



Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
17(14)0074(6)  
gel. VB zur Anhörung am 25.10.  
10\_GKV-FinG\_Block II  
14.10.2010

**Stellungnahme des  
Berufsverbandes der Deutschen Kieferorthopäden e.V.  
zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen  
Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung  
Bundestagsdrucksache 17/3040  
(GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG)**

Die Koalitionsfraktionen CDU/CSU und FDP haben den Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung – GKV-FinG zur Beratung in den Deutschen Bundestag eingebracht. Der Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden beschränkt sich in seiner Stellungnahme zum Gesetzentwurf darauf, auf Artikel 1, 6., Artikel 2 sowie den Änderungsantrag 2 näher einzugehen.

1. Zu Artikel 1, 6.)

Die Koalitionsfraktionen beabsichtigen in § 85 SGB V nach Absatz 2c zwei weitere Absätze einzufügen. Damit sollen sich die am 31. Dezember 2010 geltenden Punktwerte für zahnärztliche Leistungen ohne Zahnersatz in den Jahren 2011 und 2012 jeweils höchstens um die Hälfte der nach § 71 Absatz 3 für das gesamte Bundesgebiet festgestellten Veränderungsrate verändern dürfen; dies solle nicht für Leistungen der Individualprophylaxe und Früherkennung gelten. Die nach § 85 Absatz 3 zu vereinbarenden Veränderungen der Gesamtvergütungen als Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragszahnärztlichen Leistungen ohne Zahnersatz dürfen sich in den Jahren 2011 und 2012 jeweils höchstens um die Hälfte der nach § 71 Absatz 3 für das gesamte Bundesgebiet festgestellten Veränderungsrate verändern; dies gelte nicht für Leistungen der Individualprophylaxe und Früherkennung.

**Stellungnahme:** Die Anbindung der vertragszahnärztlichen Vergütung an die durchschnittliche Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen wird weder der Preisentwicklung der vertragszahnärztlich - kieferorthopädischen Praxen noch dem medizinisch technischen Fortschritt und Bedarf der Patienten gerecht. Die strikte, an der Grundlohnsummenentwicklung orientierte Budgetierung von medizinisch notwendigen Leistungen gehört abgeschafft. Sie entbehrt für den vertragszahnärztlichen Bereich auch jeder Begründung. Von der vertragszahnärztlichen Behandlung gingen in den letzten Jahren – im Gegensatz zur vertragsärztlichen Versorgung, der stationären Versorgung, der Versorgung mit Arznei- oder Heil- und Hilfsmitteln, keine beitragsrelevanten Ausgabensteigerungen aus. Die vertragszahnärztliche Versorgung hat im Gegenteil in den vergangenen Jahren sogar deutlich zur Entlastung der GKV beigetragen. Die Honorare für Vertragsärzte wurden inzwischen von der strikten Budgetierung befreit – die Honorare der Vertragszahnärzte dagegen nicht. Dieser Gesetzentwurf verschärft die Budgetierung für die Vertragszahnärzte noch weiter und perpetuiert sie damit. Dabei hatten die Koalitionsparteien bereits erkannt und im Koalitionsvertrag festgehalten: „Auch bei der vertragszahnärztlichen Vergütung hat sich die Ausgabensteuerung über die Anbindung an die Grundlohnsummenentwicklung überholt.“ (Zeilen 4051f). Umso unverständlicher ist es, dass die Anbindung nun beibehalten und ihre Berücksichtigung sogar auf die Hälfte reduziert werden soll.

Die Regelungen sind daher abzulehnen. Der Gesetzgeber ist aufgerufen, den im Koalitionsvertrag vereinbarten Auftrag umzusetzen, eine Alternative für die Anbindung an die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V zu finden. Kurzfristig müsste wenigstens die Ausnahmeregelung für Individualprophylaxe und Früherkennung - im jeweils letzten Halbsatz - um die Kieferorthopädie ergänzt werden.

Unverständlich ist zudem, dass der begrüßenswerte Ansatz aus dem Diskussionsentwurf zum GKV-FinG, im Rahmen der Verhandlungen zur Gesamtvergütung neben der Beitragssatzstabilität künftig auch die Entwicklung der Morbidität der Bevölkerung, der Kosten- und Versorgungsstruktur und der für die vertragszahnärztliche Tätigkeit aufzuwendenden Arbeitszeit zu berücksichtigen, im Referentenentwurf keinen Platz mehr

gefunden hat. Es bleibt zu hoffen, dass dieser wichtige Ansatz in einem Gesetz zur Reform der Strukturen der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung erneut aufgegriffen wird.

## 2. Zu Artikel 2, 1. - Änderung des § 85 SGB V, § 85 Abs. 3g (neu)

**Stellungnahme:** Eine Anhebung der Vergütung für vertragszahnärztliche Leistungen in den neuen Bundesländern und Berlin ist zu begrüßen. Angesichts der gesetzgeberischen Intention, mit dem GKV-FinG die Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung zu stabilisieren sowie die Entwicklung der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung zu begrenzen, ist es erfreulich, dass eine Anhebung der Punktwerte in den neuen Ländern und Berlin nicht erneut verschoben werden soll. Die Anpassung der Punktwerte ist überfällig. 20 Jahre nach der Wiedervereinigung werden die Kolleginnen und Kollegen in den neuen Ländern immer noch unterdurchschnittlich honoriert.

Die beabsichtigte Anhebung um lediglich zweimal 2,5 Prozent (neue Bundesländer) bzw. 2,0 Prozent (Berlin) ist jedoch enttäuschend. Eine Angleichung an die Punktwerte in den alten Ländern ist damit nicht zu erreichen. Der BDK kritisiert, dass 20 Jahre nach der Wiedervereinigung die überfällige, vollständige Angleichung der Punktwerte den Kolleginnen und Kollegen in den neuen Bundesländern und Berlin erneut verwehrt bleibt. Die Koalitionsfraktionen sind aufgerufen, die innere Einheit der Bundesrepublik auch in Honorierungsfragen endlich vollständig herzustellen.

## 3. Zu Änderungsantrag Nr. 2 - zu Artikel 1, § 13 SGB V

**Stellungnahme:** Das Kostenerstattungsprinzip innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung kann auf eine wechselvolle Vergangenheit zurückblicken. Ursprünglich war diese Option ausschließlich freiwillig Versicherten der Ersatzkassen vorbehalten. Das Gesundheitsreformgesetz führte 1989 sodann ein generelles Kostenerstattungsprinzip für die Bereiche Kieferorthopädie und Zahnersatz ein. Obwohl sich die Zuordnung des

Leistungsprinzips Kostenerstattung gerade für diese Bereiche im besonderen Maße – sowohl für die Patienten, als auch für Kassen und Leistungserbringer - bewährte, erweiterte 1993 das Gesundheitsstrukturgesetz die Wahlmöglichkeiten zwar auf alle Leistungsbereiche, grenzte aber gleichzeitig die Pflichtversicherten aus. Das GKV-Neuordnungsgesetz korrigierte 1997 diese Einschränkung. Es ermöglichte allen GKV-Versicherten sich von Arztbesuch zu Arztbesuch, von Fall zu Fall neu für einen Verbleib im Sachleistungssystem zu entscheiden. Der Regierungswechsel 1998 führte jedoch dazu, dass den Pflichtversicherten mit dem GKV-SolG 1999 die Kostenerstattungsoption wieder genommen wurde.

Seit dem GKV-WSG können sich Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung in einzelnen Versorgungsbereichen für die Wahl des Kostenerstattungsprinzips an Stelle der als Sachleistung gewährten Behandlung entscheiden. Die Versicherten bleiben allerdings an ihre sektorale Wahl (ambulante, stationäre oder zahnmedizinische Versorgung) mindestens ein Jahr gebunden (§ 13 Abs. 2 S. 12 SGB V).

Die Unwägbarkeiten innerhalb dieses langen unüberschaubaren Zeitraumes haben zur Folge, dass viele Versicherungsnehmer vor einer Entscheidung zu Gunsten des Kostenerstattungsprinzips zurückschrecken. Die sektorale Bindung, die lange Bindungsdauer sowie hohe Abschläge, welche die gesetzlichen Krankenkassen für Verwaltungskosten und "fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen" erheben, behindern die Wahlfreiheit der Patienten. In der augenblicklichen Fassung ist der § 13 SGB V somit ein „Kostenerstattungsverhinderungsgesetz“. Es ist nun an der Zeit diese Behinderung der therapeutischen Wahlfreiheit der Patienten und ihrer Mitspracherechte zu beseitigen.

Der von den Koalitionsfraktionen jetzt vorgelegte Änderungsantrag 2 zu Artikel 1, § 13 SGB V geht jedoch nur den halben Weg. Der Patient, der die Kostenerstattung wählen möchte, tut dies aus der Motivation heraus, eine bestimmte vom Standard des GKV-Erstattungsniveaus abweichende Behandlung in Anspruch nehmen zu können. Daher ist eine bindende Wahl über einen Zeitraum, oder an einen ganzen Leistungsbereich (statt lediglich an die gewünschte einzelne Behandlung) abzulehnen. Ziel des Versicherten bei der Wahl des Kostenerstattungsprinzips ist es, eine bestimmte, ihm wichtige Therapiealternative erhalten

zu können und nicht gezwungen zu werden, sich damit auch auf das Kostenerstattungsprinzip für alle anderen in diesem Zeitraum und in diesem Leistungsbereich anfallenden Behandlungen festzulegen. Mit einer fallbezogenen Wahl des Kostenerstattungsprinzips würde der Patient in die Lage versetzt, einzelne medizinische Leistungen entweder als Sachleistung in Anspruch nehmen zu können oder sich alternativ für die Wahl einer höherwertigen Versorgung bei gleichzeitiger Erstattung der Kosten der von ihm nicht in Anspruch genommenen Sachleistung durch seine Krankenkasse zu entscheiden. Genau diese Erstattung ist den Versicherten de facto bisher verwehrt oder mit hohen Abzügen belegt worden, was ihnen verständlicherweise nicht als Wahlfreiheit zu vermitteln ist.

Die nun geplante Verkürzung der Bindungsfrist auf ein Vierteljahr dürfte zwar eine Erleichterung gegenüber dem Status quo darstellen, schränkt jedoch die Wahlfreiheit der Versicherungsnehmer und Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung weiterhin unnötig ein. Die Vorschrift wird erneut die Kostenerstattung und damit die Wahlfreiheit der Patienten behindern.

Der Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden plädiert daher für eine vollständige Aufhebung der Bindungsfristen, der Bindung an Sektoren und der Verwaltungskostenabschläge.

In der zeitlos modernen Gesetzesbegründung zum 2. GKV-NOG (Bundestagsdrucksache 13/6087 v. 12.11.1996, S.16ff.) heisst es:

*„Die Möglichkeit der Wahl der Kostenerstattung für alle Versicherten verstärkt das Prinzip der Eigenverantwortung. Frei die Versorgungsform wählen zu können, entspricht der Vorstellung vom mündigen Bürger, der selbst entscheidet, was für ihn zweckmäßig ist. Die Entscheidung für die Kostenerstattung kann zudem das Kostenbewusstsein der Versicherten verstärken. Deshalb soll sie allen Versicherten angeboten werden.“*