Stellungnahme

zum

## Referentenentwurf eines GKV-Beitragsstabilisierungsgesetzes (BStabG)

Der Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden lehnt die vorgeschlagenen Änderungen insgesamt ab.

Die im Referentenentwurf vorgeschlagenen Regelungen

- beruhen auf Empfehlungen der Kommission, die aktuelle Evidenz sowie wissenschaftliche Erkenntnisse zugunsten von Einzelmeinungen ignorieren
- erhöhen das Risiko von Unter- und Fehlversorgung durch Überpauschalierung und einer intendierten Beschränkung einer leitliniengerechten Behandlung
- würden zu einer Fehlsteuerung des bereits am intensivsten regulierten Bereichs der ambulanten Versorgung, dessen Ausgabensteigerung sogar unterhalb der Preiskomponente lag und damit nicht als Kostentreiber anzusehen ist, führen.

und würden damit die Versorgung von Kindern und Jugendlichen nicht verbessern, sondern im Gegenteil verschlechtern.

**Vorbemerkung**

Die kieferorthopädische Versorgung gehört zu den am meisten regulierten und auf die wirtschaftliche und zweckmäßige Versorgung ausgerichteten Leistungsbereichen im deutschen Gesundheitswesen. Bereits heute sind durch das KIG-System nur noch schwerwiegende Zahnfehlstellungen bei Kindern und Jugendlichen zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung zu behandeln. Geringgradige, gleichwohl aus zahnmedizinischer Sicht unzweifelhaft behandlungsbedürftige Zahn- und Kieferfehlstellungen sind ausgeschlossen. Die Behandlung Erwachsener ist nur in seltenen Ausnahmefällen möglich. Mit dem Katalog gem. § 29 Abs. 6 SGB V ist der Umfang der Regelversorgung noch einmal präzisiert worden. Jede einzelne Behandlung muss zahnmedizinisch und im Hinblick auf die Kosten geplant und durch die Krankenkassen genehmigt werden, wobei die Krankenkassen diese Behandlungsplanungen begutachten lassen können. Therapieänderungen und Verlängerungen bedürfen der Genehmigung der Krankenkassen. Leistungen, die über den genehmigten Behandlungsplan hinausgehen (z. B. Reparaturen), sind aktiv bei der Krankenkasse anzuzeigen. Eine solche Regelungsdichte ist nicht einmal bei den wenigen anderen genehmigungsbedürftigen Leistungsbereichen aufzufinden.

Gleichwohl werden – auf offensichtlich unvollständiger Informationsgrundlage – Über- oder Fehlversorgungen angenommen. Weder aktuelle Versorgungsforschung noch aktuelle Leitlinien werden dabei berücksichtigt. Auch bleibt unberücksichtigt, dass zurzeit das kieferorthopädische Modul

Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden e.V.
Mauerstr. 83-84, 10117 Berlin
www.bdk-online.org

der 7. Deutschen Mundgesundheitsstudie vorbereitet wird, das auch longitudinale Beobachtungen der Versorgungssituation erlauben wird und damit eine zielgerichtete Steuerung erlaubt.

So wird beispielsweise unterstellt, es könnten 30 % der vor Behandlungsbeginn oder zur Verlaufskontrolle angefertigten Röntgenbilder eingespart werden. Tatsächlich stellt aber die im Jahr 2025 veröffentlichte S2k-Leitlinie „Ideale Maßnahmen der kieferorthopädischen Diagnostik“[1] klar, dass die von der Kommission angesprochenen Orthopantomogramme und Fernröntgenseitenbilder zur kieferorthopädischen Basisdiagnostik gehören und – mit wenigen Ausnahmen – vor jeder Behandlung durchgeführt werden sollen, bzw. sollten (höchste bzw. zweithöchste Empfehlungsstufe). Ebenso wird die zweiphasige Behandlung, also die Behandlung mit zunächst losen und später mit festsitzenden Zahnspangen in einer S3-Leitlinie aus dem Jahr 2021[2] bei bestimmten Indikationen als vorzugswürdig angesehen. Offensichtlich waren diese nach dem Regelwerk der AWMF erstellten Leitlinien von hoher bzw. höchster Evidenzstufe bei der Erarbeitung der Vorschläge nicht bekannt. Sollten Leistungskürzungen in dem geforderten Maße erfolgen, wäre eine leitliniengerechte Behandlung und damit eine dem zahnmedizinischen Standard entsprechende Versorgung nicht mehr gewährleistet.

Weiter wird erwartet, durch eine Pauschalierung könne die Behandlungsdauer verkürzt und damit erhebliche Einsparungen generiert werden. Zwar adressiert der Referentenentwurf, dass bereits heute weitgehend Pauschalhonorare bestehen, übersieht aber, dass die wenigen verbleibenden Leistungen überwiegend frequenzbeschränkt sind und im Übrigen dem oben dargestellten Genehmigungsvorbehalt unterliegen.

Es sei in diesem Zusammenhang daran erinnert, dass auch die in der Vergangenheit erhobenen Vorwürfe einer Überversorgung sich gerade nicht bestätigt haben. So hat im Jahr 2021 das kieferorthopädische Modul der bevölkerungsrepräsentativen 6. Deutschen Mundgesundheitsstudie anhand epidemiologischer Erhebungen (Untersuchungen von Kindern) gezeigt, dass „im internationalen Vergleich bei Anwendung der Richtlinien (KIG) in Deutschland weder von einer Unter- noch von einer Überversorgung auszugehen“ ist. Auch der BARMER-Report 2024 kam aufgrund einer Analyse von Abrechnungsdaten zu dem Ergebnis, dass „die Gesamtinanspruchnahme tatsächlicher kieferorthopädischer Behandlung im Kindes- und Jugendalter […] in der untersuchten Kohorte bundesweit bei etwa 55 % [lag]. Im Hinblick auf aktuelle Zahlen zum epidemiologisch ermittelten Bedarf, der auf körperlichen Untersuchungen basierte, liegt dieser Wert im erwartbaren Bereich.“ (BARMER-Zahnreport 2024, S. 68).

Eine Verbesserung der Versorgung ist durch die beabsichtigten Maßnahmen keinesfalls zu erwarten. Vielmehr droht eine sowohl qualitative als auch quantitative Verschlechterung der Versorgung.

Zu den Änderungsvorschlägen im Einzelnen:

1. **Einführung § 87 Abs. 1d SGB V – Einführung von Leistungskomplexen**

   Soll das Leistungsniveau beibehalten werden, ist aufgrund der bereits heute bestehenden Pauschalierung und Frequenzbeschränkung eine Reduzierung von Leistungsmenge oder Behandlungsdauer in der erhofften Größenordnung nicht zu erreichen. Der Versuch, ein

[1] https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/083-050
[2] https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/083-038

gesamtes Fachgebiet der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde in höchstens acht Vergütungsziffern abzubilden ist unrealistisch.

Besonders deutlich wird dies bei der Betrachtung des Leistungskomplexes 2. So sollen durch die Zusammenfassung zu einem Leistungskomplex in maximal drei „Schwierigkeitsgraden" 18 bereits pauschalierte Indikationsgruppen und eine Vielzahl von Fehlstellungen integriert werden. Die Bandbreite der Pauschalen müsste in nur drei Stufen den behandlerischen Aufwand und die unterschiedlichen Behandlungsmethoden von Behandlungen einer vergrößerten Frontzahnstufe im späten Wechselgebiss (unter Einsatz von funktionskieferorthopädischen Geräten und anschließender Multibandapparatur) bis hin zur Behandlung behinderter Patienten mit Syndromerkrankungen abbilden. Es darf nicht übersehen werden, dass kieferorthopädische Behandlungen zulasten der GKV in allererster Linie Kinder und Jugendliche betreffen und eine erhebliche Mitwirkung erfordern. Sowohl unerwartete Wachstumsmuster, pubertäre psychische Einschränkungen etc. führen nicht selten zu unplanmäßigen Behandlungsverläufen, ohne dass dies durch den Behandelnden zu beeinflussen wäre. All dies müsste in die Pauschalen eingerechnet werden.

Eine pauschalierte Abgeltung aller vorstellbaren Sonderfälle in einem gesamten Fachgebiet ist unrealistisch und mit dem Grundsatz der Honorargerechtigkeit nicht vereinbar. Bei aus medizinischen Gründen außergewöhnlich umfangreicher oder langer Behandlung müssen Zuschläge zur Vergütung möglich sein. Darüber hinaus müssten auch weiterhin Einzelleistungen z. B. für Vertretungsfälle sowie Regelungen z. B. bei Behandlerwechsel u. Ä. geschaffen werden. Die Vorstellung, mit einer so geringen Anzahl von Leistungskomplexen eine mehrjährige Behandlung mit allen Eventualitäten abbilden zu können, ist realitätsfremd.

Nach hiesiger Auffassung ist das derzeit herrschende Mischsystem aus Pauschalen und Einzelleistungsvergütungen vorzugswürdig. Es sei insoweit auch an die Empfehlungen der Honorarkommission erinnert:

> *„Grundsätzlich sollte die Leistungsdefinition dabei auf eine Differenzierung der Vergütung nach Schweregrad und Komplexität abzielen. So muss insbesondere die bedarfsgerechte Behandlung betreuungsintensiver Patientinnen und Patienten durch eine zielgenaue Vergütung gefördert werden. Sofern die Feststellung des Schweregrads oder der Betreuungsintensität vom Arzt selbst erfolgt, der die Vergütung erhält, ist jedoch dafür zu sorgen, dass dies überprüft werden kann. Wie in den vorangehenden Kapiteln dargestellt, führen Einzelleistungsvergütung tendenziell zu Überversorgung und Pauschalvergütungen tendenziell zu Unterversorgung. Die Empirie zeigt, dass gemischte Vergütungsformen die negativen Anreizwirkungen einzelner Vergütungsformen reduzieren können (s. Abschnitt 6.2.3.2). Es gilt daher, im Vergütungssystem einen Mittelweg zu finden und die verschiedenen Anreize auszutarieren. Dies bezieht sich nicht nur auf eine Mischvergütung aus Einzel- und Pauschalleistungen, sondern auch auf Kombinationsmöglichkeiten mit einer kontaktunabhängigen Pauschale sowie qualitätsorientierten Vergütungselementen."*

Das in der kieferorthopädischen Versorgung bestehende Vergütungssystem ordnet sich zielgenau in diese Empfehlung ein. Es handelt sich um ein Mischsystem, dass die Dauer der Behandlung aufgrund der Ausgestaltung der Pauschalpositionen 119/120 nicht mit Fehlanreizen belegt, da die Pauschalen gerade nicht abhängig von der Behandlungsdauer gezahlt werden. Vielmehr „belohnen" bereits die jetzigen Pauschalen einen frühen Behandlungsabschluss, da in diesem Fall die restlichen Abschläge abgerechnet werden

können. Die beabsichtigte Überpauschalierung birgt ein erhebliches Risiko der Unter- oder Fehlversorgung.

Zusammenfassend ist also festzustellen, dass die vorgesehene Pauschalierung weder geeignet ist, das Leistungsgeschehen adäquat abzubilden. Sie ist im Hinblick auf den bereits bestehenden Pauschalierungsgrad sowie die hohe Regelungsdichte zur Genehmigung und Überprüfung der Leistungserbringung weiterhin nicht erforderlich, da bereits heute keine Fehlanreize auszumachen sind. Weitere Vorgaben zur Sicherung der Ergebnisqualität würden in dem heute schon stark geregelten System zu weiterem bürokratischem Aufwand bei den Leistungserbringern führen. Die Maßnahmen wären einzigartig im deutschen Gesundheitssystem und würden ein Versorgungssegment, dessen Ausgabenanteil an den Gesamtausgaben seit Langem rückläufig ist und sogar unter der durchschnittlichen Preissteigerung liegt, insbesondere zulasten der Versorgung von Kindern und Jugendlichen beschränken.

Die ungewöhnlich hohe Regelungsdichte des Entwurfs trägt der Komplexität der Behandlung gerade bei Kindern und Jugendlichen nicht hinreichend Rechnung. Das SGB V hat bislang die Einzelheiten der Leistungsbeschreibungen und Bewertung aus gutem Grund den Selbstverwaltungspartnern überlassen, die im Rahmen Ihrer Entscheidungen sowohl auf internen als auch auf externen Sachverstand zurückgreifen können.

Der Änderungsvorschlag ist zu streichen, jedenfalls aber wäre den Partnern der Selbstverwaltung ein wesentlich größerer Entscheidungsspielraum einzuräumen, um die Versorgungserfordernisse fachkundig abzubilden.

Sollte es bei einer Umsetzung der Änderung bleiben, wäre darüber hinaus zu beachten, dass eine Pauschalvergütung über mehrere Jahre sich nicht in die vertragszahnärztliche Vergütungsstruktur und die hierzu bestehenden Regelungen (z. B. quartalsweise Abrechnung, Eigenanteilsregelung) einfügt. Die Leistungskomplexe sollten daher aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung herausgenommen und extrabudgetär vergütet werden.

**2. Überprüfung der Kieferorthopädie-Richtlinien und Indikations- und Kontraindikationsliste Röntgen**

Es ist davon auszugehen, dass der gemeinsame Bundesausschuss seiner Beobachtungs- und Reaktionspflicht auch ohne gesetzlichen Auftrag nachkommt. So hat der Innovationsausschuss beim gemeinsamen Bundesausschuss vor Kurzem den Ergebnisbericht des Projekts EFAFU erhalten, der sich auch mit dem KIG-System auseinandersetzt.

Beachtlich ist allerdings, dass der Referentenentwurf offenkundig mit dem Gedanken spielt, weitere Zahn- und Kieferfehlstellungen der Eigenverantwortung der Familien mit Kindern und Jugendlichen zu überstellen, wenn der Prüfungsauftrag ausdrücklich auf einen Ausschluss der KIG E3, T3, K3 und P3 erstreckt wird. Ebenso wie Fehlstellungen in den KIG 1 und 2 aus zahnmedizinischer Sicht unbedingt behandlungsbedürftig sind, gilt dies erst recht für Fehlstellungen der KIG 3. So hat das Projekt EFAFU gezeigt, dass Fehlstellungen der KIG E3 valide Auswirkungen auf das Auftreten von Plaque und Gingivitis haben, da die Mundhygiene erheblich eingeschränkt ist. Die KIG P3 hat valide Auswirkungen auf Gingivitis und Karies gezeigt. Fehlstellungen der KIG 3 aus dem Leistungskatalog zu entfernen, würde also das Risiko

für Karies, Parodontitis und in der Folge Zahnverlust erheblich erhöhen und die Erfolge der präventionsorientierten Zahnheilkunde, zu der auch die Kieferorthopädie gehört, gefährden. Hinzuweisen ist darauf, dass das KIG-System eine primär versicherungstechnische Abgrenzung zur Ressourcenallokation darstellt, aber nur bedingt die zahnmedizinischen Behandlungsbedarfe abbildet.

Der Referentenentwurf spielt also mit dem Gedanken an Leistungskürzungen zulasten von Kindern und Jugendlichen unter Inkaufnahme von erheblichen Nachteilen für die Zahngesundheit.

3. **Änderung des § 28 Abs. 6 SGB V Beschränkung auf Fachzahnärzte für Kieferorthopädie**

   Die dem Änderungsvorschlag zugrunde liegende Intention, die Qualität der kieferorthopädischen Versorgung zu erhöhen, wird begrüßt. Problematisch ist allerdings, dass der Vorschlag sogar die bei Fachzahnärzten für Kieferorthopädie angestellten, nicht weitergebildeten Zahnärzte von der Versorgung ausschließen will. Bei solchen Behandlungen ist allerdings fachzahnärztlicher Sachverstand durch den Praxisinhaber gewährleistet.

   Die Regelung ist insgesamt unter Berücksichtigung der Versorgungslage zu überprüfen. Jedenfalls für bei Kieferorthopäden angestellte Zahnärzte sind Ausnahmen zu schaffen und ggf. ebenfalls für Zahnärzte, die ein zu bestimmendes Qualifikationsniveau nachweisen können.

Die Änderungsvorschläge, die auf unvollständigen Annahmen und überholten fachlichen Einzelmeinungen beruhen und erst aus sich heraus ein Risiko für Unter- und Fehlversorgung begründen, lehnen wir daher insgesamt ab.

Berlin, den 19. April 2026