IST DAS KUNST ODER KANN DAS WEG?

WENN SPARPOLITIK VERSORGUNG ZERSTÖRT

Ein Beitrag von Dr. Hans-Jürgen Köning.

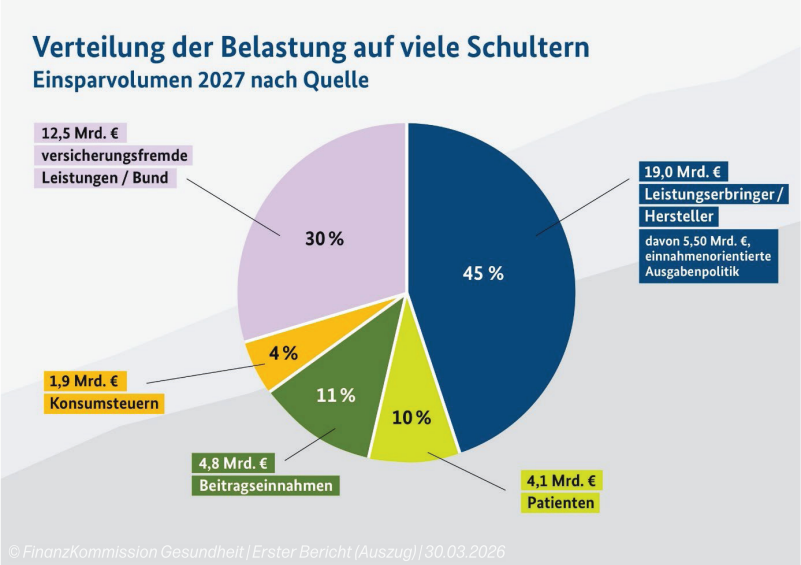


© Igor - stock.adobe.com

Dieser Leitartikel hat mehrere Versionen: Jedes Mal, wenn er fertig war, kam eine neue politische Vorgabe. Jetzt ist er fertig, da Redaktionsschluss ist! Das Verfahren ist jedoch noch nicht abgeschlossen.

Die Gesundheitspolitik des Bundesministeriums für Gesundheit steht erneut in Gefahr, ein altes Muster zu wiederholen: Finanzielle Probleme der gesetzlichen Krankenversicherung sollen durch Eingriffe in funktionierende Versorgungsbereiche kaschiert werden. Der aktuelle Referentenentwurf/Kabinettsentwurf zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz beruht weitestgehend auf den 66 Vorschlägen der vom BMG beauftragten Finanzkommission, die am 30. März 2026 veröffentlicht wurden. Der Kommissionsvizechef Prof. Dr. med. Ferdinand Gerlach sagte in der *FAZ*: „Wir rechnen mit einem Shitstorm epischen Ausmaßes."

Die Infografik Empfehlung (Nr. 63) der Finanzkommission: „Die Finanzierung von versicherungsfremden Leistungen, insbesondere die Gesundheitsversorgung der Bürgergeldbeziehenden sollten adäquat aus Steuermitteln erfolgen." hat es nicht in den Referentenentwurf geschafft. Aber unser Finanzminister Lars Klingbeil hatte dazu eine Idee, oder wohl eher einen kleinen Taschenspielertrick: Der Bund will sich schrittweise stärker an den Gesund-



heitskosten für Grundsicherungsempfänger beteiligen, zunächst aber nur mit 250 Millionen Euro mehr. Im Gegenzug wird der allgemeine Bundeszuschuss an die GKV bis 2030 um jährlich zwei Milliarden Euro gekürzt: 250–2.000 = –1.750 Euro. So wird dem System weiter Geld entzogen. Glaubt der Finanzminister, dass wir das nicht bemerken, oder war Mathematik nicht sein Lieblingsfach? Wie soll diese Summe jetzt noch zusätzlich weggespart werden? Wer Tortendiagramme lesen kann, weiß, wer am Ende die Zeche zahlt. Frau Warken sah im ersten Gesetzesentwurf (Referentenentwurf) ein Einsparvolumen von 20 Mrd. Euro. Im Regierungsentwurf sind es noch 16,3 Milliarden. Wie ein Shitstorm epischen Ausmaßes aussehen kann, konnte man bei der Verbändeanhörung am 20. April 2026 erleben. Hier konnte man erfahren, wie die „Leistungserbringer" – ich spreche lieber über Leistungsträger – im Gesundheitswesen, die Krankenkassen, Gewerkschaften, Verbraucher- und Sozialverbände den Gesetzesentwurf einordnen. Alle die Zahnärzte betreffenden Eingriffe blieben unverändert im Kabinetsentwurf enthalten.

Die Zahnmedizin insgesamt gehört nach Darstellung von KZBV und BZÄK zu den ausgabenstabilsten Bereichen der gesetzlichen Krankenversicherung. Ihr Anteil an den GKV-Gesamtausgaben ist über Jahre gesunken, obwohl die Versorgung modernisiert, präventionsorientiert weiterentwickelt und an wissenschaftliche Standards angepasst wurde. Wer dennoch erneut Sparmaßnahmen gegen diesen Bereich richtet, offenbart weniger Reformkraft als gesundheitspolitische Ratlosigkeit. Besonders gravierend sind die Gesetzesvorhaben für die Kieferorthopädie. Obwohl aktuelle Untersuchungen wie die DMS 6 und der BARMER-Report es widerlegen, wird wieder von Über- und Fehlversorgung gesprochen. Außerdem wird ein erhebliches Einsparpotenzial gesehen und so findet sich die Kieferorthopädie in der A*-Kategorie (positive Auswirkung auf die Qualität der Versorgung) der Empfehlungen der Finanzkommission wieder:

1. Fachzahnarztvorhehalt für die Abrechnung kieferorthopädischer Leistungen (Einsparpotenzial 2027: 30 Mio. Euro, später 60 Mio.)
2. Zusammenfassung der Leistungen der kieferorthopädischen Versorgung (bis 31.12.2027) zu Leistungskomplexen (Einsparpotenzial ab 2030 130 Mio. Euro)
3. Vorgaben zur Sicherung der Ergebnisqualität
4. Überprüfung der KIG (ggf. KIG 3 streichen)
5. evidenzbasierte Indikations- und Kontraindikationsliste für die Durchführung von Fernröntgenaufnahmen sowie Panoramaaufnahmen zum Zwecke der Planung und Durchführung einer kieferorthopädischen Behandlung (7 Mio. Euro Einsparpotenzial laut Finanzkommission bei 1/3 weniger Aufnahmen)

Wenn man sich diese Forderungen anschaut, wird man sofort an Veröffentlichungen des Bundesrechnungshofes, des IGES-Instituts, der HKK oder zweier Kieferorthopäden aus Deutschland erinnert. Spannend wie diese Ideen es in die Finanzkommission geschafft haben. Mit der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie oder dem BDK wurde im Vorfeld nicht gesprochen.

Insgesamt sollen laut Finanzkommission 2027 110 Mio. Euro durch diese Maßnahmen eingespart werden. Man könnte bei dem geplanten Gesamteinsparvolumen fast von „Peanuts" reden. Hier wird eine funktionierende Versorgungsstruktur aus vermeintlichem Sparpotenzial beschädigt.

Was bedeutet das nun für uns?

Die Kieferorthopädie ist Teil einer präventiven Zahnmedizin, die Fehlentwicklungen früh erkennt, funktionelle Beeinträchtigungen begrenzt und langfristige Schäden vermeiden hilft. Die Weiterbildung zur Fachzahnärztin bzw. zum Fachzahnarzt für Kieferorthopädie stellt einen besonders strukturierten Qualifikationsweg dar. Sie basiert auf den Heilberufegesetzen der Länder sowie den Weiterbildungsordnungen der Landeszahnärztekammern. Sie setzt eine mindestens dreijährige Weiterbildung in Vollzeit an genehmigten Weiterbildungsstätten unter der Aufsicht einer oder eines Weiterbildungsbefugten voraus. Prägend sind die tägliche klinische Tätigkeit sowie die strukturierte Behandlung einer großen Zahl unterschiedlicher, auch komplexer Fälle unter kontinuierlicher Supervision durch weiterbildungsbefugte Fachzahnärztinnen und Fachzahnärzte. Die Weiterbildung schließt mit einer Prüfung vor den Landeszahnärztekammern ab und erfüllt die europarechtlichen Anforderungen an eine Fachzahnarztausbildung gem. Art. 35 der Richtlinie 2005/36/EG. Berufsbegleitende Masterstudiengänge können ebenso wie langjährige praktische Tätigkeit mit regelmäßiger qualifizierter Fortbildung zu vertieftem kieferorthopädischem Wissen und

zusätzlichen praktischen Erfahrungen führen. Diese Qualifikationswege sollen hier nicht pauschal abgewertet werden. Die Weiterbildung zu FZÄ/A für Kieferorthopädie stellt jedoch die höchste Qualifikation in unserem Fachgebiet dar. Die Forderung der Kommission nach einem Abrechnungsverbot von kieferorthopädischen Behandlungen durch nicht weitergebildete Zahnärzte stellt einen Eingriff in die durch die Approbationsordnung vermittelte Berufsfreiheit dar, und hat erhebliche Auswirkung auf die Versorgungssituation. Sollten alle vertragszahnärztlichen Behandlungen nur noch von Fachzahnärzten erbracht werden dürfen, würde in vielen, vor allem ländlichen Gebieten die Versorgung aktuell komplett zusammenbrechen und auch sonst zu erheblichen Wartezeiten auf eine kieferorthopädische Behandlung führen. Ob dadurch 30 bis 60 Millionen Euro eingespart werden können, kann man bezweifeln.

Das Märchen vom großen Sparpotenzial durch Leistungskomplexe

Wer glaubt, die Zusammenfassung von Einzelleistungen zu Leistungskomplexen führe zu nennenswerten Einsparungen, übersieht die Realität der kieferorthopädischen Versorgung. Diagnostische Leistungen sind bereits heute begrenzt, und ein erheblicher Teil der Behandlungsleistungen wird schon jetzt über die Komplexgebühren 119 und 120 abgegolten. Als Beispiel wird immer die sogenannte „Gratiszahnspange" aus Österreich angeführt. Die Pauschale für eine Regelbehandlung mit MB vom Einsetzen des ersten Bracket bis zum Aushändigen des ersten Retentionsgerätes betrug in Jahr 2025 4.587,00 Euro – exklusiv Retentionszeit. Wie durch diese Maßnahmen jährliche Einsparungen von 130 Millionen Euro erzielt und zugleich die Behandlungsqualität verbessert werden sollen, erschließt sich mir nicht. Die Überlegungen der Kommission, eine Ergebnisqualitätsmessung nach österreichischem Modell zu schaffen, erscheint im Hinblick auf den Auftrag der Kommission befremdlich. Ob eine solche Maßnahme geeignet ist, die Behandlungsqualität zu steigern, oder ob lediglich Problemfälle abgebrochen und aussortiert werden, mag zunächst dahingestellt sein. Jedenfalls aber ist die Einführung einer neuen „Kontrollinstanz" nicht geeignet, Ausgaben zu sparen. Vielmehr würde in KZVen oder Krankenkassen weitere Verwaltungskosten und in den Praxen weiterer Bürokratieaufwand entstehen, ohne dass dem Ersparnisse gegenüberstünden. Das präventive und kurative Nutzen der kieferorthopädischen Behandlung im System der gesetzlichen Krankenversicherung wurde mit den Ergebnissen des Projekts EFAFU und der DMS 6 nachgewiesen. Wenn die Indikation für eine kieferorthopädische Behandlung in der GKV nun weiter eingeschränkt werden soll (Ausschluss der KIG 3), wird damit das Leistungsniveau für die deutschen Kinder und Jugendlichen abgesenkt, und weitere, zahnmedizinisch fraglos behandlungsbedürftige Zahn- und Kieferfehlstellungen werden der Eigenverantwortung der Familien zugewiesen. Ob dies sozialpolitisch tragbar ist, müssen die Entscheidungsträger für sich entscheiden. Die Einsparung von sieben Millionen Euro durch weitere Reduzierung der Röntgenbilder während einer kieferorthopädischen Behandlung kann nur dazu führen, dass eine leitliniengerechte Behandlung im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung nicht mehr möglich ist. Die heute durch die S2k-Leitlinie: Ideale Zeitpunkte und Maßnahmen der kieferorthopädischen Diagnostik geforderten Röntgenbilder entsprechen der jetzt schon beschränkten Anzahl der Röntgenbilder während der Behandlung. Eine weitere Reduzierung würde zu erheblichen Risiken führen und sind damit nicht zu verantworten.

Das falsche Signal an die Praxen

Der Gesetzesentwurf sendet an alle kieferorthopädisch tätigen Praxen ein fatales Signal. Wer in Qualität, Fortbildung, Personal, Digitalisierung und langfristige Patientenbindung investiert, muss darauf vertrauen können, dass die politischen Rahmenbedingungen nicht willkürlich gegen gewachsene Versorgungsmodelle gekehrt werden. Genau diese Verlässlichkeit wird durch den Entwurf infrage gestellt. Das betrifft nicht nur die wirtschaftliche Seite, sondern auch die Attraktivität des Fachs für den Nachwuchs. Junge Kolleginnen und Kollegen brauchen Perspektiven, keine gesetzgeberischen Experimente, die Behandlungsmöglichkeiten und Praxisstrukturen von heute auf morgen entwerten. Wer Niederlassung und regionale Versorgung stärken will, darf keine Politik betreiben, die Unsicherheit systematisch vergrößert. Die Kieferorthopädie darf nicht zum Bauernopfer einer kurzatmigen Sparpolitik gemacht werden. Wer heute Strukturen zerschlägt, die sich im Alltag bewährt haben, wird morgen mit längeren Wegen, späteren Behandlungen und größerer regionaler Ungleichheit konfrontiert sein. Eine seriöse Gesundheitspolitik müsste genau das verhindern, statt es in Kauf zu nehmen.

Unser Auftrag

Für den BDK bleibt der Auftrag eindeutig: die kieferorthopädische Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu verteidigen, Qualität weiterzuentwickeln und politische Fehlentscheidungen klar zu benennen. Gleichzeitig müssen die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen in den Praxen in der aktuellen Weltlage in die Überlegungen einbezogen werden. Der vorliegende Referenten- und der Regierungsentwurf ist in seiner jetzigen Form nicht akzeptabel. Er steht nicht für Fortschritt, sondern für eine Politik der Verengung, die Patientenwohl und Versorgungsqualität aus dem Blick verliert. Wer Qualität will, muss intelligent steuern, statt grob zu streichen. Und wer gesundheitspolitische Verantwortung ernst nimmt, muss diesen Entwurf grundlegend unter Einbeziehung der Spezialisten aus den wissenschaftlichen Gesellschaften, der Selbstverwaltung und den täglich an der Versorgung teilnehmenden Kieferorthopädinnen und Kieferorthopäden korrigieren. ■

*Ihr **All-in-One**-Shop*

über **27.000 Artikel**
sensationell günstig einkaufen

Transbond™ & Forsus™



solventum

3M Health Care ist jetzt Solventum.

jetzt inklusive
über **12.000 Artikel**
für **Praxis** und **Labor**





jetzt bestellen unter

www.orthodepot.de



OrthoDepot®