# Das Beitragssatz-stabilisierungsgesetz

**Prof. Dr. Bernd Koos,**
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie e.V. (DGKFO):

← *Seite 2*

3. Radiologische Diagnostik

Das Gesetz verpflichtet den Gemeinsamen Bundesausschuss außerdem, bis Ende 2027 evidenzbasierte Indikations- und Kontraindikationslisten für Fernröntgen- und Panoramaaufnahmen in der Kieferorthopädie zu beschließen. Es wurde im Gesetzgebungsverfahren dabei völlig ignoriert, dass gerade in diesem Bereich eine hohe Evidenz aufgrund der aktuellen S2k-Leitlinie der AWMF „Ideale Zeitpunkte und Maßnahmen der kieferorthopädischen Diagnostik" bereits existiert, die einen klaren interdisziplinär abgestimmten fachlichen Referenzrahmen definiert. Es besteht also kein diagnostischer Regelungs- oder Erkenntnisraum, der durch pauschale gesetzliche Positiv- und Negativlisten geschlossen werden müsste. Leider fand die oben genannte AWMF-Leitlinie im ersten Bericht der Finanzkommission keine Berücksichtigung.

Die DGKFO unterstützt selbstverständlich das Ziel, ionisierende Strahlung nur bei rechtfertigender Indikation und mit möglichst geringer Exposition einzusetzen. Jede radiologische Untersuchung muss einen konkreten diagnostischen oder therapeutischen Erkenntnisgewinn erwarten lassen.

Starre Positiv- oder Negativlisten können die individuelle Indikationsentscheidung nicht ersetzen und müssen einen Handlungskorridor offenlassen. Ob eine Aufnahme erforderlich ist, hängt unter anderem von der Art der Fehlstellung, der Wachstumssituation, möglichen Zahnverlagerungen oder Nichtanlagen, skelettalen Asymmetrien, parodontalen Risiken, Vorbefunden und der geplanten Therapie ab. Eine evidenzbasierte Liste sollte deshalb als strukturierte Entscheidungshilfe ausgestaltet werden, nicht als schematisches und dogmatisches Verbot diagnostisch notwendiger Untersuchungen.

**Entscheidende Herausforderungen und Handlungsbedarf**

Die größte fachliche Herausforderung sieht die DGKFO in der vorgesehenen Umstellung der Vergütung auf pauschalierte Leistungskomplexe.

Bis zum 30. Juni 2028 sollen die bisherigen Einzelleistungen vier Komplexen zugeordnet werden: Behandlungen vor Beginn der zweiten Zahnwechselphase, sonstige Behandlungen Minderjähriger, Behandlungen Erwachsener und Leistungen zur Feststellung des Behandlungsbedarfs. Sämtliche einem Komplex zugeordneten Leistungen sollen unabhängig von der Gesamtbehandlungsdauer mit einer Gesamtpunktzahl bewertet werden. Gleichzeitig wurde auf eine ursprünglich erwogene Unterteilung nach bis zu drei Schweregraden ausdrücklich verzichtet.

Gerade diese fehlende Differenzierung ist problematisch. Kieferorthopädische Behandlungen unterscheiden sich erheblich hinsichtlich ihres Schwierigkeitsgrades, der notwendigen Behandlungsdauer, des diagnostischen und therapeutischen Aufwandes, der erforderlichen Kontrollen und des Komplikationsrisikos. Eine einfache dentoalveoläre Korrektur ist weder medizinisch noch wirtschaftlich mit einer ausgeprägten skelettalen Dysgnathie, einer Durchbruchsstörung, multiplen Nichtanlagen, einer kraniofazialen Anomalie oder einer interdisziplinär zu behandelnden Fehlbildung vergleichbar.

Erhalten sehr unterschiedliche Behandlungsfälle dieselbe Pauschale, können problematische Fehlanreize entstehen. Wirtschaftlich leichter kalkulierbare Fälle könnten bevorzugt, besonders komplexe Patientinnen und Patienten dagegen gemieden oder nur unzureichend abgebildet werden. Auch längere, durch Wachstum, verzögerten Zahnwechsel, Erkrankungen oder notwendige Therapieanpassungen bedingte Verläufe könnten zum finanziellen Risiko der behandelnden Praxis werden.

Die Vergütungssystematik muss deshalb den tatsächlichen Versorgungsaufwand angemessen berücksichtigen. Aus Sicht der DGKFO sind zumindest definierte Zuschläge für besonders komplexe Behandlungen erforderlich. Dazu gehören beispielsweise kraniofaziale Anomalien, ausgeprägte skelettale Fehlstellungen, Durchbruchsstörungen, multiple Nichtanlagen, interdisziplinäre Behandlungen, unerwartete Wachstumsverläufe, Behandlungsübernahmen und medizinisch begründete Verlängerungen.

Ebenso wichtig ist eine belastbare Qualitätssicherung. Ergebnisqualität darf nicht allein anhand eines formal erreichten Behandlungsabschlusses bewertet werden. Zu berücksichtigen sind unter anderem die medizinische Indikationsqualität, funktionelle und morphologische Behandlungsergebnisse, unerwünschte Wirkungen, parodontale und dentale Gesundheit, Behandlungsabbrüche, Stabilität und Retention sowie patientenberichtete Ergebnisse.

Wissenschaftliche Evaluation ja – verpflichtende individuelle Erfolgskontrolle nein!

Die Deutsche Gesellschaft für Kieferorthopädie begrüßt ausdrücklich eine unabhängige wissenschaftliche Evaluation der neuen Versorgungs- und Vergütungsstrukturen. Eine solche Evaluation kann wichtige Erkenntnisse darüber liefern, ob die Leistungskomplexe die Versorgungsrealität angemessen abbilden, ob komplexe Behandlungsfälle weiterhin bedarfsgerecht versorgt werden und welche Auswirkungen auf Behandlungsdauer, Qualität, Zugang, regionale Versorgung und administrative Belastung entstehen.

Kritisch zu unterscheiden ist hiervon jedoch eine verpflichtende Kontrolle des individuellen Behandlungsergebnisses. Das Gesetz verlangt einerseits vier Jahre nach Einführung der Leistungskomplexe einen gemeinsamen Bericht von KZBV und GKV-Spitzenverband über die Auswirkungen der Reform. Andererseits sollen im Bundesmantelvertrag Vorgaben zur Sicherung der Ergebnisqualität geregelt werden. Insbesondere der zweite Regelungsauftrag ist bislang inhaltlich nicht hinreichend bestimmt. Es bleibt offen, welche Behandlungsergebnisse erhoben werden sollen, zu welchem Zeitpunkt sie zu bewerten sind, welche Referenzwerte gelten, wie biologische und patientenbezogene Einflussfaktoren berücksichtigt werden und welche vergütungs- oder prüfrechtlichen Folgen sich daraus ergeben könnten.

Eine wissenschaftliche Evaluation muss auf repräsentativen Daten, definierten Studienprotokollen, geeigneten Vergleichsgruppen, langfristigen Beobachtungszeiträumen und einer sachgerechten Risikoadjustierung beruhen. Sie darf nicht durch eine flächendeckende bürokratische Einzelfallprüfung ersetzt werden. Gerade kieferorthopädische Behandlungsergebnisse werden neben der fachgerechten Diagnostik und Therapie wesentlich durch Wachstum, individuelle biologische Reaktionen, Mundhygiene, Mitarbeit, Trageverhalten, Terminwahrnehmung und familiäre Unterstützung beeinflusst. Ein morphologisches Endergebnis kann deshalb nicht ohne Weiteres als isolierter Qualitätsindikator des Behandlers interpretiert werden.

Hinzu kommt eine grundlegende behandlungsrechtliche Problematik. Der zahnärztliche Behandlungsvertrag verpflichtet nach § 630a BGB zur fachgerechten Behandlung entsprechend dem anerkannten fachlichen Standard. Geschuldet wird grundsätzlich kein bestimmter medizinischer Erfolg. Eine individuelle Ergebniskontrolle ändert diese Rechtsnatur nicht automatisch. Würde jedoch die vollständige Vergütung oder die vertragszahnärztliche Anerkennung einer Behandlung von einem vorab definierten Behandlungsergebnis abhängig gemacht, entstünde eine systemwidrige Annäherung an eine werkvertragliche Erfolgsverantwortung. Dem Behandler würden damit auch solche Ergebnisabweichungen zugerechnet, die durch Wachstum, biologische Variabilität oder mangelnde Mitwirkung verursacht werden und trotz fachgerechter Behandlung nicht sicher beherrschbar sind.

## „Wissenschaftliche Evaluation ja – verpflichtende individuelle Erfolgskontrolle nein!"

**Prof. Dr. Bernd Koos (DGKFO)**

Eine solche erfolgsbezogene Vergütungs- oder Sanktionslogik könnte zudem unerwünschte Versorgungswirkungen haben. Besonders komplexe Fälle, Patienten mit eingeschränkter Kooperationsfähigkeit oder ungünstigen biologischen Voraussetzungen könnten als wirtschaftliches und prüfrechtliches Risiko angesehen werden. Dies würde gerade jene Patienten benachteiligen, die eine besonders intensive und individualisierte Versorgung benötigen.
Die DGKFO fordert daher eine klare gesetzliche beziehungsweise bundesmantelvertragliche Abgrenzung:
Die Evaluation muss auf die Qualität und die Auswirkungen des Versorgungssystems gerichtet sein. Sie darf nicht zu einer pauschalen individuellen Erfolgshaftung des Behandlers führen. Behandlungsergebnisse dürfen nur auf wissenschaftlicher Grundlage, risikoadjustiert und unter Berücksichtigung von Ausgangsbefund, Behandlungsziel, Wachstum, biologischen Faktoren und Patientenmitwirkung bewertet werden. Ein bestimmtes individuelles Behandlungsergebnis darf weder zur Voraussetzung des Vergütungsanspruchs gemacht noch isoliert als Grundlage für Sanktionen verwendet werden.
Sinnvoll wäre es zudem, die Evaluation nicht allein als gemeinsamen Bericht der beiden Vertragspartner auszugestalten, sondern durch eine unabhängige wissenschaftliche Institution unter Einbeziehung der zuständigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften, der Versorgungsforschung und der Patientenvertretung durchführen zu lassen. Nur so können die Auswirkungen der Reform methodisch belastbar, transparent und ohne einseitige fiskalische oder vergütungspolitische Interessen bewertet werden.

**Zusammenfassende Bewertung**
Die DGKFO unterstützt eine evidenzbasierte Modernisierung der kieferorthopädischen Versorgung. Wir begrüßen das Ziel hoher Qualifikation, einer wissenschaftlich begründeten Diagnostik und einer stärkeren Orientierung an der Ergebnisqualität.
Wir warnen jedoch davor, medizinische Qualität primär über Leistungsausschlüsse und undifferenzierte Pauschalen steuern zu wollen. Eine Reform ist nur dann erfolgreich, wenn sie

- den tatsächlichen epidemiologischen Behandlungsbedarf berücksichtigt,
- eine flächendeckende und sozial gerechte Versorgung erhält,
- komplexe Behandlungsfälle angemessen abbildet,
- wissenschaftliche Expertise verbindlich einbezieht und
- ihre Auswirkungen frühzeitig, unabhängig und anhand patientenrelevanter Kriterien überprüft.

Das zentrale Ziel muss auch künftig sein, jedem behandlungsbedürftigen Kind und Jugendlichen unabhängig vom Wohnort und von den finanziellen Möglichkeiten der Familie den Zugang zu einer fachlich qualifizierten, individuellen und wissenschaftlich fundierten kieferorthopädischen Behandlung zu ermöglichen.
Eine evidenzbasierte Modernisierung der Kieferorthopädie ist richtig. Sie darf jedoch nicht zu einer verdeckten Rationierung aus Gründen der Kostenproblematik im Gesundheitssystem führen. Besonders die pauschale Vergütung unabhängig von Schweregrad und Behandlungsdauer birgt die Gefahr, dass komplexe Fälle benachteiligt werden. Qualität, Erreichbarkeit und der medizinische Bedarf der Kinder müssen Vorrang vor kurzfristigen Einsparzielen haben.

## Dr. Hans-Jürgen Köning,

1. Bundesvorsitzender des Berufsverbands der Deutschen Kieferorthopäden (BDK):

© BDK

Aus Sicht des BDK ist das Beitragssatzstabilisierungsgesetz ein tiefgreifender Eingriff in die Strukturen der kieferorthopädischen Versorgung. Wir bewerten insbesondere die Einführung von Leistungskomplexen sehr kritisch, weil sie der klinischen Realität

„Wir bewerten insbesondere die Einführung von Leistungskomplexen sehr kritisch, weil sie der klinischen Realität unseres Fachs nicht gerecht wird."

**Dr. Hans-Jürgen Köning (BDK)**

unseres Fachs nicht gerecht wird. Kieferorthopädie lebt von patientenorientierter Diagnostik, anomaliebezogener Therapieplanung und qualitätsgesicherter Behandlung. Wer hier mit Vereinfachung und Pauschalierung arbeitet, riskiert Fehlsteuerungen zulasten der Patientenversorgung.
Die KZBV und der GKV-SV stehen in den nächsten 18 Monaten vor einer Mammutaufgabe. Positiv bewerten wir, dass die KZBV für die neu gegründete Arbeitsgruppe ausdrücklich kieferorthopädische Expertise eingebunden hat. Die anstehenden Beratungen lassen damit weiterhin Gestaltungsspielräume, die nun dringend genutzt werden müssen, um fachliche Qualität, Versorgungssicherheit und eine leitliniengerechte kieferorthopädische Behandlung in der vertragszahnärztlichen Versorgung wirksam zu sichern.

## Dr. Volker Breidenbach,

2. Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Linguale Orthodontie (DGLO):

© Dr. Volker Breidenbach

„Hier droht die Gefahr einer Zweiklassenmedizin."

**Dr. Volker Breidenbach (DGLO)**

Die DGLO bewertet die im Rahmen des GKV-Stabilisierungsgesetzes vorgesehenen Änderungen grundsätzlich positiv, sofern sie zu einer Verbesserung der Behandlungsqualität in der Kieferorthopädie beitragen.
Für die Versorgung insgesamt erwartet die Fachgesellschaft allerdings tiefgreifende Veränderungen, die zu einer erheblichen Verschlechterung der Versorgungsqualität führen können, insbesondere, weil durch die Komplexleistungen keine differenzierten Bewertungen der jeweiligen heterogenen Fallschweren möglich sind. Hier droht die Gefahr einer Zweiklassenmedizin. Begrüßt wird das politische Signal, den Qualitätsanspruch in der kieferorthopädischen Behandlung stärker zu betonen. Dabei muss aber ab sofort zwingend die wissenschaftliche Expertise der fachlich zugeordneten Fachgesellschaften miteinbezogen werden, und entsprechende wissenschaftliche Evidenz, wie in den Leitlinien und der DMS 6 dargestellt, muss Berücksichtigung finden. Dazu zählt aus Sicht der DGLO insbesondere die Hervorhebung der besonderen Qualifikation fachzahnärztlich ausgebildeter Kieferorthopäden. Besonders die Lingualtechnik steht für eine qualitativ hochwertige Behandlung, die ein hohes Maß an Spezialisierung und Ausbildung erfordert. Im Übrigen verweisen wir auf das Statement der DGKFO, dem wir uns vollumfänglich anschließen.

## Prof. Dr. Dr. Ralf J. Radlanski,

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Aligner Orthodontie (DGAO) und der EurAsian Association of Orthodontists (EAO):

© privat

Die deutschen Krankenkassen übernehmen keine Kosten für kieferorthopädische Behandlungen, die mit Aligner-Schienen durchgeführt werden. Vor diesem Hintergrund beobachtet die Deutsche Gesellschaft für Aligner Orthodontie (DGAO) die Entwicklung, muss diese geplanten Änderungen aber nicht bewerten oder kommentieren.

„Dort, wo die Kieferorthopädie frei von politischer Einflussnahme ist, sehen wir beeindruckende Entwicklungen auf einem höheren Level, das die Potenziale mehr ausschöpfen kann, als es in Deutschland im Durchschnitt der Fall ist."

**Prof. Dr. Dr. Ralf J. Radlanski (DGAO, EAO)**

Als Präsident der EurAsian Association of Orthodontists (EAO) beobachte ich, dass sich die kieferorthopädischen Behandlungen in den Ländern, die in unserer Gesellschaft vertreten sind, sehr unterschiedlich darstellen: Dort, wo die Kieferorthopädie frei von politischer Einflussnahme ist, sehen wir beeindruckende Entwicklungen auf einem höheren Level, das die Potenziale mehr ausschöpfen kann, als es in Deutschland im Durchschnitt der Fall ist. Ob davon immer alle Patienten wirklich profitieren können, ist ein anderer Aspekt, der im deutschen Gesundheitssystem auch nicht gelöst worden ist.
Unabhängig davon wünsche und hoffe ich, dass trotz möglicher Leistungskürzungen oder Facharztvorbehalte alle medizinisch notwendigen Behandlungen durchgeführt werden können. Die Bedeutung kieferorthopädischer Behandlungen für eine allgemeine Gesundheit ist vielfach nachgewiesen worden. Aus meiner Sicht kritisch ist vor allem der Punkt der Qualität der kieferorthopädischen Behandlung. Kieferorthopädie ist komplex, weil hier in Entwicklungs- und Wachstumsvorgänge eingegriffen werden muss, die Jahre dauern. Fehler in der Diagnostik und in der Behandlung lassen sich nur schwer oder kaum korrigieren. Für deren Vermeidung braucht es eine gründliche, lange Ausbildung und viel Erfahrung. Beides hat seinen Preis.