapieänderung erstellt der Vertragszahnarzt persönlich und eigenverantwortlich einen Behandlungsplan mit den nach § 9 der Anlage 15 BMV-Z erforderlichen Angaben und übermittelt ihn an die Krankenkasse.“

Für die Entscheidung der Krankenkasse und das zu beachtende Verfahren enthält § 1 Abs. 3 Anlage 4 zum BMV-Z folgende Regelungen:

„¹Bei Kostenübernahme sendet die Krankenkasse zügig, spätestens zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang einen Antwortdatensatz gemäß § 14 der Anlage 15 BMV-Z mit einer Kostenübernahmeerklärung an den Vertragszahnarzt. ²Der Vertragszahnarzt übermittelt die Daten des Behandlungsplans mit dem Genehmigungsdatum grundsätzlich in elektronischer Form an die zuständige KZV. ³Die Übermittlung erfolgt jeweils im ersten Quartal, in dem auf der Grundlage des Plans eine Abrechnung kieferorthopädischer Leistungen erfolgt. ⁴Das gilt entsprechend für Therapieänderungs- bzw. Verlängerungsanträge. ⁵Bloße Leistungsanzeigen, die nicht genehmigungsbedürftig sind, sind nicht zu übermitteln. ⁶Mit der Behandlung soll erst begonnen werden, wenn die Krankenkasse eine Kostenübernahmeerklärung abgegeben hat. ⁷Erfolgt keine Kostenübernahme, hat die Krankenkasse den

⁶ Fundstelle: https://www.kzbv.de/wp-content/uploads/bmv-z-2026-04-01_gesamt-ausgabe.pdf.

Vertragszahnarzt hierüber ebenfalls mit einem Antwortdatensatz gemäß § 14 der Anlage 15 BMV-Z zu unterrichten. ⁸Behandlungen, für die die Krankenkasse auf Grund des Behandlungsplans die Kosten übernommen hat, unterliegen keiner nachträglichen Prüfung auf Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit, es sei denn, die abgerechneten Leistungen gehen über den Umfang der genehmigten Leistungen hinaus.“

4. Gutachterverfahren, Wirtschaftlichkeitsprüfung

Hat die Krankenkasse am kieferorthopädischen Behandlungsplan Zweifel, kann sie ihn begutachten lassen (§ 2 Abs. 1 Satz 1 der Anlage 4 zum BMV-Z). Das Gutachterverfahren ist zweistufig angelegt mit Gutachten nach § 3 und ggf. Obergutachten nach § 4 der Anlage 4 zum BMV-Z. Unter Umständen kommt auch eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst in Betracht (§§ 87 Abs. 1c Satz 1 Nr. 1, 275 SGB V).

Nach der Protokollnotiz zur Anlage 4 zum BMV-Z hat die Krankenkasse, sofern sie im Laufe einer kieferorthopädischen Behandlung seitens des Versicherten bzw. dessen gesetzlichen Vertreters Hinweise über einen unregelmäßigen Verlauf der kieferorthopädischen Behandlung erhält, die Möglichkeit, in begründeten Einzelfällen die Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV) zu beteiligen, deren Mitglied der behandelnde Vertragszahnarzt ist.

Daneben ist ihr nach § 2 Abs. 2 Nr. 5 der Anlage 17 zum BMV-Z bei „*Unvereinbarkeit von Leistungen des Zahnersatzes und der Kieferorthopädie mit dem Heil- und Kostenplan bzw. dem kieferorthopädischen Behandlungsplan*“ die Möglichkeit eröffnet, die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106c SGB V zu beantragen.

5. Behandlungsentscheidung

Die gesamte kieferorthopädische Behandlung gesetzlich Versicherter ist an Kriterien geknüpft, die gemeinhin als **Qualitätsindikatoren** gelten. Die Behandlungsindikation wird vom Vertragszahnarzt gestellt, aber von der Krankenkasse überprüft. Es wurde dazu ein spezielles zweistufiges Gutachterverfahren eingerichtet. Auch die nachträgliche Wirtschaftlichkeitsprüfung ist möglich.

Lehnt die Krankenkasse die Kostenübernahme bestandskräftig ab, kommt die kieferorthopädische Behandlung nur als privatärztliche Leistung in Betracht.

Da der Vertragszahnarzt nach § 95 Abs. 3 Satz 1 SGB V mit der Zulassung zur Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Behandlung „*berechtigt und verpflichtet*“ ist, wird und muss er in allen Zweifelsfällen einen Antrag auf Kostenübernahme der kieferorthopädischen Behandlung stellen, ehe er mit dem Patienten bzw. dessen Eltern oder sonst Sorgeberechtigten eine privatärztliche Behandlungsvereinbarung trifft.

Lehnt er die Zuordnung der vorgesehenen kieferorthopädischen Behandlung zur vertragszahnärztlichen Versorgung ab, muss er das nach § 1 Abs. 2 Anlage 4 zum BMV-Z mit dem Vordruck 4b der Anlage 14a BMV-Z dem Versicherten mitteilen. Die ebenfalls verpflichtende Mitteilung an die Krankenkasse und die KZV erfolgt durch Übersendung eines Mitteilungsdatensatzes nach § 12 Anlage 15 BMV-Z. Nach unserem Kenntnisstand führen diese Mitteilungen idR zu Nachfragen der Krankenkassen bzw. Aufforderungen, einen Behandlungsplan einzureichen.

Die rechtsverbindliche Entscheidung über die Zuordnung der kieferorthopädischen Behandlung zur vertrags- oder privatärztlichen Behandlungsschiene trifft mit der Kostenübernahmeerklärung in jedem Einzelfall die Krankenkasse, nicht der Behandler.

6. Behandlungsberechtigung

Die kieferorthopädische Behandlung wird durch Vertragszahnärzte durchgeführt, d.h. Zahnärzte, die an der vertragszahnärztlichen Versorgung i.S. des § 95 Abs. 3 Satz 1 SGB V teilnehmen.

Das SGB V enthält für die Durchführung der kieferorthopädischen Diagnostik und Therapie keine Beschränkungen auf bestimmte Zahnarztgruppen.

Eine zahnmedizinische Fachangestellte (ZFA), die in einer kieferorthopädischen Praxis i.S. des § 1 Abs. 6 ZHG tätig ist, hat andere Fertigkeiten und Kenntnisse als eine ZFA, die nach § 1 Abs. 5 ZHG tätig ist.

Die Weiterbildungsordnungen der deutschen Zahnärztekammern kennen aktuell bis zu vier Facharztbezeichnungen:

- Kieferorthopädie,
- Öffentliches Gesundheitswesen,
- Oralchirurgie,
- Parodontologie.

Nur Kieferorthopädie und Oralchirurgie werden von allen Zahnärztekammern verliehen. Die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) hat in die Muster-Weiterbildungsordnung (MWBO-Z, Stand 16.11.2024⁷) nur diese beiden Bezeichnungen aufgenommen.

Die Unterschiede erklären sich daraus, dass das (zahn)ärztliche Weiterbildungsrecht in die Gesetzgebungskompetenz der Bundesländer fällt. Der Bundesgesetzgeber hat hier keine Gesetzgebungskompetenz, auch keine konkurrierende i.S. des Art. 74 GG. Die Zahnärztekammern orientieren sich an den Vorgaben des Heilberufe-Kammergesetzes (auch diese Bezeichnung wird nicht bundeseinheitlich verwendet) ihres jeweiligen Bundeslandes.

7. Kieferorthopädische Versorgungsdichte

Ende 2024 nahmen 62.874 Vertragszahnärzte und angestellte Zahnärzte an der vertragszahnärztlichen Versorgung teil, wie sich aus dem Jahrbuch 2025⁸ der Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), S. 166, Tabelle 6.6 ergibt.

Die BZÄK und die KZBV teilen auf S. 6 ihrer Stellungnahme zum GKV-BStabG vom 20.04.2026⁹ folgende Informationen zur kieferorthopädischen Versorgung in Deutschland per 31.12.2024 mit:

⁷ Fundstelle: <https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/b/mwbo.pdf>.

⁸ Fundstelle: https://www.kzbv.de/wp-content/uploads/KZBV_Jahrbuch_2025_Web_ohne_GOZ.pdf.

⁹ Fundstelle: https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/b/20241104-GDAG-RegE-gemeinsame_Stellungnahme_KZBV_BZ%C3%84K.pdf.

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

Abbildung 1 Kieferorthopädische Versorgung per 31.12.2024 in Vollzeitäquivalenten

Ende 2024 nahmen – gerechnet in Vollzeitäquivalenten – damit 7,5 % aller Vertragszahnärzte und angestellten Zahnärzte an der kieferorthopädischen Versorgung teil. Davon entfielen 891 = 1,4 % auf Nichtfachzahnärzte. § 28 Abs. 2 Satz 6 Nr. 1 SGB V-E würde diese Gruppe betreffen.

In der nachfolgenden, ebd. auf S. 8 der Stellungnahme von BZÄK und KZBV veröffentlichten Grafik wird die Konsequenz der Herausnahme der Nichtfachzahnärzte aus der kieferorthopädischen Versorgung veranschaulicht:

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

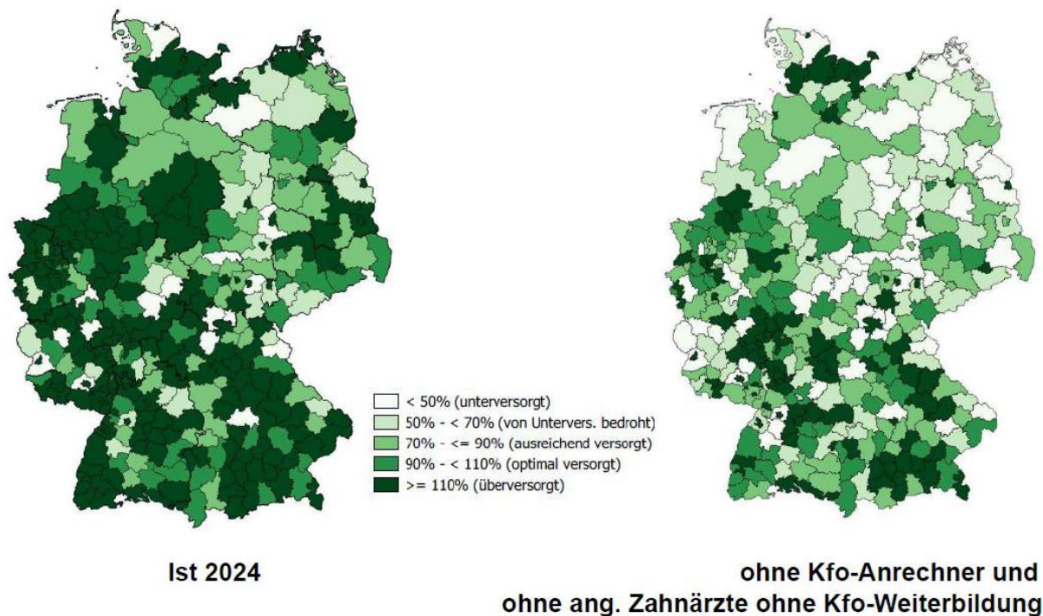


Abbildung 2 Grafische Darstellung der Auswirkungen des § 28 Abs. 2 Satz 6 SGB V-E auf die Versorgungsdichte mit kieferorthopädischen Leistungen.

Die beiden Grafiken sind selbsterklärend. Die vorgesehene Regelung des § 28 Abs. 2 Satz 6 Nr. 1 SGB V-E würde die kieferorthopädische Versorgung in Deutschland um 18,78 % ausdünnen, mit einem besonderen Schwerpunkt in den neuen Bundesländern.

Eine Zahnarztpraxis, die unter den Anwendungsfall des § 28 Abs. 2 Satz 6 SGB V-E fällt, muss sich entscheiden, ob sie die Praxis auf „normale“ Zahnheilkunde umstellt. Es wird noch unten im Abschnitt E 11 (S. 18) näher dargelegt werden, dass die Einrichtung einer kieferorthopädisch behandelnden Praxis grundlegend anders als die Einrichtung einer normalen Praxis ist. Das in § 28 Abs. 2a SGB V-E vorgesehene Ausschleichen der Behandlungen wird sich für viele Praxen deshalb kaum ohne hohe Neuinvestitionen realisieren lassen.

8. Kieferorthopädie im Zahnmedizinstudium

Approbierete Zahnärzte sind aufgrund ihrer universitären Ausbildung zur kieferorthopädischen Behandlung befähigt. Die Kieferorthopädie ist als ein Kernfach (s. § 107 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 ZApprO) Pflichtbestandteil des Studiums. Dadurch unterscheidet sich das Zahnmedizinstudium vom Stu-

dium der Medizin, in dem zahlreiche der heute anerkannten Facharztbereiche nur gestreift oder gar nicht berührt werden, was auch an der veralteten ÄApprO liegt, deren Überarbeitung seit langem aus finanziellen Gründen durch die Bundesländer blockiert wird. Der 130. Deutsche Ärztetag hat sich des Problems zum wiederholten Male angenommen.¹⁰

Der Zweite Abschnitt der Zahnärztlichen Prüfung umfasst das Fach Kieferorthopädie (§ 46 Abs. 2 Nr. 2 ZApprO). Im Praktischen Prüfungselement muss der Studierende praktische Fertigkeiten durch die Herstellung eines präventionsorientierten kieferorthopädischen Behandlungsgerätes nachweisen (§ 47 Abs. 3 ZApprO). Die praktische Prüfung Kieferorthopädie dauert einen Tag (§ 47 Abs. 6 ZApprO).

Der mündlich-praktische Teil des Dritten Abschnitts der Zahnärztlichen Prüfung umfasst ebenfalls die Kieferorthopädie (§ 63 Abs. 1 Nr. 2 ZApprO). Im Praktischen Prüfungselement ist nach § 64 Abs. 3 ZApprO eine kieferorthopädische Behandlungsapparatur zu planen und selbständig an dem Patienten einzugliedern. Das Praktische Prüfungselement dauert vier Tage (§ 64 Abs. 9 Satz 1 Nr. 2 ZApprO).

Im mündlichen Prüfungselement wird der Studierende in jedem in § 64 ZApprO genannten Fach, also auch der Kieferorthopädie, und in der Fächergruppe Zahnerhaltung des mündlich-praktischen Teils des Dritten Abschnitts der Zahnärztlichen Prüfung in Form eines Prüfgesprächs geprüft (§ 65 Abs. 1 ZApprO). Jedes Prüfungsgespräch soll mindestens 20 und höchstens 30 Minuten je Studierendem dauern (§ 65 Abs. 3 ZApprO).

Während des Zahnmedizinstudiums müssen zusätzlich ein Praktikum der kieferorthopädischen Propädeutik und Prophylaxe (Anlage 2 Nr. 3 ZApprO) und Praktika der kieferorthopädischen Diagnostik und Therapie I und II (Anlage 3 Nr. 3 ZApprO) absolviert werden.

¹⁰ Medizinstudierende hoffen auf Reform des Studiums, Deutsches Ärzteblatt online vom 13.05.2026. Fundstelle: <https://www.aerzteblatt.de/news/medizinstudierende-hoffen-auf-reform-des-studiums-cfa4e7c1-ca9c-4ddb-b0fe-228882feaa1a>.

9. Weiterbildung Fachzahnarzt Kieferorthopädie

Die Weiterbildung ist postgradual. Sie erfolgt in Anstellung (s. z.B. § 4 Abs. 1 WBO¹¹ der Landeszahnärztekammer (LZK) Baden-Württemberg).

Die Musterweiterbildungsordnung der BZÄK enthält für die Weiterbildung zum Fachzahnarzt für Kieferorthopädie in Ziffer 2 der Anlage 2 u.a. folgende Vorgaben an die mindestens vier Jahre dauernde Weiterbildung:

- 1 allgemeinärztliches Jahr.
- 3 Jahre fachspezifische Weiterbildung, davon
 - mindestens 12 Monate an einer kieferorthopädischen Abteilung einer Universitätsklinik oder einer anderen Weiterbildungsstätte (mit weiteren Voraussetzungen).

In der Praxis hat es um das Klinikjahr in der Vergangenheit zahllose Probleme gegeben.

Der VGH Baden-Württemberg gibt dazu in einem Urteil vom 10.07.2001 – 9 S 2320/00 – folgenden Sachvortrag der LZK Baden-Württemberg wieder:

„Etwa 20 % der kieferorthopädischen Leistungen würden durch Allgemein Zahnärzte erbracht, denen zum Erwerb der Gebietsbezeichnung oft nur das in der Weiterbildungsordnung vorgesehene Klinikjahr fehle; weil die Plätze in der Klinik äußerst knapp seien, habe sich das Klinikjahr als **Nadelöhr** für die Erlangung der Gebietsbezeichnung Kieferorthopädie erwiesen.“ (Rz.107)

Daher verzichten viele Zahnärztekammern mittlerweile darauf, so z.B. die LZK Bayern in § 18 ihrer Weiterbildungsordnung¹² oder lassen eine Substitution des Klinikjahres zu (s. z.B. § 22 Abs. 1 WBO der LZK Baden-Württemberg).

Die substitutive Weiterbildung kann allerdings nur bei speziell weiterbildungsberechtigten Einrichtungen (Weiterbildungsstätte und Weiterbildungsermächtigte (s. z.B. Ziffer 2.3 der Anlage 2 zur MWBO-Z) erfolgen,

¹¹ Fundstelle: https://lzk-bw.de/fileadmin/user_upload/1.Zahn%C3%A4rzte/40.Weiterbildung/40.Weiterbildungsordnung/Weiterbildungsordnung_der_LZK.pdf.

¹² Fundstelle: [https://www.blzk.de/blzk/site.nsf/gfx/weiterbildungsordnung.pdf/\\$file/weiterbildungsordnung.pdf](https://www.blzk.de/blzk/site.nsf/gfx/weiterbildungsordnung.pdf/$file/weiterbildungsordnung.pdf).

die es jahrelang dann aber de facto als Alternative zum Klinikjahr nicht gab.

Dieses „Nadelöhr“ Klinikjahr bzw. Substitution hat dazu geführt, dass überhaupt erst der Bedarf nach einer Alternative für kieferorthopädisch tätig werden wollende Zahnärzte entstanden ist, die sich dann im **MSc Kieferorthopädie** konkretisiert hat.

Die Weiterbildung endet mit einem Fachgespräch, an dem bis zu drei Prüflinge geprüft werden können und das je Prüfling 45 – 60 Minuten dauern soll (§ 16 Abs. 1 MWBO-Z).

Zwischen den Zahnärztekammern gibt es allerdings auch dazu Unterschiede. So verlangt § 16 Abs. 1 WBO der LZK Baden-Württemberg, dass das Fachgespräch als Einzelgespräch mit einer Dauer von „*in der Regel sechzig Minuten*“ durchgeführt wird. Die LZK Bayern lässt bis zu vier Prüflinge zu und begrenzt die Prüfungsdauer auf 45 Minuten je Prüfling (§ 13 Abs. 2 WBO LZK Bayern).

10. Master of Science Kieferorthopädie

Diese Weiterbildung ist ebenfalls postgradual.

Die Masterstudiengänge Kieferorthopädie unterscheiden sich inhaltlich vor allem im Klinikjahr (so es denn noch von Zahnärztekammern gefordert wird) von der Fachzahnarztweiterbildung Kieferorthopädie.

Ein Hauptunterschied besteht allerdings darin, dass die Fachzahnarztweiterbildung hauptberuflich in Anstellung erfolgt, die Weiterbildung zum MSc Kieferorthopädie aber idR zusätzlich zur Praxistätigkeit als niedergelassener Zahnarzt.

Ein zweiter Hauptunterschied besteht darin, dass das Masterstudium ein eigenständiges universitäres Studium darstellt, die Fachzahnarztweiterbildung dagegen nicht.

Die Anforderungen an die zu lernenden Inhalte unterscheiden sich nicht von den Inhalten der Fachzahnarztweiterbildung. Die Prüfungsordnung¹³

¹³ Fundstelle: https://www.dp-uni.ac.at/en/university/public-documents?_hash=xhUOu2UHMG4BLx1NGSnG7A%2BfTyXaKOJGzJ5%2BaV

der bekanntesten deutschsprachigen Universität, die den MSc Kieferorthopädie verleiht, umreißt auf 40 Seiten die Inhalte des Weiterbildungsstudiums. Hierauf sei Bezug genommen.

Für den MSc Kieferorthopädie ist Voraussetzung neben studienbegleitenden Prüfungen die Anfertigung einer Masterarbeit. Derartige Prüfschritte kennt die Fachzahnarztweiterbildung Kieferorthopädie nicht.

Weil die Weiterbildung zum Fachzahnarzt für Kieferorthopädie nur in Anstellung erfolgen kann, ist es für kieferorthopädisch schwerpunktmäßig tätige Nichtfachzahnärzte praktisch ausgeschlossen, ihre Berufstätigkeit für die Weiterbildung zu unterbrechen. Das würde die Aufgabe ihrer Praxis bedeuten, ganz zu schweigen davon, dass die dafür erforderlichen Weiterbildungskapazitäten in Deutschland gar nicht existieren.

11. Anforderungen an die Praxis (Einrichtung, Mitarbeiter)

Es gibt erhebliche Unterschiede in der Praxiseinrichtung zwischen Zahnarztpraxen, die schwerpunktmäßig oder ausschließlich kieferorthopädische Behandlungen anbieten, und Zahnarztpraxen, die sich auf konservierend-chirurgische, prothetische und parodontologische Behandlungen konzentrieren.

Für kieferorthopädische Behandlungen gibt es spezialisierte Behandlungseinheiten, die sich erheblich von normalen zahnärztlichen Behandlungseinheiten unterscheiden. Auch die Anforderungen an Röntgen und Praxislabor sind unterschiedlich. Typischerweise verfügen die kieferorthopädisch schwerpunktmäßig tätigen Praxen über mehr (und i.S. des § 1 Abs. 6 ZHG spezialisierte) nichtzahnärztliche Mitarbeiter als normale Praxen.

Ein Switch von einer kieferorthopädisch eingerichteten Zahnarztpraxis zu einer allgemein-zahnärztlich eingerichteten Praxis erforderte nach unserer Kenntnis nahezu den finanziellen Aufwand einer Praxisneugründung.

12. Kostentragung durch die Patienten

Die Patienten bzw. deren Eltern haben nach § 29 Abs. 2 Satz 1 SGB V zunächst einen Eigenanteil von (bei Ein-Kind-Familien) 20 % an den Kosten der kieferorthopädischen Behandlung zu tragen. Wenn die kieferorthopädische Behandlung in dem durch den Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang abgeschlossen ist, erstattet die Krankenkasse den Eigenanteil den Versicherten (§ 29 Abs. 3 Satz 2 SGB V).

Das erklärt vermutlich die hohe Therapietreue der Patienten selbst unter widrigen Umständen. Die KZBV berichtet in ihrem Jahrbuch 2025, dass es im 2. Quartal 2020, also in der ersten Hochphase der COVID-19-Pandemie mit ihren zahlreichen Einschränkungen, insbesondere des ersten Lockdowns ab Mitte März 2020, in nahezu allen zahnärztlichen Leistungsbereichen zu einem spürbaren Rückgang der Fallzahlen gekommen sei, was insbesondere im 2. Quartal 2020 zu fallzahlbezogenen Einbrüchen zwischen **-15 %** und **-30 %** im Vergleich zum Vorjahreszeitraum geführt habe. Eine Ausnahme habe die Kieferorthopädie gebildet, bei der der Rückgang mit **-3,5 %** vergleichsweise moderat ausgefallen sei (KZBV, Jahrbuch 2025, S. 57).

13. Kosten der Kieferorthopädie für die GKV

Der Anteil der kieferorthopädischen Ausgaben an den gesamten Ausgaben für die vertragszahnärztliche Behandlung nahm in den Jahren 2003 – 2024 von 9,2 % auf 7,8 % ab, wie sich aus der nachstehend wiedergegebenen, im KZBV-Jahrbuch 2025, S. 45 abgedruckten Grafik ergibt.

GKV: Anteil der einzelnen Leistungsbereiche an den Ausgaben für zahnärztliche Behandlung 2003 bis 2024 Deutschland

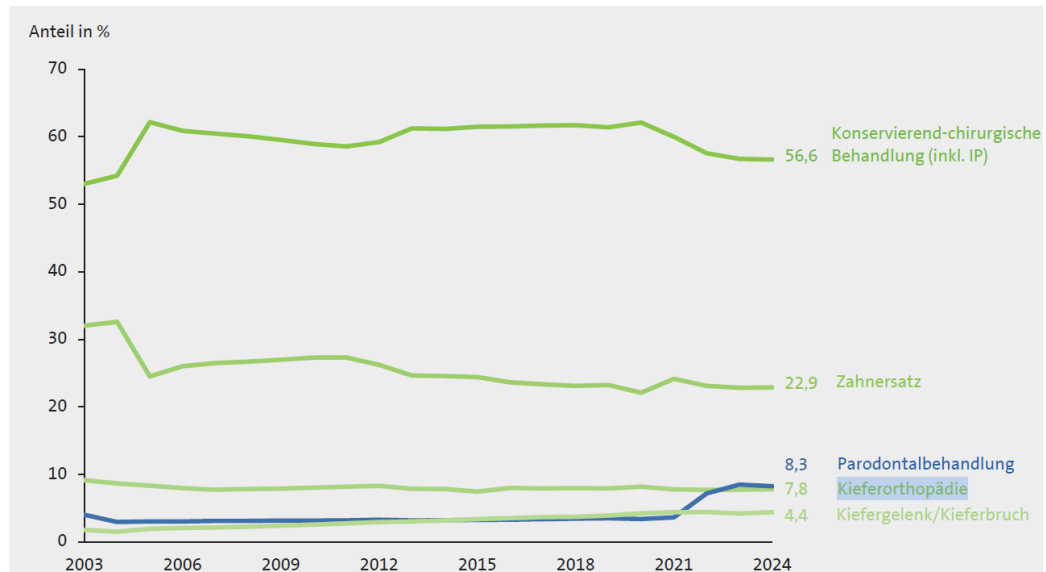


Abbildung 3 Anteil der Leistungsbereiche an dem Ausgaben für die zahnärztliche Behandlung 2003 – 2024

Der Anteil der Ausgaben für vertragszahnärztliche Behandlungen an den Gesamtausgaben der GKV ist im gleichen Zeitraum von 8,7 % auf 5,8 % und damit um 1/3 (33,33 %) gesunken, was die nachstehende Grafik aus dem KZBV-Jahrbuch 2025, S. 27 verdeutlicht:

2D Anteil der GKV-Ausgaben für zahnärztliche Behandlung an den Leistungsausgaben der GKV 2003 bis 2024 – Deutschland

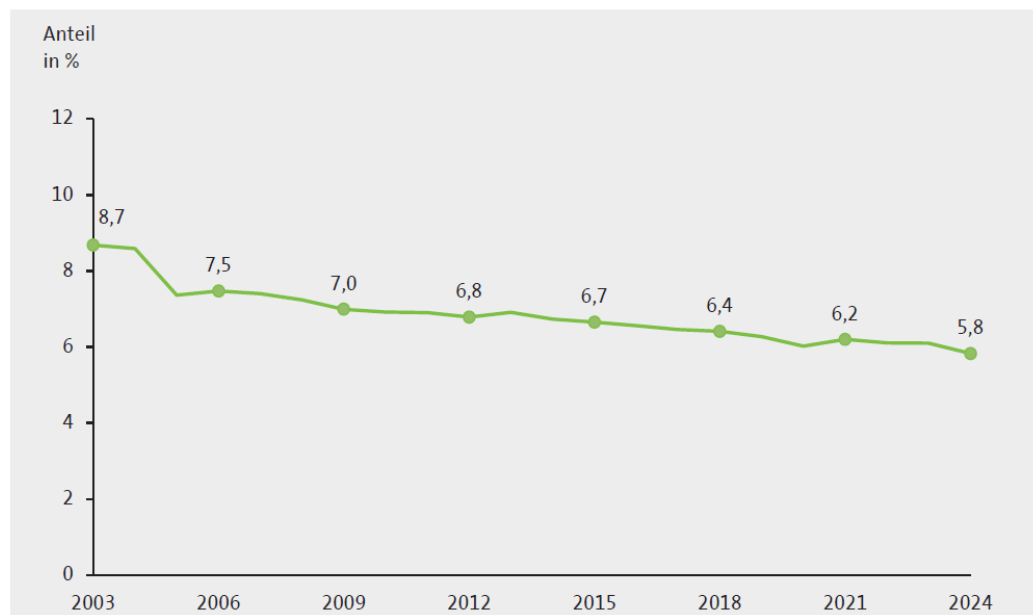


Abbildung 4 Anteil der Ausgaben für zahnärztliche Behandlungen an den Leistungsausgaben der GKV 2003 – 2024

Im gleichen Zeitraum nahm die Zahl der abgerechneten kieferorthopädischen Behandlungsfälle von 8,0625 Mio. (2003) um 5,96 % auf 8,5433 Mio. (2024) zu (KZBV, Jahrbuch 2025, S. 77).

Trotz der Zunahme an Behandlungen hat sich der Kostenanteil für die GKV im gleichen Zeitraum um 33,33 % reduziert.

Die Kieferorthopädie ist kein Kostentreiber in der GKV.

F. Vorgesehene Neuregelung des § 28 SGB V

Das GKV-BStabG will die Durchführung kieferorthopädischer Behandlung zu Lasten der GKV künftig nur noch Fachzahnärzten für Kieferorthopädie erlauben.

§ 28 Abs. 2 Sätze 6 und 7 SGB V enthält aktuell folgendes Gesetzestext:

„⁶Nicht zur zahnärztlichen Behandlung gehört die kieferorthopädische Behandlung von Versicherten, die zu Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr vollendet haben. ⁷Dies gilt nicht für Versicherte mit schweren Kieferanomalien, die ein Ausmaß haben, das kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen erfordert.“

Diese beiden Sätze sollen (wie schon oben im Abschnitt B – S. 4 f. – dargestellt) nach Art. 1 Nr. 11 Buchstabe a) GKV-BStabG durch den folgenden Text ersetzt werden (der neue Text ist zur besseren Unterscheidbarkeit auch nachstehend in roter Schriftfarbe gesetzt):

„⁶Nicht zur zahnärztlichen Behandlung gehört die kieferorthopädische Behandlung

1. **durch Vertragszahnärzte, die keine Anerkennung als Fachzahnarzt für Kieferorthopädie besitzen, oder**
2. von Versicherten, die zu Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr vollendet haben.

⁷**Satz 6 Nummer 2** gilt nicht für Versicherte mit schweren Kieferanomalien, die ein Ausmaß haben, das kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen erfordert.“

Neu an der Norm wäre der Text der Nr. 1, während die Nr. 2 den bisherigen Text wiedergäbe und in Satz 7 nur eine redaktionelle Anpassung vorgesehen ist.

§ 28 SGB V soll nach Art. 1 Nr. 11 Buchstabe b) GKV-BStabG um folgenden neuen Absatz 2a ergänzt werden:

„Auf eine vor dem Ablauf des ... [einsetzen: Datum der Verkündung dieses Gesetzes] bereits begonnene kieferorthopädische Behandlung ist § 28 Absatz 2 Satz 6 in der am ... [einsetzen: Datum der Verkündung dieses Gesetzes] geltenden Fassung weiter anzuwenden.“

Die kieferorthopädische Behandlung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen wird durch Zahnärzte durchgeführt. Darunter befinden sich Allgemeinzahnärzte, Fachzahnärzte für Kieferorthopädie und Zahnärzte mit dem akademischen Titel eines Master of Science (MSc) Kieferorthopädie.

§ 28 Abs. 2 und 2a SGB V-E würde die Behandlung aller in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versicherten Patienten betreffen. Die Normen würden bedeuten, dass alle nach § 28 Abs. 2 Satz 6 SGB V anspruchsberechtigten Kinder und Jugendlichen ab Inkrafttreten der Änderung neu nur noch von Fachzahnärzten für Kieferorthopädie behandelt werden dürften, von den übrigen bisher die Kieferorthopädie ausübenden Behandlern dürften nur bereits begonnene Therapien zu Ende geführt werden.

Das gleiche würde für die kieferorthopädische Behandlung von Erwachsenen mit schweren Kieferanomalien i.S. des § 28 Abs. 2 Satz 7 SGB V gelten.

Die kieferorthopädische Behandlung von Erwachsenen ohne schwere Kieferanomalien i.S. des § 28 Abs. 2 Satz 7 SGB V soll wie bisher eine von der gesetzlichen Krankenversicherung nicht zur Verfügung gestellte und damit i.S. des § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB V der Eigenverantwortung der Patienten zugeordnete privatärztliche Behandlung bleiben.

G. Begründung zu § 28 SGB V-E im Gesetzentwurf

Die sich mit den in diesem Rechtsgutachten untersuchten Änderungen des SGB V befassenden Begründungen im Gesetzentwurf des GKV-BStabG sind kurz und umfassen so wenig Text, dass sie im Wortlaut wiedergegeben werden sollen. Die Seitenangaben beziehen sich auf die BR-Drs. 256/26 vom 01.05.2026:

S. 60:

„Die fachlichen Qualifikationsanforderungen an die Zahnärztinnen und Zahnärzte, die kieferorthopädische Behandlungen durchführen, werden erhöht.“

S. 73:

„Die Beschränkung kieferorthopädischer Behandlungen auf Fachzahnärztinnen und Fachzahnärzte für Kieferorthopädie führt im Jahr 2027 zu Einsparungen von rund 30 Millionen Euro; in den Folgejahren steigen die jährlichen Einsparungen auf rund 60 Millionen Euro.“

S. 99:

„In Deutschland praktizieren sowohl Zahnärztinnen und Zahnärzte für Kieferorthopädie als auch Zahnärztinnen und Zahnärzte mit dem Tätigkeitsschwerpunkt Kieferorthopädie. Die erste Berufsbezeichnung setzt eine mindestens dreijährige hauptberufliche und ganztägige Weiterbildung voraus, die mit einer Fachzahnarztprüfung abschließt. Im Gegensatz dazu erfordert das Führen eines Tätigkeitsschwerpunkts Kieferorthopädie keine strukturierte Weiterbildung. Oft basieren die Kenntnisse auf Wochenendkursen oder berufsbegleitenden Studiengängen, wie dem „Master of Science (M.Sc.)“. Grundsätzlich darf eine Zahnärztin oder ein Zahnarzt kieferorthopädische Behandlungen auch ohne eine spezifische Zusatzqualifikation zu Lasten der GKV durchführen.“

Angesichts der höchst unterschiedlichen Kenntnisse und Fertigkeiten auf dem Gebiet der Kieferorthopädie innerhalb der Zahnärzteschaft können kieferorthopädische Leistungen von sehr unterschiedlicher Qualität sein. Eine Einordnung ist den Patientinnen und Patienten kaum möglich beziehungsweise haben sie keine Kenntnis von diesen Gegebenheiten. Daher ist es gerechtfertigt, künftig eine Weiterbildung zur Fachzahnärztin oder zum Fachzahnarzt (für) Kieferorthopädie für das Erbringen kieferorthopädischer Behandlungen im Rahmen der GKV vorauszusetzen. Nur so kann eine Behandlung auf dem notwendigen und einem möglichst einheitlichen Qualitätsniveau sichergestellt werden.

Zugleich sieht der neue § 28 Absatz 2a eine Übergangsregelung dahingehend vor, dass kieferorthopädische Behandlungen, die vor dem Inkrafttreten des § 28 Absatz 2 Satz 6 Nummer 1 von einer Vertragszahnärztin oder einem Vertragszahnarzt ohne eine entsprechende Fachzahnarztweiterbildung begonnen wurden, durch diese Zahnärztin oder diesen Zahnarzt zu Lasten der GKV abgeschlossen werden können.“

Die vorstehende Hervorhebung im Text (rote Schriftfarbe) erfolgte durch uns.

H. Analyse der Gesetzesbegründung

Zentral in der Begründung des Gesetzentwurfs ist die auf S. 99 aufgestellte Behauptung:

„Angesichts der höchst unterschiedlichen Kenntnisse und Fertigkeiten auf dem Gebiet der Kieferorthopädie innerhalb der Zahnärzteschaft **können** kieferorthopädische Leistungen von sehr unterschiedlicher Qualität sein.“

Im tatsächlichen haben wir untersucht, ob sich für diese Behauptung in der Begründung oder in der für die Regelung herangezogenen Unterlagen eine diese Aussage stützende Evidenz findet.

In der Gesetzesbegründung findet sich selbst kein Hinweis, der die Aussage rechtfertigte oder begründete.

Es lässt sich nach den öffentlichen Verlautbarungen annehmen, dass das für den Gesetzentwurf zuständige Bundesministerium für Gesundheit sich bei seinen Überlegungen am Ersten Bericht der FinanzKommission Gesundheit vom 30.03.2026 orientiert hat, mit dem wir uns deshalb zuerst befassen werden.

1. FinanzKommission Gesundheit – Erster Bericht vom 30.03.2026¹⁴

1.1 Empfehlungen der FinanzKommission zur Kieferorthopädie

Die FinanzKommission schlägt in ihrer Empfehlung Nr. 23 eine „*Begrenzung von potentieller Über- und Fehlversorgung in der kieferorthopädischen Versorgung*“ vor und sieht darin ein Einsparpotenzial von kurzfristig 100 Mio. € und mittelfristig 200 Mio. € (S. 18 des Kommissionsberichts):

Empfehlungen der Kategorie A*

Nr.	Maßnahme	Bereich	Finanzwirkung 2027	Finanzwirkung 2030
23	Begrenzung von potentieller Über- und Fehlversorgung in der kieferorthopädischen Versorgung	Zahnärzte und Zahnersatz	0,1 Mrd. €	0,2 Mrd. €

¹⁴ Fundstelle: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Datien/3_Downloads/F/FinanzKommission_Gesundheit/FinanzKommissionGesundheit_Erster_Bericht_20260330.pdf

Hingewiesen sei auf die Wortwahl der FinanzKommission. Wenn die FinanzKommission von „*potentieller*“ Über- und Fehlversorgung ausgeht, dann räumt sie mit ihrer Wortwahl ein, dass sie aktuell dazu keine Evidenz gefunden hat. Wie sie zu ihrer Vermutung kommt, wird in ihrem Bericht nicht erklärt.

1.2 Die Begründung der FinanzKommission zu Empfehlung Nr. 23

Als Begründung für ihre Empfehlung Nr. 23 führt die FinanzKommission auf den nachfolgend per Screenshot wiedergegebenen Seiten 185 – 189 des Berichts aus:

S. 185:

Die Zahl der Neuplanungen kieferorthopädischer Behandlungen lag im Jahr 2024 bei etwa 450.000 Fällen und betrifft damit rund zwei Drittel der Kinder und Jugendlichen eines Jahrgangs (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung 2026, S. 63). Gleichzeitig wurden in 15 von 100 Behandlungsfällen, das heißt in insgesamt etwa 70.000 Fällen, Gutachten erstellt, die in 46 % der Fälle eine vollständige (17 %) oder teilweise Ablehnung (29 %) der Behandlung zur Folge hatten (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung 2025a, S. 52). Im Jahr 2025 wurden von der GKV insgesamt etwa 1,5 Mrd. € für kieferorthopädische Leistungen aufgewendet (KV45, für 2024 nach KJ1 1,4 Mrd. €).

In vielen europäischen Ländern erfolgen deutlich weniger kieferorthopädische Behandlungen.¹⁶ Bereits 2001 wurde im Gutachten des *Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen* die Über-, Unter- und Fehlversorgung in der Kieferorthopädie kritisiert (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2001, 192 f.). Seitdem häufen sich die Hinweise auf Überversorgung in der vertragszahnärztlichen Kieferorthopädie, das heißt, dass potentiell mehr Schaden als Nutzen durch diese Versorgungsart entsteht. Die Überversorgung hat vor allem zwei Ursachen:

Zum einen werden **überholte und nicht hinreichend wissenschaftlich gesicherte Maßnahmen** auf Kosten der GKV durchgeführt: Das DIMDI (2008, S. 5), der BRH (2018a, S. 6), das IGES im Auftrag des BMG (Hoffmann et al. 2018, S. 8) und die hkk-Krankenkasse (Braun & Spassov 2024) haben jeweils unabhängig voneinander gerügt, dass kieferorthopädische Leistungen mit unzureichender wissenschaftlicher Begründung erbracht werden. Insbesondere die verbreitete Praxis, regelhaft zum Teil nicht zwingend erforderliche Röntgendiagnostik durchzuführen, oder zunächst weniger wirksame herausnehmbare Zahnschienen und später doch festsitzende Zahnschienen einzusetzen, wird wegen zum Teil unnötiger Strahlenbelastung im Widerspruch zur Strahlenschutzverordnung (StrlSchV), möglichem gesundheitlichen Schaden, unzureichender Wirksamkeit, unnötig verlängerter Therapiedauer und insgesamt vermeidbaren Kosten kritisiert.

Zum anderen bestehen gravierende strukturelle Probleme durch die Gestaltung des Vergütungssystems und eine **weitgehend fehlende Sicherung der Ergebnisqualität**: Die durchgängige Einzelleistungsvergütung wirkt als Fehlanreiz und führt zu einer Ausweitung von unnötigen Behandlungen und kontinuierlich steigenden Kosten. **Über die Ergebnisqualität der kieferorthopädischen Behandlungen und deren langfristige Auswirkungen sind keine beziehungsweise nur wenige belastbare Erkenntnisse verfügbar**, obwohl die Kieferorthopädie seit mehr als 50 Jahren Bestandteil der GKV ist.

Derzeit sind alle approbierten Zahnärzte berechtigt, kieferorthopädische Leistungen anzubieten, auch ohne spezielle Facharztweiterbildung in der Kieferorthopädie. Damit werden zusätzliche Kosten durch potentiell vermehrt nicht sach- und bedarfsgerecht erbrachte Behandlungen verursacht. Um

¹⁶ Zum Beispiel in Schweden, Großbritannien und Finnland etwa 20 % bis 30 % einer Generation beziehungsweise eines Jahrgangs (Rolland et al. 2016; Linden et al. 2019; Göranson et al. 2025).

S. 186:

die Gebietsbezeichnung *Fachzahnarzt für Kieferorthopädie* beziehungsweise *Kieferorthopäde* führen zu dürfen, ist eine dreijährige Weiterbildung mit abschließender Prüfung durch die jeweilige Zahnärztekammer notwendig (Deutsche Gesellschaft für Kieferorthopädie 2026).

Reformempfehlung

Die Kommission empfiehlt die folgenden Reformen:

1. Die faktisch unbegrenzte Einzelleistungsvergütung zur kieferorthopädischen Behandlung soll durch eine **Pauschalvergütung** mit zugleich obligatorischer Messung der Ergebnisqualität ersetzt werden.

Ein mögliches Vorbild bildet die sogenannte „Gratis-Zahnspange“ in Österreich, für die Kieferorthopäden mit einer Pauschale, unabhängig von der Behandlungsdauer, vergütet werden. Die Messung der Ergebnisqualität erfolgt dort mit dem Peer-Assessment-Rating Index (Österreichische Zahnärztekammer 2015 unter anderem § 25 Struktur- und Ergebnisqualitätskriterien, § 28 Tarif für die Leistung nach § 16). Die Regelungen zur Eigenbeteiligung nach § 29 Absätze 2 und 3 SGB V bleiben dabei unverändert.

Langfristig ist hier gegebenenfalls auch die Umsetzung eines befundbezogenen Festzuschussystems unter Anpassung der Regelungen zur Eigenbeteiligung, wie aus der zahnärztlichen Versorgung bekannt, zu prüfen (siehe auch Abschnitt 6.4.2).

2. Die Abrechnungspositionen **Ä934a** im BEMA (Fernröntgenaufnahmen) und **Ä935d** (Panorama-Aufnahmen) werden nur noch nach einer evidenzbasierten Indikations- und Kontraindikationsliste genehmigt. Insbesondere Röntgenaufnahmen im Behandlungsverlauf bedürfen einer strengen Indikationsstellung. Hierzu wird der G-BA beauftragt, eine verbindliche evidenzbasierte Indikations- und Kontraindikationsliste zu beschließen.
3. **Abrechnung von kieferorthopädischen Behandlungen sollen nur noch durch Vertragszahnärzte, die eine Fachzahnarztweiterbildung der Kieferorthopädie besitzen, erfolgen.** Eine Ausnahmeregelung aufgrund von regionaler Unterversorgung kann unter Beachtung sinnvoller Mindestmengen ggf. geschaffen werden, falls für Patienten ansonsten Fahrzeiten von über 30 Minuten resultieren würden.¹⁷
4. Einführung einer **Überweisungspflicht** für kieferorthopädische Behandlungen.
5. Der G-BA wird um eine mittelfristige Überprüfung der allgemeinen Anspruchskriterien zur kieferorthopädischen Behandlungen sowie der zugehörigen Indikationen und Kontraindikationen gebeten.

¹⁷ Der Barmer Zahnreport (Rädel et al. 2024, 65f.) 2024 impliziert regionale Unterschiede der kieferorthopädischen Umsätze in Praxen ohne kieferorthopädischen Schwerpunkt. Bei durchschnittlich 12,9 % des kieferorthopädischen Gesamtumsatzes, ist dieser Anteil besonders in Ostdeutschland mit 16 % bis 18 % höher.

S. 187:

Geschätzte Finanzwirkung

Das geschätzte jährliche Einsparvolumen beläuft sich für 2027 auf 110 Mio. €. Die Schätzung basiert auf den Gesamtausgaben für Kieferorthopädie in 2025 in Höhe von 1,5 Mrd. € und folgenden Annahmen:

Zu Empfehlung 1.:

Die Kosten für eine kieferorthopädische Behandlung betragen im Jahr 2025 nach Angaben der AOK Baden-Württemberg im Durchschnitt 3.800 €. Wenn durch die Pauschalen die Kosten durch eine reduzierte Behandlungsdauer und sachgerechten Spangeneinsatz um 10 % gesenkt werden können, ergibt sich unter Ausschluss der folgenden bildgebenden Leistungen und der Berücksichtigung des Effekts aus 3. ein Einsparvolumen in Höhe von 140 Mio. €.

Zu Empfehlung 2:

Im Jahr 2023 wurden für die bildgebenden Leistungen der Ziffern Ä934a und Ä935d im Zusammenhang mit kieferorthopädischen Behandlungen etwa 22 Mio. € aufgewendet (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung 2026, Tabelle 4.11). Wenn ein Drittel dieser Menge aufgrund der evidenzbasierten Neuregelung entfällt, ergibt sich eine Finanzwirkung in Höhe von 7 Mio. €.

Zu Empfehlung 3.:

Derzeit werden nach Angaben der AOK Baden-Württemberg etwa 13 % der Leistungsmenge in der Kieferorthopädie von Zahnärzten ohne Fachzahnarztweiterbildung der Kieferorthopädie erbracht, das entspricht einem Finanzvolumen in Höhe von 200 Mio. €. Wenn ein Drittel dieser Menge ohne Substitution entfällt, ergibt sich eine Finanzwirkung in Höhe von 70 Mio. € jährlich.

Die beschriebene Finanzwirkung der Empfehlungen 1., 2. und 3. wird für 2027 aufgrund von Übergangsregelungen und einer möglicherweise verzögerten Umsetzbarkeit nur hälftig einberechnet. Für die Empfehlungen 4. und 5. wird keine geschätzte Finanzwirkung ausgewiesen. Unter der Annahme, dass sich die derzeitige Preis- und Mengenentwicklung fortsetzt, ergibt sich für 2030 ein Finanzvolumen in Höhe von 240 Mio. €.

Diskussion

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sollten auch aus ethischer Perspektive nur dann erbracht werden, wenn ein medizinischer Nutzen wissenschaftlich plausibel belegt ist. Maßnahmen ohne ausreichende Evidenz können Patientinnen und Patienten unnötigen Risiken, etwa durch vermeidbare Strahlenbelastung oder verlängerte Behandlungsdauer, aussetzen. Eine stärker evidenzbasierte und qualitätsgesicherte Ausgestaltung der kieferorthopädischen Versorgung dient daher sowohl dem Patientenschutz als auch dem verantwortungsvollen Einsatz solidarisch finanzierter Ressourcen.

S. 188:

Umsetzbarkeit

Die Umsetzung der Vorschläge erfordert Anpassungen in § 29 Absatz 4 SGB V und nachfolgend der Kieferorthopädie-Richtlinie, dem Bewertungsmaßstab (BEMA) beziehungsweise dem Bundesmantelvertrag-Zahnärzte (BMV-Z). Die Umsetzung der Maßnahmen ist durch die Änderungen im Gesetz kurzfristig mit Finanzwirkung ab 2027 beziehungsweise spätestens 2028 möglich.

Eine Pauschale kann kurzfristig für 2027 auf Basis von Kassendaten berechnet werden. Für ein langfristiges Festzuschussystem sind an den Kosten orientierte indikationsbezogene Pauschalen erforderlich, die mit entsprechender Vorbereitung mittelfristig im Auftrag durch den G-BA entwickelt werden könnten. Zur Überprüfung des Outcomes bei der Vergütung durch Pauschalen oder Festzuschüsse muss zur Qualitätssicherung der Eingangsbefund und der Endbefund anhand eines anerkannten Scores verglichen werden und damit überprüfbar sein. Die Umsetzung eines solchen Qualitätssicherungsverfahrens durch den GKV-SV und die KZBV könnte dazu führen, dass die Empfehlung erst 2028 finanzwirksam umgesetzt werden kann.

Um eine evidenzbasierte Entscheidungsgrundlage zu schaffen, wird der G-BA gesetzlich beauftragt, eine verbindliche evidenzbasierte Indikations- und Kontraindikationsliste zu beschließen. Der G-BA kann solche Regelungen in die bereits bestehende Richtlinie für kieferorthopädische Behandlungen aufnehmen. In diesem Rahmen kann der G-BA dem IQWiG den Auftrag erteilen, den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand aufzuarbeiten. Die Maßnahmen sind mit entsprechender Fristsetzung an den G-BA mittelfristig umsetzbar. Der 1. Juli 2027 wird als Frist für die Umsetzung empfohlen.

Auswirkungen auf die Versorgung

Die Maßnahmen zielen auf eine kosteneffektive und bedarfsgerechte Versorgung ab, die gleichzeitig die Patientensicherheit fördert. Die Behandlung medizinisch relevanter kieferorthopädischer Erkrankungen wird durch die Regelung nicht eingeschränkt. Insofern sind keine negativen Effekte auf die Versorgungsqualität zu erwarten. Ein erschwerter Zugang zur kieferorthopädischen Versorgung in Regionen mit Versorgungsdefiziten wird durch die entsprechende Ausgestaltung von Empfehlung 3. verhindert. Die Überweisungspflicht schränkt den Zugang nicht ein, sondern dient der erweiterten Sicherung der Strukturqualität und sachgerechter beziehungsweise bedarfsgerechter Steuerung.

Evidenzbasierte Indikationen im Bereich der Behandlung und insbesondere der Bildgebung reduzieren Leistungen, die für die Indikationsstellung und Verlaufsbeurteilung nicht erforderlich sind. Dadurch werden Folgeuntersuchungen durch klinisch nicht relevante Zufallsbefunde vermieden und die strengen Anforderungen der StrlSchV (unter anderem §119 Rechtfertigende Indikation) erfüllt.

Durch die Einschränkung medizinisch nicht notwendiger Behandlungen insbesondere im Bereich der Versorgung durch Zahnärzte ohne spezielle Facharztweiterbildung in der Kieferorthopädie und einer erwarteten Verkürzung der Behandlungsdauer ist mit freien Arztkapazitäten zu rechnen, die für bedarfsnotwendige Zwecke eingesetzt werden können.

S. 189:

Das vorgeschlagene System pauschaler Vergütung beziehungsweise der Zahlung von Festzuschüssen ist im Gegensatz zum strikten Ausschluss von Behandlungsverlängerungen mit weniger Risiken für Versicherte mit komplexen Fehlstellungen verbunden. Es erübrigt sich die Definition medizinisch begründeter Ausnahmefälle. Bei Einführung der Behandlungspauschale sind Kieferorthopäden motiviert, keine unnötige Ausweitung der Maßnahmen anzustreben. Somit kann auch ein weiterer Verwaltungsaufwand für Indikationsstellungen, Begründungen bei gleichzeitiger Bewahrung der Therapiefreiheit vermieden werden. Die konsequente Umsetzung eines Qualitätssicherungsverfahrens kann etwaigen Qualitätseinbußen entgegenwirken. Ein erhöhter administrativer Aufwand in den Praxen für die Umsetzung der Qualitätssicherung kann abhängig von der konkreten Ausgestaltung nicht ausgeschlossen werden, wobei eine sorgfältige Befunddokumentation auch schon jetzt erforderlich ist.

Verteilungs- und Belastungseffekte

Die stärksten finanziellen Auswirkungen werden für zahnärztliche Praxen mit einem hohen Umsatzanteil kieferorthopädischer Leistungen, aber ohne kieferorthopädische Weiterbildung durch die empfohlene Voraussetzung dieser Weiterbildung (Empfehlung 3.) erwartet. Zahnärzte könnten versuchen, Einkommensverluste durch ein erweitertes Angebot an privat Zahnärztlichen Leistungen, auch aber nicht nur bei komplexen, aufwändig zu behandelnden Fehlstellungen, zu kompensieren.

Hauptkritikpunkte der Finanzkommission hinsichtlich der Kieferorthopädie sind:

- Es würden überholte und nicht hinreichend wissenschaftlich gesicherte Maßnahmen auf Kosten der GKV durchgeführt (S. 185).
- Über die Ergebnisqualität der kieferorthopädischen Behandlungen und deren langfristige Auswirkungen seien keine bzw. nur wenig belastbare Erkenntnisse verfügbar (S. 185).
- Derzeit seien alle approbierten Zahnärzte berechtigt, kieferorthopädische Leistungen anzubieten, auch ohne spezielle Facharztweiterbildung in der Kieferorthopädie. Damit würden zusätzliche Kosten durch **potenziell** vermehrt nicht sach- und bedarfsgerecht erbrachte Behandlungen verursacht (S. 185).

1.3 Zwischenbemerkung zur Kritik an der Kieferorthopädie

Die von der Finanzkommission auf S. 185 geäußerte Kritik an der Wissenschaftlichkeit und den fehlenden Nachweisen der Ergebnisqualität in der Kieferorthopädie werden uns in diesem Gutachten nur am Rande be-

schäftigen. Es ist aber schon bemerkenswert, dass hier Kritik von Nicht-medizinern an einem Fachgebiet der Medizin geübt wird, die für zahlreiche Fachgebiete der Medizin in gleicher Weise geübt werden könnte und damit die Frage aufwirft, ob denn für diese Kritik die Fragestellungen die richtigen sind.

Die FinanzKommission geht offenbar davon aus, dass in der Medizin alles berechenbar und messbar sowie kontrolliert evaluierbar sein muss. Diese Haltung kommt auch teilweise in den von ihr zitierten Unterlagen zum Ausdruck – und trifft für den Arzneimittelbereich sicher zu. Dabei wird allerdings ausgeblendet, dass Endpunkt vieler Arzneimittelstudien, gerade in der Onkologie, aber nicht nur dort, die Frage des Verschiebens des Todeszeitpunkts ist, man also vergleicht, wer mit welchem Medikament bei vergleichbarer Ausgangslage noch wie lange überlebt.

Es wäre einer vertieften Überprüfung wert, ob es wirklich sachgerecht ist, diese Kriterien auf die Evaluierung nicht arzneimittelbasierter medizinischer Therapien zu übertragen.

In einem am 25.05.2026 in SPIEGEL online veröffentlichten Interview mit dem Titel „Warum Deutschland dringend ein **Dialyse-Register** braucht“¹⁵ findet sich folgender Untertitel:

Bis zu 100.000 Menschen in Deutschland benötigen eine Dialyse. Wie lange und gut sie damit leben, weiß niemand genau. Eine Nierenärztin erklärt, wie sich das ändern könnte.

Der Untertitel beleuchtet das (auch moralische) Dilemma treffend. Wie lange die Dialyse Patienten in Deutschland nützt, wie gut sie damit klar kommen, wann sie zu schaden beginnt, weiß niemand.

Die Frage, ob bei Männern ein **PSA-Screening** sinnvoll, nützlich oder schädlich ist, wird ganz unterschiedlich beantwortet. Das Universitätsklinikum Düsseldorf hat kürzlich eine Metaanalyse¹⁶ veröffentlicht, über die die Ärztezeitung online am 27.05.2026 berichtete.

Sie kommt in der Zusammenfassung der Ärztezeitung zu folgendem Fazit:

¹⁵ Fundstelle: <https://www.spiegel.de/gesundheit/dialyse-es-geht-gerade-im-hoehen-alter-nicht-immer-nur-um-die-lebenszeit-a-258acf56-7897-4ca2-bf1b-087f001f4a64>

¹⁶ Fundstelle: <https://www.cochrane-library.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004720.pub4/full>

„Auf Grundlage dieser aktualisierten Übersichtsarbeit mit Metaanalyse, die für die meisten Endpunkte Evidenz mit niedriger bis moderater Sicherheit ergeben hat, lässt sich sagen, dass ein Prostataspezifisches-Antigen(PSA)-basiertes Screening wahrscheinlich die prostatakrebspezifische Mortalität sowie die Gesamtmortalität reduziert. Der absolute Benefit ist jedoch klein.“¹⁷

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) kam dagegen am 22.05.2020 zum Ergebnis, dass der Nutzen eines PSA-Screenings den Schaden nicht aufwiege.¹⁸

In der aktuellen Ausgabe des Deutschen Ärzteblatts vom 29.05.2026 findet sich ein „*Vorschlag zur Einführung eines Prostatakarzinom-Screening-Programms in Deutschland*“.¹⁹

Nicht anders ist die aktuelle Datenlage, wenn es um den Nutzen von **Brustkrebs-Screenings** geht, wie ein am 26.05.2026 in der Ärztezeitung online erschienener Artikel²⁰ belegt. Die Ergebnisse der in der Online-Ausgabe von The Lancet Regional Health – Europe am 29.12.2025²¹ veröffentlichten Analyse von Daten aus 21 europäischen Ländern inkl. Deutschland legen nahe, dass Screeningprogramme mit zu einer Senkung der Brustkrebsmortalität beigetragen haben (neben Verbesserungen in Therapie, Diagnostik und Versorgung). Allerdings variierten die Effekte in den einzelnen Ländern stark – und es fanden sich auch Anzeichen für ungünstige Auswirkungen (Überdiagnosen).

Es geht bei alledem um sehr viel Geld. Darauf hat das RWI Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung in einer Pressemitteilung vom 17.07.2025 unter der Überschrift „*Relative Risiken, absolute Verwirrung: Warum das*

¹⁷ Fundstelle: <https://www.aerztezeitung.de/Medizin/Prostatakarzinom-Evidenz-des-PSA-Screenings-neu-bewertet-463119.html>

¹⁸ Fundstelle: https://www.iqwig.de/presse/pressemitteilungen/pressemitteilungen-detailseite_9949.html

¹⁹ Fundstelle: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/vorschlag-zur-einfuehrung-eines-prostatakarzinom-screening-programms-in-deutschland-ad4af7dc-3208-4f2c-9d86-cbe45aea197c>.

²⁰ Fundstelle: <https://www.aerztezeitung.de/Medizin/Wie-effektiv-ist-das-Mammografiescreening-in-Europa-462569.html>

²¹ Fundstelle: [https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762\(25\)00366-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762(25)00366-7/fulltext)

Mammographie-Screening nicht hält, was es verspricht“ hingewiesen und führt u.a. aus²²:

Was die wissenschaftlichen Daten wirklich zeigen

Die Realität sieht anders aus: Seit Einführung des Mammographie-Screenings sind Frauen über Nutzen und Schaden systematisch in die Irre geführt worden – denn nicht zuletzt ist es eine milliardenschwere Einnahmequelle für Radiologen, Kliniken und Gerätehersteller. Die 20 bis 30 Prozent sind das jüngste Beispiel. Bevor wir die Entstehung dieser Zahlen einordnen: Was sagen die besten wissenschaftlichen Studien – insbesondere die acht existierenden randomisierten kontrollierten Studien mit insgesamt rund 500.000 Frauen?

1. **Lebenserwartung:** Es gibt **keinen** Beleg dafür, dass Frauen, die am Screening teilnehmen, auch nur einen Tag länger leben als jene, die nicht teilnehmen.
2. **Krebssterblichkeit:** Die Gesamtsterblichkeit an Krebs – einschließlich Brustkrebs – ist in beiden Gruppen **gleich**.
3. **Brustkrebssterblichkeit:** Von jeweils 1.000 Frauen im Alter zwischen 50 und 69 Jahren sterben in einem Zeitraum von etwa elf Jahren rund fünf an Brustkrebs, wenn sie nicht am Screening teilnehmen. In der Screening-Gruppe sind es vier. Doch gleichzeitig stirbt dort eine Frau mehr an einem anderen Krebs – was erklärt, warum die Gesamt-Krebssterblichkeit unverändert bleibt (siehe Punkt 2).
4. **Risiken des Screenings:** Neben einer (geringen) Strahlenbelastung gibt es zwei wesentliche Risiken:
 - Etwa jede zehnte gesunde Frau erhält ein falsch-positives Ergebnis, was unnötige Ängste, weitere Untersuchungen oder Biopsien nach sich zieht.
 - Einige Frauen erhalten eine Krebsdiagnose, obwohl sie eine sehr langsam oder nicht-fortschreitende Zellveränderung haben, die zu Lebzeiten nie Beschwerden verursacht hätte – und ihnen wird unnötigerweise Brustgewebe oder gar die vollständige Brust amputiert (siehe folgende Faktenbox des Harding-Zentrums für Risikokompetenz an der Universität Potsdam).

Dessen ungeachtet wird das Brustkrebscreening sogar noch ausgeweitet.

Das Thema der fehlenden Evidenz der Behandlung **psychischer Erkrankungen** i.S. des Abschnitts F des ICD-10 muss man in diesem Zusammenhang nicht besonders betonen, deren Behandlungskosten mittlerweile die Behandlungskosten von Krankheiten i.S. des Abschnitts C des ICD-10 (Neubildungen, also onkologische Krankheiten) weit übersteigen und die zweithöchsten Ausgaben im deutschen Gesundheitswesen verursachen (s. die Antwort der Bundesregierung „*Datenlage zu Krankheitskosten in Deutschland*“ auf eine kleine Anfrage – BT-Drs. 21/5664 vom 28.04.2026, S. 3).²³

Aber es überrascht doch, wie wenig Nichtmediziner die strukturelle Limitierung wissenschaftlicher Nachweise von Kausalbeziehungen zwischen Diagnose, Therapie und Outcome auch nur zur Kenntnis nehmen, geschweige denn anerkennen.

²² Fundstelle: <https://www.rwi-essen.de/presse/wissenschaftskommunikation/unstatistik/detail/relative-risiken-absolute-verwirrung-warum-das-mammographie-screening-nicht-haelt-was-es-verspricht>.

²³ Fundstelle: <https://dserver.bundestag.de/btd/21/056/2105664.pdf>

1.4 Die Finanzkommission zum Untersuchungsgegenstand in diesem Rechtsgutachten

Mit der in diesem Rechtsgutachten zu untersuchenden Fragestellung befassen sich die Reformempfehlungen Nr. 3 und 4 auf S. 186:

3. Abrechnung von kieferorthopädischen Behandlungen sollen **nur noch durch Vertragszahnärzte, die eine Fachzahnarztweiterbildung der Kieferorthopädie besitzen, erfolgen**. Eine Ausnahmeregelung aufgrund von regionaler Unterversorgung kann unter Beachtung sinnvoller Mindestmengen ggf. geschaffen werden, falls für Patienten ansonsten Fahrzeiten von über 30 Minuten resultieren würden.¹⁷
4. Einführung einer **Überweisungspflicht** für kieferorthopädische Behandlungen.

Die Begründung der Empfehlung 3 lautet: (S. 187):

Zu Empfehlung 3.:

Derzeit werden nach Angaben der AOK Baden-Württemberg etwa 13 % der Leistungsmenge in der Kieferorthopädie von Zahnärzten ohne Fachzahnarztweiterbildung der Kieferorthopädie erbracht, das entspricht einem Finanzvolumen in Höhe von 200 Mio. €. Wenn ein Drittel dieser Menge ohne Substitution entfällt, ergibt sich eine Finanzwirkung in Höhe von 70 Mio. € jährlich.

Die Kommission errechnet ein Einsparvolumen aus der erhofften Nichtsubstitution von bisher durch Nichtfachzahnärzte erbrachten kieferorthopädischen Leistungen. Die Hoffnung besteht darin, dass sich $1/3$ der $13\% = 4,33\%$ der bisher kieferorthopädisch behandelten Kinder und Jugendlichen künftig mangels vorhandenen Zahnärzten nicht mehr kieferorthopädisch behandeln lassen wird und somit der GKV Geld spart, zumindest in der Theorie und kurzfristig.

Grund für diese Überlegungen dürften die Ausführungen auf S. 185 des Berichts sein:

In vielen europäischen Ländern erfolgen deutlich weniger kieferorthopädische Behandlungen.¹⁶ Bereits 2001 wurde im Gutachten des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen die Über-, Unter- und Fehlversorgung in der Kieferorthopädie kritisiert (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2001, 192 f.). Seitdem häufen sich die Hinweise auf Überversorgung in der vertragszahnärztlichen Kieferorthopädie, das heißt, dass potentiell mehr Schaden als Nutzen durch diese Versorgungsarten entsteht. Die Überversorgung hat vor allem zwei Ursachen:

Zum einen werden **überholte und nicht hinreichend wissenschaftlich gesicherte Maßnahmen** auf Kosten der GKV durchgeführt. Das DIMDI (2008, S. 5), der BRH (2018a, S. 6), das IGES im Auftrag des BMG (Hoffmann et al. 2018, S. 8) und die hkk-Krankenkasse (Braun & Spassov 2024) haben jeweils unabhängig voneinander gerügt, dass kieferorthopädische Leistungen mit unzureichender wissenschaftlicher Begründung erbracht werden. Insbesondere die verbreitete Praxis, regelhaft zum Teil nicht zwingend erforderliche Röntgendiagnostik durchzuführen, oder zunächst weniger wirksame herausnehmbare Zahnsparren und später doch festsitzende Zahnsparren einzusetzen, wird wegen zum Teil unnötiger Strahlenbelastung im Widerspruch zur Strahlenschutzverordnung (StrlSchV), möglichem gesundheitlichen Schaden, unzureichender Wirksamkeit, unnötig verlängerter Therapiedauer und insgesamt vermeidbaren Kosten kritisiert.

Die Finanzkommission bezieht sich auf folgende Unterlagen:

- Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen - Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit – Band III Über-, Unter- und Fehlversorgung
- HTA-Assessment des DIMDI Mundgesundheit nach kieferorthopädischer Behandlung mit festsitzenden Apparaten (Autoren: Wilhelm Frank, Karin Pfaller, Brigitte Konta), 2008
- Bundesrechnungshof – Abschließende Mitteilung an das Bundesministerium für Gesundheit und den GKV-Spitzenverband über die Prüfung der Leistungen für Kieferorthopädie vom 17.08.2018
- iGES-Institut, Kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen, 2018 (Autoren: Anja Hoffmann, Simon Krupka, Cornelia Seidlitz, Stephanie Sussmann, Inga Sander, Holger Gothe)
- hkk Gesundheitsreport 2024 Kieferorthopädische Behandlung von Kindern und Jugendlichen (Autoren: Bernard Braun und Alexander Spassov)
- Nicht explizit angeführt, aber in der Fußnote 17 auf S. 186 erwähnt wird der BARMER Zahnreport 2024 Kieferorthopädie (Autoren: Michael Rädcl, Heinz-Werner Priess, Steffen Bohm, Michael Walter).

Sollte die Behauptung der Finanzkommission zutreffen, dass „**überholte und nicht hinreichend wissenschaftlich gesicherte Maßnahmen auf Kosten der GKV durchgeführt**“ werden, dann müsste das den Krankenkassen aufgefallen sein und in ihren Reports angeprangert werden.

Das müsste auch Einfluss auf die Genehmigungspraxis der Krankenkassen nach § 29 SGB V genommen haben; denn die Genehmigungspflicht dient nicht nur der Wahrung der finanziellen Interessen der GKV, sondern der Wahrung des Wirtschaftlichkeitsgebots nach § 12 SGB V. Überholte und nicht hinreichend wissenschaftlich gesicherte Maßnahmen dürften auf Kosten der GKV nicht durchgeführt werden, weil sie definitionsgemäß nicht zweckmäßig i.S. des § 12 Abs. 1 Satz 1 SGB V sein können.²⁴ Die Krankenkassen dürften sie deshalb nach § 12 Abs. 1 Satz 2 SGB V nicht bewilligen.

Dass die Krankenkassen bei der Genehmigung kieferorthopädischer Behandlungen überhaupt oder wenigstens in ausgabenrelevantem Umfang gegen ihre gesetzlichen Pflichten verstoßen, hat die FinanzKommission nicht festgestellt.

2. BARMER Zahnreport 2024 Kieferorthopädie²⁵

Der BARMER Zahnreport 2024 Kieferorthopädie befasst sich mit dem IST-Behandlungsbedarf an kieferorthopädischen Leistungen. Er basiert u.a. aus der Analyse und Auswertung der Daten von mehr als 50.000 achtjährigen BARMER-Versicherten. Die Daten dieser Versicherten wurden über einen Zeitraum von zehn Jahren, also bis zum Lebensalter von 17 Jahren zusammengeführt. Von dieser Kohorte wurden mehr als 70 Prozent primär kieferorthopädisch vorgestellt. Davon erhielten 55 Prozent eine Behandlung, und zwar Mädchen deutlich öfter als Jungen (BARMER, Zahnreport 2024, S. 6).

Die BARMER referiert die Ergebnisse ihrer Untersuchung (S. 9):

²⁴ S. z.B. BSG, 22.07.1981 – 3 RK 50/79 –, Rz. 29 zur insoweit inhaltsidentischen Vorschriften in §§ 182 Abs. 2 und 368e Satz 1 RVO; BSG, 21.11.1991 – 3 RK 8/90 –, Rz. 17

²⁵ Fundstelle: <https://www.barmer.de/re-source/blob/1267630/d9a42face80338b54450635c53fda9a2/dl-zahnreport-2024-data.pdf>

Ergebnisse

Während nahezu drei Viertel aller Kinder und Jugendlichen zwischen 8 und 17 Jahren einer kieferorthopädischen Erstvorstellung unterzogen werden, zeigt sich eine Gesamtinanspruchnahmerate tatsächlicher kieferorthopädischer Behandlung bundesweit von etwa 55 Prozent. Dieser Wert liegt damit im erwartbaren Bereich. Auffällig sind erhebliche geschlechtsspezifische Unterschiede mit deutlich häufigerer Therapie bei Mädchen. Der Unterschied beträgt konstant über alle Bundesländer hinweg etwa zehn Prozentpunkte. Die regionale Verteilung der Inanspruchnahme kieferorthopädischer Behandlung ist dagegen sehr heterogen. In den südlichen Bundesländern liegen mit deutlich über 60 Prozent sehr hohe Inanspruchnahmeraten bei Mädchen vor. Signifikante Zusammenhänge zwischen der Inanspruchnahme kieferorthopädischer Leistungen und Fachzahnärztdichte konnten nicht detektiert werden. Allerdings findet ein erheblicher Anteil kieferorthopädischer Behandlung außerhalb von fachzahnärztlichen Praxen statt.

Schlussfolgerungen

Die im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung mögliche kieferorthopädische Behandlung wird offenbar in einem sehr hohen Maße in Anspruch genommen. Der Zugang zur Versorgung kann, auch angesichts der hohen Inanspruchnahmeraten, als zufriedenstellend bezeichnet werden. Im Süden Deutschlands kann eine richtlinienbezogene Überversorgung bei Mädchen nicht gänzlich ausgeschlossen werden.

Die Untersuchung des Zugangs zur kieferorthopädischen Versorgung ergab (S. 43):

4.1.5 Aktuelle Aspekte zum Zugang zur Versorgung

In der kieferorthopädischen Versorgungslandschaft zeigen sich offenbar zunehmend aber auch strukturelle Probleme. So ist in bestimmten Regionen eine deutlich negative Entwicklung der Anzahl von kieferorthopädischen Fachzahnärztinnen und -zahnärzten zu beobachten, während in anderen Regionen diese Zahl stark anstieg. So wurden 2022 im Vergleich zu 2020 beispielsweise in Sachsen-Anhalt minus zwölf und in Thüringen minus 36 kieferorthopädische Fachzahnärzte gezählt, während in Bayern diese Zahl um plus 200 zunahm. Dies zeigt eine entsprechende Statistik der BZÄK, die auf Bundeslandebene die Zu-/Abnahme von kieferorthopädischen Fachzahnärztinnen und -zahnärzten 2022

versus 2020 analysierte (Bundeszahnärztekammer, 2022). Die Kassenzahnärztliche Vereinigung in Mecklenburg-Vorpommern weist zum Beispiel bereits „besonders förderfähige Bereiche“ für die Niederlassung von Kieferorthopädinnen und -orthopäden aus, um einer drohenden Unterversorgung entgegenzuwirken (Kassenzahnärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, 2024).

Für das Bundesgebiet und die einzelnen Länder errechnet die BARMER folgende Fachzahnarztdichte Kieferorthopädie (S. 62):

Tabelle 4.4: Bundeslandbezogene Daten zu Einwohnerinnen und Einwohnern, Fachzahnärztinnen und -zahnärzten und daraus berechnete Dichte im Jahr 2022

Region	Einwohnerzahl	Anzahl niedergelassener und in Praxen tätiger Fachzahnärztinnen und -zahnärzte	Bevölkerung unter 18 Jahren	Errechnete Fachzahnarztdichte je 10.000 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren
Baden-Württemberg	10.749.506	515	1.955.083	2,6
Bayern	12.519.728	637	2.260.839	2,8
Berlin	3.431.675	184	634.728	2,9
Brandenburg	2.522.493	88	420.366	2,1
Bremen	661.866	21	117.409	1,8
Hamburg	1.772.100	102	325.557	3,1
Hessen	6.064.953	346	1.100.261	3,1
Mecklenburg-Vorpommern	1.664.356	49	254.343	1,9
Niedersachsen	7.947.244	292	1.391.703	2,1
Nordrhein-Westfalen	17.933.064	809	3.122.795	2,6
Rheinland-Pfalz	4.028.351	146	698.016	2,1
Saarland	1.030.324	34	152.715	2,2
Sachsen	4.192.801	155	665.236	2,3
Sachsen-Anhalt	2.381.872	61	334.587	1,8
Schleswig-Holstein	2.834.260	130	486.562	2,7
Thüringen	2.267.763	70	331.523	2,1
Bund	82.002.356	3.639	14.251.723	2,6

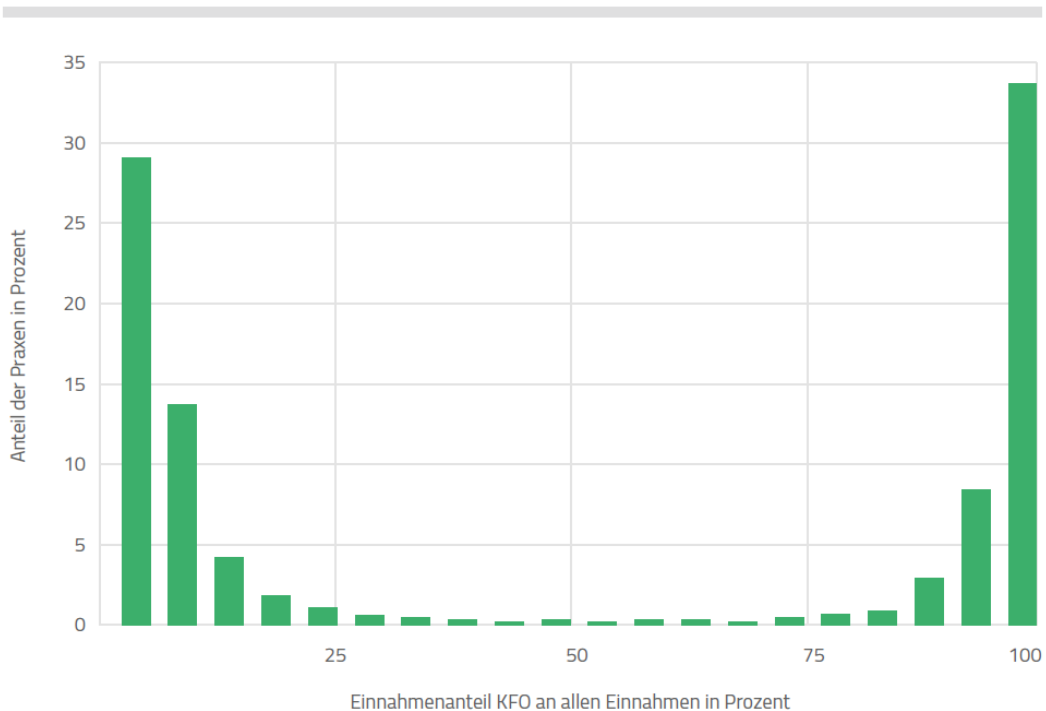
Quelle: BZÄK, Zensus

Abbildung 5 Fachzahnarztdichte Kieferorthopädie 2022

Die BARMER hat auch untersucht, wie viele Zahnarztpraxen kieferorthopädische Therapien nach den Gebührensätzen 119 und 120 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für die vertragszahnärztlichen Leistungen (BEMA) überhaupt abrechnen (12 %) und ein Histogramm des Umsatzanteils errechnet, den Zahnarztpraxen mit kieferorthopädischen Leistungen im Jahr 2022 abgerechnet haben. Datenbasis sind eigene Daten der BARMER für 2022. Da die BARMER eine große Krankenkasse ist, ist das Ergebnis zweifellos repräsentativer als die Auswertung der hkk.

Das auf S. 63 abgebildete und nachstehend wiedergegebene Histogramm ist zweigipflig:

Abbildung 4.7: Histogramm des kieferorthopädischen Umsatzanteils am Gesamtumsatz der Praxen im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung im Jahr 2022



Anmerkung: Nur für Praxen, die überhaupt kieferorthopädische Leistungen abrechnen.
Quelle: BARMER-Daten 2022

Abbildung 6 Histogramm kieferorthopädische Umsätze 2022

Auf der X-Achse wird der Einnahmeanteil an kieferorthopädischen Behandlungen in %, auf der Y-Achse der Anteil der diese abrechnenden Praxen abgebildet. Daraus ergibt sich, dass etwa 29 % aller Zahnarztpraxen im Jahr 2022 überhaupt keine und weitere 20 % wenige, dagegen 34 % ausschließlich sowie weitere 15 % ganz überwiegend kieferorthopädische Leistungen abgerechnet haben.

Diese Zahlen lassen sich noch genauer einordnen, wenn man berücksichtigt, dass nach den Angaben der KZBV für das Jahr 2024 die Behandlungshonorare für kieferorthopädische Leistungen zu 83,0 % auf die eigentlichen Behandlungsleistungen, 15,8 % auf Begleitleistungen und etwa 1,2 % auf IP-Leistungen entfielen (KZBV, Jahrbuch 2025, S. 63). Für das Jahr 2022 sind genauere Zahlen dazu nicht veröffentlicht. Sie dürften an-

gesichts der wenigen Veränderungen in den kieferorthopädischen Behandlungsleistungen aber nicht signifikant anders liegen, so dass die für 2024 angegebene Aufteilung repräsentativ sein sollte.

Daraus lässt sich schließen, dass die kieferorthopädischen Leistungen sich auf eine relativ kleine Gruppe von Praxen konzentriert, die Kieferorthopädie als überwiegenden Schwerpunkt ihrer Arbeit oder ausschließlich erbringen.

Die BARMER legt die **75 %-Grenze** als Kennzeichnung der Praxen mit kieferorthopädischem Behandlungsschwerpunkt fest und führt dazu auf S. 63 des Reports aus:

Anhand dieser Verteilung legten die Autoren eine Grenze von mehr als 75 Prozent des kieferorthopädischen Umsatzes fest, um damit Praxen mit kieferorthopädischem Behandlungsschwerpunkt (in der Regel Fachzahnarztpraxen und im Folgenden so bezeichnet) zu definieren. Dieser Ansatz erweist sich bei der Gegenüberstellung zu den BZÄK-Zahlen zu niedergelassenen Fachzahnärztinnen und -zahnärzten (siehe oben) wegen nur geringer Unterschiede als durchaus valide.

Für diese Praxen verwendet der BARMER Report einheitlich die Bezeichnung „*Fachzahnarztpraxen*“ und schließt in diesen Begriff, wie sich aus S. 61 des Reports ergibt, die „*kieferorthopädisch Weiter- und Fortgebildeten, zum Beispiel Masters of Science et cetera*“ explizit ein.

Diese Einordnung der BARMER ist nach der Datenlage nicht nur nachvollziehbar, sondern als richtig anzusehen. Kieferorthopädische Therapie in der GKV wird nicht en passant erbracht, sondern nur von Praxen, die das ausschließlich oder jedenfalls schwerpunktmäßig machen. Das ist eine korrelierende Folge der oben im Abschnitt E 11, S. 18 schon dargelegten Anforderungen an die Praxisausstattung und die Qualifikation der nicht-zahnärztlichen Mitarbeiter.

Die BARMER hat auch die kieferorthopädische Versorgungsdichte untersucht und sieht (S. 66)

„Hinweise, dass besonders in einzelnen Regionen mit zurückgehender oder stagnierender Zahl von kieferorthopädischen Fachzahnärztinnen und -zahnärzten (beispielsweise Sachsen-Anhalt und Thüringen) ein größerer Anteil von Leistungen außerhalb von Fachzahnarztpraxen erbracht wird. Im Vergleich dazu ist dieser Anteil in einzelnen Regionen mit deutlich steigender Zahl an kieferorthopädischen Fachzahnärztinnen und -zahnärzten (beispielsweise Bayern) merklich geringer.“

Auf der Basis der von ihr auf S. 67 (Tabelle 4.6) ausgewerteten Daten vermutet die BARMER auf S. 66,

„dass ein **potenziell sich entwickelnder regionalspezifischer Mangel** an kieferorthopädischen Fachzahnärztinnen und -zahnärzten in bestimmten Regionen durch all-gemeinzahnärztlich tätige Zahnärztinnen und Zahnärzte ausgeglichen wird. Im Gesamt-kontext dieser Ergebnisse und der Ergebnisse der vorigen Abschnitte mit den ermittelten hohen Inanspruchnahmeraten kann jedoch der prinzipielle Zugang zur kieferorthopädischen Versorgung **noch als zufriedenstellend** angesehen werden.“

Tabelle 4.6: Fallbezogene Betrachtung des Versorgungsanteils in Praxen mit kieferorthopädischem Schwerpunkt (weitgehend Fachzahnärzte, Umsatzanteil KFO > 75 Prozent) nach Bundesland im Jahr 2022

Bundesland	Praxen mit kiefer-orthopädischen Behandlungen	davon Praxen mit KFO > 75 %	Anteil Praxen mit KFO > 75 % in Prozent	Anteil Fälle in Praxen mit KFO > 75 % in Prozent
Baden-Württemberg	676	413	61,1	86,0
Bayern	807	499	61,8	88,2
Berlin	203	126	62,1	80,7
Brandenburg	132	71	53,8	81,3
Bremen	29	18	62,1	94,1
Hamburg	94	69	73,4	89,6
Hessen	434	236	54,4	85,2
Mecklenburg-Vorpommern	87	43	49,4	82,4
Niedersachsen	456	204	44,7	84,2
Nordrhein-Westfalen	1.108	588	53,1	86,3
Rheinland-Pfalz	261	121	46,4	77,9
Saarland	42	29	69,0	94,2
Sachsen	204	108	52,9	81,9
Sachsen-Anhalt	107	54	50,5	78,0
Schleswig-Holstein	140	98	70,0	91,0
Thüringen	119	61	51,3	81,5

Quelle: BARMER-Daten 2022

Abbildung 7 Aufschlüsselung der Praxen mit kieferorthopädischen Behandlungen nach Bundesländern 2022

Als Gründe für die von der BARMER gesehene hohe Inanspruchnahme kieferorthopädischer Leistungen von etwa 55 % der 8 – 17-Jährigen weist sie u.a. auf den schon genannten signifikanten Unterschied der Behandlung von Jungen und Mädchen hin (S. 68):

„**Auf fünf behandelte Jungen kommen etwa sechs behandelte Mädchen.** Der Unterschied zwischen Jungen und Mädchen ist dabei in allen Bundesländern nahezu gleich. Besonders im Süden der Republik liegen hohe Inanspruchnahmeraten vor. Die bei Mädchen ermittelten 65 Prozent in Bayern und 63 Prozent in Baden-Württemberg ordnen die Autoren schon in einen Grenzbereich ein, in dem eine Übertherapie nicht mehr sicher ausgeschlossen werden kann. Diese Aussage ist allerdings

hypothetisch und müsste durch weitere Untersuchungen bestätigt oder zurückgewiesen werden. **Eine Angabe von Ursachen der deutlich höheren Inanspruchnahmeraten bei Mädchen ist spekulativ.** Eine bei Mädchen besonders hohe Nachfrage, ein guter Zugang zur Behandlung und eine Unschärfe in der Bewertung der Behandlungsbedürftigkeit nach den Kriterien der gesetzlichen Krankenversicherung können in diesem Zusammenhang als potenzielle Faktoren genannt werden. **Bei der Nachfrage dürften das Streben nach dem aktuellen Schönheitsideal, Gruppendruck und elterliche Fürsorge eine Rolle spielen.** Dabei muss betont werden, dass die Behandlungsbedürftigkeit in der vertragszahnärztlichen Versorgung nach feststehenden Diagnosekriterien erfolgt. Die so ermittelte Behandlungsbedürftigkeit ist nicht deckungsgleich mit einer rein medizinisch festgelegten Behandlungsbedürftigkeit.“

Das Fazit des Reports lautet (S. 69):

„**Der weitaus überwiegende Teil kieferorthopädischer Behandlungen erfolgt durch fachzahnärztliche Praxen.** Der Umsatzanteil der fachzahnärztlichen Praxen unter allen Praxen, die kieferorthopädische Leistungen erbringen, liegt je nach Bundesland zwischen geschätzten 80 und 96 Prozent. In den Ländern und Kreisen mit niedriger Dichte fachzahnärztlicher Praxen finden sich tendenziell auch ein niedrigerer Umsatzanteil von fachzahnärztlichen Praxen und ein entsprechend höherer Anteil, der außerhalb von fachzahnärztlichen Praxen erbracht wird. Signifikant ist dieser Zusammenhang jedoch nur auf Kreisebene. Vermutlich wird durch eine stärkere Beteiligung von Praxen ohne kieferorthopädischen Schwerpunkt der Zugangsnachteil bei einer geringen Dichte fachzahnärztlicher Praxen mindestens teilweise ausgeglichen. Ein Zusammenhang zwischen der Dichte fachzahnärztlicher Praxen und der Inanspruchnahme ist nicht erkennbar.

Abschließend kann geschlussfolgert werden, dass die im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung mögliche kieferorthopädische Behandlung offenbar in einem sehr hohen Maße auch in Anspruch genommen wird. Insgesamt ist ein zufriedenstellender Zugang zu kieferorthopädischer Versorgung gegeben, **auch wenn versorgungspolitisch die verantwortlichen Akteure die regionale Verfügbarkeit von Fachzahnärztinnen und -ärzten im Auge behalten sollten.**“

Die „fachzahnärztlichen“ Praxen i.S. des BARMER-Reports sind, was noch einmal besonders hervorgehoben werden soll, alle Zahnarztpraxen mit Schwerpunkt kieferorthopädische Behandlung. Dazu rechnet die BARMER explizit die **MSc-Kieferorthopädie-Praxen.**

Der Appell der BARMER, „*versorgungspolitisch die verantwortlichen Akteure die regionale Verfügbarkeit von Fachzahnärztinnen und -ärzten im Auge*“ zu behalten, wird durch das GKV-BStabG ignoriert.

Der BARMER-Report enthält keine Hinweise auf bei ihren Versicherten durchgeführte „überholte und nicht hinreichend wissenschaftlich gesicherte Maßnahmen“.

Der Report enthält auch keine Hinweise auf unterschiedliche Behandlungsstrategien, Ergebnisse, Verläufe oder Qualitätsdefizite zwischen Fachzahnärzten für Kieferorthopädie und MSc Kieferorthopädie-Zahnärzten und Zahnärzten ohne diese Qualifikationen.

3. hkk Gesundheitsreport 2024 Kieferorthopädische Behandlung von Kindern und Jugendlichen – Abschlussbericht: Merkmale einer kieferorthopädischen Behandlung bei Kindern und Jugendlichen (2018-2023)²⁶

Der hkk Gesundheitsreport wurde von einem Politologen der Universität Bremen und dem Kieferorthopäden Dr. Spassov mit im Jahr 2024 offenbar Einzelpraxis in Wolgast und mittlerweile Einzelpraxis in Greifswald verfasst.

Herr Dr. Spassov fühlt sich von seinen Kollegen verfolgt, wenn man einem Bericht des STERN vom 31.03.2026 mit dem Titel „*Warum Deutschlands ehrlichster Kieferorthopäde von Kollegen boykottiert wird*“²⁷ Glauben schenken darf. Die Ostseezeitung²⁸ meldet, dass er seine Praxis in Wolgast wegen zu weniger Patienten nach zwei Jahren zum 01.04.2025 schließen musste.

Der hkk Gesundheitsreport befasst sich fast nur mit Vergütungsfragen und wurde – wie man den Seiten 24 und 26 des hkk-Reports entnehmen darf – Vorlage für die Ideen der FinanzKommission zur Änderung des § 87a SGB V. Diese sind aber nicht Gegenstand unseres Gutachtens.

²⁶ Fundstelle: https://assets.hkk.de/fileadmin/dateien/allgemeines_uebergeordnet/reports/gesundheitsreports/2024_hkk_gesundheitsreport_kieferorthopaedische_behandlung.pdf.

²⁷ Fundstelle: <https://www.stern.de/gesundheit/kieferorthopaedie--kollegen-boykottieren-ehrlichen-zahnarzt-37033558.html>.

²⁸ Fundstelle: <https://www.ostsee-zeitung.de/lokales/vorpommern-greifswald/use-dom/wolgast-kieferorthopaede-muss-praxis-wegen-zu-weniger-patienten-schliessen-TMEQWQE7UNFL7DSG7OH43GX64Q.html>.

Hinweise darauf, dass Fachzahnärzte für Kieferorthopädie anders oder qualitativ hochwertiger behandeln als Zahnärzte mit entsprechendem Behandlungsschwerpunkt finden sich im hkk Gesundheitsreport nicht.

Der hkk-Report enthält ebenso wie der BARMER-Report keine Hinweise auf bei ihren Versicherten durchgeführte „überholte und nicht hinreichend wissenschaftlich gesicherte Maßnahmen“.

Der Report enthält ebenfalls keine Hinweise auf unterschiedliche Behandlungsstrategien, Ergebnisse, Verläufe oder Qualitätsdefizite zwischen Fachzahnärzten für Kieferorthopädie und MSc Kieferorthopädie-Zahnärzten und Zahnärzten ohne eine Weiterbildung.

4. Bundesrechnungshof – Abschließende Mitteilung vom 17.08.2018²⁹

Der Bundesrechnungshof bezieht sich in seiner abschließenden Mitteilung vom 17.08.2018 an das Bundesministerium für Gesundheit und den Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf Unterlagen, die sich kritisch mit dem Forschungsstand der Kieferorthopädie befassen (S. 14 ff.):

- Gutachten des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2000/2001 (s. dazu unten Abschnitt H 8, S. 52),
- HTA-Bericht des DIMDI von 2008 (s. dazu unten Abschnitt H 7, S. 51),
- Bettin/Spasov/Werner: Asymmetrien bei der Einschätzung des kieferorthopädischen Behandlungsbedarfs, Ethik Med, 04.01.2014,
- hkk-Versorgungsforschung. Kieferorthopädische Behandlung von Kindern und Jugendlichen, 2012.

Abgesehen davon, dass die Berichte weitgehend voneinander abschreiben, bemängeln sie das Fehlen von evidenzbasierter Forschung, bringen aber keinen Beleg für falsche oder unwirtschaftliche Therapien.

²⁹ Fundstelle: https://www.bundesrechnungshof.de/SharedDocs/Downloads/DE/Berichte/2018/leistungen-kieferorthopaedie-volltext.pdf?__blob=publicationFile&v=1.

Die Frage evtl. fehlender Evidenz ist eine Frage an die Universitäten und die Wissenschaft und ist für die Frage, wer 2026 qualitativ angemessene kieferorthopädische Behandlung anbietet, die Gegenstand dieses Gutachtens ist, irrelevant.

Man kann sich in diesem Zusammenhang allenfalls die Frage stellen, was es denn für die noch ein Klinikjahr durchlaufenden müssenden Fachzahnärzte für Kieferorthopädie bedeutete, wenn die wissenschaftliche Durchdringung der Kieferorthopädie, was der Bundesrechnungshof unterstellt, so unzureichend wäre. Würde das nicht auf die Qualität der an Zahnkliniken vermittelten kieferorthopädischen Fähigkeiten abfärben?

Der Bundesrechnungshof führt auf S. 18 aus:

„Die Datenlage lässt es als hinreichend möglich erscheinen, dass derzeit eine große Zahl von Kindern und Jugendlichen Jahre dauernden belastenden Behandlungen ausgesetzt wird, deren medizinische oder zahnmedizinische Notwendigkeit sowie Erfolgsaussichten mangels evidenzbasierter Evaluierung des Fachgebiets nicht ausreichend geklärt sind. Dies wäre mit dem Wirtschaftlichkeitsbegriff des § 12 SGB V nicht zu vereinbaren und ethisch problematisch. Behandlungsnotwendigkeit und -erfolg müssen sich am sozialrechtlichen Krankheitsbegriff orientieren.“

Auf S. 19 f. zitiert der Bundesrechnungshof aus einer Stellungnahme des Bundesministeriums für Gesundheit:

„Das KIG-System gewährleiste eine zuverlässige und an objektiven Kriterien ausgerichtete Entscheidung über den Anspruch einer oder eines Versicherten auf kieferorthopädische Behandlung. Das zwischen dem GKV-Spitzenverband und der KZBV vereinbarte Gutachterverfahren ermögliche es ergänzend, die vorgesehene Versorgung unter zahnmedizinisch-fachlichen Gesichtspunkten zu beurteilen.“

Auf S. 20 wird zusätzlich mitgeteilt:

„Das Bundesministerium hat angemerkt, dass die Folgen unbehandelter Fehlstellungen des Kiefers oder der Zähne **gravierend** sein könnten. Allerdings sei ihm auch aus dem Ausland keine qualitativ hochwertige Studie bekannt, die die Folgen von unkorrigierten Fehlstellungen und möglichen Behandlungsmethoden detailliert untersucht hätte und evidenzbasierte Aussagen darüber zulasse, in welchen Fällen eine Fehlstellung des Kiefers oder der Zähne langfristig zu gesundheitlichen **Beeinträchtigungen führt und welche Behandlungsmethoden angemessen sind. Insoweit sei die Entscheidung für oder gegen eine kieferorthopädische Behandlung oft stark von sich ändernden gesellschaftlichen wie individuellen Bewertungen der Betroffenen, ihrer Eltern und der behandelnden Zahnärztinnen und -ärzte abhängig.** Die Ungewissheit über die medizinischen Folgen von Fehlstellungen lasse sich in einem

überschaubaren Zeitraum nicht auflösen. Eine Nutzenbewertung setze **Studien** voraus, die es bisher nicht gebe. Eine solche über viele Jahre laufende Studie sei mit erheblichen organisatorischen, methodischen und, da es sich bei den Probanden um Kinder und Jugendliche handle, möglicherweise auch ethischen Problemen verbunden. Das Bundesministerium hat **bezweifelt**, dass dieser **Aufwand** angesichts der schwierigen Durchführung und der ungewissen Erfolgsaussicht einer solchen Studie **gerechtfertigt** wäre.“

Der Bundesrechnungshof kommt auf S. 22 zu folgendem Ergebnis:

„Wir halten an unserer Kritik fest. Die vom Bundesministerium und GKV-Spitzenverband vorgebrachten Erklärungen und Bedenken überzeugen nicht.

So bietet das KIG-System zwar formal eine objektive Grundlage, um über eine kieferorthopädische Behandlung zulasten der Krankenkasse zu entscheiden. Ohne aussagekräftige Studien ist allerdings fraglich, inwieweit das KIG-System überhaupt behandlungsbedürftige Fehlstellungen beschreiben kann. Für nicht notwendige oder nicht ausreichende Behandlungen dürfen Krankenkassen nicht aufkommen. Wir halten solche Studien nicht pauschal für ethisch problematisch, weil Kinder und Jugendliche betroffen sind. Entscheidend sind der Ablauf und Inhalt etwaiger Studien. Ethischen Bedenken begegnet es ebenso, große Teile der Kinder und Jugendlichen – auch mit Blick auf ihre besondere Schutzbedürftigkeit – jahrelang kieferorthopädisch zu behandeln, wenn Nutzen und Erfolgswahrscheinlichkeit angwandter Methoden nicht hinreichend erforscht sind.“

Es ist nicht Aufgabe dieses Rechtsgutachtens, die Qualität kieferorthopädischer Behandlung in Deutschland zu beurteilen. Entscheidend aus der Sicht der hier zu beantwortenden Fragestellung ist, dass auch die Stellungnahme des Bundesrechnungshofs keine Anhaltspunkte liefert, die eine Reduktion kieferorthopädischer Behandlungen auf Fachzahnärzte für Kieferorthopädie rechtfertigen oder auch nur nahelegen könnte.

5. iGES-Bericht Kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen, 2018³⁰

Der iGES-Bericht befasst sich mit folgenden dem Institut vom Bundesministerium für Gesundheit gestellten Fragestellungen (S. 8):

³⁰ Fundstelle: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Daten/5_Publikationen/Praevention/Berichte/IGES_Gutachten_KfO.pdf.

Frage 1: Welche langfristigen Auswirkungen haben die wichtigsten kieferorthopädischen Behandlungsarten auf die Mundgesundheit?

Frage 2: Wie hoch sind die finanziellen Aufwendungen der gesetzlichen Krankenversicherung und der Selbstzahler für kieferorthopädische Leistungen?

Frage 3: Welche weiteren Forschungsbedarfe bestehen, um die Evidenz und den Nutzen kieferorthopädischer Behandlungsmaßnahmen festzustellen, und in welchem voraussichtlichen Zeithorizont könnten weitere Studien durchgeführt werden?

Zur Beantwortung dieser drei Fragen hat das iGES separate Evidenzrecherchen durchgeführt.

Zu Frage 1 teilt das iGES mit (S. 8 f.), dass insgesamt **neun Studien** berücksichtigt werden konnten. Die ausgewerteten Studien seien sowohl in Bezug auf die evaluierten Methoden als auch im Hinblick auf die Studienmethodik sehr heterogen gewesen. Aufgrund dessen könne keine abschließende Einschätzung vorgenommen werden, welchen Einfluss die einzelnen diagnostischen Maßnahmen auf die Behandlungsplanung haben und zu welchem (zusätzlichen) Erkenntnisgewinn sie beitragen.

Für die Beurteilung der therapeutischen Maßnahmen seien insgesamt **18 Studien** in die evidenzbasierte Analyse zur kieferorthopädischen Therapie inkludiert worden. Der Schwerpunkt der meisten Untersuchungen sei auf dem Vergleich unterschiedlicher intraoraler bzw. extraoraler kieferorthopädischer Geräte gelegen. Ein Drittel der Studien habe kieferorthopädische Behandlungen gegenüber keinerlei Intervention betrachtet. Zudem hätten Studien identifiziert werden können, die eine Frühbehandlung bei Kindern mit Wechselgebiss einer Regelbehandlung bei Jugendlichen mit bleibendem Gebiss gegenüberstellten.

Drei Viertel der Untersuchungen zur kieferorthopädischen Therapie (13 Studien) hätten Indizes zum Ausmaß des Behandlungseffektes berichtet. Durchgängig hätten sich hierbei Verbesserungen der jeweiligen Malokklusion nach Beendigung der kieferorthopädischen Behandlung gezeigt (S. 9).

In vier der 18 eingeschlossenen Studien sei die orale Lebensqualität erfasst worden. Es sei zu konstatieren, dass über die Studien hinweg für Patientinnen und Patienten mit kieferorthopädischer Behandlung eine **hohe orale Lebensqualität berichtet** werde. Allerdings schienen behandelte Personen

in Abhängigkeit von ihrer zugrunde liegenden Indikation und der daraufhin indizierten Behandlung unterschiedliche Verbesserungen der oralen Lebensqualität aufzuweisen (S. 9).

Das Fazit zu Frage 1 lautet:

„Da insgesamt nur wenige Untersuchungen zur Mundgesundheit identifiziert werden konnten, die zudem vornehmlich auf Surrogatendpunkten beruhen, lässt sich keine abschließende Einschätzung vornehmen, ob und welche langfristigen Auswirkungen die angewendeten kieferorthopädischen Therapieregime auf die Mundgesundheit haben.“ (S. 10)

Zu Frage 2 führt das iGES zusammenfassend aus (S. 10):

In die Analyse der Ausgaben der GKV für die kieferorthopädische Versorgung wurden zehn Statistiken und Analysen von verschiedenen Stakeholdern des Gesundheitswesens sowie eine retrospektive Beobachtungsstudie einbezogen. Die Analyse der verfügbaren Daten zeigt, dass die Kosten, die für die GKV im Rahmen der kieferorthopädischen Versorgung anfallen, über die vergangenen Jahre hinweg kontinuierlich angestiegen sind und für das Jahr 2017 mit 1.115 Mio. € einen neuen Höchststand erreicht haben. Dies ist vor allem auf eine erhöhte Anzahl an Behandlungsfällen zurückzuführen. Auch auf Ebene der Versicherten und Mitglieder konnte ein Anstieg der durchschnittlichen Kosten beobachtet werden – bei gleichzeitigem Rückgang der für kieferorthopädische Leistungen vorrangig relevanten Versichertenpopulation. Die Ausgaben selbst werden zum Großteil durch Honorare bzw. Material- und Laborkosten von praxiseigenen Laboren verursacht, die zusammen für mehr als 90 % der Ausgaben ursächlich sind.

Zu Frage 3 führt das iGES zusammenfassend aus (S. 10):

Im vorliegenden Gutachten werden die aktuellen wissenschaftlichen Belege zum Nutzen und zur Wirksamkeit kieferorthopädischer Interventionen zusammengetragen. Zwar konnte eine hohe Anzahl an Studien und Dokumenten in den Recherchen gefunden werden, das identifizierte Material ist zur Beantwortung der zugrunde liegenden Fragen jedoch nur bedingt geeignet.

Feststellungen, die eine unterschiedliche Behandlungsqualität je Status des behandelnden Zahnarztes ergaben oder wenigstens nahelegten, enthält das iGES-Gutachten nicht.

6. Bettin/Spasov/Werner, Asymmetrien bei der Einschätzung des kieferorthopädischen Behandlungsbedarfs, Ethik in der Medizin, 04.03.2014³¹

Der Artikel befasst sich mit den einer „Studie“ entnommenen Wahrnehmungen kieferorthopädisch behandelter Kinder, die angegeben hätten, vor Beginn der Behandlung nicht an medizinisch oder funktionell relevanten Problemen des Gebisses gelitten zu haben, und der Wahrnehmung der Krankenkassen und der Zahnärzteschaft, dass es insoweit Behandlungsbedarf gebe.

Bei der angesprochenen Studie handelt es sich um den Report der hkk 2012 Kieferorthopädische Behandlung von Kindern und Jugendlichen.³²

Bei der Lektüre der Studien drängt sich der Eindruck auf, dass man in diesen Berichten einfach voneinander abschreibt, ohne nachzuprüfen, was man abschreibt oder was die Studien für eine Datenausgangslage hatte. Das gilt auch für den hkk-Report 2012. So heißt es dort auf S. 10:

Fazit: Kieferorthopädie ist notwendig – aber in welchen Fällen und wie?

Die meisten Akteure, die sich mit der kieferorthopädischen Behandlung beschäftigen, sind sich in zwei Punkten einig: Erstens besteht mit Sicherheit ein Bedarf, diverse Anomalien von Kiefer und Zähnen bereits im Kindes- und Jugendalter zu korrigieren und damit einen aktuellen wie auch präventiven Nutzen zu erzielen. Zweitens stellen Versorgungsforscher und Leistungsanbieter eine Reihe von Mängeln oder Unklarheiten bei der Bedarfsfeststellung und der Durchführung von Leistungen fest:

Zur Begründung findet sich auf S. 11:

³¹ Fundstelle: <https://praxis-spasov.de/docs/publikationen/Bettin-et-al-2015-Kopie.pdf>.

³² Fundstelle: https://www.hkk.de/fileadmin/dateien/allgemeines_uebergeordnet/reports/gesundheitsreports/2011-2018/2012_gesundheitsreport_versorgungsforschung_kieferortho_kinder.pdf.

- » So moniert der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem o. g. Gutachten, dass es sich bei vielen Fällen nicht um einen objektiv gemessenen Versorgungsbedarf handelt. Vielmehr käme in der tatsächlichen Versorgung eine Mischung aus notwendigen und unnötigen Leistungen vor. Das Fehlen von Referenzmaßstäben und evidenzbasierten Behandlungsleitlinien verstärkte diese Problematik.
- » Der 2008 veröffentlichte HTA-Bericht Nr. 66 (Health-Technology-Assessment) des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) analysierte die aktuelle wissenschaftliche Absicherung kieferorthopädischer Maßnahmen und deren Beitrag zur Mundgesundheit. Ähnlich der Kritik durch das Sachverständigenratsgutachten kamen die Autoren zu dem Urteil, dass eine abschließende Bewertung des Beitrages einer feststehenden Apparatur zur allgemeinen Mundgesundheit auf wissenschaftlicher Basis nur schwer möglich sei. Zusätzlich beklagten die Autoren, dass eine unscharfe Definition von Mundgesundheit und fehlende Studien hinreichender Güte die Beantwortung dieser Frage aus wissenschaftlicher Sicht erschwerten.
- » Schließlich wurde die fehlende Evidenz auch von Seiten der Kieferorthopädie selbst bestätigt. So wundert es die Deutsche Gesellschaft für Kieferorthopädie nicht, dass „[...] diese Überprüfung auf Basis der objektiven Nachweisbarkeit zu einem unbefriedigenden Ergebnis geführt hat [...]“ (DGKFO, 2008).

Diese „Studien“ sind vor allem selbstreferenziell. Die Struktur ist einfach:

A (in diesem Fall der Sachverständigenrat Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen im Gutachten 2000/2001) moniert etwas.

B (in diesem Fall das DIMDI im HTA-Bericht von 2008) bezieht sich auf A.

C (in diesem Fall Bettin/Spasov/Werner) bezieht sich auf A und B, usw.

Das ist jedenfalls in den Augen der Rechtswissenschaft keine seriöse wissenschaftliche Methodik.

Bettin/Spasov/Werner plädieren für einen „*interdisziplinären Diskurs*“, da für die Entscheidung, welche kieferorthopädischen Behandlungsmaßnahmen bezahlt werden sollten, neben empirischen und das berufsethische Selbstverständnis berührenden Fragen auch allgemeinere Fragen des „Guten Lebens“ und der Gerechtigkeit berührt seien (S. 12 des Artikels).

Wir haben diesen Artikel in unsere Untersuchung nur einbezogen, weil der Bundesrechnungshof – warum auch immer – darauf abstellt. Für die Behandlungsqualität in Anhängigkeit von einer Fachzahnarztbezeichnung gibt auch dieser Artikel nichts her, ebenso wenig wie der hkk-Report 2012.

7. DIMDI – Mundgesundheit nach kieferorthopädischer Behandlung mit festsitzenden Apparaten, 2008³³

Der HTA-Bericht des DIMDI befasst sich mit Fragen, die alle die Indikation und ggf. Qualität kieferorthopädischer Behandlungen betreffen, also die klinisch-wissenschaftliche Seite und damit die Hochschulmedizin, aber nicht die Frage nach der Qualifikation der Behandler. Beispielhaft sei aus dem Abschnitt „7 Diskussion“ zitiert (S. 35):

Die KFO ist eine Disziplin der Zahnheilkunde, die sich mit der individuellen Behandlungsplanung von Patienten beschäftigen muss. Individuelle Behandlungsplanung umfasst sowohl den Bereich der Diagnose und deren individuellen und patientenbezogenen Charakteristika, als auch die Auswahl aus einer großen Anzahl von möglichen festsitzenden Apparaten. Folglich ist die Analyse der Wirksamkeit unter dem Gesichtspunkt eines therapeutischen Settings zu sehen und die Intervention an sich eine nicht-standardisierte Maßnahme. Daher sind auch keine Grenzwerte, absoluten Normen oder Kriterien definierbar, um zweifelsfrei daraus Maßnahmen nahe zu legen.

Die wissenschaftliche Absicherung von kieferorthopädischen Maßnahmen mit festsitzenden Apparaten ist außerordentlich gering. Keine der in diesem Bericht gestellten Fragen kann auch nur annähernd mit einer befriedigenden Klarheit beantwortet werden, selbst wenn weichere Studientypen, wie nicht-randomisierte oder retrospektive Studien mit eingeschlossen werden.

Unter der Überschrift „Schlussfolgerung / Empfehlung“ schreiben die Autoren des DIMDI;

8 Schlussfolgerung / Empfehlung

Das Thema Mundgesundheit ist relativ neu und es ist erst einige Jahre her, dass es die ersten Definitionen zu diesem Thema gab. Hierbei ist auf die interdisziplinäre Betrachtung des Problems zu achten. Während die technische Durchführung der kieferorthopädischen Maßnahme im Zentrum des Interesses steht, darf der funktionelle Zusammenhang des orofazialen Bereichs nicht außer Acht gelassen werden.

Die Mitarbeit des Patienten erscheint für das Funktionieren dieser Intervention ebenfalls wichtig, wie die Berücksichtigung von Mundfunktionen, wie Kauen, Schluckmuster, Hygiene, Muskelaktivitäten und Kräftebalance.

Die Mundgesundheit hat den schwachen Evidenzen folgend jedoch auch weit reichende systemische Folgen für die Gesundheit, wie andere systemische, z. B. gastrointestinale Erkrankungen.

Der Frage, welche Indikationsstellungen nun für die Intervention als wissenschaftlich abgesichert gelten können, muss unverzüglich große Aufmerksamkeit geschenkt werden. Die individuelle und subjektive Einschätzung des Behandlers (dessen Erfahrung nicht in Zweifel gezogen wird) ist für die Durchführung von kieferorthopädischen Maßnahmen als nicht ausreichend zu beurteilen. Die

Auch in dieser Studie gibt es nicht den geringsten Hinweis / Beleg dafür, dass eine Ausschluss von Nichtfachzahnärzten i.S. des § 28 Abs. 2 Satz 6 SGB V-E fachlich plausibel, nachvollziehbar oder vertretbar oder gar geboten wäre.

³³ Fundstelle: https://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta205_bericht_de.pdf.

8. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen – Gutachten 2000/2001³⁴

Auf dieses als BT-Drs. 14/6871 vom 31.08.2001 veröffentlichte Gutachten, das u.a. vom Bundesrechnungshof in seiner 2018er Stellungnahme zitiert wird, soll nur kurz hingewiesen werden. Es beschreibt eine Kieferorthopädie, deren Datenlage vor 2000 erhoben wurde und mit der Kieferorthopädie des Jahres 2026 wenig bis nichts mehr gemein hat. Beispielhaft sei auf S. 99 (Tz. 388) hingewiesen:

„Im Rahmen der Kieferorthopädie dominieren in Deutschland immer noch Behandlungen mit herausnehmbaren Apparaturen, obwohl fest sitzende zu schnelleren und besseren Ergebnissen führen.“

Dieses Gutachten ist damit für die Beurteilung der Kieferorthopädie im Jahr 2026 schon strukturell ohne Relevanz.

Mit der Korrelation Fachzahnarzt und Behandlungsqualität etc. befasst sich das Gutachten nicht.

Dass dennoch die Kritik an der Kieferorthopädie mit diesem Gutachten begründet wird, das eine so schon lange nicht mehr existierende Kieferorthopädie beschreibt, ist bemerkenswert.

9. Zusammenfassung der Studien- und Literaturrecherche

Die Literaturrecherche zu der von der FinanzKommission empfohlenen Maßnahme Nr. 23 ergibt, dass sich die FinanzKommission für ihren Vorschlag zur Reduktion der kieferorthopädischen Behandlung auf Fachzahnärzte für Kieferorthopädie auf keinerlei Evidenz stützen kann. Nichts stützt ihre Aussage auf S. 99 des Gesetzentwurfs zum GKV-BStabG:

„Angesichts der höchst unterschiedlichen Kenntnisse und Fertigkeiten auf dem Gebiet der Kieferorthopädie innerhalb der Zahnärzteschaft können kieferorthopädische Leistungen von sehr unterschiedlicher Qualität sein.“

³⁴ Fundstelle: <https://dserver.bundestag.de/btd/14/068/1406871.pdf>.

10. Exkurs: Zur Kritik an der Kieferorthopädie

Als Jahrzehnte auf diesem Gebiet tätige Anwaltskanzlei halten wir die Kritik an der Kieferorthopädie für schon im Ansatz nicht berechtigt. Der Krankenkassenreport der BARMER stellt eine hohe Zufriedenheit der Patienten fest. Jugendliche beginnen die eigentliche kieferorthopädische Therapie in der Regel zur selben Zeit, in der sie auch in die Pubertät kommen. Dennoch die Disziplin aufzubringen bzw. aus der Sicht der Behandler diese schwierigen Patienten motivieren zu können, die Behandlung konsequent durchzuführen, ist ein eigenständiger Erfolgsbeweis, der keines zusätzlichen Studiennachweises bedarf.

Dass die Studienlage in Deutschland nicht besser ist als anderswo, dürfte an den Gegebenheiten liegen. Die Vorstellung, dass man über die drei- bis vierjährige Behandlungszeit hinweg kontrolliert-randomisierte Studien durchführen könnte, ignoriert sowohl die reale Situation an den Hochschulkliniken mit ihren relativ geringen Fallzahlen und meist nicht repräsentativen Behandlungsfällen als auch die Möglichkeiten angesichts eines wie kaum ein anderes Medizingebiet für den Erfolg so sehr auf die Mitarbeit der Patienten und deren Eltern angewiesenes Fachs. Welche Erziehungsberechtigten lassen sich auf eine Randomisierung der Behandlung ihres Kindes ein, von Verblindung und Placebokontrolle ganz zu schweigen?

Man muss anerkennen, dass das, was im Bereich der Arzneimittelerprobung machbar ist, schon im Bereich der Medizinprodukte nur mit Einschränkungen umsetzbar ist, im eigentlichen Bereich der Therapie aber erst recht großen Hindernissen begegnet, die idR nicht bzw. nicht ohne weitreichende und damit das Ergebnis nolens volens kompromittierende Kompromisse überwindbar sind. Damit muss man leben.

I. Verfassungsrechtliche Prüfung

1. Einleitung

Zahnarztpraxen mit normalem Behandlungsspektrum sind anders eingerichtet als Zahnarztpraxen mit überwiegend oder ausschließlich kieferorthopädischer Leistungserbringung. Das beginnt bei den Behandlungseinheiten, beim Röntgen, beim Labor und wirkt sich vor allem auch beim Personalbedarf aus, der in kieferorthopädischen Praxen höher ist als in normalen Praxen. Das liegt nicht zuletzt daran, dass mit den Eltern der behandelten Kinder regelhaft viele Gespräche geführt werden, was in „normalen“ Zahnarztpraxen nicht der Fall ist.

Eine kieferorthopädisch behandelnde Praxis kann nicht ohne weiteres in eine „normale“ Zahnarztpraxis umgewandelt werden. Die dafür notwendigen Investitionen erreichen im Zweifel die Investitionen für eine neue Praxis. Das hatten wir schon im Abschnitt E 11 (S. 18) dargelegt.

Das hier zu untersuchende Gesetzesvorhaben entwertet die Praxen davon betroffener Zahnärzte und greift damit in deren Eigentum nach Art. 14 GG ein. Eine Entschädigung ist nicht vorgesehen. Zu untersuchen ist deshalb auch, ob ein solcher Eingriff verfassungsrechtlich zulässig ist (s. dazu unten Abschnitt I 3, S. 70 ff.).

Zugleich verbietet es ihnen bei Kassenpatienten – immerhin rund 90 % aller Patienten – ihre bisherige Berufsausübung, sofern sie nicht Fachzahnärzte für Kieferorthopädie sind, für ihre Bestandspatienten mit einer Übergangszeit, für alle potenziellen Neupatienten ab Inkrafttreten des Gesetzes.

Eine Alternativoption bietet das Gesetz nicht und kann es auch nicht, weil die Voraussetzungen für den Fachzahnarzt für Kieferorthopädie durch den Bundesgesetzgeber nicht festgelegt oder geändert werden können. Es gibt also für den Bundesgesetzgeber nicht die Option, alle schwerpunktmäßig kieferorthopädisch tätigen Zahnärzte zu Fachzahnärzten zu machen. Dafür fehlt ihm die Gesetzgebungskompetenz (s. oben Abschnitt E 6, S. 12)

Angesichts der nur in Anstellung zu absolvierenden Weiterbildung zum Fachzahnarzt ist es für alle heute als Nichtfachzahnärzte an der kieferorthopädischen Versorgung teilnehmenden zugelassenen Zahnärzte faktisch nicht möglich, den Fachzahnarzt „nachzuholen“. Sie müssten ihre Praxen aufgeben. Dieser Aspekt ist nach Art. 12 GG zu prüfen.

Im Folgenden werden wir zunächst eine Verletzung des Art. 12 Abs. 1 GG (Abschnitt I 2) und anschließend eine Verletzung des Art. 14 Abs. 1 GG (Abschnitt I 3) untersuchen.

2. Prüfung an Art. 12 GG

2.1 Schutzbereich

Durch die Begrenzung der Abrechenbarkeit kieferorthopädischer Leistungen auf Fachzahnärzte für Kieferorthopädie ist der Schutzbereich des Art. 12 Abs. 1 GG eröffnet. Die Berufsfreiheit schützt jede auf Dauer angelegte und nicht von der Rechtsordnung verbotene Tätigkeit, die der Schaffung und Erhaltung der Lebensgrundlage dient.³⁵

Die Tätigkeit als Zahnarzt einschließlich der vertragszahnärztlichen Versorgung gesetzlich Versicherter stellt einen solchen Beruf dar. Die kieferorthopädische Behandlung ist Teil des Berufsbildes des Zahnarztes. Gem. § 46 Abs. 2 Nr. 2 ZApprO ist das Fach Kieferorthopädie Teil des zweiten Abschnitts der zahnärztlichen Prüfung. Die Kieferorthopädie gehört damit zu den Kernfächern der zahnärztlichen Ausbildung und des zahnärztlichen Berufs (s. ausführlicher dazu oben Abschnitt E 8, S. 14 f.).

§ 1 Abs. 1 Satz 1 ZHG kennt nur den Beruf des Zahnarztes. Der Begriff Kieferorthopädie findet sich nur in § 1 Abs. 6 ZHG bei den an nichtzahnärztliche Praxismitarbeiter delegierbaren Tätigkeiten.

2.2 Eingriff

Die durch das GKV-BStabG geplante Änderung des § 28 Abs. 2 Satz 6 Nr. 1 SGB V-E, dass die kieferorthopädische Behandlung, die durch Vertragszahnärzte durchgeführt wird, die keine Anerkennung als Fachzahnarzt für Kieferorthopädie besitzen, nicht mehr zur vertragszahnärztlichen Behandlung gehört, stellt einen Eingriff in die Berufsfreiheit der Zahnärzte dar.

³⁵ Ständige Rechtsprechung, s. z.B. BVerfG, 17.02.1998 – 1 BvF 1/91 –, Rz. 90; BVerfG, 19.07.2000 – 1 BvR 539/96 –, Rz. 63; BVerfG, 28.11.2024 – 1 BvR 460/23 –, Rz. 66.

Durch die geplante Neuregelung wird in den Schutzbereich von Art. 12 Abs. 1 Satz 1 GG rechtsförmig, imperativ, final und unmittelbar eingegriffen.

Die geplante Neuregelung hat auch die notwendige objektiv berufsregelnde Tendenz. Eine Maßnahme hat berufsregelnde Tendenz, wenn sie gerade auf die Berufsregelung zielt oder sich regelmäßig unmittelbar auf beruflich ausgeübte Tätigkeiten auswirkt oder in ihren mittelbaren Auswirkungen von einigem Gewicht ist.³⁶

Nach der Neuregelung dürfen Vertragszahnärzte ohne entsprechende fachzahnärztliche Qualifikation kieferorthopädische Leistungen nicht mehr zulasten der gesetzlichen Krankenkassen erbringen. Für kieferorthopädisch tätige Zahnärzte, die nicht zugleich Fachzahnärzte für Kieferorthopädie sind, bedeutet dies, dass ihre Einnahmemöglichkeiten, welche durch ihre bisherige berufliche Tätigkeit erzielt werden und damit auf die Existenzerhaltung von nicht unerheblichen Einfluss sind, zu einem wesentlichen Teil wegfallen. Es handelt sich damit um eine Vergütungsregelung, die typischerweise einen Eingriff in das Grundrecht aus Art. 12 GG darstellt.³⁷

Ein Zahnarzt, der schwerpunktmäßig oder ausschließlich Kieferorthopädie durchführt, bildet sich vertieft in diesen Bereichen und nicht vertieft in den anderen Bereich der Zahnheilkunde fort. Er ist Spezialist. Wenn ihm diese Betätigung genommen wird, die er wählen durfte, dann bedeutet das für ihn, ihn auf den Zustand zu Beginn seiner zahnärztlichen Tätigkeit zurückzuwerfen. De facto wird das zum Berufsverbot.

Es handelt sich auch um einen besonders schweren Eingriff, weil es Zahnärzte in einem Betätigungsfeld beeinträchtigen wird, für das ihnen mit ihrer Approbation und dem zahnärztlichen Berufsrecht die Qualifikation zugesprochen ist, das sie bisher im Rahmen ihrer Berufsausübung zur Sicherung ihrer wirtschaftlichen Existenz nutzen und für das sie auch die erforderlichen Investitionen vorgenommen haben, die nicht mehr rückgängig

³⁶ Ständige Rechtsprechung, s. z.B. BVerfG, 17.02.1998 – 1 BvF 1/91 –, Rz. 93 ff.

³⁷ Vgl. z.B. BVerfG, 15.12.1999 – 1 BvR 1904/95 –, Rz. 69; BVerfG, 23.10.2013 – 1 BvR 1842/11 –, Rz. 66.

gemacht werden und nicht oder allenfalls kaum anderweitig genutzt können.³⁸

2.3 Verfassungsrechtliche Rechtfertigung?

Gerechtfertigt wäre der Eingriff durch das GKV-BStabG nur, wenn er gemäß der Schrankenregelung des Art. 12 Abs. 1 GG durch ein verfassungsgemäßes Gesetz oder auf Grundlage eines solchen Gesetzes erfolgt und als Schranken-Schranke der eingeräumte Ausgestaltungs- und Regelungsbereich (Drei-Stufen-Theorie) bei Beachtung weiterer Verhältnismäßigkeitserwägungen sowie bei Konformität mit höherrangigem Verfassungsrecht nicht überschritten würde.

a. Einordnung im Rahmen der Drei-Stufen Theorie

Seit dem Apothekenurteil des BVerfG³⁹ gilt für die Berufsfreiheit die sog. Drei-Stufen-Theorie als besondere Ausprägung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes.⁴⁰

Dabei ist zwischen der Berufsausübung und der subjektiven wie objektiven Berufswahlfreiheit zu unterscheiden.⁴¹

Die Freiheit der Berufsausübung (Stufe 1) kann beschränkt werden, soweit vernünftige Erwägungen des Gemeinwohls das zweckmäßig erscheinen lassen.⁴²

Subjektive Berufswahl- oder Berufszulassungsregelungen (Stufe 2) sind nur dann gerechtfertigt, wenn die Regelung zum Schutz besonders wichtiger Gemeinschaftsgüter zwingend erforderlich ist. Hierbei handelt es sich um Regelungen, bei denen der Gesetzgeber den Zugang zu einer beruflichen Tätigkeit von bestimmten persönlichen Eigenschaften, Kenntnissen, oder Fähigkeiten abhängig macht.⁴³ Ebenso wie der Zugang zum

³⁸ Das BVerfG ordnete dies hinsichtlich des Facharzterfordernisses in Art. 5 Abs. 1 BaySchwHEG für Schwangerschaftsabbrüche ebenso ein, vgl. BVerfG, 27.10.1998 – 1 BvR 2306/96, 2314/96 u.a. –, Rz. 191.

³⁹ BVerfG, 11.06.1958 – 1 BvR 596/56 –, BVerfGE 7, 377.

⁴⁰ Burgi in: Bonner Kommentar, 196. Aktualisierung 2019, Art. 12 Abs. 1 Rz. 187.

⁴¹ Vgl. hierzu BVerfG, 11.06.1958 – 1 BvR 596/56 –, Leitsatz 6.

⁴² BVerfG, 20.12.2017 - 1 BvR 2233/17 –, Rz 11; ständige Rechtsprechung seit dem Apothekenurteil BVerfG, 11.06.1958 - 1 BvR 596/56 –, Rz. 83.

⁴³ Burgi in: Bonner Kommentar, 196. Aktualisierung 2019, Art. 12 Abs. 1 Rz. 193.

Beruf erfasst die freie Berufswahl auch die Entscheidung, ob und wie lange der Beruf fortgesetzt wird.⁴⁴

Bei objektiven Berufswahl- bzw. -Zulassungsvoraussetzungen sind an die Begründung besonders strenge Anforderungen zu stellen. Solche Maßnahmen sind nur dann gerechtfertigt, wenn sie zur Abwehr nachweisbarer oder höchstwahrscheinlicher schwerer Gefahren für ein überragend wichtiges Gemeinschaftsgut erforderlich sind.⁴⁵

Für die Einordnung als subjektive Berufswahlregelung spricht zwar, dass die Abrechenbarkeit kieferorthopädischer Leistungen zulasten der GKV von der Qualifikation als Fachzahnarzt abhängig gemacht wird. Damit wird der Zugang zu einem wesentlichen Teilbereich der vertragszahnärztlichen Tätigkeit an eine besondere persönliche Qualifikation geknüpft.

Das Berufsbild des Zahnarztes ist nach § 1 Abs. 1 Satz 1 ZHG einheitlich.⁴⁶ Es gibt nur den Zahnarzt, nicht den Zahnarzt und davon getrennt verschiedene Fachzahnärzte. Daher ist die Neuregelung jedenfalls eine Berufsausübungsregelung, die einem Eingriff in die Berufswahlfreiheit nahekommt.

Die kieferorthopädische Behandlung wird in der vertragszahnärztlichen Versorgung regelmäßig nicht beiläufig neben einem allgemein Zahnärztlichen Leistungsspektrum erbracht, sondern konzentriert sich auf eine kleine Gruppe von Praxen, die diesen Bereich schwerpunktmäßig oder ausschließlich betreiben. Dies belegt das im BARMER Zahnreport 2024 (S. 63) abgebildete, oben S. 39 wiedergegebene deutlich zweigipflige Histogramm des kieferorthopädischen Umsatzanteils. Für diese Zahnarztpraxen stellt die Kieferorthopädie nicht bloß ein Tätigkeitssegment unter mehreren dar, sondern ihre wirtschaftliche Existenzgrundlage.

Aus den oben im Abschnitt E 7, S. 12 ff. dargelegten Zahlen ergibt sich, dass – Stand 31.12.2024 – mindestens 891 Zahnarztpraxen davon betroffen sind.

⁴⁴ BVerfG, 16.06.1959 – 1 BvR 71/57 –, Rz. 22; BVerfG, 02.03.1977 – 1 BvR 124/76 –, Rz. 27.

⁴⁵ BVerfG, 11.06.1958 – 1 BvR 596/56 –, Rz. 79.

⁴⁶ Die Einheit des Zahnarztberufs auf Grundlage der Approbation als Zahnarzt ist auch gesetzlich an verschiedenen Stellen zugrunde gelegt, vgl. § 1 Abs. 1 ZApprO, § 1 Abs. 1 ZHG

Das ist deutlich mehr, als dass man den Grundsatz „de minimis non curat lex“ anwenden dürfte.

Approbierte Vertragszahnärzte, die bisher schwerpunktmäßig oder sogar ausschließlich im Bereich der Kieferorthopädie tätig sind, wird durch die Neuregelung ein sehr großer Teil ihres Patientenkreises weggenommen, wenn sie nicht zusätzlich über die Qualifikation als Fachzahnarzt für Kieferorthopädie verfügen. Die Wirkung geht dabei weit über eine bloße Modalitätenbeschränkung hinaus. Für einen Vertragszahnarzt einer Praxis, die ihren Umsatz nahezu vollständig im kieferorthopädischen Bereich erzielt, kommt dies einem faktischen Ausschluss aus dem bisher ausgeübten Beruf gleich.

Die Regelung ist daher jedenfalls als eine der subjektiven Berufswahlbeschränkung nahekommende Berufsausübungsregelung zu qualifizieren, für die die gesteigerten Rechtfertigungsanforderungen der zweiten Stufe gelten. Die Regelung muss zum Schutz besonders gewichtiger Gemeinschaftsgüter zwingend erforderlich sein.

b. Ziele der Neuregelung – legitimer Zweck

Der Gesetzgeber geht in der Begründung des Gesetzesentwurfs davon aus, dass die Beschränkung der Erbringung kieferorthopädischer Leistungen im Rahmen der GKV gerechtfertigt seien, da nur so eine Behandlung auf dem notwendigen und einem möglichst einheitlichen Qualitätsniveau sichergestellt werden.⁴⁷ Eine Begründung für diese Auffassung liefert er nicht.

Das Ziel der Qualitätssicherung in der kieferorthopädischen Versorgung dient grundsätzlich mittelbar dem Schutz der Gesundheit der gesetzlich Versicherten. Der Gesundheitsschutz stellt ein besonders wichtiges Gemeinschaftsgut dar.⁴⁸

Der Gesetzgeber geht ferner davon aus, dass die Beschränkung kieferorthopädischer Behandlungen auf Fachzahnärzte für Kieferorthopädie im

⁴⁷ BR-Drs. 256/26 vom 01.05.2026, S. 99.

⁴⁸ BVerfG, 10.05.1988 - 1 BvR 482/84, 1166/85 –, Rz. 38 mwN.

Jahr 2028 zu Einsparungen von rund 30 Mio. € führe, sowie in den Folgejahren zu Einsparungen auf rund 60 Mio. €. ⁴⁹ Damit soll es dem allgemeinen Reformziel der Stabilisierung der Beitragssätze in der GKV dienen. ⁵⁰

Die Sicherung der finanziellen Stabilität und damit der Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung stellt einen Gemeinwohlbelang von besonderem Gewicht dar. ⁵¹

Nach der Vorstellung des Gesetzgebers sollen die erhofften Einsparungen, legt man den Bericht der FinanzKommission Gesundheit (S. 188) zugrunde, durch die Einschränkung medizinisch nicht notwendiger Behandlungen erzielt werden, insbesondere im Bereich der Versorgung durch Zahnärzte ohne spezielle Facharztweiterbildung in der Kieferorthopädie. Die FinanzKommission geht dabei – ebenfalls ohne jede Begründung oder Beleg für ihre Annahme – davon aus, dass Zahnärzte ohne spezielle Facharztweiterbildung in der Kieferorthopädie vermehrt nicht sach- und bedarfsgerecht erbrachte Behandlungen verursachen (S. 185).

Die Plausibilität der Annahme eines Zusammenhangs zwischen Nichtfachzahnarzt und Behandlungsqualität bewegt sich – der Vergleich sei an dieser Stelle gestattet – leider auf Stammtischniveau. Das hat die oben im Abschnitt H wiedergegebene ausführliche Analyse der Unterlagen ergeben, auf die sich die FinanzKommission und damit auch das Bundesgesundheitsministerium stützt.

c. Geeignetheit

Die Regelung des § 28 Abs. 2 Satz 6 Nr. 1 SGB V-E ist nur dann geeignet, wenn der gewünschte Erfolg durch die Maßnahme gefördert werden kann.

d. Grenzen des Einschätzungs- und Prognosevorrangs des Gesetzgebers

Zwar hat der Gesetzgeber einen gewissen Einschätzungs- und Prognosevorrang ⁵², jedoch entbinden diese politischen Spielräume den Gesetzgeber

⁴⁹ BR-Drs. 256/26 vom 01.05.2026, S. 73.

⁵⁰ BR-Drs. 256/26 vom 01.05.2026, S. 2 und öfter.

⁵¹ BVerfG, 20.03.2001 – 1 BvR 491/96 –, Rz. 41; BVerfG, 07.05.2025 – 1 BvR 1507/23, 1 BvR 2197/23 –, Rz. 78.

⁵² BVerfG, 18.12.1968 – 1 BvL 5/64 –, Rz. 28.

nicht davon, seine Prognosen auf rationale Erwägungen und soweit möglich auf gesicherte Tatsachen und Erkenntnisse zu stützen.⁵³

Der Gesetzgeber muss die ihm zur Verfügung stehende Erkenntnisquellen ausschöpfen.⁵⁴ Er darf nicht von schlicht unzutreffenden oder unzureichend ermittelten Tatsachen ausgehen.⁵⁵ Der Vertretbarkeitsmaßstab verlangt, dass der Gesetzgeber sich an einer sachgerechten und vertretbaren Beurteilung des erreichbaren Materials orientiert.⁵⁶

Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) gesteht dem Gesetzgeber bei Kostendämpfungsmaßnahmen im Bereich der GKV aufgrund von (behaupteten) Gefahren für die finanzielle Stabilität des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung wegen der Komplexität des Systems in der Regel eine zurückgenommene Kontrolle in Form der Evidenz- oder Plausibilitätskontrolle zu. Gegenüber Eingriffen, die der Stabilität des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung dienen, besteht nur ein verminderter Vertrauensschutz. Dies gilt nach Ansicht des BVerfG insbesondere dann, wenn der Gesetzgeber diejenigen belastet, die aus seiner Sicht für die Kostensteigerungen besonders verantwortlich sind.⁵⁷

Die Kieferorthopädie nimmt seit Jahren in der GKV kostenmäßig immer weniger Raum ein, wie sich aus Abbildung 3 (oben S. 20) und Abbildung 4, oben S. 20 ergibt, kann also für die Kostensteigerungen nicht verantwortlich sein.

Sollte der Gesetzgeber der Auffassung sein, dass der G-BA seine Arbeit bei den Kieferorthopädie-Richtlinien nicht ordentlich gemacht hat oder die Krankenkassen in ihrer Genehmigungspraxis zu großzügig sind, kann er entweder die KIG-Regeln selbst neu aufstellen oder in die Abgrenzung Sachleistung – Eigenverantwortung eingreifen.

Für die tatsächlich vorgesehene Maßnahme des § 28 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SGB V-E fehlt jegliche Plausibilität und Evidenz.

⁵³ Michael/Morlok, Grundrechte, 9. Aufl. Baden-Baden 2025, § 8 Rz. 164.

⁵⁴ BVerfG, 01.03.1979 – 1 BvR 532/77 –, Rz. 113 (Mitbestimmungsurteil).

⁵⁵ Hufen, Staatsrecht II – Grundrechte, 9. Aufl. München, 2023, § 35 Rz. 36.

⁵⁶ BVerfG, 01.03.1979 – 1 BvR 532/77 –, Rz. 113 (Mitbestimmungsurteil).

⁵⁷ BVerfG; 07.05.2025 – 1 BvR 1507/23, 2197/23 –, Rz. 86, 89 mwN.

e. Fehlende Evidenz struktureller Qualitätsdefizite

Die Annahme des Gesetzgebers, dass nur die Beschränkung auf Vertragszahnärzte mit Facharzttitel ein einheitliches Qualitätsniveau gewährleisten könne, erschöpft sich in der pauschalen Behauptung.

Die Gesetzesbegründung selbst enthält keinen Beleg für die Annahme qualitativer Unterschiede kieferorthopädisch tätiger Zahnärzte. Darüber hinaus ergeben weder der Erste Bericht der Finanzkommission Gesundheit vom 30.03.2026, an dem sich der Gesetzgeber erkennbar orientiert hat, noch die diesem zugrunde gelegten Unterlagen, dass es qualitative Unterschiede gibt.

Der BARMER Zahnreport 2024 fasst Fachzahnärzte und kieferorthopädisch weiter- oder fortgebildete Zahnärzte einschließlich der Zahnärzte mit dem akademischen Titel **Master of Science Kieferorthopädie** einheitlich unter dem Begriff der „**Fachzahnarztpraxen**“ zusammen. Der Report attestiert einen insgesamt noch zufriedenstellenden Zugang zu kieferorthopädischen Versorgung, wobei letzteres sich auf die Versorgungsdichte bezieht. Zur Versorgungsqualität gibt es im Bericht keine negativen Anmerkungen.

Andere belastbare empirische Erkenntnisse, wissenschaftliche Studien oder Auswertungen der Versorgungspraxis, die ein systematisches Qualitätsdefizit kieferorthopädischer Leistungen durch nicht fachzahnärztlich qualifizierte Vertragszahnärzte belegen, existieren nicht.

Kieferorthopädie ist Kernfach im zahnmedizinischen Studium (s. die Ausführungen oben im Abschnitt E 8, S. 14 f.).

Zahlreiche vertragszahnärztlich tätige Zahnärzte sind seit Jahren, vielfach seit Jahrzehnten, wie wir aus unserer eigenen Klientel wissen, schwerpunktmäßig kieferorthopädisch tätig, verfügen häufig über zusätzliche postgraduale Qualifikationen – etwa einen **Master of Science Kieferorthopädie** – und nehmen beanstandungsfrei an der vertragszahnärztlichen Versorgung teil. Die gesetzliche Neuregelung differenziert nicht zwischen einem Zahnarzt ohne jede vertiefte Weiterbildung und einem langjährig spezialisierten Behandler mit umfangreicher praktischer Erfahrung und akademischer Zusatzqualifikation.

Im Ergebnis fehlt es somit an jeder tragfähigen tatsächlichen Grundlage für die Annahme, dass die Behandlungsqualität vom Erwerb des Fachzahnarzttitels abhängt. Der Gesetzgeber ist insoweit von unzutreffenden und ersichtlich unzureichend ermittelten Tatsachen ausgegangen; eine sachgerechte und vertretbare (plausible, evidenzbasierte) Bewertung liegt der Regelung nicht zugrunde.

f. Einsparziele

Erweist sich bereits die Grundannahme als unzutreffend, dass nicht fachzahnärztlich qualifizierte Vertragszahnärzte unwirtschaftliche oder qualitativ minderwertige Leistungen erbringen, entfällt damit zugleich die tragende Voraussetzung der vom Gesetzgeber erwarteten Einsparungen. Denn die prognostizierten Einsparungen beruhen nicht auf der Annahme, dieselbe Behandlung werde künftig kostengünstiger oder wirtschaftlicher erbracht. Sie beruhen vielmehr ausschließlich auf der Hoffnung, dass ein Teil der bislang erbrachten kieferorthopädischen Leistungen künftig vollständig entfällt.

Dies tritt in der Berechnung der Finanzkommission offen zutage. Das von ihr ausgewiesene Einsparvolumen errechnet sich aus der Erwartung, dass etwa 1/3 der bisher durch Zahnärzte ohne Fachzahnarztweiterbildung in der Kieferorthopädie erbrachten Leistungen **ohne Substitution** entfallen werde. Die erhoffte Einsparung soll damit durch ein **Unterbleiben der Versorgung** entstehen, nicht durch eine effizientere Versorgung. In der Sache handelt es sich um eine **künstlich herbeigeführte Versorgungsverknappung auf Behandlerseite**.

Dies widerspricht auch dem Leistungsanspruch aus § 29 Abs. 1 SGB V. Danach haben Versicherte Anspruch auf kieferorthopädische Versorgung in medizinisch begründeten Indikationsgruppen. Auch wenn dieser Anspruch rechtlich unangetastet bleibt, so wird er faktisch durch die Verknappung zulasten der Versicherten eingeschränkt.

Es ist anzunehmen, dass dieser Wegfall von Behandlern vornehmlich diejenigen Versicherten trifft, die auf einen wohnortnahen und niedrigschwelligen Zugang zur Versorgung angewiesen sind, die Einsparungen sich also im Ergebnis vor allem **zulasten von Kindern und Jugendlichen aus strukturschwachen Regionen und sozial schwächeren Familien** auswirken.

Die künstliche Verknappung des Versorgungsangebots steht damit auch im Widerspruch mit dem vom Gesetzgeber formulierten Ziel, die Behandlung auf dem notwendigen und einem möglichst einheitlichen Niveau sicherzustellen. Denn die Behandlung auf einem einheitlichen Niveau sicherzustellen setzt bereits begrifflich voraus, dass die Behandlung als solche überhaupt sichergestellt ist. Ein einheitliches Versorgungsniveau lässt sich nicht herstellen, wenn es an einem flächendeckenden Versorgungsangebot fehlt.

Auf diese Gefahr hat die BARMER in ihrem Krankenkassenreport 2024 für die Kieferorthopädie explizit hingewiesen (S. 69 – s. oben die Textwiedergabe auf S. 42).

Wer den Gesundheitsschutz der Versicherten zum Zweck einer Maßnahme erhebt, kann dieses Ziel nicht erreichen, wenn er einem erheblichen Teil der Anspruchsberechtigten die medizinisch indizierte Behandlung faktisch vorenthält. Statt die Gesundheit der Versicherten durch ein einheitliches Qualitätsniveau zu schützen, gefährdet sie die Gesundheit gerade derjenigen, deren medizinisch begründeter Behandlungsbedarf infolge der Angebotsverknappung unbehandelt bleibt.

Der BARMER Zahnreport 2024 appelliert an die verantwortlichen Akteure, die regionale Verfügbarkeit von Fachzahnärzten (womit alle Zahnarztpraxen mit kieferorthopädischem Behandlungsschwerpunkt gemeint sind) im Auge zu behalten (S. 69).

Ein zumindest teilweiser Ausgleich des Zugangsnachteils in Kreisen mit niedriger Dichte von Zahnarztpraxen mit kieferorthopädischem Behandlungsschwerpunkt entsteht bisher durch die stärkere Beteiligung von Zahnarztpraxen ohne kieferorthopädischen Behandlungsschwerpunkt. Dieser Ausgleich würde künftig entfallen.

§ 28 Abs. 2 Satz 6 Nr. 1 SGB V-E kann den Zweck der Kostenersparnis nur in dem Umfang fördern, in dem die geschuldete kieferorthopädische Versorgung tatsächlich unterbleibt. Der Einspareffekt ist kein Ergebnis gesteigerter Wirtschaftlichkeit, sondern **Folge einer faktischen Anspruchsvereitelung** zu Lasten der Kinder der Versicherten. Der Zweck lässt sich nicht erreichen, ohne das zugleich verfolgte vorrangigere Ziel des Gesundheitsschutzes zu beeinträchtigen.

g. Erforderlichkeit

Zu prüfen ist weiter, ob es ein milderes, die Grundrechtsträger weniger belastendes, aber dennoch gleich geeignetes Mittel zur Erreichung der jeweils verfolgten Zwecke zur Verfügung steht.⁵⁸

Das System der gesetzlichen Krankenkasse hält ein dichtes, mehrstufiges Instrumentarium zur Sicherung von Qualität und Wirtschaftlichkeit kieferorthopädischer Leistungen nach § 29 SGB V bereit.

Ein Anspruch auf kieferorthopädische Behandlung besteht im Rahmen des § 29 Abs. 1 Satz 1 SGB V nur, wenn eine Kiefer- oder Zahnfehlstellung vorliegt, die das Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen erheblich beeinträchtigt oder zu beeinträchtigen droht. Die einzuhaltenden Standards der kieferorthopädischen Befunderhebung und Diagnostik werden durch den gem. § 29 Abs. 4 SGB V beauftragten G-BA in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB V festgelegt. Die auf dieser Grundlage erlassenen kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) der Anlage 1 zu den Kieferorthopädie-Richtlinien knüpfen den Leistungsanspruch an objektive, befundbezogene und damit für jeden Behandler und die die Behandlung genehmigenden Krankenkassen in gleicher Weise verbindliche Kriterien. Damit ist die kieferorthopädische Behandlung an Kriterien geknüpft, die als Qualitätsindikatoren gelten.

Für die kieferorthopädische Behandlung ist gem. Anlage 4 BMV-Z ein Antragsverfahren vorgeschrieben. Gem. § 1 Abs. 1 Satz 1 der Anlage 4 zum BMV-Z ist vor Beginn jeder kieferorthopädischen Behandlung ein Behandlungsplan zu erstellen und an die Krankenkasse zu übermitteln. Mit der Behandlung soll gem. § 1 Abs. 3 Satz 6 Anlage 4 zum BMV-Z erst begonnen werden, wenn die Krankenkasse die Kostenübernahme erklärt hat. Wird vorher begonnen und genehmigt die Krankenkasse nicht, entfällt der Honoraranspruch des Behandlers (s. dazu im Einzelnen die Ausführungen oben im Abschnitt E 3 und E 4, S. 9 ff.).

Damit besteht bereits ein Mechanismus, der präventiv und einzelfallbezogen überprüft, ob die Voraussetzungen für die Kostenübernahme vorliegen.

⁵⁸ Ständige Rechtsprechung, s. z.B. BVerfG, 16.03.1971 – 1 BvR 52, 665, 667, 754/66 –, Rz. 64; BVerfG, 12.03.1985 – 1 BvL 25/83, 1 BvL 45/83, 1 BvL 52/83 –, Rz. 25.

Die Krankenkasse kann bei Zweifeln am kieferorthopädischen Behandlungsplan diesen gem. § 2 Abs. 1 Satz 1 der Anlage 4 zum BMV-Z begutachten lassen. Die Krankenkassen haben somit ein Korrektiv, mit dem sie die vorgesehene Versorgung bei Zweifeln in jedem Einzelfall unter zahnmedizinisch-fachlichen Gesichtspunkten überprüfen können.

Ferner haben die Krankenkassen die Möglichkeit, in begründeten Einzelfällen die KVZ zu beteiligen.

Schließlich eröffnet § 2 Abs. 2 Nr. 5 der Anlage 17 zum BMV-Z die Möglichkeit, die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106c SGB V zu beantragen.

Dies zeigt, dass es ein lückenloses, an mehreren Stellen ansetzendes System gibt, das unwirtschaftliche oder medizinisch nicht indizierte Leistungen ausschließt, und zwar anknüpfend an objektive Kriterien und den jeweiligen Behandlungsfall, nicht an die formale Qualifikation des Behandlers.

Soweit die bestehenden Instrumente in der Praxis nicht ausgeschöpft werden (dazu liegen keine Erkenntnisse vor), läge das Defizit nicht in der fehlenden Steuerungsmöglichkeit, sondern in deren Anwendung. Der konsequente Einsatz der vorhandenen Mittel kann mögliche unwirtschaftliche oder medizinische nicht indizierte Leistungen ausschließen. Diese Mittel sind hierfür auch besser geeignet, da zwischen der formalen Qualifikation des Behandlers und der Unwirtschaftlichkeit bzw. fehlender medizinischen Indikation kein Zusammenhang besteht. Deshalb ist die Regelung nicht „zwingend“ im Sinne der Drei-Stufen-Theorie erforderlich.

h. Angemessenheit

Weiterer verfassungsrechtlich zu prüfender Gesichtspunkt ist im Rahmen einer Gesamtabwägung zwischen der Schwere des Eingriffs und dem Gewicht und der Dringlichkeit der ihn rechtfertigenden Gründe die Angemessenheit des Eingriffs.⁵⁹

Dabei ist zu berücksichtigen, dass der durch § 28 Abs. 2 Satz 6 Nr. 1 SGB V-E bewirkte Eingriff für die kieferorthopädisch tätigen Nichtfach-

⁵⁹ Ständige Rechtsprechung, s. z.B. BVerfG, 18.07.2005 – 2 BvF 2/01 –, Rz. 248; BVerfG, 07.03.2017 – 1 BvR 1314, 1630/12, 1694, 1874/13 –, Rz. 73.

zahnärzte sehr schwer wiegt. Für den kieferorthopädisch tätigen Vertragszahnarzt, der kein Fachzahnarzt für Kieferheilkunde ist, entfällt nicht nur ein einzelnes Leistungssegment, sondern der wirtschaftliche Kern seiner Tätigkeit, da er zumindest einen Großteil seines Umsatzes im System der gesetzlichen Krankenkassen erzielt.

Wie bereits oben im Abschnitt H 2 (S. 36 ff.) dargelegt und durch den BARMER Zahnreport 2024 (S. 63) belegt, konzentrieren sich die eigentlichen kieferorthopädische Leistungen nach Nrn. 119, 120 BEMA auf Praxen, die Kieferorthopädie als überwiegenden Schwerpunkt oder ausschließlich erbringen. Umgekehrt bedeutet dies aber auch, dass mit dem Wegfall der Abrechenbarkeit zulasten der GKV kieferorthopädisch tätige Vertragszahnärzte einen entsprechenden Anteil ihres Umsatzes verlieren.

i. Fehlen einer geeigneten Übergangsregelung

Unabhängig davon erweist sich die Neuregelung auch deshalb als unangemessen, weil sie keine den verfassungsrechtlichen Anforderungen genügende Übergangsregelung vorsieht. Das Fehlen einer hinreichenden Übergangsregelung lässt die Gesamtabwägung zusätzlich zulasten des Gesetzgebers ausschlagen.

Dass eine mögliche Übergangsregelung an der fehlenden Gesetzgebungskompetenz des Bundesgesetzgebers scheitern könnte, geht nicht zu Lasten der Grundrechtsträger.

Wie sich aus Art. 12 Abs. 1 GG in Verbindung mit dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit und dem Gebot des Vertrauensschutzes ergibt, kann eine Regelung, die keine Übergangsregelung für diejenigen vorsieht, die eine künftig unzulässige Tätigkeit in der Vergangenheit in erlaubter Weise ausgeübt haben, unverhältnismäßig und damit verfassungswidrig sein.⁶⁰ Dabei muss der Gesetzgeber vor allem auf diejenigen Rücksicht nehmen, die die Tätigkeit nach bisherigem Recht ausüben durften.⁶¹

§ 28 Abs. 2a SGB V-E sieht eine „*Übergangsregelung*“⁶² **nur** dahingehend vor, dass kieferorthopädische Behandlungen, die vor dem Inkrafttreten des § 28 Abs. 2 Satz 6 Nr. 1 SGB V-E von einem Vertragszahnarzt

⁶⁰ BVerfG, 04.05.2012 – 1 BvR 367/12 –, Rz. 36.

⁶¹ BVerfG, 28.11.1984 – 1 BvL 13/81 –, Rz. 29 mwN.

⁶² So wird diese Regelung jedenfalls im Gesetzentwurf bezeichnet, BR-Drs. 256/26 vom 01.05.2026, S. 99.

ohne eine entsprechende Fachzahnarztweiterbildung begonnen wurden, durch diesen Zahnarzt zu Lasten der GKV abgeschlossen werden können.

Vertragszahnärzte, die ihren Praxisschwerpunkt auf die Kieferorthopädie ausgerichtet haben, müssten sich infolge der Neuregelung entweder beruflich umorientieren oder die mehrjährige Fachzahnarztweiterbildung nachholen. Beides ist mit erheblichem zeitlichem und finanziellem Aufwand verbunden. Bereits getätigte Investitionen in Geräte, Personal und Patientenstamm verlieren ihren Wert, die Weiterbildung zum Fachzahnarzt bindet über Jahre Kapazitäten. Ihre Praxis könnte durch sie nicht fortgeführt werden.

Es handelt sich nicht um eine an den Anpassungsbedarf der Betroffenen knüpfende Übergangsregelung, sondern um ein bloßes Auslaufenlassen bereits begonnener noch laufender Behandlungen.

Diese Regelung verschließt den betroffenen im Bereich der Kieferorthopädie tätigen Zahnärzten jede künftige Tätigkeit zulasten der gesetzlichen Krankenkassen. Sie trägt dem schützenswerten Vertrauen der Betroffenen in die Fortführbarkeit ihrer Berufsausübung in keiner Weise Rechnung und verdient die Bezeichnung „Übergangsregelung“ daher nicht.

Regelmäßig liegt es nicht im Ermessen des Gesetzgebers, ob er sich zu einer Übergangsregelung entschließt.⁶³ Eine Ausnahme hiervon besteht nur, sofern das Gesetz akute Missstände in der Berufswelt unterbinden soll.⁶⁴

Es gibt jedoch keine Anhaltspunkte für akute Missstände in diesem Bereich. Da sich ein strukturelles Qualitätsdefizit der Versorgung durch nicht fachzahnärztlich qualifizierte Vertragszahnärzte nicht belegen lässt, fehlt es zugleich an den akuten Missständen, die ausnahmsweise den vollständigen Verzicht auf eine an den Anpassungsbedarf der Betroffenen anknüpfende Übergangsregelung rechtfertigen könnten.

⁶³ BVerfG, 27.10.1998 – 1 BvR 2306, 2314/96 u.a. –, Rz. 188 mwN.

⁶⁴ BVerfG, 27.10.1998 – 1 BvR 2306, 2314/96 u.a. –, Rz. 188 mwN.

Darüber hinaus darf von einer Übergangsregelung nicht allein deshalb abgesehen werden, weil den betroffenen Personen andere Berufsfelder offenstehen oder sie die Möglichkeit haben die volle Qualifikation nachzuholen.⁶⁵

Selbst ein verständliches Interesse an einer beschleunigten Durchsetzung einer Neuregelung ist für sich genommen nicht ausreichend, um einem Personenkreis eine bislang unbeanstandet ausgeübte Befugnis zu entziehen.⁶⁶

Für die Ausgestaltung der Übergangsregelung sind das Gewicht und die Dringlichkeit der Regelung gegen die Zumutbarkeit der kurzfristig notwendigen Umstellung abzuwägen.⁶⁷

Die hier vorliegende Regelung trifft keine solche Abwägung. Selbst wenn man der Einschätzung des Gesetzgebers folgen würde, dass nur die Beschränkung auf Vertragszahnärzte mit Fachzahnarzttitle ein einheitliches Qualitätsniveau in der kieferorthopädischen Versorgung gewährleisten könne, trägt die Regelung jedenfalls denjenigen Vertragszahnärzten nicht hinreichend Rechnung, die den Nachweis einer gleichwertigen Qualifikation etwa durch einen **Master of Science (M.Sc.) Kieferorthopädie** sowie durch eine langjährige, umfangreiche und beanstandungsfreie kieferorthopädische Tätigkeit erbracht haben. Bei diesem Personenkreis ist das mit dem Fachzahnarztvorbehalt verfolgte Ziel der Qualitätssicherung bereits auf andere Weise erreicht; der formale Titel verbürgt kein höheres Qualitätsniveau, als es die nachgewiesene praktische Tätigkeit ohnehin belegt.

j. Angemessenheit

Im Rahmen der Angemessenheit ist darüber hinaus zu berücksichtigen, dass es den betroffenen kieferorthopädisch tätigen Vertragszahnärzten ohne Fachzahnarztweiterbildung in aller Regel nicht möglich sein wird, die Fachzahnarztweiterbildung nachzuholen. Eine zumutbare Möglichkeit, dem Eingriff durch den Erwerb der nunmehr geforderten Qualifikation zu entgehen, besteht nicht.

⁶⁵ BVerfG, 28.11.1984 – 1 BvL 13/81 –, Rz. 32.

⁶⁶ BVerfG, 28.11.1984 – 1 BvL 13/81 –, Rz. 31.

⁶⁷ BVerfG, 28.11.1984 – 1 BvL 13/81 –, Rz. 31.

Dies folgt aus der Ausgestaltung der Weiterbildung selbst.

Gem. § 2 Abs. 4 MWBO-Z (insofern gilt das für alle Zahnärztekammern in gleicher Weise) muss die Weiterbildung in fachlich weisungsabhängiger Stellung erfolgen. Gem. § 2 Abs. 3 MWBO-Z wird die berufliche Tätigkeit in der eigenen Praxis nicht auf die Weiterbildungszeit angerechnet.

Die Weiterbildung auf Vollzeitbasis umfasst gem. § 3 Abs. 1 MWBO-Z ein allgemeines Jahr und drei fachspezifische Jahre. Eine Weiterbildung in Teilzeit muss gem. § 3 Abs. 3 Buchstabe b MWBO-Z mindestens in einem Umfang erfolgen, der der die Hälfte der üblichen, wöchentlichen Arbeitszeit entspricht.

Ein niedergelassener Vertragszahnarzt müsste demnach seine Praxis aufgeben oder zumindest erheblich einschränken und über mehrere Jahre in ein weisungsabhängiges, angestelltes Weiterbildungsverhältnis an einer zugelassenen Weiterbildungsstätte wechseln, um die Anerkennung als Fachzahnarzt für Kieferorthopädie zu erlangen. Selbst die nach § 3 Abs. 3 Buchstabe b MWBO-Z eröffnete Möglichkeit der Weiterbildung in Teilzeit setzt einen Umfang von mindestens der Hälfte der üblichen wöchentlichen Arbeitszeit voraus und ändert nichts daran, dass diese Zeit in weisungsabhängiger Stellung an einer fremden Weiterbildungsstätte und gerade nicht in der eigenen Praxis abzuleisten ist. Für einen seit Jahren oder Jahrzehnten selbstständig und schwerpunktmäßig kieferorthopädisch tätigen Behandler ist dies wirtschaftlich wie persönlich unzumutbar.

2.4 Ergebnis der Prüfung zu Art. 12 GG

Der durch § 28 Abs. 2 Satz 6 Nr. 1 SGB V-E vorgesehene Eingriff verletzt Art. 12 GG. § 28 Abs. 2a SGB V-E ändert daran nichts.

3. Prüfung an Art. 14 Abs. 1 GG

3.1 Schutzbereich

Der Schutzbereich des Art. 14 Abs. 1 GG ist eröffnet.

Die Eigentumsfreiheit des Art. 14 GG als normgeprägtes Grundrecht umfasst jede vermögenswerte Rechtsposition, die einer Person privatnützig zugeordnet ist. Art. 14 Abs. 1 GG schützt dabei nicht nur den Bestand,

sondern auch das Recht, das Eigentum zu nutzen, zu verwalten und darüber zu verfügen.⁶⁸ Bloße Interessen, Chancen und Verdienstmöglichkeiten schützt Art. 14 Abs 1 GG dagegen nicht.⁶⁹

Der kieferorthopädisch tätige Vertragszahnarzt ist Eigentümer der kieferorthopädisch ausgerichteten Zahnarztpraxis. Diese beinhaltet insbesondere speziell für die kieferorthopädische Versorgung angeschafften und genutzten Sachmittel, namentlich insbesondere der bildgebenden Diagnostik, Behandlungseinrichtungen und der weiteren speziell kieferorthopädischen Ausstattung.

Die Eigentumsgarantie des Art. 14 Abs. 1 GG schützt auch das Recht am eingerichteten und ausgeübten Gewerbebetrieb.⁷⁰ Der Gewerbebetrieb ist dabei als einheitlich zusammengefasster Organismus, also als Gesamtheit der sachlichen, persönlichen und sonstigen Mittel in all ihren Erscheinungsformen zu verstehen.⁷¹ Der Begriff des eingerichteten und ausgeübten Gewerbebetriebs erfasst nicht nur Gewerbebetriebe im Sinne der Gewerbeordnung, sondern auch freiberufliche Tätigkeiten, soweit sie einen durch die Zusammenfügung sachlicher und persönlicher Mittel geschaffenen Betrieb aufweisen.⁷²

Zu beachten ist, dass der Schutz des Gewerbebetriebs nicht weiter reichen kann, als der Schutz, den seine wirtschaftliche Grundlage genießt.⁷³ Erfasst wird nur der konkrete Bestand an Rechten und Gütern. Bloße Umsatz- und Gewinnchancen werden auch unter dem Gesichtspunkt des eingerichteten und ausgeübten Gewerbebetriebs nicht von der Eigentumsgarantie erfasst.⁷⁴

⁶⁸ BVerfG, 31.03.1998 – 2 BvR 1877/97, 50/98 –, Rz. 84.

⁶⁹ BVerfG, 26.06.2002 – 1 BvR 558/91 –, Rz. 79.

⁷⁰ Fachgerichtlich anerkannt, vgl. zuletzt BGH, Urt. vom 3.8.2023 – III ZR 54/22, Rz. 35; das Bundesverfassungsgericht hat die Frage bislang offen gelassen, vgl. BVerfG, 26.06.2002 – 1 BvR 558/9, Rz. 79; BVerfG, 10. 06.2009 – 1 BvR 198/08 –, Rz. 21; BVerfG, 6.12.2016 – 1 BvR 2821/11 –, Rz. 240.

⁷¹ Papier/Shivani in: Dürig/Herzog/Scholz, GG-Kommentar, 109. EL Januar 2026, Art. 14 Rz. 200.

⁷² Papier/Shivani in: Dürig/Herzog/Scholz, GG-Kommentar, 109. EL Januar 2026, Art. 14 Rz. 203.

⁷³ BVerfG, 06.12.2016 – 1 BvR 2821/11, 1 BvR 321/12, 1 BvR 1456/12 –, Rz. 240.

⁷⁴ BVerfG, 26.06.2002 – 1 BvR 558/91, 1428/91 –, Rz. 76.

Das Recht auf Ausübung der Vertragszahnarztpraxis genießt Eigentumschutz nach Art. 14 Abs. 1 GG.

Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts ist Voraussetzung für einen Eigentumsschutz sozialversicherungsrechtlicher Positionen eine vermögenswerte Rechtsposition, die nach Art eines Ausschließlichkeitsrechts dem Rechtsträger als privatnützig zugeordnet ist; diese genießt den Schutz der Eigentumsgarantie dann, wenn sie auf nicht unerheblichen Eigenleistungen des Grundrechtsträgers beruht und zudem der Sicherung seiner Existenz dient.⁷⁵ Diese Judikatur lässt sich auf Leistungserbringer im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung wie die Vertragszahnärzte zumindest entsprechend anwenden; auch bei diesen können das Leistungskriterium ebenso wie der Gesichtspunkt der Existenzsicherung herangezogen werden.⁷⁶

Auf Grundlage der Approbation und Zulassung als Vertragszahnarzt hat der kieferorthopädisch tätige Vertragszahnarzt seine Praxis entwickelt und dabei – soweit kieferorthopädische Leistungen einen Schwerpunkt oder einen erheblichen Teil seiner Tätigkeit ausmachen – seinen Umfang und seine Art zum Teil von äußeren Gegebenheiten und den aufgewandten Sachmitteln (der kostenintensiven spezifisch kieferorthopädischen Praxisausstattung), in entscheidendem Maße aber von seinem Können und seiner Initiative abhängig gemacht.

Im Rahmen seiner vertragszahnärztlichen Zulassung steht es dem Zahnarzt frei, den Schwerpunkt seiner Tätigkeit selbst zu bestimmen und ihn auf die Kieferorthopädie zu legen, die – wie oben im Abschnitt E 8, S. 14 näher dargelegt – ein Kernbereich des Zahnmedizinstudiums ist. Diese eigenverantwortliche Schwerpunktsetzung ist zu einem wichtigen Faktor seiner Existenzsicherung geworden. Dabei hat die Ausrichtung der Praxis auf die kieferorthopädische Behandlung regelmäßig einen erheblichen Kapitalaufwand erforderlich gemacht.⁷⁷

⁷⁵ Vgl. BVerfG 16.07.1985, Rz. 103; BVerfG, 06.12.2016 – 1 BvR 2821/11, 1 BvR 321/12, 1 BvR 1456/12, Rz. 231; näher *Sodan*, Freie Berufe als Leistungserbringer im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung, Tübingen 1997, S. 256 ff.

⁷⁶ BGH, Urt. vom 4.06.1981 – III ZR 31/80 –, Rz. 50 *Sodan*, Freie Berufe als Leistungserbringer im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung, Tübingen 1997, S. 256.

⁷⁷ Vgl. auch BSG, 19.03.1957 – 6Rka 5/55 – Rz. 19.

Der kieferorthopädisch tätige Vertragszahnarzt erbringt für die Praxis erhebliche Eigenleistungen, bei der die persönliche Arbeitsleistung im Vordergrund steht.⁷⁸

Wird ihm die kieferorthopädische Tätigkeit zulasten der GKV nunmehr untersagt, so verliert er nicht nur eine einzelne Befugnis, sondern den wirtschaftlichen und fachlichen Kern dessen, was er sich durch eigene Leistung aufgebaut hat. Getroffen wird damit das durch die Eigenleistung entwickelte, in der konkreten Praxis in Erscheinung tretende Berufs- bzw. Lebenswerk des kieferorthopädisch tätigen Zahnarztes. Aufgrund der spezialisierten Ausrichtung der Praxis entfällt deren künftige Nutzbarkeit fast vollständig.

Dem steht nicht entgegen, dass Art. 14 Abs. 1 GG keine bloße Chancen, Erwartungen, Aussichten und Verdienstmöglichkeiten schützt.

Um eine solche bloße Erwerbchance geht es bei der Entfernung des gesamten kieferorthopädischen Tätigkeitsfeldes des Vertragszahnarztes gerade nicht. Denn betroffen ist der durch eigene Leistung und Kapitaleinsatz geschaffene und verfestigte Bestand der Praxis. Entwertet wird daher nicht die Erwartung, sondern die bereits geschaffene vorhandene Substanz. Dass sich dieser Bestand auch in künftigen Einnahmen niederschlägt, ändert an seiner Eigenschaft als geschützte Position nichts.

Daher handelt sich jedenfalls um ein durch Art. 14 Abs. 1 GG geschütztes eigentumsähnliches Recht.⁷⁹

3.2 Eingriff

Die Begrenzung der Abrechenbarkeit kieferorthopädischer Leistungen auf Fachzahnärzte für Kieferorthopädie nach § 28 Abs. 2 Satz 6 Nr. 1 SGB V-E stellt einen Eingriff in Art 14 Abs. 1 Satz 1 GG dar.

Art. 14 GG unterscheidet bei den Beschränkungsmöglichkeiten zwischen Inhalts- und Schrankenbestimmungen und Enteignungen.

⁷⁸ Vgl. Depenheuer/Froese in Huber/Voßkuhle (Hrsg.), Grundgesetz Kommentar, 8. Aufl. München 2024, Art. 14 Rz. 175 mwN.; Sodan, Freie Berufe als Leistungserbringer im Recht der gesetzlichen Krankenkasse, Tübingen 1997, S. 257.

⁷⁹ BSG, 19.03.1957 – 6 RKA 5/55 – Rz. 19.

Die Enteignung im Sinne des Art. 14 Abs. 3 GG bezeichnet die vollständige oder teilweise Entziehung konkreter subjektiver Eigentumspositionen durch gezielten hoheitlichen Rechtsakt zur Erfüllung bestimmter öffentlicher Aufgaben.⁸⁰ Die Enteignung ist dabei auf Güterbeschaffungsvorgänge begrenzt.⁸¹

Inhalts- und Schrankenbestimmungen sind Eigentumseingriffe, die keine Enteignung sind, also gesetzliche Regelungen, mit denen der Gesetzgeber Rechte und Pflichten des Eigentümers abstrakt-generell definiert.

Durch die geplante Neuregelung dürfen kieferorthopädisch tätige Zahnärzte ohne Fachzahnarztweiterbildung kieferorthopädische Leistungen nicht mehr zulasten der gesetzlichen Krankenkassen erbringen. Für die auf die kieferorthopädische Versorgung ausgerichtete Praxis entfällt damit die Nutzungsmöglichkeit nahezu vollständig. Die speziell für die kieferorthopädische Behandlung angeschafften und genutzten Sachmittel verlieren für den vertragszahnärztlichen Tätigkeitsbereich, der rund 90 % der Patienten betrifft, ihre Verwendbarkeit. Die ursprüngliche Nutzung ist infolge der geplanten Gesetzesänderung hinfällig, eine andere Verwendung lässt sich nicht in zumutbarer Weise verwirklichen.⁸² Damit wird der durch eigene Leistung und Kapitaleinsatz geschaffene Bestand der Praxis als geschützte eigentumsähnliche Position in seiner Substanz entwertet.

Deshalb handelt es sich bei der geplanten Neuregelung des § 28 Abs. 2 Satz 6 Nr. 1 SGB V-E um eine Inhalts- und Schrankenbestimmung.

3.3 Rechtfertigung

Nach Art. 14 Abs. 1 Satz 2 GG können der Inhalt und die Schranken des Eigentums abstrakt generell durch Gesetze festgelegt werden. Dabei sind die Privatnützigkeit und Sozialpflichtigkeit des Eigentums unter Beachtung des Prinzips der Verhältnismäßigkeit in ein ausgewogenes Verhältnis zu bringen. Inhalts- und Schrankenbestimmungen dürfen grundsätzlich nicht dazu führen, dass der Eigentümer von seinem Eigentum keinen vernünftigen Gebrauch mehr machen kann.

⁸⁰ BVerfG, 22.05.2001 – 1 BvR 1512/97, 1677/97, Rz. 30.

⁸¹ BVerfG, 06.12.2016 – 1 BvR 2821/11, 1 BvR 321/12, 1 BvR 1456/12 –, Rz. 252.

⁸² Vgl. BVerfG, 02.03.1999 – 1 BvL 7/91 –, Rz. 85.

Insoweit gelten die oben im Abschnitt I 2 (S. 55 ff.) zu Art. 12 Abs. 1 GG angestellten Erwägungen entsprechend. Die Regelung verfolgt mit der Qualitätssicherung und der finanziellen Stabilisierung der GKV zwar legitime Gemeinwohlziele, ist jedoch bereits nicht geeignet, da sich ein strukturelles Qualitätsdefizit der Versorgung durch nicht fachzahnärztlich qualifizierte Vertragszahnärzte nicht belegen lässt; jedenfalls ist sie nicht erforderlich und nicht angemessen.

Im Rahmen des Art. 14 GG kommt dem Vertrauensschutz besonderes Gewicht zu. Die kieferorthopädisch tätigen Vertragszahnärzte haben im Vertrauen auf die fortbestehende Abrechenbarkeit ihrer Leistungen zulasten der GKV über Jahre hinweg erhebliche Investitionen in den Aufbau und die Ausstattung ihrer Praxis sowie in ihre fachspezifische Fortbildung getätigt. Die Neuregelung entwertet diese Investitionen, ohne eine den verfassungsrechtlichen Anforderungen genügende Übergangs- oder Ausgleichsregelung vorzusehen (die auch kaum denkbar ist – das Ziel des Gesetzgebers lässt sich so nicht erreichen). Die in § 28 Abs. 2a SGB V-E vorgesehene Regelung erschöpft sich – wie zu Art. 12 GG dargelegt – im bloßen Auslaufenlassen bereits begonnener Behandlungen und trägt dem schützenswerten Bestandsinteresse nicht Rechnung.

Gerade beim auf den Bestandsschutz des bereits Geschaffenen gerichteten Eigentumsgrundrecht wiegt das Fehlen einer am Anpassungsbedarf der Betroffenen orientierten Übergangsregelung besonders schwer und lässt die Gesamtabwägung zusätzlich zulasten des Gesetzgebers ausschlagen.

Das Gesetz muss darüber hinaus auch im Härtefall zu verhältnismäßigen Ergebnissen führen. Für solche Fälle muss eine Inhalts- und Schrankenbestimmung besondere Regelungen vorsehen. Diese müssen grundsätzlich (in Gestalt von Übergangs-, Ausnahme- oder Befreiungsregelungen) dafür sorgen, dass das Eigentum in seiner Substanz erhalten bleibt, und dementsprechend Vorkehrungen treffen, die eine unverhältnismäßige Belastung des Eigentümers real vermeiden.

Dabei ist zu beachten, dass die Neuregelung den Eigentümern jeden vernünftigen Gebrauch ihrer Praxen nimmt. Da rund 90 % aller Patienten gesetzlich versichert sind und die kieferorthopädisch ausgerichteten Praxen ihren Umsatz nahezu ausschließlich in diesem Bereich erzielen, entfällt mit dem Wegfall der Abrechenbarkeit die Nutzbarkeit der Praxis nahezu vollständig. Die speziell für die kieferorthopädische Versorgung getätigt-

ten, kostenintensiven Investitionen verlieren ihren Wert; eine Umwandlung in eine „normale“ Praxis erreicht im Zweifel den Aufwand einer Neugründung.

Die Inhalts- und Schrankenbestimmung erweist sich damit als unverhältnismäßig.

Damit ist auch Art. 14 GG verletzt.

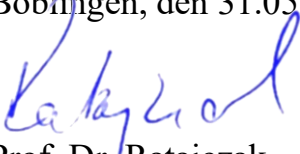
J. Zusammenfassung und Ergebnis


Die verfassungsrechtliche Würdigung zeigt, dass die geplante Neuregelung des § 28 Abs. 2 Satz 6 Nr. 1 SGB V-E für die überwiegend kieferorthopädisch tätigen Zahnärzte ohne Fachzahnarztqualifikation einen nicht gerechtfertigten Eingriff in die Berufsfreiheit aus Art. 12 Abs. 1 GG darstellt, der in seinen Wirkungen einem Berufsverbot nahekommt.

Der durch § 28 Abs. 2 Satz 6 Nr. 1 SGB V-E vorgesehene Eingriff verletzt Art. 12 GG. § 28 Abs. 2a SGB V-E ändert daran nichts.

Zugleich verstößt die Neuregelung gegen Art. 14 Abs. 1 GG, da diese Normen die auf die kieferorthopädische Versorgung ausgerichtete Praxen in ihrer wirtschaftlichen Substanz entwerten.

Böblingen, den 31.05.2026


Prof. Dr. Ratajczak
Rechtsanwalt


Dr. Vollmer
Rechtsanwältin