



**(Vorläufige) Stellungnahme
der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV)
und der Bundeszahnärztekammer (BZÄK)
zum Regierungsentwurf eines
Gesetzes zur finanziellen Stabilisierung der
gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Finanzstabilisierungsgesetz)**

KZBV und BZÄK äußern sich in der vorliegenden Stellungnahme zum Regierungsentwurf eines GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes (im Folgenden: GKV-FinStG) gemäß ihrer Zuständigkeiten nur zu Regelungen, die Relevanz für den (vertrags)zahnärztlichen Bereich entfalten.

I. Inhalt des Gesetzentwurfs

- **§ 85 Abs. 2d SGB V-RegE:** Begrenzung des Wachstums der Punktwerte (zum Stand 31.12.2022) für zahnärztliche Leistungen ohne Zahnersatz auf höchstens die um 0,75 Prozentpunkte verminderte Grundlohnrate im Jahr 2023 sowie auf höchstens die um 1,50 Prozentpunkte verminderte Grundlohnrate für 2024.

Ausnahmen: Leistungen nach § 22 SGB V (Individualprophylaxe), § 22a SGB V (Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen) sowie § 26 Abs. 1 Satz 5 SGB V (Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche).

- **§ 85 Abs. 3a SGB V-RegE:** Begrenzung des Wachstums des Ausgabenvolumens für die Gesamtheit der zahnärztlichen Leistungen ohne Zahnersatz auf höchstens die um 0,75 Prozentpunkte verminderte Grundlohnrate im Jahr 2023 sowie auf höchstens die um 1,5 Prozentpunkte verminderte Grundlohnrate in 2024 (§ 85 Abs. 3a SGB V-RegE).

Ausnahmen: wie oben (Leistungen nach §§ 22, 22a, 26 Abs. 1 Satz 5 SGB V).

- **Entwurfsbegründung:** „Diese Begrenzung des Honorarzuwachses ist als Beitrag der Vertragszahnärzte zur Ausgabenbegrenzung in der GKV gerechtfertigt.“ (S. 38 des Entwurfs).
- **Einsparvolumen:** „Minderausgaben für die GKV im Jahr 2023 in Höhe von rund 120 Mio. Euro und im Jahr 2024 in Höhe von rund 340 Mio. Euro“ (S. 31 des Entwurfs).

II. Zusammenfassung der Forderungen von KZBV und BZÄK

KZBV und BZÄK lehnen die mit dem vorgelegten Entwurf des GKV-FinStG vorgesehene Wiedereinführung einer strikten Budgetierung, die zudem durch eine Begrenzung von Punktwertsteigerungen flankiert wird, auf das Schärfste ab:

1. Ablehnung einer strikten Budgetierung der Gesamtvergütungen

Der Entwurf sieht für die kommenden zwei Jahre Regelungen vor, die faktisch einer drastischen Vergütungskürzung und einem Rückfall in die Zeit der strikten Budgetierung gleichkommen. Die Wiedereinführung einer Budgetierung der Gesamtvergütungen für zahnärztliche Leistungen (ohne Zahnersatz) verbunden mit einer Begrenzung des Wachstums der Gesamtvergütungen auf höchstens die um 0,75 (2023) bzw. 1,5 (2024) Prozentpunkte verminderte Grundlohnrate (§ 85 Abs. 3a SGB V-RegE) wird zusammen mit der Begrenzung der Punktwertsteigerungen (§ 85 Abs. 2d SGB V-RegE) strikt abgelehnt. Der Gesetzgeber hat mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (2011) die Budgetierung der Gesamtvergütungen aufgehoben und die jährliche Anpassung der Gesamtvergütungen mit inhaltlichen Kriterien verbunden, welche die tatsächliche Kostenentwicklung realitätsnäher abbilden, wie z. B. der Entwicklung der Morbidität, der Zahl und Struktur der Versicherten, der Kosten- und Versorgungsstruktur sowie der Art und des Umfangs der zahnärztlichen Leistungen, soweit sie auf einer Veränderung des gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsumfangs beruhen. Gleichwohl hat sich die vertragszahnärztliche Versorgung gerade nicht als Kostentreiber für die Ausgaben der GKV entwickelt. Ganz im Gegenteil ist der Anteil der Ausgaben für die zahnärztliche Versorgung an den gesamten Leistungsausgaben der GKV weiter kontinuierlich auf 6,25 % (2021) gesunken. Im Jahr 2000 betrug dieser Anteil noch knapp 9 %. Das ist Erfolg und Konsequenz einer kontinuierlich präventionsorientierten Versorgungsausrichtung. Ein Grund zur Wiederbelebung der gesetzlichen Budgetierung besteht daher nicht.

2. Ablehnung von de-facto-Leistungskürzungen durch Nichtberücksichtigung neuer Leistungen in der vertragszahnärztlichen Versorgung (insbesondere Parodontitistherapie)

Eine gesetzliche Budgetierung konterkariert die Erbringbarkeit neuer innovativer zahnärztlicher Leistungen, da sie einer adäquaten Berücksichtigung der durch sie bewirkten Veränderung des gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsumfangs entgegenstehen. Dies gilt insbesondere für die Leistungen auf Grundlage der jüngsten Beschlüsse der Gemeinsamen Selbstverwaltung im G-BA zu einer modernen, präventionsorientierten Parodontitistherapie: Die Richtlinie des G-BA zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen (PAR-Richtlinie) ist erst zum 01.07.2021 in Kraft getreten; eine Beanstandung des BMG erfolgte nicht. Die Behandlung der Parodontitis erfolgt jeweils mit Genehmigung der Krankenkasse. Die zahnärztliche Behandlung dieser (Volks)Krankheit ist medizinisch erforderlich zur Vermeidung des Verlusts von Zähnen bei Erwachsenen (einschließlich der damit verbundenen Folgekosten). Parodontitis steht im Zusammenhang mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie Diabetes und stellt ein Risiko für Schwangere dar. Für die Mundgesundheit der Bevölkerung ist die neue Versorgung nach der PAR-Richtlinie ein Quantensprung.

Die auf dem aktuellsten wissenschaftlichen Stand stehende, innovative neue PAR-Versorgung befindet sich noch am Anfang ihrer Einführungsphase und ist aufgrund der Eigenart der Erkrankung auf eine mehrjährige Behandlungsstrecke ausgerichtet, die sich – nach Genehmigung der Behandlung durch die Krankenkasse – über einen bis zu drei Jahre umspannenden Zeitraum erstreckt. In einer budgetierten Gesamtvergütung, die der Regierungsentwurf für 2023 und 2024 vorsieht, würden die dafür notwendigen, mit dem GKV-Spitzenverband und dem BMG konsentierten Finanzmittel gekappt und die neue PAR-Versorgungsstrecke radikal ausgebremst werden. Damit käme es de facto zu massiven Leistungskürzungen. Soweit an § 85 Abs. 3a SGB V-RegE festgehalten würde, ist eine Ausnahme von der Budgetierung für diese neuen Leistungen unverzichtbar.

III. Stellungnahme im Einzelnen

1. Ablehnung einer strikten Budgetierung der Gesamtvergütungen

KZBV und BZÄK lehnen die vorgesehenen Regelungen in § 85 Abs. 2d und Abs. 3a SGB V-RegE strikt ab.

Die mit § 85 Abs. 3a SGB V-RegE intendierte, zusätzlich noch durch eine Begrenzung der Punktwertsteigerungen gemäß § 85 Abs. 2d SGB V-RegE flankierte Wiedereinführung einer strikten Obergrenze, verbunden mit der Begrenzung des Wachstums auf die um 0,75% (in 2023) bzw. 1,5% (in 2024) reduzierte Grundlohnsummen-Veränderungsrate, stellt die nicht sachgerechte Rückkehr zu einer Kostendämpfung durch strikte Budgetierung dar. Die mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz vom 22.12.2011 (BGBl. I S. 2983) bewirkte „Aufhebung des Vorrangs des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität, der daraus resultierenden Aufgabe der starren Ausgabenbegrenzung durch die Grundlohnsummenanbindung und der Erweiterung der Verhandlungsspielräume bei der Vereinbarung der Gesamtvergütungen im vertragszahnärztlichen Bereich“ (BT-Drs. 17/6906, S. 58) werden durch die beabsichtigte Neuregelung unsachgemäßerweise wieder aufgegeben.

Der Gesetzgeber hatte mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz im Jahr 2011 die strikte Budgetierung der Gesamtvergütungen aufgehoben und die jährliche Anpassung der Gesamtvergütungen mit inhaltlichen Kriterien verbunden, welche die tatsächliche Kostenentwicklung realitätsnäher abbilden, wie z. B. der Morbiditätsentwicklung, der Zahl und Struktur der Versicherten, der Kosten- und Versorgungsstruktur sowie der Art und des Umfangs der zahnärztlichen Leistungen, soweit sie auf einer Veränderung des gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsumfangs beruhen (§ 85 Abs. 3 SGB V). Gleichwohl hat sich der vertragszahnärztliche Versorgungsbereich auch seitdem nicht als Kostentreiber im GKV-System erwiesen. Die vergangenen Jahre haben gezeigt, dass von der vertragszahnärztlichen Versorgung keine Gefahr für die Stabilität der GKV-Finzen ausgeht. Ganz im Gegenteil ist der Anteil der Ausgaben für die zahnärztliche Versorgung an den gesamten Leistungsausgaben der GKV kontinuierlich gesunken. Betrug der Anteil an den GKV-Gesamtausgaben im Jahr 1980 noch knapp 15%, lag er im Jahre 2000 nur noch bei knapp 9% und ist seit dem Jahre 2009 kontinuierlich auf unter 7% gesunken. Dieser Trend hat sich trotz der Aufhebung der strikten Budgetierung durch das Versorgungsstrukturgesetz fortgesetzt: Während der Anteil an den GKV-Gesamtausgaben im Jahr vor dem Inkrafttreten des Versorgungsstrukturgesetzes 6,9% (2011) betrug, ist er inzwischen auf nur

noch knapp 6,25 % (2021) abgesunken. Das ist Erfolg und Konsequenz einer immer stärker präventionsorientiert ausgerichteten zahnmedizinischen Versorgung.

Seit der Abschaffung der strikten Budgetierung haben KZVen und KZBV in den vergangenen über 10 Jahren bewiesen, dass sie der Verantwortung für die Kostenentwicklung gerecht werden: Ohne den eigenen Kostenanteil in der GKV auszuweiten, haben sie den vom Gesetzgeber mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz eingeräumten Gestaltungsspielraum genutzt, um der Morbiditätsentwicklung in der Bevölkerung Rechnung zu tragen, und zugleich die zahnmedizinische Versorgung präventionsorientiert fortentwickelt, den zahnärztlichen Leistungskatalog an den Stand der Wissenschaft angepasst und die Mundgesundheit der Bevölkerung auch für Personengruppen mit einem speziellen Behandlungsbedarf, wie insbesondere alten und pflegebedürftigen Menschen sowie Menschen mit Behinderungen, kontinuierlich verbessert.

Ein Grund zur Wiederbelebung der gesetzlichen Budgetierung besteht daher nicht. Kürzungen des Ausgabenwachstums durch strikte Ausgabenbudgetierung bei gleichzeitig unbremstem Leistungsanspruch der Versicherten, trotz Inflation und expandierender Kostenentwicklung, werden nicht nur der Versorgung der Versicherten, insbesondere mit den neuen Parodontitis-Leistungen, schaden, sondern wegen der Betroffenheit neu eingeführter Leistungspositionen im Zusammenhang mit den eGK-Anwendungen auch den anstehenden Digitalisierungsprozess in der Versorgung weiter behindern.

2. Ablehnung von de-facto-Leistungskürzungen durch Nichtberücksichtigung neuer Leistungen in der vertragszahnärztlichen Versorgung (insbesondere Parodontistherapie)

§ 85 Abs. 3a SGB V-RegE hat in der vorgesehenen Form aufgrund seiner strikten Budgetierungswirkung zur Folge, dass die Erbringung neuer zahnärztlicher Leistungen konterkariert würde. Auf Grundlage von Richtlinien des G-BA, die seitens des BMG nicht beanstandet wurden, ist zum 01.07.2021 die Parodontistherapie und zum 01.01.2022 die Unterkieferprotrusionsschiene zur Behandlung der obstruktiven Schlafapnoe in die vertragszahnärztliche Versorgung integriert worden. Zum 01.01.2022 folgten auf gesetzlicher Grundlage Leistungen zur Aktualisierung der ePA, der eGK-Notfalldaten und des elektronischen Medikationsplans.

Insbesondere führt die strikte Budgetierungswirkung des § 85 Abs. 3a SGB V-RegE dazu, dass die erst zur Jahresmitte 2021 als neue Behandlungsmethode in den vertragszahnärztlichen Leistungskatalog aufgenommene, präventionsorientierte Parodontistherapie zur Behandlung von Erkrankungen des Zahnhalteapparates faktisch wieder aus dem Leistungsspektrum herausfällt. Diese PAR-Leistungen können auf Grundlage der Richtlinie des G-BA zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen (PAR-Richtlinie vom 17.12.2020, BAnz AT 21.06.2021 B2) erbracht werden. Die PAR-Richtlinie ist – s.o. – am 01.07.2021 in Kraft getreten, nachdem eine Beanstandung des aufsichtsführenden BMG nicht erfolgt ist.

Die zahnärztliche Behandlung dieser "Volkskrankheit", an der in Deutschland ca. 30 Millionen Menschen leiden (davon etwa 10 bis 11 Millionen an einer schweren Form), ist medizinisch erforderlich zur Vermeidung des Verlusts von Zähnen bei Erwachsenen, zudem

steht Parodontitis im Zusammenhang mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie Diabetes und stellt ein Risiko für Schwangere dar. Als Präventionsleistung vermeidet die PAR-Behandlung neben den genannten Folgeerkrankungen auch die damit verbundenen Behandlungskosten, trägt somit perspektivisch erheblich zur Entlastung der GKV-Finzen bei und ist daher wie andere Präventionsleistungen besonders förderungswürdig.

Die auf dem aktuellsten wissenschaftlichen Stand stehende, innovative neue PAR-Versorgung befindet sich immer noch ganz am Anfang der Einführungsphase, die über mehrere Jahre bis 2024 gestreckt ist, und die Leistungen werden nach einer ersten Anlaufphase in der zweiten Jahreshälfte 2021 schwerpunktmäßig in den Jahren 2022 bis 2024 anfallen. Dabei ist in 2023 und 2024 mit einem gegenüber 2022 nochmals erhöhten Leistungsaufkommen zu rechnen, da die PAR-Behandlung aufgrund der Eigenart der Erkrankung auf eine mehrjährige Behandlungstrecke ausgerichtet ist, die sich – nach Genehmigung der Behandlung durch die Krankenkasse – über einen bis zu drei Jahre umspannenden Zeitraum erstreckt, so dass in 2022 begonnene Behandlungen weitergehenden Behandlungsbedarf in den Folgejahren ab 2023 nach sich ziehen.

Die Durchführung der systematischen Parodontitistherapie und deren Verlängerung bedürfen der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse (§ 5 PAR-RiLi), wodurch die Krankenkassen Einfluss auf die Ausgabenentwicklung haben. Der Zugang zur Behandlung ist von klar geregelten Voraussetzungen abhängig (z.B. Sondierungstiefen von mindestens 4 Millimetern mit Blutung). Dabei dient die Unterstützende Parodontitistherapie (UPT) der Sicherung der Ergebnisse der antiinfektiösen und gegebenenfalls erfolgten chirurgischen Therapie. Mit der UPT soll drei bis sechs Monate nach Abschluss des geschlossenen bzw. offenen Vorgehens gemäß der PAR-RiLi begonnen werden (§ 13 Abs. 1 PAR-RiLi). Die Maßnahmen der UPT sollen für einen Zeitraum von zwei Jahren in gestaffelten Mindestabständen regelmäßig erbracht werden (§ 13 Abs. 3 PAR-RiLi).

Folge dieses in der PAR-Richtlinie geregelten Behandlungs- und Leistungsprozesses ist, dass sich ab dem zweiten Halbjahr 2021 mit jeder genehmigten Parodontitisbehandlung notwendige Folgebehandlungen in den beiden auf den Behandlungsbeginn folgenden Jahren mit zunehmender Dynamik aufbauen. Zudem ist in den Jahren 2023 und 2024 angesichts der hohen latenten Parodontitis-Morbidität und den mit der neuen PAR-Richtlinie verbesserten Behandlungsmöglichkeiten ein Anstieg der PAR-Behandlungen gegenüber dem bisherigen Niveau zu erwarten. Die Gesamtvergütung des Jahres 2022 ist demnach als Ausgangsbasis für die Fortschreibung der Gesamtvergütungen des Jahres 2023 ungeeignet, da sie nur den ersten Teil der PAR-Leistungstrecke abbildet und in den folgenden zwei Jahren erst die UPT stattfindet. Das gleiche gilt für die Gesamtvergütung des Jahres 2023 als Basis für die Fortschreibung der Gesamtvergütung für das Jahr 2024.

Im bisherigen Regelungssystem zur Fortschreibung der Gesamtvergütungen ist diese Konstellation – ebenso wie die Berücksichtigung der erst zum 01.01.2022 eingeführten, o.g. Leistungen – von den Gesamtvertragspartnern lösbar, da bei den Vereinbarungen zur Anpassung der Gesamtvergütungen auch Veränderungen von Art und Umfang des gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsumfanges zu berücksichtigen sind (§ 85 Abs. 3 Satz 1 SGB V). Zum gesetzlichen Leistungsumfang gehören auch die Leistungen auf der Grundlage der Richtlinien des G-BA, da die G-BA-Richtlinien den gesetzlichen Leistungsanspruch des Versicherten (§ 27 Abs. 1 Nr. 2 SGB V) konkretisieren. Die Berücksichtigung im Rahmen des aktuell geltenden § 85 Abs. 3 SGB V kann sich im Zuge

der Verhandlungen bspw. in der Bestimmung eines höheren Ausgabenvolumens oder einer außerbudgetären Vergütung widerspiegeln, wie es bisher auch regelhaft erfolgt ist.

In der auf Grundlage von § 85 Abs. 3a SGB-RegE um 0,75 Prozentpunkte verminderten Grundlohnrate des Jahres 2023 bzw. der um 1,5 Prozentpunkte verminderten Grundlohnrate des Jahres 2024 wäre für die Berücksichtigung dieser sich weiter aufbauenden Dynamik der vom G-BA beschlossenen neuen Leistungen hingegen kein Raum, so dass die erst zur Jahresmitte 2021 als neue Behandlungsmethode in den vertragszahnärztlichen Leistungskatalog aufgenommene, präventionsorientierte Parodontitistherapie faktisch wieder aus dem Leistungsspektrum herausfiel.

Zudem würden die Vertragszahnärzte durch die fehlende Möglichkeit der adäquaten Berücksichtigung dieser neuen Leistungspositionen in den Gesamtvergütungen der Jahre 2023 und 2024 in weitaus höherem Maße mit Vergütungseinbußen belastet werden, als in dem Regierungsentwurf (120 Mio. Euro in 2023 und 340 Mio. Euro in 2024) zur Defizitbeseitigung veranschlagt wird.

Es ist daher ein Weg zu finden, der die ungeschmälerete Abrechnung dieser neuen, medizinisch notwendigen Leistungen auch in den Jahren 2023 und 2024 ermöglicht, wenn den Versicherten vom G-BA beschlossene und vom BMG nicht beanstandete medizinisch notwendige Leistungen nicht vorenthalten werden sollen.

Da – wie dargelegt –, sowohl das zu erwartende Wachstum an begonnenen PAR-Behandlungen als auch die in den Folgejahren einer begonnenen PAR-Behandlung erforderlichen weiteren Behandlungsabschnitte (PAR-Folgeleistungen) in der die Ausgangsbasis für die Gesamtvergütungsveränderung darstellenden Gesamtvergütung des Vorjahres nicht enthalten ist und infolge der Budgetierungswirkung des § 85 Abs. 3a Sätze 1 und 2 dieser Behandlungsbedarf in den Gesamtvergütungen für die Jahre 2023 und 2024 nicht hinreichend berücksichtigt werden kann, ist – sofern an der Regelung seitens des Gesetzgebers im Grundsatz festgehalten wird – § 85 Abs. 3a SGB V-RegE zumindest um Regelungen zu ergänzen, mit denen diese PAR-Leistungen aus dessen Budgetierungswirkung ausgenommen und in den Gesamtvergütungen der Jahre 2023 und 2024 in dem erforderlichen Umfang berücksichtigt werden können.

Ansonsten würde der bisherige erfolgreiche präventionsorientierte Ansatz der Zahnbehandlung entgegen der Ankündigung des BMG, keine Leistungen kürzen zu wollen, zurückgenommen. Die Herausnahme der PAR-Leistungen aus dem Anwendungsbereich des § 85 Abs. 3a SGB V-RegE wäre zudem auch deshalb folgerichtig und systemkonform, als es sich hierbei – ebenso wie bei den bereits ausgenommenen Leistungen nach §§ 22, 22a und 26 SGB V – um präventionsorientierte und damit förderungswürdige Leistungen handelt, die auch ausweislich des § 71 Abs. 1 Satz 2 SGB V im Hinblick auf die Wahrung der Beitragssatzstabilität privilegiert sind, da durch die Prävention spätere Folgekosten sektorenübergreifend vermieden werden. Letzteres gilt für die PAR-Leistungen nicht nur hinsichtlich zahnmedizinischer Folgekosten, sondern auch hinsichtlich der Folgekosten für humanmedizinische Erkrankungen, die eine erfolgreiche PAR-Therapie zu vermeiden hilft, wie etwa wie Herz-/Kreislaufkrankungen, Diabetes und gesundheitlichen Risiken für Schwangere.

3. Forderungen von KZBV und BZÄK

KZBV und BZÄK fordern daher:

- 1.) § 85 Abs. 2d und Abs. 3a SGB V-RegE sind zu streichen. Es muss bei der bisherigen Regelungssystematik des § 85 Abs. 3 SGB V bleiben, wonach die Grundlohnsummen-Veränderungsrate neben u.a. der Veränderung des gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsumfangs zu berücksichtigen ist (§ 85 Abs. 3 Satz 2 SGB V), aber keine strikt zu beachtende, budgetierende Obergrenze darstellt.
- 2.) Soweit entgegen der Forderung zu 1.) an der strikten Budgetierungswirkung des § 85 Abs. 3a SGB V-RegE festgehalten würde, sind folgende Regelungen zu treffen:
 - a) Neben den bereits ausdrücklich nicht unter § 85 Abs. 2d und 3a SGB V-RegE fallenden, präventiven zahnärztlichen Leistungen der Individualprophylaxe nach §§ 22 und 22a SGB V und Früherkennungsuntersuchungen nach § 26 SGB V sind alle ab dem 01.07.2021 auf Grundlage gesetzlicher Regelungen oder von Richtlinien des G-BA neu in die vertragszahnärztliche Versorgung aufgenommenen Leistungen, insbesondere die neuen Leistungen zur Behandlung von Parodontitis und sonstigen Parodontalerkrankungen (PAR-Leistungen) ebenfalls von der Geltung des § 85 Abs. 3a SGB V-RegE auszunehmen. Für die ab dem 01.07.2021 in die zahnärztliche Versorgung aufgenommene Parodontitis-Therapie ist diese Ausnahme zudem auch insoweit systemkonform und folgerichtig, als auch die Parodontitis-Therapie eine präventionsorientierte Leistung darstellt, deren Behandlung sowohl zahnmedizinische als auch sonstige Erkrankungen (s.o.) zu vermeiden hilft. Dass präventionsorientierte Leistungen im Hinblick auf die Wahrung der Beitragssatzstabilität privilegiert sind und diese nicht verletzen, zeigt auch die diesbezügliche Grundaussage des § 71 Abs. 1 Satz 2 SGB V. Insoweit ist in § 85 Abs. 3a SGB V-RegE insbesondere auch eine Ausnahme für Leistungen der Parodontitis-Therapie vorzusehen.
 - b) § 85 Abs. 2d SGB V-RegE ist zu streichen. Denn die vorgesehene Begrenzung der Punktwertsteigerungen bewirkt eine doppelte Belastung der Zahnärzteschaft, da nicht nur die Gesamtvergütung budgetierend begrenzt würde, sondern zusätzlich noch die Honorare für die einzelnen Leistungen. Eine solche doppelte finanzielle Belastung ist unverhältnismäßig, zumal der eigentliche Regelungszweck, nämlich die Begrenzung der von den Krankenkassen aufzuwendenden Gesamtvergütungen, selbst bei Berücksichtigung der o.g. Forderung zu 2.a) bereits durch § 85 Abs. 3a SGB V-RegE erzielt würde.

11.08.2022