

**Stellungnahme der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung zum  
Gesetzentwurf der Bundesregierung eines Gesetzes zur nachhaltigen  
und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung  
(GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG)  
und zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und  
FDP hierzu (BT-Drucks. 17/3040)**

**Generelle Bewertung**

Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit  
  
Ausschussdrucksache  
17(14)0074(21)  
gel. VB zur Anhörung am 25.10.  
10\_GKV-FinG\_Block II  
15.10.2010

Die KZBV hat den vorliegenden Gesetzentwurf der Bundesregierung eines GKV-FinG mit Enttäuschung zur Kenntnis genommen. Es ist zu konstatieren, dass dieser hinsichtlich der vertragszahnärztlichen Versorgung lediglich zwei unmittelbare Neuregelungen enthält.

- Zunächst soll in § 85 Abs. 2d und 3f SGB V E die bereits seit Jahrzehnten andauernde Budgetierung der vertragszahnärztlichen Gesamtvergütungen für die Jahre 2011 und 2012 fortgeschrieben und auf höchstens die Hälfte der jeweils festgestellten Grundlohnsummenentwicklung begrenzt werden.
- In § 85 Abs. 3g SGB V E sollen in den Jahren 2012 und 2013 die Punktwerte und Gesamtvergütungen für vertragszahnärztliche Leistungen ohne Zahnersatz im Bereich der neuen Bundesländern und des Landes Berlin um insgesamt 5,0 bzw. 4,0 v.H. zusätzlich erhöht werden.

Insbesondere durch die zusätzlichen Bestimmungen zur weiteren und sogar noch intensivierten Budgetierung der Gesamtvergütungen würde dieses überkommene Steuerungselement nicht nur erneut bestätigt, sondern der undifferenzierten Kostendämpfungspolitik der Vergangenheit ein weiteres Kapitel hinzugefügt und die damit

verbundenen negativen Effekte im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung weiter intensiviert.

Mit dem nunmehr diskutierten Gesetzesvorhaben würde zudem der bisher stets vermittelte politische Generalkonsens ohne Not verlassen, mit dem die dringende Notwendigkeit für eine grundlegende Strukturreform in diesem Bereich anerkannt worden ist. Nach Jahrzehnten einer ständig rigideren Kostendämpfungspolitik, die eine angemessene Weiterentwicklung des Niveaus der vertragszahnärztlichen Versorgung zunehmend eingeschränkt hat und nunmehr bereits seit Jahren gänzlich verhindert, besteht in der deutschen Zahnärzteschaft gerade angesichts der zuvor geäußerten gesundheits- und sozialpolitischen Bewertungen durch die Regierungskoalition keinerlei Verständnis für eine neuerliche Verzögerung der dringend erforderlichen Reformmaßnahmen. Bedauerlicherweise beinhalten auch die vorliegenden Änderungsanträge der Regierungsfractionen keine diesbezüglichen Ansätze.

Angesichts der nunmehr bereits seit Jahren erfolgten Angleichung der Lebensverhältnisse und der Kostenstrukturen in den neuen Bundesländern an das Westniveau bleibt die nunmehr vorgesehene, schrittweise Anhebung der Ostvergütungen hinter den öffentlichen politischen Ankündigungen zurück. Diese beschränkt sich auf ca. 50 % der tatsächlichen Vergütungsdifferenz. Die damit verbundene Aussage in der Begründung, weitere Anpassungsschritte blieben den Vertragsparteien vorbehalten, kann gerade angesichts der weiterhin restriktiven Bestimmungen des Gesetzentwurfes zur Budgetierung der Gesamtvergütungen von der Zahnärzteschaft in den neuen Bundesländern nicht als eine realistische Perspektive betrachtet werden. Hiermit würde vielmehr der sachlich durch nichts begründete Vergütungsabstand lediglich reduziert, in dieser Höhe aber politisch ausdrücklich perpetuiert.

Die KZBV fordert daher alle Beteiligten nachdringlich auf, zu den im Vorfeld geäußerten politischen Aussagen auch tatsächlich zu stehen und die erforderlichen Reformmaßnahmen kurzfristig umzusetzen. Auch angesichts der fortbestehenden Finanzierungsprobleme der GKV besteht hierzu auch ein mehr als ausreichender Regelungsspielraum, da vom Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung nachweisbar bereits seit Jahrzehnten keine beitragsatzrelevanten Ausgabensteigerungen mehr

ausgegangen sind, dieser Bereich vielmehr seit Jahren Sparbeiträge für die GKV in Milliardenhöhe erbringt. Gerade vor diesem Hintergrund muss der unverständliche, leistungsfeindliche und zwischenzeitlich auch die Versorgungsqualität beeinträchtigende Reformstau vom Gesetzgeber endlich aufgelöst werden.

Die KZBV bietet in diesem Zusammenhang auch ausdrücklich eine nochmalige, detaillierte Darlegung der zugrundeliegenden Sachverhalte an.

### **Bewertung vorgesehener Einzelnormen mit Auswirkungen auf die vertragszahnärztliche Versorgung**

#### **1. § 13 Abs. 2 SGB V E**

Die Neuregelungen sind im Grundsatz zu begrüßen, da sie eine, wenn auch nur geringgradige Liberalisierung der Wahlmöglichkeit der Kostenerstattung beinhalten. Diese führen allerdings nicht zu einer durchgreifenden Vereinfachung des Verfahrens, so dass dieses insgesamt nach wie vor einer gleichberechtigten Ausgestaltung der Kostenerstattung neben dem Sachleistungsprinzip entgegensteht.

Auch wenn nunmehr eine schriftliche Bestätigung der erfolgten Beratung durch den Versicherten gegenüber dem Leistungserbringer nicht mehr vorgesehen ist, verbleibt es im Grundsatz bei dem verwaltungsaufwendigen und für den Versicherten mit vielfältigen Imponderabilien belasteten Verfahren durch die Krankenkassen, welches die konkrete Höhe des Erstattungsanspruches weiterhin der Regelungshoheit der Krankenkasse überantwortet. Dies insbesondere auch deshalb, weil weiterhin keine Verpflichtung zur Erstattung entsprechend jeweils der Höhe der Vergütungen, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte, vorgesehen ist. Gerade angesichts dieser, im Einzelfall unkalkulierbaren, finanziellen Risiken, wird die Wahl der Kostenerstattung für den Versicherten nach wie vor unattraktiv ausgestaltet. Daran vermag auch die Verkürzung der Bindungsfrist auf ein Kalendervierteljahr nichts zu ändern.

Die Zahnärzteschaft fordert daher weiterhin eine echte Liberalisierung und Gleichstellung der Kostenerstattung in der Form, dass diese vom Versicherten für jede einzelne Behandlung ohne vorgeschaltetes Verwaltungsverfahren mit der Sicherheit gewählt werden kann, in jedem Falle den Betrag erstattet zu bekommen, den die jeweilige Leistung für die Krankenkasse im Sachleistungssystem gekostet hätte.

## **2. § 71 Abs. 3 SGB V E**

Durch die vorgesehene Neufassung soll die bisher bestehende Verpflichtung des BMG zur Festsetzung u.a. auch differenzierter Veränderungsdaten der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen getrennt nach dem Beitrittsgebiet und dem übrigen Bundesgebiet beseitigt werden. In der diesbezüglichen Begründung wird dazu ausgeführt, hierbei handele es sich lediglich um eine Klarstellung, da das BMG bereits seit dem Jahr 2008 infolge geänderter Bestimmungen zu den Statistiken der Krankenkassen nicht mehr über die erforderlichen Daten für eine Festsetzung differenzierter Veränderungsdaten verfügt habe und daher zu deren Festsetzung auch nicht mehr verpflichtet gewesen sei.

Soweit entgegen den sachlichen Erfordernissen und den langjährigen Forderungen der Zahnärzteschaft weiterhin an der strikten Budgetierung der vertragszahnärztlichen Gesamtvergütungen unter Anbindung an die, vom BMG jährlich festzusetzende Grundlohnsummenentwicklung festgehalten wird, muss es auch bei den bisherigen Bestimmungen hinsichtlich der Festsetzung differenzierter Veränderungsdaten verbleiben. Gerade unter den Bedingungen der strikten Budgetierung boten alleine Orientierungen an differenzierten Veränderungsdaten im Beitrittsgebiet die einzige realistische Möglichkeit einer Annäherung der dortigen Vergütungen an das Westniveau. Angesichts der Tatsache, dass, auch insofern entgegen den Forderungen der Zahnärzteschaft, in § 85 Abs. 3g SGB V E keine vollständige, sondern lediglich eine teilweise Anpassung der Punktwerte und Gesamtvergütungen im Beitrittsgebiet an die entsprechenden Werte im übrigen Bundesgebiet vorgesehen ist, sind weiterhin differenzierte Veränderungsdaten festzusetzen.

Entgegen den Aussagen in der Begründung besteht diese Verpflichtung des BMG auch zurzeit weiterhin und dieses ist auch ungeachtet der veränderten Bestimmungen zu den statistischen Lieferungen der Krankenkassen zu entsprechenden Festsetzungen tatsächlich in der Lage. Hierzu hat bereits das SG Gotha (Urteil v. 09.06.10, S 7 KA 771/09) zutreffend festgestellt, dass insbesondere durch den Wegfall von § 313a SGB V a.F. hinsichtlich der getrennten Datenlieferungen der Krankenkassen im Zusammenhang mit dem Risikostrukturausgleich die Verpflichtungen des BMG gem. § 71 Abs. 3 SGB V nicht entfallen sind. Danach konnte sich das BMG auch nicht darauf berufen, die Datenerhebung sei ihm wegen Zeitablauf übermäßig erschwert, bzw. unmöglich geworden, denn dieser Zustand sei ggfs. vom BMG selbst durch Unterlassen herbeigeführt worden.

Die vorgesehene Neuregelung würde daher keine Klarstellung, sondern eine rückwirkende Beseitigung der bisherigen Verpflichtungen des BMG beinhalten, die aus den genannten Gründen jedenfalls mit einer Fortführung der Budgetierungspolitik insgesamt nicht im Einklang steht und die vertragszahnärztliche Versorgung in den neuen Bundesländern in unnötiger und sachwidriger Weise zusätzlich gefährdet.

### **3. § 85 Abs. 2d, 3f SGB V E**

Durch die vorgesehenen Neuregelungen sollen die Punktwerte und Gesamtvergütungen für vertragszahnärztliche Leistungen ohne Zahnersatz sich in den Jahren 2011 und 2012 jeweils höchstens um die Hälfte der jeweils festgesetzten Grundlohnsummenentwicklung verändern dürfen. Hierbei soll es sich ausweislich der diesbezüglichen Begründung um einen Beitrag der Vertragszahnärzte zur Ausgabenbegrenzung in der gesetzlichen Krankenversicherung handeln.

Die Zahnärzteschaft ist grundsätzlich bereit, in gleichem Maße wie alle anderen Beteiligten zu erforderlichen Sparmaßnahmen im Bereich der Gesundheitsversorgung beizutragen. Hierbei muss allerdings die bisherige Sonderentwicklung berücksichtigt werden, nach der gerade von der vertragszahnärztlichen Versorgung in den letzten Jahren niemals beitragsatzrelevante Ausgabensteigerungen aus-

gegangen sind. Vielmehr hat dieser Bereich trotz gleichzeitig erreichter, erheblicher Verbesserungen in der Zahngesundheit der Bevölkerung innerhalb der GKV jährliche Einsparungen in Milliardenhöhe bewirkt.

Zudem handelt es sich bei der vertragszahnärztlichen Versorgung um den letzten Sektor, der nach wie vor einer undifferenzierten Budgetierung der Gesamtvergütungen unterworfen ist, woran in dem Gesetzentwurf entgegen langjährigen Forderungen der Zahnärzteschaft auch weiter festgehalten wird. Vor diesem Hintergrund und angesichts der weiteren Tatsache, dass der Gesetzentwurf entgegen ausdrücklicher, öffentlicher Zusagen aller Koalitionsfraktionen die dringend erforderlichen strukturellen Reformmaßnahmen im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung völlig unberücksichtigt lässt, besteht in der Zahnärzteschaft keinerlei Verständnis für vom Gesetzgeber nochmals verschärfte Budgetierungsmaßnahmen, wie sie nunmehr vorgesehen sind. Zumindest müssen solidarisch motivierte Sparbeiträge auch solidarisch von allen Betroffenen getragen werden. Soweit es daher entsprechend der Stellungnahme des Bundesrates zu entsprechenden Bestimmungen im KHEntgG bzw. BPfIV zu Reduzierungen der prozentualen Begrenzungen kommen sollte, müssten diese naturgemäß in allen Leistungsbereichen in gleicher Weise gelten.

#### **4. § 85 Abs. 3g SGB V E**

Die seit langen Jahren überfällige Angleichung der Vergütungen für vertragszahnärztliche Leistungen ohne Zahnersatz in den neuen Bundesländern und im Land Berlin an das Westniveau soll nunmehr einerseits auf die Jahre 2012 und 2013 verschoben und andererseits in ihrer Höhe auf insgesamt zusätzlich 5,0 v.H. im Beitrittsgebiet bzw. 4,0 v.H. im Land Berlin begrenzt werden.

So begrüßenswert die grundsätzliche Bereitschaft für eine zusätzliche Anhebung der Punktwerte und der Gesamtvergütungen in den neuen Bundesländern ist, muss konstatiert werden, dass die vorgesehenen Anhebungen die tatsächlichen Unterschiede zwischen den durchschnittlichen Punktwerten bzw. Gesamtvergütungen im Beitrittsgebiet einerseits und im übrigen Bundesgebiet andererseits le-

diglich ca. zur Hälfte ausgleichen würden. Die danach ggfs. fortbestehenden Vergütungsunterschiede würden durch eine entsprechende gesetzliche Regelung nicht beseitigt, sondern damit indirekt gerade bestätigt und zementiert. Die diesbezüglich in der Begründung enthaltene Aussage, weitere Anpassungsschritte blieben den Vertragsparteien vorbehalten, kann angesichts der alleine im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung weiterhin fortgeschriebenen und durch die zusätzlichen Bestimmungen in § 85 Abs. 3d, 3f SGB V E sogar nochmals bestätigte strikte Budgetierung der Gesamtvergütungen für die betroffenen Vertragszahnärzte und damit auch deren Angestellten keine realistische Perspektive hinsichtlich weiterer Vergütungsanpassungen darstellen.

Zudem sollen die seit langem überfälligen Vergütungsanpassungen nunmehr in zwei Schritte aufgespalten und auf die Jahre 2012 und 2013 aufgeschoben werden. Der Wirkungseintritt dieser, bereits in ihrer Höhe unzureichenden Vergütungsanhebung wird damit sachwidrig noch um weitere Jahre verzögert. Gerade diese Tatsache muss bei den Betroffenen den Eindruck einer fortbestehenden Schlechterstellung gegenüber den Vertragszahnärzten und deren Mitarbeitern im übrigen Bundesgebiet erwecken.

Es wird daher konkret gefordert, die vorgesehene Anhebung der Punktwerte und der Gesamtvergütungen in einem Schritt im Jahre 2011 vorzunehmen und dabei eine zusätzliche Anhebung um insgesamt 10,6 v.H. im Gebiet der in Artikel 1 Abs. 1 des Einigungsvertrages genannten Länder und um insgesamt 8,8 v.H. im Land Berlin vorzusehen.

### **Zur Notwendigkeit weiterer, struktureller Reformmaßnahmen**

Sowohl nach den Inhalten der Koalitionsvereinbarung als auch der, auf dieser Grundlage verschiedentlich getätigten öffentlichen Aussagen aus den Koalitionsfraktionen bestand Einvernehmen darin, dass unter der Geltung der jahrzehntelangen strikten Budgetierung der Gesamtvergütungen im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung ein erheblicher Reformstau besteht, der bereits negative Auswirkungen auf

die Sicherstellung einer angemessenen und qualitativ hochstehenden vertragszahnärztlichen Versorgung entfaltet und daher dringend kurzfristig aufgelöst werden muss. Es bestand ferner Einvernehmen darin, dass einige wesentliche Problemfelder kurzfristig einer gesetzlichen Neuregelung zugeführt werden müssen. Die KZBV muss mit Bedauern registrieren, dass diese politischen Zusagen im vorliegenden Referentenentwurf nahezu vollständig unberücksichtigt bleiben. Dies ist umso irritierender, als gerade wesentliche Problembereiche, wie derjenige der Budgetierung der Gesamtvergütungen nicht nur unverändert bleiben, sondern durch zusätzliche Einschränkungen in ihrer Wirkung nochmals verschärft und damit im Grundsatz auch nochmals bestätigt werden. Entgegen den eindeutigen, öffentlichen Ankündigungen erfolgt damit gerade keine problemgerechte Reformpolitik, sondern eine bloße Fortschreibung der überkommenen Kostendämpfungsgesetzgebung, die ihre fatalen Auswirkungen auf Inhalt, Umfang und Qualität der Versorgung in der Vergangenheit hinlänglich erwiesen hat. Es ist zwar in diesem Zusammenhang begrüßenswert, wenn in der Begründung des Gesetzentwurfes zu § 85 Abs. 3g ausgeführt wird, weitere Regelungen zur strukturellen Fortentwicklung des vertragszahnärztlichen Vergütungssystems würden noch im Laufe dieser Legislaturperiode erfolgen, dabei handelt es sich allerdings wiederum nur um eine unverbindliche Absichtserklärung, die den erheblichen Reformstau in diesem Bereich unberührt lässt.

Die KZBV fordert daher kurzfristig und somit im Rahmen des vorliegenden Gesetzgebungsverfahrens eine Umsetzung der seit langem diskutierten und zugesagten strukturellen Reformen ein, wobei im Folgenden lediglich einige zentralen Problemfelder angesprochen werden sollen.

## **1. Beseitigung der Budgetierung der Gesamtvergütungen**

Die augenblicklichen Bestimmungen in den §§ 71, 85 Abs. 2 und 3 SGB V, durch die die Vereinbarungen der Veränderungen der Gesamtvergütungen an die jeweils vom BMG festzustellende Grundlohnsummenentwicklung gekoppelt werden und die in dieser Form alleine noch für den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung gelten, erfordern eine dringende Revision.



Die bisherigen Regelungen haben insbesondere in ihrer Interpretation durch die ständige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, wonach dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität ein absoluter Vorrang gegenüber allen anderen Bemessungskriterien des § 85 Abs. 3 SGB V zukommt, dazu geführt, dass in der Praxis Vergütungsabschlüsse oberhalb der jeweiligen Grundlohnsummensteigerung auch bei nachweisbaren, überproportionalen Kostensteigerungen in der vertragszahnärztlichen Praxis und ungeachtet erheblicher Einsparungen der Krankenkassen im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung nicht erreicht werden können. Dies hat in den zurückliegenden Jahren zu einer nicht mehr hinnehmbaren relativen Abschmelzung der Vergütungen für vertragszahnärztliche Leistungen geführt. Zudem bestand in dieser Situation auch für den Erweiterten Bewertungsausschuss keine Möglichkeit, eine fachlich eigentlich dringend erforderliche Novellierung des Bewertungsmaßstabes für zahnärztliche Leistungen vorzunehmen. Gesetzlich Krankenversicherte in Deutschland werden dadurch zunehmend von der wissenschaftlichen Entwicklung abgekoppelt.

Es ist daher konkret zu fordern, die strikte Anbindung der Veränderungsvereinbarungen gem. § 85 Abs. 3 SGB V an die jeweilige Veränderungsrate der Grundlohnsumme und damit auch deren jährliche Festsetzung durch das BMG in den §§ 71, 85 Abs. 3 SGB V zu beseitigen. Ebenso ist die generelle Verpflichtung der Gesamtvertragspartner in § 85 Abs. 2 Satz 7 SGB V zu beseitigen, unabhängig von der Ausgestaltung der Gesamtverträge im Übrigen feste Ausgabenobergrenzen und Verfahren zu deren Einhaltung zu vereinbaren.

Die Zahnärzteschaft spricht sich nicht grundsätzlich gegen eine angemessene Berücksichtigung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität auch in diesem Zusammenhang aus. Dieses muss aber gleichgewichtig neben den übrigen Bemessungskriterien gem. § 85 Abs. 3 SGB V ermöglicht und der bisher unterstellte absolute Vorrang dieses Grundsatzes beseitigt werden.

## **2. Berücksichtigung der Versichertenstruktur im Rahmen der Gesamtvergütungen.**

Infolge der langjährigen gesetzlichen Budgetierung der Gesamtvergütungen mussten im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung in der Regel feste Ausgabenobergrenzen vereinbart werden, die sich am durchschnittlichen Leistungsbedarf der Mitglieder der jeweiligen Krankenkassen orientiert haben. Veränderungen des tatsächlichen Leistungsbedarfs der Mitglieder dieser Krankenkassen, die sich als Folge von Wanderungsbewegungen von Mitgliedern und deren Familienversicherten zwischen den Krankenkassen ergeben haben, konnten in diesem System keine Berücksichtigung finden. Die schrittweise Öffnung der Krankenkassen infolge eines verstärkten Wahlrechtes der Versicherten haben diese Wanderungsbewegungen in den letzten Jahren deutlich verstärkt. Dies hat dazu geführt, dass die zu vereinbarenden Gesamtvergütungen nicht mehr die tatsächliche Versichertenstruktur der betreffenden Krankenkassen widerspiegeln.

Die bisherigen Bestimmungen in § 85 Abs. 3, Abs. 3c SGB V lassen eine prospektive oder retrospektive Berücksichtigung dieser Entwicklungen nicht zu und sind daher dahin zu novellieren, dass neben der Zahl auch die Struktur der Versicherten, d.h. die durchschnittliche Leistungsmenge je Versicherten der jeweiligen Krankenkassen bzw. der Kassenart unabhängig von deren Ursache berücksichtigungsfähig gemacht werden. Um den Gesamtvertragspartnern entsprechende Beurteilungsgrundlagen zur Verfügung zu stellen, sind die Krankenkassen zu verpflichten, die Versichertenzahlen getrennt nach Mitgliedern der AKV bzw. KVdR und deren jeweiligen Familienangehörigen differenziert nach den Altersgruppen der Statistik KM 6 quartalsweise bekannt zu geben.

## **3. Rechtsgrundlage für die Honorarverteilungsmaßstäbe**

Zurzeit ist in § 85 Abs. 4 Satz 2 SGB V vorgesehen, dass die Honorarverteilung zwischen den Gesamtvertragspartnern vereinbart wird. Inhalt und Durchführung von Honorarverteilungsmaßnahmen haben allerdings keinerlei Auswirkungen auf die Höhe der getrennt davon zu vereinbarenden Gesamtvergütungen. Vielmehr

dienen diese Maßnahmen einer möglichst gerechten und gleichmäßigen Verteilung der Gesamtvergütungen und stellen daher ein Internum der KZVen gegenüber ihren Mitgliedern dar. Es fehlt somit an einer Berechtigung diese Maßnahme auf der Grundlage vertraglicher Vereinbarungen der Gesamtvertragspartner durchzuführen, die notwendigerweise aufwendige Abstimmungsmaßnahmen unter den beteiligten Krankenkassen bzw. Landesverbänden voraussetzen.

Es ist daher zu fordern, wiederum zur Festsetzung der Honorarverteilungsmaßstäbe als autonome Satzung der KZVen zurückzukehren, die weiterhin im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zu erfolgen hat. Dadurch wird sichergestellt, dass die Honorarverteilungsmaßstäbe zeitnah und unter angemessener Berücksichtigung der Interessen aller Mitglieder der KZV festgesetzt werden.

#### **4. Beseitigung der Bestimmungen zum degressiven Punktwert**

Bisher enthält § 85b bis f SGB V Bestimmungen zur degressiven Ausgestaltung des Punktwertes im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung bei Überschreitung bestimmter Punktmengengrenzen. Diese Bestimmung hat sich als ineffizient erwiesen, da sie gezielt umsatzstarke Praxen betrifft, die diese Situation auch nach den Inhalten der diesbezüglichen Rechtsprechung zum Anlass nehmen können, ihren Leistungsumfang in den degressionsfreien Bereich hinein zu reduzieren. Dies steht einer wettbewerblichen Orientierung der Versorgung ebenso entgegen wie einer ausreichenden vertragszahnärztlichen Versorgung, insbesondere in gering- bzw. unterversorgten Gebieten. Diese negativen Auswirkungen werden durch das vergleichsweise geringe Einsparvolumen der Norm nicht gerechtfertigt. Diese ist daher aufzuheben.

#### **5. Besetzung der Schiedsstelle gem. § 75 Abs. 3c SGB V**

Zurzeit sieht § 75 Abs. 3c SGB V hinsichtlich der Schiedsstelle für die Vergütungen für Leistungen gegenüber Versicherten im Basistarif bzw. in den Standardtarifen der PKV neben den unparteiischen Mitgliedern und einer paritätischen Vertre-

tung der Leistungserbringer und Kostenträger zusätzlich stimmberechtigte Mitglieder des BMF und des BMG vor. Diese, im Sozialrecht einmalige, disparitatische Besetzung der Schiedsstelle stellt einen Fremdkörper im Bereich der gemeinsamen Selbstverwaltung dar. Die vorgesehene Besetzung ist bereits verfassungsrechtlich zweifelhaft und jedenfalls geeignet, seitens der Vertragsparteien Vorbehalte gegenüber deren ausgeglichener Besetzung und damit deren erforderlicher Objektivität und Neutralität zu begründen und zu fördern. Ebenso wie bei den vergleichbaren Regelungen hinsichtlich der Schiedsämter (§ 89 Abs. 2 SGB V) oder Schiedsstellen (§ 129 Abs. 8 SGB V) muss daher auch insofern eine tatsächlich paritätische Besetzung erfolgen und auf die Aufnahme zusätzlicher Vertreter des BMF und BMG verzichtet werden.