



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

KZBV und BZÄK nehmen nachfolgend zu dem vorliegenden Gesetzentwurf Stellung. Wir erlauben uns allerdings den Hinweis, dass das BMG mit der Einräumung einer im Verhältnis zur Tragweite des Gesetzentwurfs gerade einmal dreitägigen Stellungnahmefrist, die zudem zu zwei Dritteln aus einem Wochenende besteht, den Eindruck erweckt, dass ihm an einer sachlichen Bewertung des Entwurfs nicht gelegen ist. Ebenso befremdet uns die am gleichen Tage stattfindende "Anhörung". Dies lässt den Gedanken aufkommen, dass diese lediglich der Formwahrung dient. Wir betonen dennoch, dass uns an einer sachlichen und fundierten Auseinandersetzung mit dem BMG über den Referentenentwurf gelegen ist. Angesichts der für uns nicht angekündigten und absehbaren geplanten tiefgreifenden Einschnitte in das Versorgungsgeschehen – insbesondere auch die Kieferorthopädie betreffend – ist es jedoch geboten, in der notwendigen Tiefe eine Prüfung vorzunehmen, um eine Bewertung abzugeben. Dies erlaubt die im Verhältnis zur Bedeutung der geplanten Maßnahmen für die Versorgung der Bevölkerung gesetzte Kürze der Stellungnahmefrist nicht. Eine ausführlichere, genauere Stellungnahme von KZBV und BZÄK kann daher erst zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen.

In der Gesamtbewertung stellen wir fest, dass in dem Entwurf im Wesentlichen die altbekannten Kostendämpfungsmaßnahmen aufgerufen werden, die auch durch ihre Neutitulierung als "einnahmenorientierte Ausgabenpolitik" nicht versorgungsdienlicher werden. Hochgradig irritierend ist zudem, dass der bisher funktionierende kieferorthopädische Versorgungsbereich ohne jedwede Konsultation von KZBV oder BZÄK und ohne fundierte Sachbasis massiv versorgungsschädigend umgestaltet werden soll.

Erstaunt hat uns außerdem, dass die mit 12,0 Mrd. € einsparungsintensivste der von der Finanzkommission Gesundheit empfohlenen Einzelmaßnahme nicht in dem Gesetzentwurf aufgegriffen wird, obwohl sie sich auf eine der größten Diskrepanzen zwischen GKV-Einnahmen und GKV-Ausgaben bezieht: nämlich die Finanzierung der Beiträge für Bürgergeldempfänger nicht wie bisher unter Missachtung der Verteilungsgerechtigkeit durch massive Quersubventionierung seitens der Gemeinschaft der Beitragszahlenden, sondern wie es für diese allgemeine Staatsaufgabe angezeigt wäre vollständig kostendeckend aus dem Bundeshaushalt resp. Steuermitteln. Allein hiermit könnten zahlreiche der aus unserer Sicht versorgungsschädlichen Regelungen des vorliegenden Gesetzentwurfs vermieden oder deutlich abgemildert werden. Dass man stattdessen diese Maßnahme unter Hinweis

auf fehlende Haushaltsmittel unterlässt und dafür die Beitragsgemeinschaft der GKV-Versicherten bzw. die GKV als solche weiterhin mit der Finanzierung dieser versicherungsfremden Leistungen alleine lässt, ist für uns nicht nachvollziehbar.

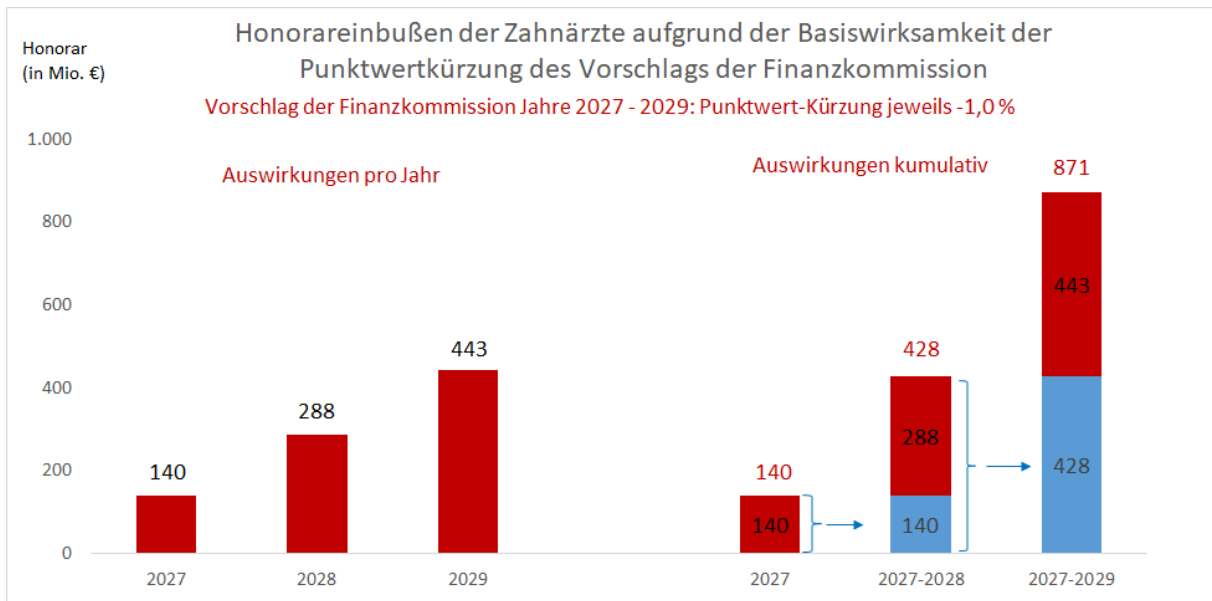
Dies in der Gesamtbewertung des vorliegenden Gesetzentwurfs vorausschickend, nehmen KZBV und BZÄK zu dessen einzelnen Regelungen wie folgt Stellung, weisen jedoch erneut darauf hin, insbesondere zum Bereich Kieferorthopädie nach abschließender Prüfung und Bewertung der Angelegenheit abschließend vorzutragen:

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

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

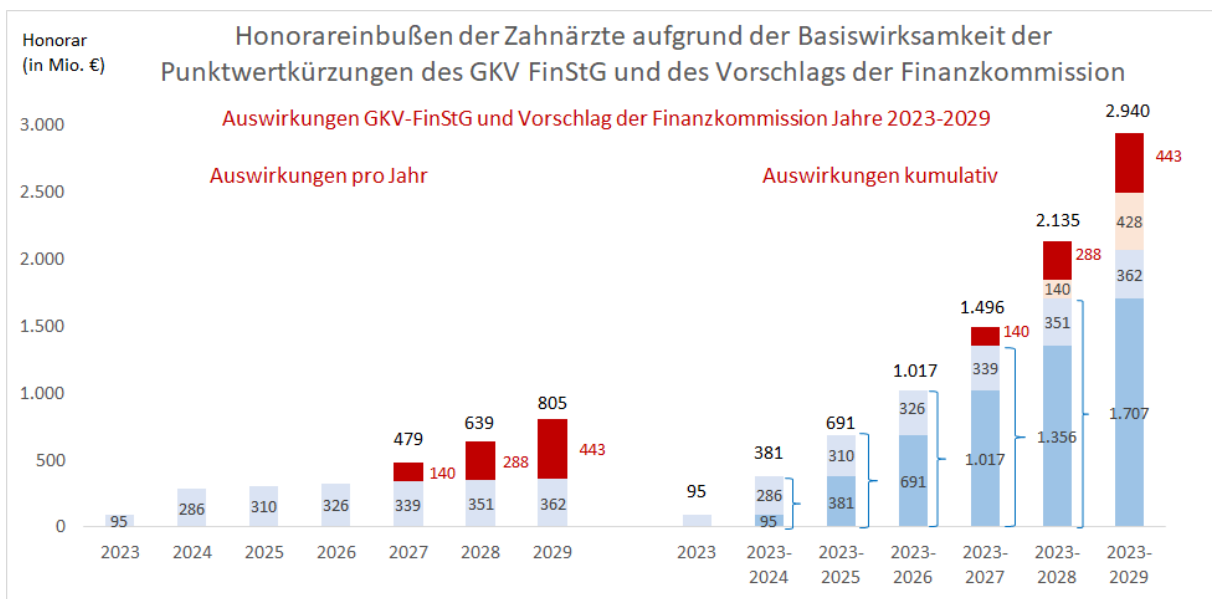
Seitens des BMG wird außer Acht gelassen, dass der vertragszahnärztliche Bereich der ausgabenstabilste GKV-Bereich ist. Der Zahnärzteschaft ist es als einzigem Bereich gelungen, ihren Anteil an den GKV-Gesamtausgaben (aktuell 5,7 Prozent) kontinuierlich zu senken und das, obwohl der Leistungskatalog insbesondere auch für die vulnerablen Gruppen stetig ausgebaut wurde. Möglich war und ist dies aufgrund der erfolgreichen und konsequenten präventionsorientierten Ausrichtung der Versorgung. Eine undifferenzierte Miteinbeziehung des vertragszahnärztlichen Bereichs in die finanzielle Konsolidierung der GKV ist daher per se nicht angezeigt. Zur Erzielung des in dem FKG-Bericht für den vertragszahnärztlichen Bereich veranschlagten Einsparvolumens durch die Etablierung von Vergütungsbegrenzungen (für 2027: ca. 155 Mio., die bis 2030 auf bis zu ca. 481 Mio. € anwachsen) würden weitaus geringere Maßnahmen ausreichen. So würde allein die dreijährige (2027-2029) Begrenzung der Punktwerte auf die GLS abzgl. 1 Prozentpunkt nach den Berechnungen der KZBV annähernd die von der FKG veranschlagten Sparbeiträge erreichen, nämlich insgesamt ca. 871 Mio. € für 2027 bis 2029 (siehe Abb. 1).

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



Hinzu kommt der mit dem GKV-FinStG durch die seinerzeitigen Vergütungsbegrenzungen in § 85 Abs. 2d und 3a SGB V von der Vertragszahnärzteschaft bereits geleistete Sparbeitrag, der aufgrund der Basiswirksamkeit dieser Regelungen noch immer mit weit über 300 Mio. € pro Jahr fortwirkt. Seit Einführung der Regelungen in 2023 bis zum Jahr 2029 wird der Betrag auf insgesamt weitere 2,940 Mrd. € Honorareinbußen der Vertragszahnärzteschaft anwachsen (siehe Abb. 2). Dieser noch immer fortwirkende Sparbeitrag infolge des GKV-FinStG darf nicht außer Betracht gelassen werden.

Abb. 2: Honorareinbußen infolge GKV-FinStG (blau), kumuliert mit Beschränkung auf dreijährigen Punktwertabschlag gemäß Abb. 1



Statt den nunmehr mit dem vorliegenden Gesetzentwurf geplanten Sparbeitrag der Vertragszahnärzteschaft zumindest auf dem Niveau zu halten, das von der FKG veranschlagt worden ist, werden nun die Vertragszahnärzte aber darüber hinaus gehend nicht nur mit einer dauerhaften Anbindung der Punktwerte an die GLS auch über 2029

hinaus belastet (§ 85 Abs. 2d SGB V-E), sondern weitaus fataler noch mit einer gleichzeitigen Begrenzung der Gesamtvergütungen als solchen (§ 85 Abs. 3 Satz 2 SGB V-E), so dass neben der von der FKG allein in Bezug genommenen Preiskomponente auch die Leistungsmenge begrenzt wird - und dies sogar ebenfalls bei einem Abschlag von 1 Prozentpunkt auf die GLS für 2027 bis 2029, danach auf die GLS. Damit liegt im Ergebnis nichts anderes vor als eine zunächst dreijährige Reaktivierung des vom Amtsvorgänger im BMG zu verantwortenden GKV-FinStG und dessen Regelungen in § 85 Abs. 2d und 3a SGB V, und ab 2030 dann eine Rückkehr zur überwunden geglaubten, mit dem GKV-VStG zum 1.1.2013 eigentlich abgeschafften, strikten Budgetierung der Gesamtvergütungen.

Während der FKG-Bericht noch so verstanden werden konnte, dass nur die Preiskomponente der Vergütungen, also die Punktwertsteigerungen an die GLS gebunden werden sollten und dabei die Wichtigkeit betont wurde, dies gerade nicht auf die Mengenkompente zu erstrecken, damit der nötige Freiraum für Innovationen und unvorhergesehene Mengenentwicklungen verbleibt, wird genau dieser Freiraum nun durch die strikte Bindung auch der Leistungsmenge an die GLS (und für drei Jahre sogar eine reduzierte GLS) komplett beseitigt. Die über die Veränderungsparameter des § 85 Abs. 3 Satz 1 SGB V an sich berücksichtigungsfähige Leistungsmenge (Morbidity, neue Leistungen) kann damit nun weitestgehend nicht mehr berücksichtigt werden, da in der Verhandlungsrealität die die Kostenstruktur abdeckenden Punktwerte bereits einen Großteil der GLS aufzehren, womit § 85 Abs. 3 Satz 1 SGB V hinsichtlich der die Menge betreffenden Veränderungsparameter faktisch leerläuft.

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

Und auch für weitere Leistungen wird der nötige Freiraum nicht mehr vorhanden sein. Zwar werden Leistungen für vulnerable Versichertengruppen wie Pflegebedürftige und Versicherte mit Behinderungen sowie die Früherkennungsuntersuchungen für Kinder von den harten Regelungen zur Punktwertbegrenzung und zur Veränderung der Gesamtvergütung ausgenommen. Gerade diese Gruppen zeichnen sich jedoch durch besondere Versorgungsbedarfe aus, die unmittelbar von den harten fiskalischen Einschnitten betroffen sein werden. Es wird unter den angedachten Bedingungen nicht mehr möglich sein, die Versorgung zielgruppen- und bedarfsgerecht umzusetzen.

Völlig unverständlich ist eine GLS-Bindung der Leistungsmenge auch vor dem Hintergrund, dass im Sinne einer präventionsorientierten Ausrichtung der vertragszahnärztlichen Versorgung in den letzten Jahren stetig neue Leistungen in den Katalog der GKV aufgenommen worden sind (PAR-Behandlungsstrecke, Früherkennungsleistungen für Kinder unter 3 Jahren, Alters- und Behindertenzahnheilkunde, Präventionsleistungen nach § 22a SGB V), auf die inzwischen ein Anteil von rd. 14 % des zahnärztlichen Leistungsgeschehens entfällt, aufgrund eines verantwortungsbewussten Umgangs mit den rechtlich eingeräumten Freiräumen es im vertragszahnärztlichen Bereich aber trotzdem nur

zu einem moderaten Ausgabenanstieg gekommen ist, der unter Herausrechnung des Bereichs Parodontalbehandlung (oder gar sämtlicher neuen Versorgungskonzepte) noch deutlich niedriger ausfallen würde (siehe dazu die nachfolgende tabellarische Abbildung).

Abb.: Neu eingeführte Versorgungskonzepte:

#### Erweiterung des Leistungsvolumens durch neu eingeführte Versorgungskonzepte

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

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

Vorab betonen wir, dass wir in dem geplanten Eingriff in die Kieferorthopädie eine Gefährdung der Versorgung erwarten. Dies aus den nachfolgend genannten Gründen, die wir, wie bereits ausgeführt, noch ergänzen werden.

### Nr. 9 (§ 28 SGB V)

Der Referentenentwurf sieht vor, dass kieferorthopädische Behandlung nicht mehr zur zahnärztlichen Versorgung gem. § 28 Abs. 2 SGB V gehört, wenn sie durch Vertragszahnärzte, die keine Anerkennung als Fachzahnarzt für Kieferorthopädie besitzen, erbracht wird. Begründet wird die Regelung im Kern damit, dass nur so eine Behandlung auf dem notwendigen und einem möglichst einheitlichen Qualitätsniveau sichergestellt werden könne.

### Bewertung

Die Einführung eines Fachzahnarztvorbehalts für die vertragszahnärztliche kieferorthopädische Behandlung wird nicht zur Sicherung eines notwendigen und möglichst einheitlichen Qualitätsniveaus in der Versorgung führen. Ein Fachzahnarztvorbehalt wird allein zur Folge haben, dass eine flächendeckende kieferorthopädische Versorgung nicht mehr stattfinden kann. Der Regelungsentwurf gefährdet damit massiv die bislang gemeinsam erreichten Erfolge in der Mundgesundheit bei Kindern und Jugendlichen der letzten Jahrzehnte. Er wird bei Umsetzung zur sozialen Spaltung der Gesellschaft auf Basis sozialer Hintergründe sowie zwischen ländlichem und städtischem Raum beitragen. Bei Umsetzung dieses sozialpolitisch verhängnisvollen Regelungsentwurfs wird man künftig soziale Unterschiede wieder an den Zähnen erkennen.

## Begründung im Einzelnen

### 1. Drastische Verringerung der Anzahl der Leistungserbringenden

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

Zum 31.12.2024 waren 2.803<sup>1</sup> Fachzahnärztinnen und Fachzahnärzte für Kieferorthopädie in Deutschland tätig. Kieferorthopädische Leistungen wurden auch von 1.050 angestellten Zahnärztinnen und Zahnärzten, teils mit teils ohne Fachzahnarztanerkennung erbracht. Hinzu kommen 891 sog. Anrechner, also Zahnärztinnen und Zahnärzte ohne Fachzahnarztanerkennung, die kieferorthopädische Leistungen erbringen:

kieferorthopädische Versorgung 31.12.2024 (Vollzeitäquivalente)				
	Kiefer-orthopäden	Angestellte Kfo	Kfo-Anrechnung Zahnärzte	insgesamt
Bayern	498	102	167	766
Baden-Württemberg	429	181	91	701
Hessen	262	61	41	364
Rheinland-Pfalz	146	77	35	258
Saarland	30	11	6	47
Nordrhein	333	175	121	629
Westfalen-Lippe	276	203	105	584
Niedersachsen	202	48	104	354
Bremen	23	12	0	35
Hamburg	76	22	11	109
Schleswig-Holstein	115	30	16	161
Berlin	98	56	75	229
<b>Alte Bundesländer</b>	<b>2.487</b>	<b>977</b>	<b>771</b>	<b>4.235</b>
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
<b>Neue Bundesländer</b>	<b>316</b>	<b>73</b>	<b>120</b>	<b>509</b>
<b>Deutschland</b>	<b>2.803</b>	<b>1.050</b>	<b>891</b>	<b>4.744</b>

<sup>1</sup> Alle Zahlen jeweils Vollzeitäquivalente

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

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

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

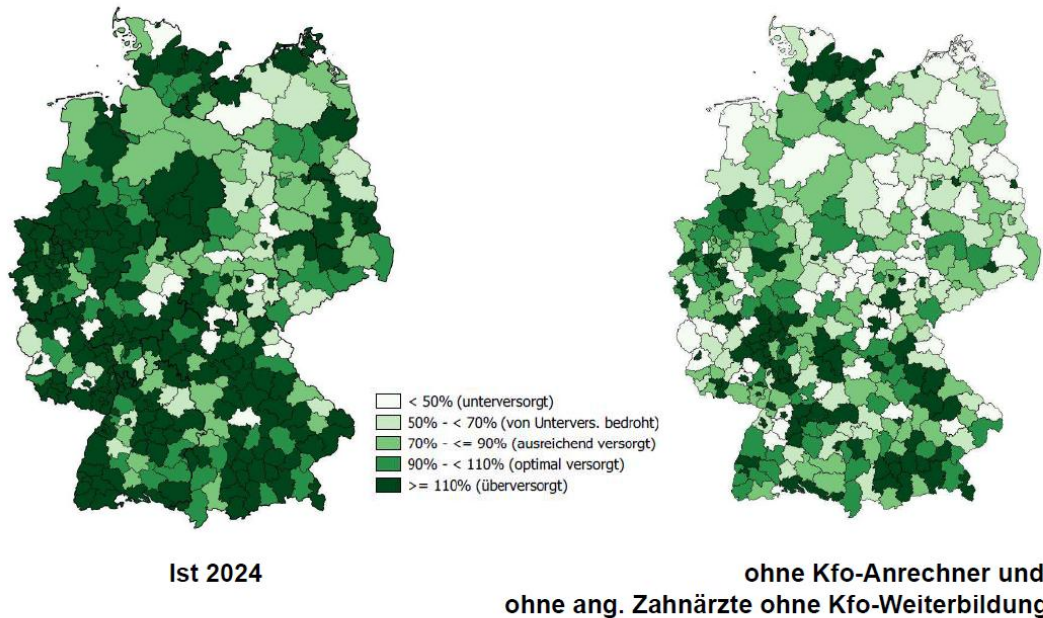
## 2. Flächendeckende Gefährdung der Versorgung

Ein Fachzahnarztvorbehalt würde damit zu massiven Versorgungsengpässen führen.

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

Unterversorgung oder mindestens drohender Unterversorgung von bisher noch ausreichend versorgten Planungsbereichen:

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



Ein Wegfall der von den KFO-Anrechnern und den angestellten Zahnärztinnen und Zahnärzten ohne Weiterbildung zum Fachzahnarzt für Kieferorthopädie erbrachten Vollzeitäquivalente würde einen deutlichen Rückgang der Versorgungsgrade in den kieferorthopädischen Planungsbereichen nach sich ziehen, der sich besonders in den neuen Bundesländern zeigen würde.

### *3. Fachliche und rechtliche Bedenken gegen einen Fachzahnarztvorbehalt*

Es gibt keinerlei Belege dafür, dass diese Kinder und Jugendlichen qualitativ schlechter versorgt wurden als von Fachzahnärztinnen oder Fachzahnärzten für Kieferorthopädie versorgte Versicherte. KZBV und BZÄK lehnen die gesetzgeberische Intention ab, künftig eine Weiterbildung zur Fachzahnärztin oder zum Fachzahnarzt (für) Kieferorthopädie für das Erbringen kieferorthopädischer Behandlungen im Rahmen der GKV vorauszusetzen. Für eine derartige gesetzliche Fachgebietsbeschränkung in der Zahnheilkunde besteht weder Notwendigkeit noch ist diese sachlich richtig. Fachzahnärztinnen und Fachzahnärzte absolvieren ihre Weiterbildung u.a. an Unikliniken. M.Sc.-Absolventen üben eine mehrjährige klinische Vollzeittätigkeit im KFO-Schwerpunkt aus und erlangen dabei eine umfängliche Fallerschaft. Zahnärztinnen und Zahnärzte, die kieferorthopädische Leistungen erbringen, verfügen somit über eine fundierte und hochwertige Qualifikation, die auf einer strukturierten, kontinuierlichen Fortbildung sowie einer regelhaften umfangreichen praktischen Tätigkeit basiert. Pauschale Abwertungen bestimmter Fortbildungsformate werden dieser Versorgungsrealität nicht gerecht und stoßen daher auf erhebliches Unverständnis.

Anders als im Bereich der Humanmedizin sind die strukturellen Rahmenbedingungen der Zahnmedizin grundlegend verschieden. Die Übertragung des dort etablierten Modells einer formalen Vorbehaltsstruktur von „Fachärzten“ auf die Zahnmedizin verkennt diese Unterschiede und ist bereits aus systematischen Gründen nicht sachgerecht. Die kieferorthopädische Versorgung findet überwiegend im ambulanten Bereich statt, in dem qualifizierte Zahnärztinnen und Zahnärzte kontinuierlich und in hoher Frequenz Patientinnen und Patienten betreuen. Für alle Zahnärztinnen und Zahnärzte, die kieferorthopädische Leistungen erbringen, gelten dieselben Vorgaben zur Leistungserbringung und zur regelhaften Fortbildung. Die Qualität ist insb. durch das umfänglich geregelte vertragszahnärztliche Gutachterverfahren gegeben. Auch die Bindung an die fachlichen Standards ist berufs- wie leistungsrechtlich für den gesamten Berufsstand einheitlich verbindlich. Für einen gesonderten Fachzahnarztvorbehalt besteht damit keinerlei Notwendigkeit. Er würde im Gegenteil die bestehende Versorgung massiv gefährden.

### **Schließlich bestehen verfassungsrechtliche Bedenken.**

Im Einzelnen:

#### *1. Einheitliches Berufsbild*

Die Zahnmedizin ist in Deutschland als einheitlicher Heilberuf ausgestaltet. Offenbar ist der Gesetzgeber in der irrigen Annahme, dass die Grundzüge der Facharztschiene auch für die Zahnmedizin gelten würden. Eine Fachzahnarztschiene gibt es in der Zahnheilkunde jedoch nicht. Zahnärzte und Zahnärztinnen sind Generalisten. Im Gegensatz zur Medizin ist also in der Zahnmedizin keine Fachzahnarztweiterbildung notwendig, um Patienten und Patientinnen auf bestimmten Gebieten der Zahnheilkunde behandeln zu können und zu dürfen. Dementsprechend sind die Möglichkeiten der Fachzahnarztweiterbildung auf bestimmten Gebieten der Zahnheilkunde in der Praxis auch begrenzt.

Alle Zahnärztinnen und Zahnärzte werden auf Grundlage einer bundeseinheitlich geregelten Ausbildung approbiert, die auch Kenntnisse in Diagnostik, Indikationsstellung sowie der Behandlung einfacher und mittelschwerer kieferorthopädischer Fehlstellungen umfassen. Diese Leistungen gehören damit grundsätzlich zum berufsrechtlich eröffneten Tätigkeitsspektrum. Anders gesagt: Der Zahnarzt darf auch das, was ein Fachzahnarzt darf und umgekehrt.

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

Die Fachzahnarztweiterbildung Kieferorthopädie ist eine Qualifikationserweiterung zur Behandlung komplexer Fälle, jedoch keine Neudefinition oder Exklusivzuweisung eines originären Tätigkeitsfeldes. Ein genereller Ausschluss approbierter Zahnärztinnen und Zahnärzte ggf. mit anderen Zusatzqualifikationen würde die Gleichwertigkeit der Approbation in Frage stellen und zu einer systematisch nicht vorgesehenen Zerteilung und damit Spaltung des Berufsbildes führen.

## *2. Qualifiziert fortgebildete Zahnärzte und Zahnärztinnen*

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

## *3. Verfassungsrechtliche Bedenken*

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

Auf dem Fachgebiet der Kieferorthopädie qualifizierte und fortgebildete Zahnärztinnen und Zahnärzte, die ihre Praxis kieferorthopädisch ausgerichtet haben, aber keinen entsprechenden Fachzahnarztstitel aufweisen, werden künftig von der Möglichkeit zur kieferorthopädischen Behandlung in der gesetzlichen Krankenversicherung abgeschnitten. Dies kann im Ernstfall einem Berufsverbot gleichkommen. Eine Rechtfertigung für diesen Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit liefert der Gesetzgeber nicht. Es wäre bereits aus dargestellten Gründen milderer Mittel, zukünftig kieferorthopädische Behandlungen durch alle dafür qualifiziert fortgebildeten Zahnärzte und Zahnärztinnen durchführen zu lassen.

Hinsichtlich der weiteren umfänglichen und tiefgreifenden fachlichen und rechtlichen Bedenken, die gegen den Regelungsvorschlag bestehen, werden KZBV und BZÄK im weiteren Verfahren gesondert vertieft Stellung nehmen.

### **Nr. 31 g) Nr. 36 (§ 92 SGB V)**

Zu den konkretisierenden Regelungen der Umsetzung der Nr. 9 auf Ebene der Bundesmantelvertragsparteien und im Gemeinsamen Bundesausschuss wird die KZBV im weiteren Verfahren gesondert Stellung nehmen.

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

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

Eine ergänzende Stellungnahme, die auch die geplanten Regelungen, die in die Struktur der Selbstverwaltung eingreifen, enthalten wird, werden wir zeitnah überlassen.