

## **AGENDA MUNDGESUNDHEIT**

Unsere Forderungen für die 21. Wahlperiode

## AUF EINEN BLICK

Mit konsequent präventiv ausgerichteten Versorgungskonzepten hat die zahnärztliche Selbstverwaltung die Gesundheitskompetenz und die Mundgesundheit der Bevölkerung in den vergangenen Jahren stetig und nachhaltig verbessert. Selbst in Krisenzeiten wurde die zahnärztliche Versorgung mit einem flächendeckenden Netz von freiberuflichen, inhabergeführten Praxen wohnortnah und auf höchstem qualitativen Niveau sichergestellt. Und obwohl das Leistungsspektrum stetig auf dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse aktualisiert und insbesondere in Hinblick auf die Versorgung vulnerabler Bevölkerungsgruppen erheblich erweitert wurde, konnten die Anteile an den Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in den letzten Jahren um mehr als 30 Prozent gesenkt werden.

Heute nimmt die Mundgesundheit in Deutschland im internationalen Vergleich zu Recht einen Spitzenplatz ein. Sie ist unverzichtbare Voraussetzung und Grundlage einer guten Allgemeingesundheit der Bevölkerung.

Diese beispielhaft gute zahnmedizinische Versorgung zukunftsfest zu machen, sollte daher gesundheitspolitisches Kernanliegen jeder Bundesregierung sein. Das Recht auf freie Arzt- und Zahnarztwahl, der Erhalt des dualen Versicherungssystems, die Sicherung der Freiberuflichkeit und die Förderung der Selbstverwaltung mit weitem Gestaltungsspielraum sollten die Eckpfeiler gesundheitspolitischer Handelns darstellen.

Wir, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) gemeinsam mit den 17 Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen), wollen dazu auch zukünftig unseren aktiven Beitrag leisten und bieten unsere konstruktive Zusammenarbeit an.

Knapp 63.000 Zahnärztinnen und Zahnärzte, die an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmen, stellen zusammen mit ihren Praxisteams aktuell in rund 38.000 inhabergeführten Praxen die Versorgung wohnortnah sicher. Um dies auch in Zukunft gewährleisten zu können, benötigen sie gute und verlässliche Rahmenbedingungen.



## Unsere zentralen Forderungen an die Bundesregierung:

### 1. Erfolgsweg der Prävention durch Planungssicherheit und verlässliche Finanzierung weitergehen:

- Stärkung der Prävention sowie verlässliche finanzielle Rahmenbedingungen und Planungssicherheit anstelle kurzfristiger Kostendämpfungsmaßnahmen
- Gesetzliche Verankerung der Parodontitistherapie als Präventions- und Früherkennungsmaßnahme

### 2. Selbstverwaltung stärken:

- Beschränkung politischen Handelns auf die Festlegung von Rahmenbedingungen
- Expertise und Praxisnähe der Selbstverwaltung nutzen und ihre Handlungs- und Gestaltungsspielräume erhalten und weiter ausbauen

### 3. Wohnortnahe und flächendeckende Versorgungsstrukturen fördern:

- Stärkung der freiberuflichen und inhabergeführten Praxisstrukturen, insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Regionen
- Den nach wie vor unkontrollierten Zugang renditeorientierter, fremdinvestoren betriebener Großversorgungsstrukturen zur zahnärztlichen Versorgung stoppen

### 4. Digitalisierung praxistauglich gestalten:

- Abkehr von einer Sanktionspolitik hin zu einer Politik, die durch positive Anreize Motivation und Akzeptanz schafft
- Etablierung praxistauglicher und gut erprobter TI-Anwendungen zur Verbesserung der Patientenversorgung und zur Unterstützung der Praxen bei der Bürokratiebewältigung

### 5. Bürokratie abbauen:

- Konsequenter Bürokratieabbau auf Basis der Vorschläge der Selbstverwaltung zur Entlastung der Praxen und als Instrument zur Förderung der Niederlassung, um dem wachsenden Fachkräftemangel zu begegnen

# 1

## ERFOLGSWEG DER PRÄVENTION DURCH PLANUNGSSICHERHEIT UND VERLÄSSLICHE FINANZIERUNG WEITERGEHEN

Die Mundgesundheit ist für die Allgemeingesundheit von zentraler Bedeutung und stellt für die Menschen einen erheblichen Gewinn an Lebensqualität dar. Es ist daher ein großer Erfolg, dass sich die Mundgesundheit der Menschen in den vergangenen Jahrzehnten erheblich verbessert hat und Deutschland bei der Mundgesundheit im internationalen Vergleich seit Jahren einen Spitzenplatz belegt. Diese Bilanz ist Erfolg und Konsequenz eines von uns und den Vertragszahnärztinnen und -zahnärzten seit über 25 Jahren vorangetriebenen Paradigmenwechsels von einer hauptsächlich kurativen zu einer heute vor allem präventiv ausgerichteten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde.

*Deutschland  
belegt bei der  
Mundgesundheit  
seit Jahren einen  
Spitzenplatz*

### **Welche Präventionserfolge konnten erzielt werden?**

Die Deutschen Mundgesundheitsstudien (DMS)<sup>1</sup> des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ) belegen, dass sich die Mundgesundheit der Bevölkerung nicht nur in allen Altersgruppen, sondern auch über alle sozialen Schichten hinweg stetig verbessert hat. Mit unserem präventiven Versorgungsansatz tragen wir maßgeblich dazu bei, ein ausgeprägtes Bewusstsein für die Bedeutung der Mundgesundheit – und ihre hohe Bedeutung für die Allgemeingesundheit – bei allen Menschen in Deutschland zu verankern. Seit Einführung der Individual- und Gruppenprophylaxe in den 1990er-Jahren hat sich die Karies bei Kindern auf ein Zehntel reduziert und ein Großteil ist völlig frei von Karies. Diese Präventionserfolge bei der Karies wirken sich mittlerweile nachhaltig bis in das Erwachsenenalter aus. Durch eine präventionsorientierte zahnärztliche Versorgung haben selbst ältere Menschen deutlich mehr funktionstüchtige Zähne und der Anteil zahnloser Menschen hat sich im letzten Jahrzehnt halbiert.

Die Versorgungsbedarfe vulnerabler Patientengruppen finden unsere besondere Berücksichtigung. Hierzu zählen u. a. Kleinkinder und ältere Menschen sowie Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen, aber auch Patientinnen und Patienten mit besonderen Behandlungsbedarfen. Für vulnerable Patientengruppen haben wir speziell auf ihre Bedürfnisse zugeschnittene Versorgungskonzepte entwickelt. Zudem setzen wir uns seit Jahren aktiv dafür ein, einen möglichst barrierearmen Zugang zu Zahnarztpraxen sicherzustellen. Vor allem vor dem Hintergrund einer älter werdenden Gesellschaft mit einer zunehmenden Zahl pflegebedürftiger Menschen, die in Pflegeeinrichtungen, aber auch im häuslichen Umfeld betreut werden, sind unsere Versorgungskonzepte besonders wichtig.

<sup>1</sup> Die Sechste Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS 6) des IDZ wird im Frühjahr 2025 publiziert.



*Der Anteil an den GKV-Gesamtausgaben ist über die vergangenen Jahrzehnte kontinuierlich gesunken*

### Was macht Prävention auch finanziell nachhaltig?

Der konsequent auf Prävention ausgerichtete Versorgungsansatz in der Zahnmedizin hat nicht nur bahnbrechende Erfolge für die Mundgesundheit der Patientinnen und Patienten zur Folge. Er führt auch dazu, dass der Anteil an den Gesamtausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für vertragszahnärztliche Leistungen – trotz Ausweitungen des GKV-Leistungskatalogs – über die vergangenen Jahrzehnte kontinuierlich gesunken ist (siehe [Abbildung 1](#)). Während der Ausgabenanteil im Jahr 2001 noch etwa 9 Prozent betrug, machten zahnärztliche Behandlungen (inklusive Zahnersatz) im Jahr 2023 mit insgesamt 17,6 Mrd. Euro nur noch 6,1 Prozent der Gesamtausgaben der GKV aus (siehe [Abbildung 2](#)). Dies zeigt deutlich: Prävention wirkt – auch finanziell!

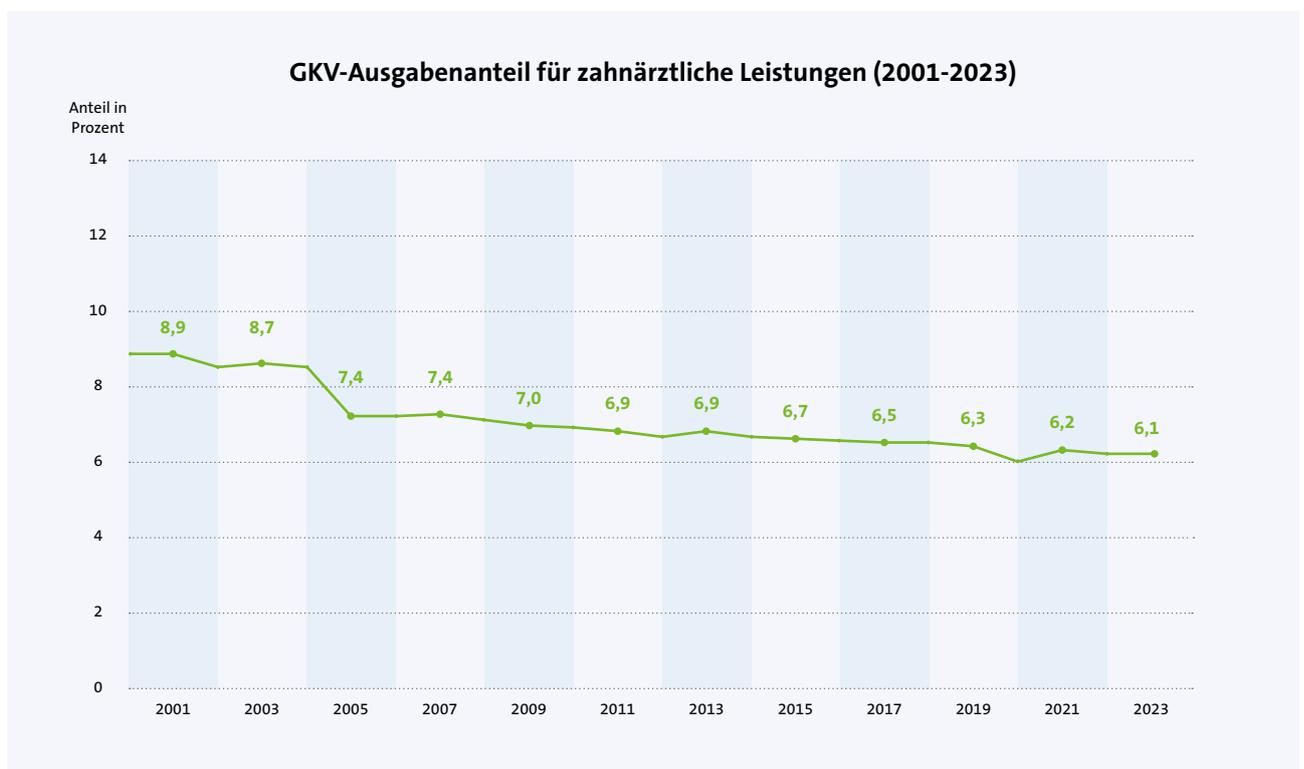


Abbildung 1, Quelle: KZBV

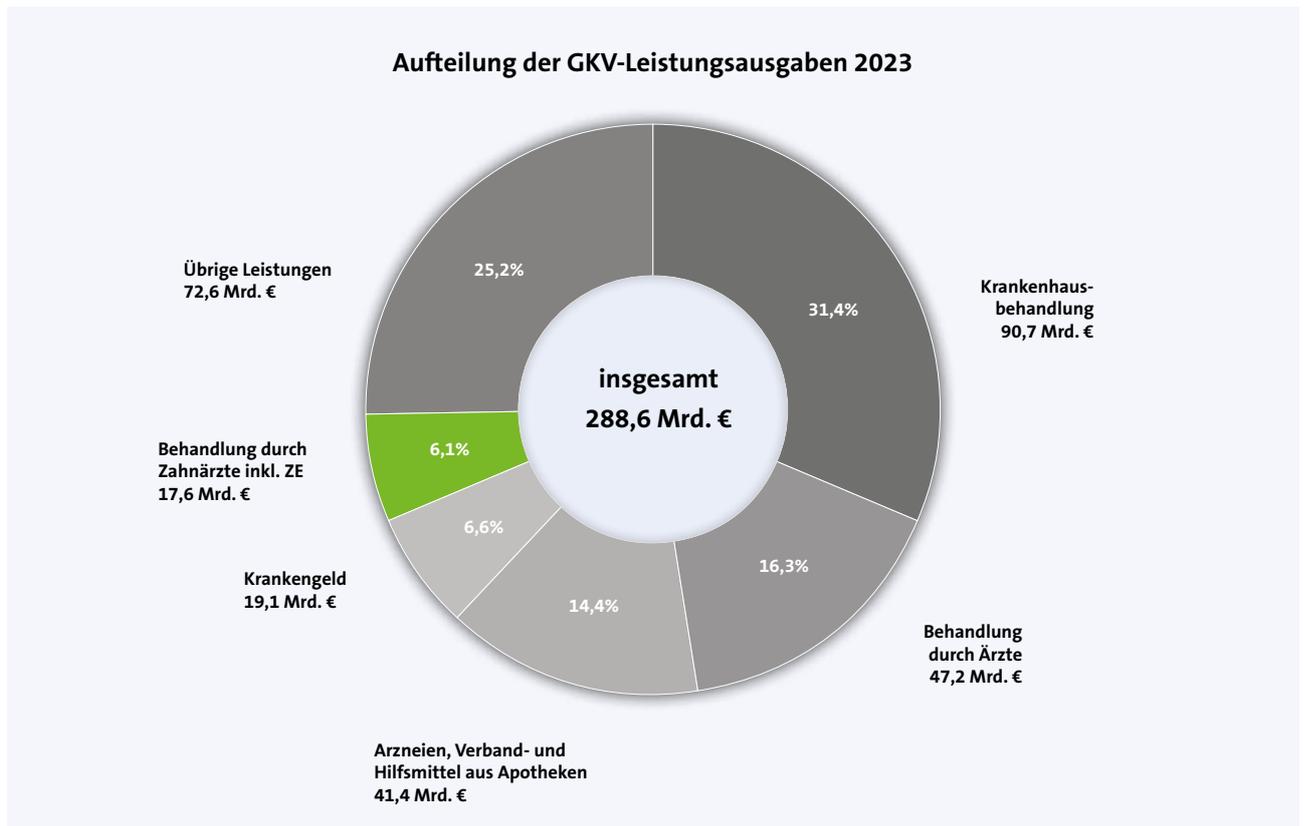


Abbildung 2, Quelle: KZBV

Auch wirkt sich der demografische Wandel im zahnärztlichen Bereich gänzlich anders aus als in den sonstigen Versorgungsbereichen. Denn während im ambulanten und stationären ärztlichen sowie im Arzneimittelbereich morbiditätsbedingt die Ausgaben je Versichertem mit fortschreitendem Alter steigen, verläuft die Ausgabenkurve für Zahnbehandlungen über alle Altersjahrgänge relativ flach.

Insbesondere vor dem Hintergrund der zunehmend angespannten Finanzsituation der GKV wird klar, dass vom zahnmedizinischen Versorgungsbereich kein Risiko für die GKV-Finzen ausgeht. Im Gegenteil: Unser präventiver Versorgungsansatz spart dem solidarisch finanzierten GKV-System bares Geld, da kostenintensivere Behandlungen teilweise oder sogar ganz vermieden werden können. Die zahnärztliche Versorgung kann als einziger relevanter Bereich eine langfristig stabile Ausgaben-



entwicklung vorweisen, die sogar unterhalb der langfristigen Grundlohnsummenentwicklung liegt. Die Zahnmedizin ist somit kein Kostentreiber innerhalb der GKV, sondern trägt vielmehr durch ihre präventionsorientierte Herangehensweise zu stabilen und nachhaltigen Finanzen bei.

### **Welche Folgen hatten die kurzsichtigen Kostendämpfungsmaßnahmen der letzten Legislaturperiode?**

Vom zahnärztlichen Versorgungsbereich geht nachweislich kein finanzielles Risiko für die ansonsten derzeit äußerst angespannten GKV-Finanzen aus. Dennoch wurden im Jahr 2022 im Rahmen des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes (GKV-FinStG) kurzfristige versorgungseinschneidende Kostendämpfungsmaßnahmen in Form einer strikten Budgetierung für die Jahre 2023 und 2024 im vertragszahnärztlichen Bereich beschlossen. Damit wurde das Ziel verfolgt, Finanzlöcher in der GKV kurzfristig zu stopfen, die allerdings durch erhöhte Ausgaben in anderen Versorgungsbereichen der GKV entstanden sind. Das GKV-FinStG hat die vertragszahnärztliche Versorgung schwer getroffen und insbesondere dem Kampf gegen die Volkskrankheit Parodontitis einen herben Rückschlag versetzt.

Parodontitis ist eine komplexe Entzündungserkrankung des Menschen. Jeder zweite Erwachsene leidet an einer behandlungsbedürftigen Parodontitis. Unbehandelt ist sie die häufigste Ursache für vermeidbaren Zahnverlust. Diese Volkskrankheit steht zudem in direkter Wechselwirkung mit Diabetes mellitus und nimmt Einfluss auf weitere schwere Allgemeinerkrankungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen und rheumatische Erkrankungen.

Da die Behandlung der Parodontitis in der GKV nicht mehr dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprach und darüber hinaus aufgrund komplexer Zugangsvoraussetzungen von den Patientinnen und Patienten gar nicht erst in ausreichendem Maße in Anspruch genommen werden konnte, hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) im Dezember 2020 einstimmig die neue Richtlinie zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen (PAR-Richtlinie) beschlossen. Diese trat am 1. Juli 2021 in Kraft. Die neue Parodontistherapie wurde damals von allen Seiten als „Quantensprung“ für die Mundgesundheit begrüßt und stellt eine zentrale Präventionsleistung für die Mund- und Allgemeingesundheit dar.

*Die kurzfristige Kostendämpfungs-politik hat den Kampf gegen die Volkskrankheit Parodontitis zurückgeworfen*



Die als 3-jährige Behandlungsstrecke konzipierte und damit deutlich umfangreichere neue präventionsorientierte Parodontistherapie befand sich 2023 noch in der ursprünglich bis 2025 vorgesehenen Einführungsphase, als das GKV-FinStG in Kraft trat und ihr durch die strikte Budgetierung die finanzielle Grundlage entzogen wurde. Die Auswirkungen auf die Versorgung sind fatal. Denn in Folge der strikten Budgetierung konnten wir ab 2023 einen kontinuierlichen Rückgang der Parodontisneubehandlungen beobachten (siehe Abbildung 3).

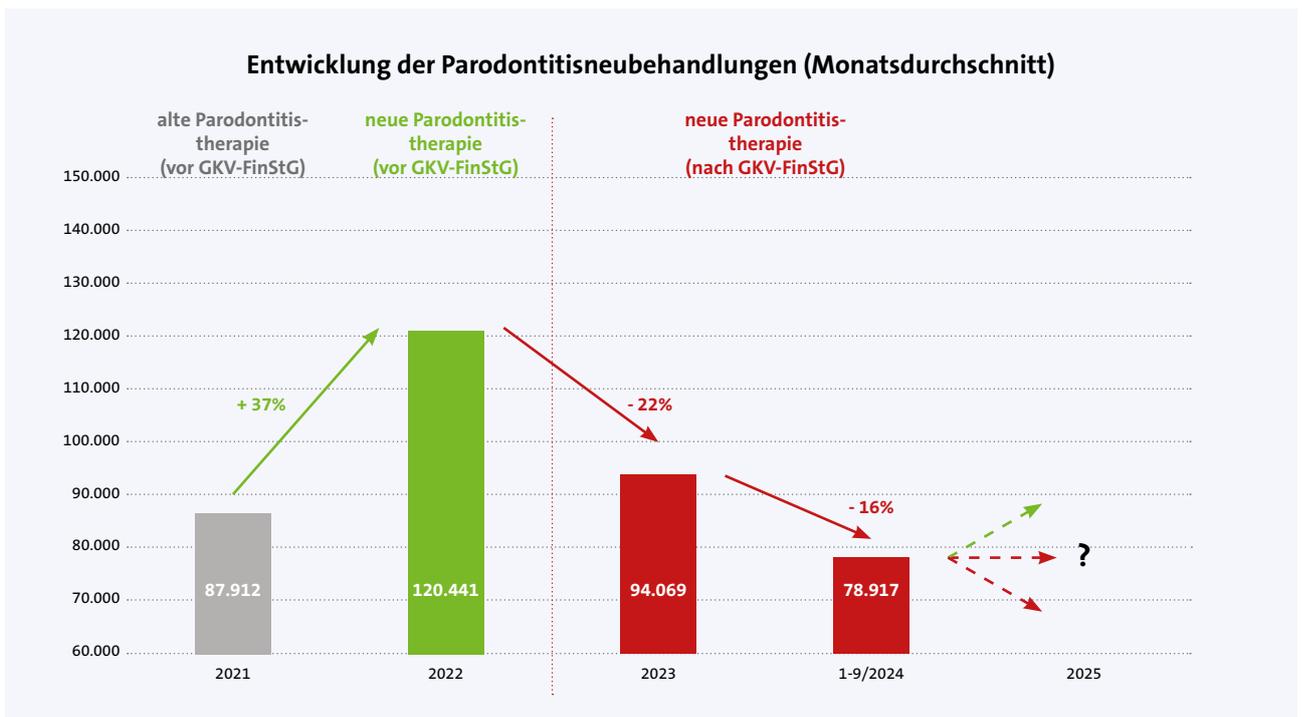


Abbildung 3, Quelle: KZBV

Während die durchschnittliche Zahl der monatlichen Neubehandlungsfälle im Jahr 2022 noch bei etwa 120.000 lag und damit der hohen Krankheitslast endlich angemessen war, ist der Monatsdurchschnitt 2023 eingebrochen und betrug nur noch etwa 94.000 Neubehandlungen. Im Jahr 2024 war die durchschnittliche Zahl der monatlichen Neubehandlungen mit etwa 79.000 sogar noch niedriger. Ein positiver Umkehrtrend bei der präventionsorientierten Parodontistherapie ist derzeit nicht absehbar. Angesichts der hohen Krankheitslast von circa 30 Mio. Patientinnen und Patienten mit einer behandlungsbedürftigen Parodontitis sind diese politisch induzierten Einbrüche für die Versorgung katastrophal und gefährden die Mund- und



### Wer bei Prävention spart, zahlt am Ende doppelt

Allgemeingesundheit der Menschen in Deutschland. Durch eine unbehandelte bzw. nicht frühzeitig behandelte Parodontitis entstehen zudem hohe Folgekosten für das Gesundheitssystem, die allein im zahnärztlichen Bereich bei rund 200 Mio. Euro jährlich liegen. Dazu kommen indirekte Krankheitskosten, die eine international vergleichende Studie<sup>2</sup> für Deutschland mit rund 34,79 Mrd. Euro beziffert. Dies verdeutlicht, dass kurzfristige finanzielle Kostendämpfungsmaßnahmen der Versorgung schwerwiegende und nachhaltige Schäden zufügen können: Wer bei Prävention spart, zahlt am Ende doppelt!

#### Was ist zu tun?

Wir wollen den Weg erfolgreicher Präventionsarbeit weiterverfolgen und die Mundgesundheit weiter verbessern. Die Menschen sollen in allen Lebensphasen von einer bedarfsgerechten und präventionsorientierten vertragszahnärztlichen Versorgung profitieren können. Wie das Beispiel der dramatischen Einbrüche in der Parodontistherapie zeigt, dürfen wir die erreichten Präventionserfolge und das hohe Niveau der Mundgesundheit in der Bevölkerung jedoch nicht als selbstverständlich und gegeben hinnehmen. Ohne eine sichere Finanzierung der vertragszahnärztlichen Versorgung können die über Jahrzehnte erarbeiteten Präventionserfolge in nur kurzer Zeit wieder nachhaltig geschädigt werden.

#### Unsere Forderungen an die Bundesregierung:

- Stärkung der Prävention durch Schaffung von Vergütungsanreizen statt kurzfristiger Kostendämpfungsmaßnahmen
- Für die Mund- und Allgemeingesundheit zentrale Präventionsleistungen wie die Parodontistherapie gesetzlich als Früherkennungs- und Vorsorgeleistungen anerkennen und vollumfänglich vergüten
- Vulnerable Patientengruppen im Blick behalten und Kooperationsverträge nach § 119b SGB V neben Pflegeeinrichtungen auch auf Einrichtungen der Eingliederungshilfe (Behinderteneinrichtungen) ausweiten

<sup>2</sup> Botelho, J. et al. (2022). Economic burden of periodontitis in the United States and Europe: An updated estimation. J. Periodontol, 93(3)

# 2

## SELBSTVERWALTUNG STÄRKEN

Die Selbstverwaltung ist ein Grundprinzip der Sozialversicherung und tragende Säule unseres Gesundheitswesens. Sie übernimmt Aufgaben von öffentlichem Interesse, die sonst direkt vom Staat wahrgenommen werden müssten.

Ihre Stärken werden in Abgrenzung zu staatlich oder rein privatwirtschaftlich organisierten Gesundheitssystemen besonders deutlich. Die Selbstverwaltung steht für eine besondere Sachnähe: nah am Versorgungsgeschehen, nah an den Problemen vor Ort. Sie orientiert sich nicht an ökonomischen Interessen, sondern an der Gewährleistung einer bestmöglichen (zahn-)medizinischen Versorgung.

Zugleich hat sich die Selbstverwaltung als ein krisenfestes und handlungsfähiges Element des Gesundheitswesens bewiesen. Deutlich wurde dies zuletzt auch unter den schwierigen Rahmenbedingungen der Corona-Pandemie, als die Selbstverwaltung sich mit schnellen, unkomplizierten und wirkungsvollen Entscheidungen als unerlässlicher Partner bei der Krisenbewältigung erwiesen hat.

Die Selbstverwaltung leistet einen zentralen Beitrag zur Patientenversorgung. Wir als KZBV verfolgen gemeinsam mit den 17 KZVen das Ziel, den Weg erfolgreicher Präventionsarbeit weiterzugehen und die Mundgesundheit weiter zu verbessern. In den letzten Jahren haben wir eine Vielzahl von Versorgungskonzepten entwickelt, die mit Unterstützung der Politik große Erfolge erzielt haben. Insbesondere mit den Konzepten „Frühkindliche Karies vermeiden“ und „Mundgesundheit trotz Handicap und hohem Alter“ ist uns auch gelungen, die Weichen zur Versorgungsverbesserung von Patientinnen und Patienten mit besonderen Bedürfnissen zu stellen.

Das aus der Selbstverwaltung heraus entwickelte Elektronische Beantragungs- und Genehmigungsverfahren (EBZ) gilt als Leuchtturmprojekt der Digitalisierung mit echtem Mehrwert für Praxen sowie Patientinnen und Patienten. Seit dem 1. Januar 2023 ist der Einsatz des EBZ für alle Zahnarztpraxen Pflicht. Mit ihr ist die bisherige Antragstellung mit Papiervordrucken entfallen. Für die Versorgung bedeutet das EBZ ganz konkret: Zeitersparnis, schnellere Genehmigung, Vermeidung von Medienbrüchen, sichere Datenübertragung sowie optimierte Terminplanung.

*Die Selbstverwaltung hat sich als krisenfest und handlungsfähig bewiesen*



### Was ist zu tun?

Mit Besorgnis sehen wir, dass politische Eingriffe in die zahnärztliche Berufsausübung immer weiter zunehmen. Dies ist ein langfristiger Trend, bei dem sich die Aufgabenteilung zwischen Selbstverwaltung und staatlichem Handeln zunehmend in Richtung des Staates verschiebt. Auch die Handlungsmöglichkeiten der zahnärztlichen Selbstverwaltung werden Schritt für Schritt beschnitten und im Gegenzug die Aufsichtsrechte und Entscheidungsbefugnisse des Bundes ausgeweitet. Diese Eingriffe gehen regelmäßig mit einem strukturellen Aufbau von Bürokratie einher, die eigentlich dringend reduziert werden müsste. Eine Schwächung und Bürokratisierung der Selbstverwaltung macht sie auch für ein Engagement der nachfolgenden Generationen wenig attraktiv.

Daher braucht es dringend einen politischen Kurswechsel und ein klares Bekenntnis zur Selbstverwaltung. Ihre Handlungs- und Gestaltungsspielräume müssen erhalten und wieder ausgebaut werden. Der Selbstverwaltung ist grundsätzlich wieder ein Vorrang gegenüber gesetzgeberischen und politischen Eingriffen einzuräumen.

Dies gilt insbesondere auch für die gemeinsame Selbstverwaltung und die Arbeit im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA): Konkrete inhaltliche Vorgaben durch den Gesetz- oder Verordnungsgeber müssen zwingend ausreichend Gestaltungsspielräume der Selbstverwaltung ermöglichen. Den sektorspezifischen Besonderheiten der zahnmedizinischen Versorgung muss unbedingt ausreichend Gestaltungsmöglichkeit gegeben und stärker Rechnung getragen werden.

#### Unsere Forderungen an die Bundesregierung:

- Beschränkung des politischen Handelns auf die Festlegung von Rahmenbedingungen
- Expertise der Selbstverwaltung durch Ausweitung ihrer Handlungs- und Gestaltungsspielräume nutzen
- Frühzeitiger Einbezug in alle gesundheitspolitischen Reformüberlegungen, statt struktureller Missachtung der Selbstverwaltung und ihrer Expertise

## 3

## FLÄCHENDECKENDE UND WOHNORTNAHE VERSORGUNGSSTRUKTUREN FÖRDERN

Das Fundament der Erfolge, die wir in den vergangenen Jahrzehnten bei der Mundgesundheit erzielen konnten, bilden die wohnortnahen, flächendeckenden Versorgungsstrukturen in unserem Land. Als fester Bestandteil der Daseinsvorsorge müssen die Menschen weiterhin und unabhängig von ihrem Wohnort darauf vertrauen können, dass sie Zugang zu einer qualitativ hochwertigen, präventionsorientierten zahnmedizinischen Versorgung haben.

### 3.1 Demografische Herausforderungen antizipieren – Versorgungsgaps präventiv begegnen und Selbstverwaltung zielgenau unterstützen

Wie das deutsche Gesundheitswesen insgesamt steht auch die vertragszahnärztliche Versorgung vor einer demografischen Herausforderung. In den kommenden Jahren werden viele Beschäftigte in den zahnärztlichen Praxen altersbedingt aus dem Berufsleben ausscheiden.

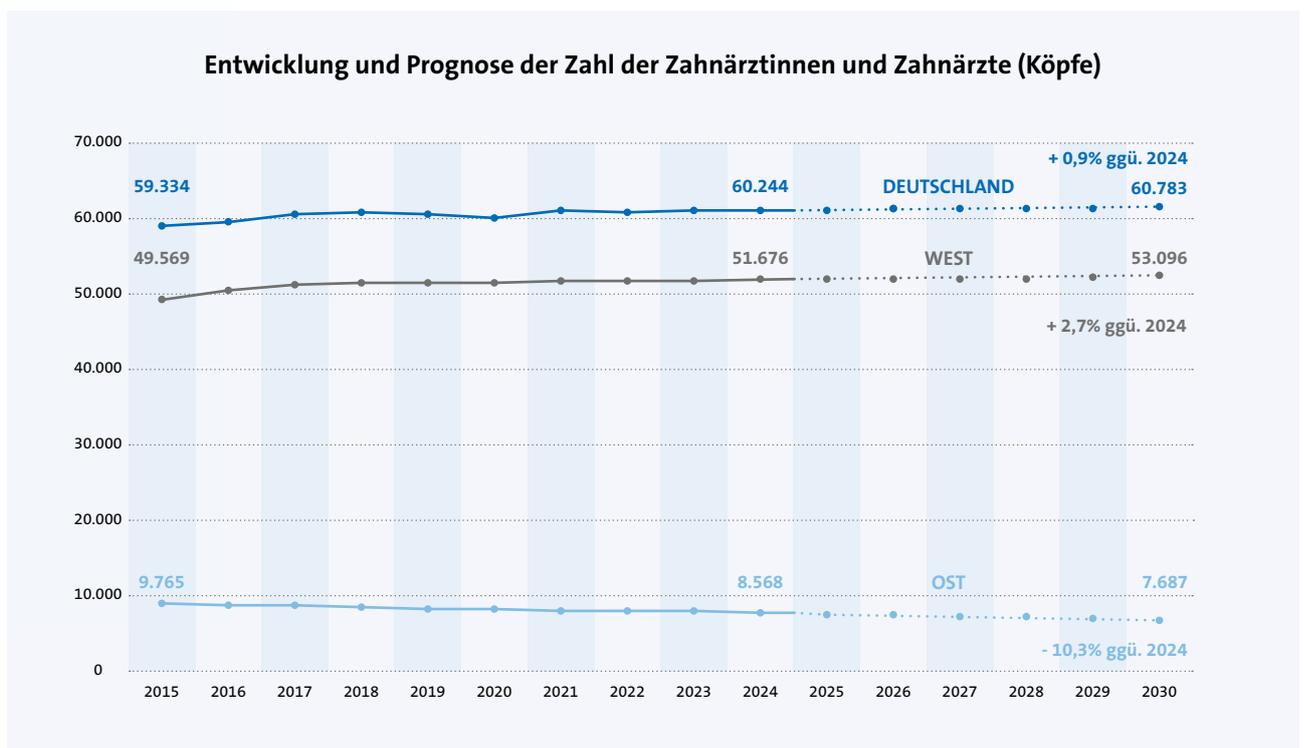


Abbildung 4, Quelle: KZBV



### Prognose 2030: Wie wird sich die Versorgung entwickeln?

Die zahnärztliche Versorgung in Deutschland befindet sich derzeit auf einem flächen-deckend guten Niveau: Kein Planungsbereich ist unterversorgt, lediglich in 3,3 Prozent der Planungsbereiche kann eine drohende Unterversorgung festgestellt werden.<sup>3</sup>

Nach unserer Prognose sind für die zahnärztliche Versorgung bis zum Jahr 2030 folgende Trends maßgeblich:

**Die zahnärztliche Versorgung befindet sich auf einem flächen-deckend guten Niveau**

- Die Zahl der Zahnärztinnen und Zahnärzte wird leicht ansteigen (+0,9 Prozent gegenüber 2024); dieser Anstieg ist durch eine gegenläufige Entwicklung in West (+2,7 Prozent) und Ost (-10,3 Prozent) gekennzeichnet (siehe Abbildung 4).
- Bei einer demografiebedingt sinkenden Gesamtzahl der Praxen ist ein Anstieg der durchschnittlichen Praxisgröße sowie eine Konzentration auf weniger Praxisstandorte zu beobachten. Die Einzelpraxis ist und bleibt im Westen und im Osten die häufigste Praxisform. Die Niederlassungsbereitschaft ist weiter stabil.
- Die Zahnärzteschaft wird in der Zusammensetzung weiblicher. Frauen werden bis 2030 die Mehrheit im Berufsstand stellen (2024: 48,1 Prozent).
- Der Anteil der angestellten Zahnärztinnen und Zahnärzte wird weiter steigen (2015: 16,1 Prozent, 2024: 32,6 Prozent). Ihr Anteil könnte 2030 bereits bei über 40 Prozent liegen.
- Der derzeit im Vergleich zu anderen Berufsgruppen sehr hohe durchschnittliche Tätigkeitsumfang von Zahnärztinnen und Zahnärzten wird infolge dieser Veränderung bis 2030 deutlich sinken, da Angestellte wesentlich häufiger in Teilzeit arbeiten (2024: 43,4 Prozent) als freiberufliche, niedergelassene Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte (3,8 Prozent).
- Bei einem Rückgang des Tätigkeitsumfangs werden künftig mehr Köpfe benötigt, um das aktuelle Versorgungsniveau aufrechterhalten zu können. Im Westen wird die hierzu benötigte Anzahl an Köpfen im Jahr 2030 um 2,9 Prozent unterschritten, im Osten vor dem Hintergrund der prognostisch weiter sinkenden Gesamtzahl der Zahnärztinnen und Zahnärzte sogar um 12,9 Prozent.

<sup>3</sup> Ausgeklammert ist dabei der Bereich der kieferorthopädischen Versorgung mit seinen Besonderheiten.



**Die Ressource  
Personal wird  
zunehmend  
knapp werden**

Die Prognosedaten zeigen, dass in der Zahnärzteschaft – wie im Gesundheitswesen insgesamt – die Ressource Personal in den kommenden Jahren zunehmend knapp sein wird. Dieser Befund gilt nicht generell, sondern ist regional unterschiedlich ausgeprägt, wie der Blick auf die Ebene der Planungsbereiche offenbart. In 2030 würde unter gleichbleibenden Rahmenbedingungen das aktuell flächendeckende Netz der Versorgung bereits vermehrt Planungsbereiche aufweisen, die unterversorgt oder von Unterversorgung bedroht sind. Diese Planungsbereiche würden sich vor allem in den ostdeutschen Bundesländern sowie in Teilen Westdeutschlands, insbesondere in Baden-Württemberg, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und dem Saarland befinden (siehe [Abbildung 5](#)).

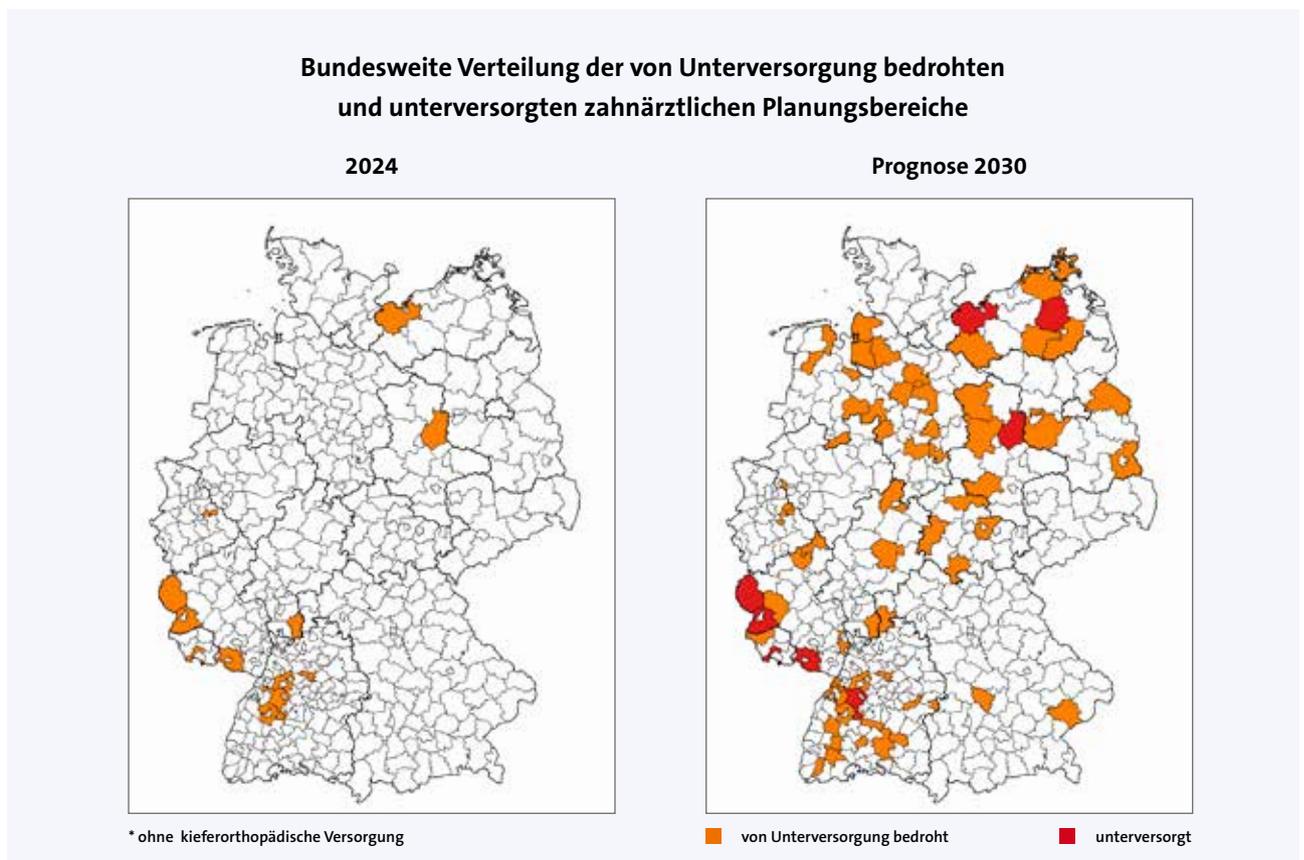


Abbildung 5, Quelle: KZBV



### Was ist zu tun?

Trotz der aufgezeigten regionalen Herausforderungen und Unterschiede gilt: Die KZBV und die KZVen haben entsprechend ihres gesetzlichen Auftrags den Anspruch und sind grundsätzlich dazu in der Lage, auch künftig eine flächendeckende, wohnortnahe und qualitativ hochwertige Versorgung sicherzustellen.

Nicht zum Sicherstellungsauftrag von KZBV und KZVen gehört es jedoch, die heute schon real vorhandenen und wachsenden regionalen Unterschiede zwischen städtischen und ländlichen, strukturschwächeren Regionen aus der Gesamtvergütung und damit unter Einsatz des Honorars der freiberuflich tätigen Vertragszahnärzteschaft aufzufangen. Es ist staatliche Aufgabe und liegt damit in der Verantwortung der politischen Entscheidungsträger in Bund, Ländern und Kommunen, gleichwertige Lebensverhältnisse durch Infrastrukturmaßnahmen zu sichern und zu fördern (ÖPNV, Kinderbetreuungsplätze, Schulen, Breitbandinfrastruktur etc.). Ob eine Region diese anziehenden Rahmenbedingungen bietet, ist für die Frage der Standortwahl bei der Berufsausübung und insbesondere der Praxisgründung letztlich ein entscheidender Faktor.<sup>4</sup>

Die Wiedereinführung von Zulassungsbeschränkungen – wie gelegentlich gefordert – ist allerdings keine Lösung für die absehbaren Herausforderungen in der Versorgung. Eine Versorgungspolitik vom Reißbrett kann nicht gelingen. Dies verdeutlichen die Entwicklungen im Zuge der Einführung der Zulassungsbeschränkungen im ärztlichen Bereich. Auch ohne Bedarfszulassung verteilen sich die niedergelassenen Zahnärztinnen und Zahnärzte als Ergebnis von Wettbewerb bevölkerungsproportional.

Bereits heute werden in den KZVen – auch präventiv – Maßnahmen zur Sicherung der Versorgung ergriffen, insbesondere über die gesetzlichen Sicherstellungsinstrumente nach § 105 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V).

Um lokalen Lücken im aktuell flächendeckenden Netz der Versorgung zu begegnen, braucht es neben dem hohen Engagement der Selbstverwaltung einen politischen Gestaltungswillen. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die vertragszahnärztliche Versorgung müssen in der neuen Legislaturperiode zielgenau weiterentwickelt werden, um die Sicherstellung der Versorgung durch die KZBV und die KZVen zu unterstützen.

***Neben dem hohen Engagement der Selbstverwaltung braucht es politischen Gestaltungswillen***

<sup>4</sup> Siehe hierzu ausführlich u. a. Klingenberg, D. (2018). Die zahnärztliche Niederlassung: Stand der Forschung zur Praxisgründung. Deutscher Zahnärzte Verlag, Köln sowie Kettler, N. (2021). Junge Zahnärztinnen und Zahnärzte: Berufsbild – Patientenversorgung – Standespolitik. Deutscher Zahnärzte Verlag, Köln.



#### Unsere Forderungen an die Bundesregierung:

- In von Versorgungsengpässen bedrohten Gebieten sowohl Anreize für Niederlassungen als auch für einen längeren Verbleib von Zahnärztinnen und Zahnärzten in der Versorgung schaffen
- Bürokratie abbauen und damit Behandlungszeiten gewinnen
- Sicherstellungsinstrumente nach § 105 SGB V gezielt weiterentwickeln
- Fachkräfteförderung

### 3.2 Kein Profit auf Kosten der Patientenversorgung – iMVZ wirksam regulieren

Private-Equity-Gesellschaften und andere große Finanzinvestoren breiten sich seit Jahren dynamisch in der vertragszahnärztlichen Versorgung aus. Ein Mehrwert für die vertragszahnärztliche Versorgung ist nicht erkennbar, vielmehr ist das Gegenteil der Fall.

Der Einstieg dieser Investoren in die Versorgung erfolgt über den Umweg, ein – häufig besonders kleines oder in finanzielle Schieflage geratenes – Krankenhaus ohne Abteilung mit zahnärztlichem Bezug (z. B. Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie) zu erwerben und damit die gesetzliche Gründungsbefugnis für Medizinische Versorgungszentren (MVZ) zu erlangen, in denen sie Zahnärztinnen und Zahnärzte anstellen und entsprechende zahnmedizinische Leistungen erbringen können. In der Folge können mit nur einem einzigen Krankenhaus – unabhängig vom Versorgungsbezug und vom Standort der Einrichtung – unbegrenzt viele dieser investorengetragenen MVZ (iMVZ) gegründet werden, was in deutschlandweiten Dentalketten mündet. Zu den Investoren mit den meisten iMVZ gehören Acura Zahnärzte mit 96 Standorten (siehe [Abbildung 6](#)), Colosseum Dental (80 Standorte) sowie Zahneins (76 Standorte).<sup>5</sup>

Die von den Finanzinvestoren genutzten sogenannten Trägerkrankenhäuser stellen in der Regel ein reines Markteintrittsinstrument dar. Dies zeigt sich bereits daran, dass

<sup>5</sup> Stand: 30.06.2024



Abbildung 6:  
Quelle: KZBV,  
Stand 30.06.2024

überwiegend spezialisierte Fachkliniken (etwa für Dermatologie oder Orthopädie) ohne oder mit nur sehr geringem Beitrag zur stationären Grundversorgung genutzt werden. Keines dieser Krankenhäuser weist wiederum einen zahnärztlichen Bezug auf.

**Nur zwei der rund 460 iMVZ sind im Planungsbereich ihres Trägerkrankenhauses ansässig**

Auffällig ist zudem, dass nur zwei der aktuell rund 460 iMVZ tatsächlich im Planungsbereich ihres jeweiligen Trägerkrankenhauses ansässig sind. Ganz gegenteilig sieht dieses Bild bei MVZ-Krankenhausträgern aus, die nicht einem Finanzinvestor zuzuordnen sind. Bei den 17 Trägerkrankenhäusern, die zahnärztliche MVZ betreiben, handelt es sich ausschließlich um akademische Lehrkrankenhäuser mit einer durchschnittlichen Bettenzahl von knapp 1100 Betten, die in ihren Regionen die stationäre Versorgung der Bevölkerung ganz maßgeblich sicherstellen. Davon betreiben 16 Krankenhäuser eigene Abteilungen der Mund- Kiefer-Gesichtschirurgie und verfügen damit über einen zahnärztlich-fachlichen Bezug.



Dies zeigt, dass die Fremdinvestoren mit der Gründung von iMVZ über ein Krankenhaus keinen Beitrag zur Stärkung der regionalen zahnmedizinischen Versorgung und – anders als ursprünglich mit der Ermöglichung von MVZ durch den Gesetzgeber intendiert – auch keinen Beitrag zur sektorenübergreifenden Zusammenarbeit leisten.

Die Ausbreitung von iMVZ begann mit der rechtlichen Öffnung von arztgruppengleichen (und damit auch reinen zahnmedizinischen) MVZ im Jahr 2015 und ist bis heute besorgniserregend. Deutschlandweit befindet sich rund jedes dritte zahnmedizinische MVZ bereits in der Hand eines Investors (siehe Abbildung 7). Über fünf Jahre nach Inkrafttreten des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG), mit dem im SGB V ein Sonderweg für die vertragszahnärztliche Versorgung eingeschlagen und der Entwicklung bei den iMVZ damit Einhalt geboten werden sollte, ist festzuhalten:

Die aktuellen gesetzlichen Regelungen reichen nicht aus, um die mit den iMVZ einhergehenden erheblichen Gefahren für die Patientenversorgung wirksam einzudämmen.

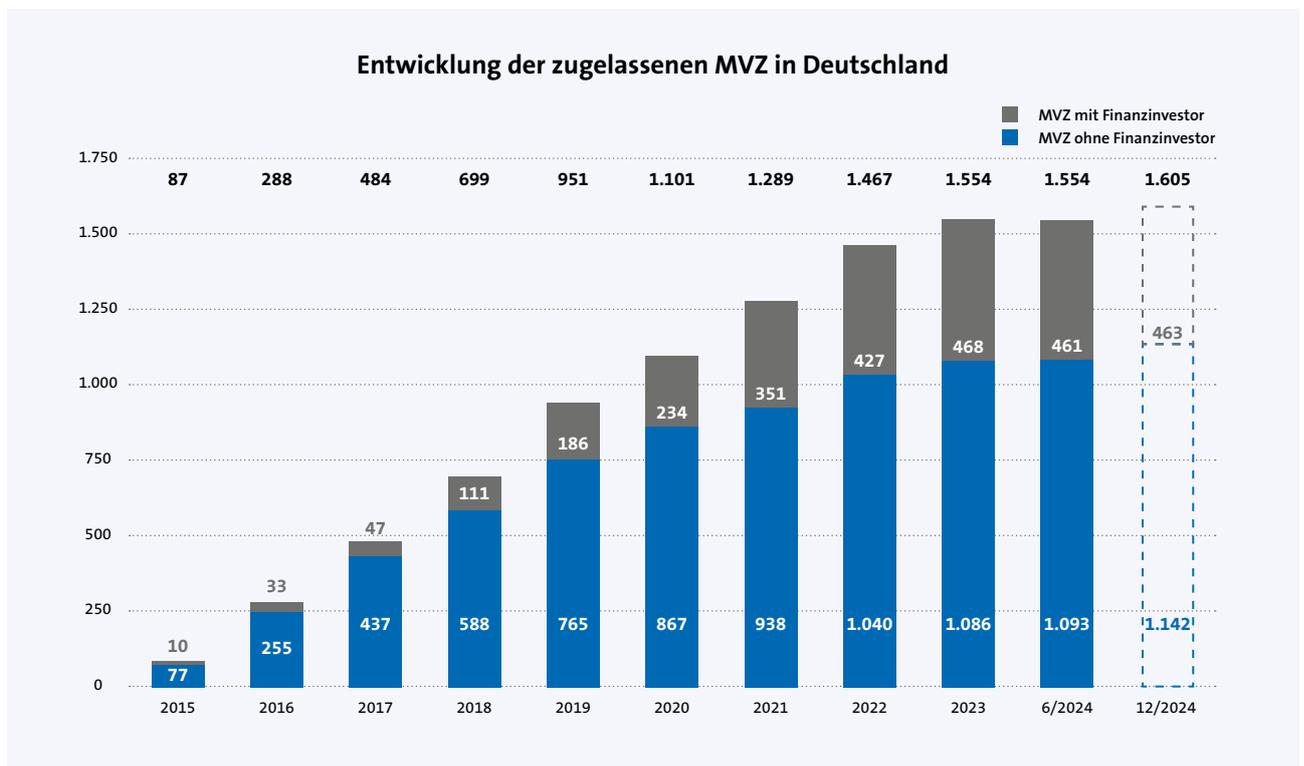


Abbildung 7, Quelle: KZBV



### Welche konkreten Gefahren bestehen für die Patientenversorgung?

Anhand von zwei Gutachten<sup>6</sup> sowie den jährlichen statistischen Auswertungen der KZBV lässt sich auf Basis eines heute sehr umfangreichen Datenmaterials aufzeigen, dass Private-Equity-Gesellschaften und andere große Finanzinvestoren mit ihrem einseitigen Fokus auf schnelle Gewinnmaximierung ein erhebliches Gefahrenpotential für die zahnmedizinische Versorgungsqualität, das Patientenwohl und die Sicherstellung der Versorgung insgesamt aufweisen. Für diese Einschätzung sind folgende Befunde von maßgeblicher Bedeutung:

- kaum iMVZ im ländlichen und strukturschwachen Raum,
- Tendenz zu Über- und Fehlversorgung in iMVZ,
- geringer Beitrag von iMVZ zur Versorgung vulnerabler Patientengruppen,
- Gefahr von Kettenbildung und iMVZ-Großstrukturen mit Oligopolcharakter,
- keine ausreichende Transparenz über Inhaberstrukturen.

Auch die von den Investoren vorgetragene Argumentation, iMVZ würden im Gegensatz zu den etablierten Praxisformen und Inhaberstrukturen die Wünsche junger Zahnärztinnen und Zahnärzte nach Anstellung und einer besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf viel besser berücksichtigen, kann einer Analyse der Daten nicht standhalten: Zahnärztlich geführte Praxen ermöglichen mehr Teilzeitbeschäftigungen als iMVZ. So liegt die Teilzeitquote bei iMVZ gerade einmal bei 36 Prozent, wohingegen der Anteil bei Einzelpraxen (44 Prozent), Berufsausübungsgemeinschaften (40 Prozent) und MVZ (46 Prozent) höher liegt.

**Zahnärztlich  
geführte Praxen  
ermöglichen  
mehr Teilzeit-  
beschäftigungen  
als iMVZ**

<sup>6</sup> Die jährlich aktualisierte Analyse der KZBV sowie die beiden Gutachten (IGES Institut/Professor Helge Sodan) sind online verfügbar unter: [www.kzbv.de/z-mvz](http://www.kzbv.de/z-mvz)



### Was ist zu tun?

Um die Gefahren für die zahnmedizinische Patientenversorgung einzudämmen, sollte die neue Bundesregierung schnellstmöglich nach Abschluss der Regierungsbildung eine räumlich-fachliche iMVZ-Gründungsbeschränkung für Krankenhäuser auf den Weg bringen. Unsere Vorschläge knüpfen an einen umfangreichen Forderungskatalog an, den an verschiedenen Stellen einstimmig die Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK) und zuletzt auch der Bundesrat im Juni 2023 aufgestellt hat. Mit Blick auf die Gefahren von iMVZ haben die Länder den Bund mehrfach klar und deutlich aufgefordert, ein weitreichendes iMVZ-Regulierungsgesetz vorzulegen.

#### Unsere Forderungen an die Bundesregierung:

- Einführung einer räumlichen **und** einer fachlichen iMVZ-Gründungsbeschränkung für Krankenhäuser
- Schaffung einer Rechtsgrundlage für die Einrichtung von MVZ-Registern auf Bundes- und Landesebene, welche auch die Prüfung der Eignung zur Teilnahme an der Versorgung durch den Zulassungsausschuss ermöglicht
- Einführung von Informationspflichten für iMVZ gegenüber den Patientinnen und Patienten (Praxisschild und Website)

# 4

## DIGITALISIERUNG PRAXISTAUGLICH GESTALTEN

Die Digitalisierung muss den Anspruch haben, die Versorgung der Menschen weiter zu verbessern, sichere Kommunikationswege zu schaffen und Bürokratieabbau voranzubringen.

Aktuelle Daten, wie etwa der TI-Atlas 24 der *gematik*, belegen, dass die Anbindung der Zahnarztpraxen an die Telematikinfrastruktur (TI) abgeschlossen ist und die erforderlichen Dienste und Komponenten flächendeckend verwendet werden. Dabei haben Zahnarztpraxen von allen Sektoren den höchsten TI-User-Index (hohe Digitalunterstützung und Kommunikation zwischen den Akteuren im Gesundheitswesen) und gehören darüber hinaus zu den Einrichtungen, die den Kommunikationsdienst KIM (Kommunikation im Medizinwesen) am intensivsten nutzen.

**Zahnarztpraxen haben den höchsten TI-User-Index von allen Sektoren**

Dennoch ist der konkrete Mehrwert der Digitalisierung für die Patientenversorgung und die Entlastung und Unterstützung im Praxisalltag für die Zahnärzteschaft noch wenig spürbar. Stattdessen sieht sich die Zahnärzteschaft mit unausgereiften Anwendungen, einer zunehmenden Detailliertheit technischer Vorgaben in den Digitalisierungsgesetzen sowie unrealistisch kurzen, sanktionsbewährten Fristen, Honorarkürzungen oder sogar dem Instrument des Abrechnungsverbots konfrontiert.

Die Expertise und Erfahrung der Zahnärzteschaft – nah an der Versorgung der Patientinnen und Patienten – wird dabei an den Rand gedrängt. Der Erfolg der Digitalisierungsvorhaben, das zeigen beispielhaft die Probleme rund um die Einführung der Elektronischen Patientenakte (ePA), lässt sich nicht einseitig von oben durch gesetzliche Pflichten und politisch motivierte unrealistisch kurze Fristen erzwingen. Vielmehr müssen alle Beteiligten mitgenommen und Akzeptanz geschaffen werden.

### Was ist zu tun?

Der Schlüssel für eine erfolgreiche Digitalisierung liegt in der Nutzerfreundlichkeit digitaler Anwendungen und Prozesse sowie ihrer Praxistauglichkeit, d. h. ihrem erkennbaren Mehrwert für die Versorgung und ihrem Potenzial, Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie ihre Teams in ihrer Arbeit zu entlasten und es ihnen zu ermöglichen, sich stärker ihrer Kernaufgabe, der Versorgung der Patientinnen und Patienten, zu widmen. Dabei muss die oberste Direktive sein, im Zuge der Digitalisierung Bürokratielasten abzubauen und keine neuen administrativen Aufgaben für die Zahnarztpraxen zu schaffen.



Positive Anreize, die die Motivation und Akzeptanz für die Digitalisierung stärken, sind ebenso notwendig wie flexible Rahmenbedingungen, die es den Vertreterinnen und Vertretern der Gesundheitsberufe ermöglichen, ihre Expertise und ihre Erfahrungen aus der Versorgung einzubringen. Dazu gehört auch, Anwenderinnen und Anwender frühzeitig in die Entwicklung und Umsetzung von TI-Lösungen einzubeziehen, ausreichend lange Testphasen durchzuführen und die Praxistauglichkeit durch Qualitätskriterien zu sichern.

**Nutzerfreundlichkeit und Praxis-tauglichkeit sind der Schlüssel einer erfolgreichen Digitalisierung**

Aus dem Versorgungsalltag heraus wissen die Zahnärztinnen und Zahnärzte und ihre Teams selbst am besten, welche Prozesse und Anwendungen die Versorgung verbessern und Bürokratie- und Verwaltungsaufwände reduzieren. Der Gesetzgeber sollte sich daher auf die Festlegung von übergeordneten Zielvorgaben beschränken und auf kleinteilige Vorgaben verzichten. Dafür muss der Expertise der Selbstverwaltung Raum gegeben und ihre Handlungs- und Gestaltungsspielräume müssen ausgebaut und gestärkt werden. Die Interessen und Erfahrungen der Vertragszahnärztenschaft bei der Konzeption und Einführung von Digitalisierungsvorhaben und -anwendungen müssen zwingend berücksichtigt werden (echtes, wirkungsvolles Mitentscheidungsrecht der Leistungserbringerorganisationen im Hinblick auf die Stimmrechtsverteilung in der *gematik*).

Leuchtturmprojekt und konkretes Beispiel mehrwertschaffender Digitalisierung ist das aus der Selbstverwaltung heraus entwickelte Elektronische Beantragungs- und Genehmigungsverfahren (EBZ). Als nächster Meilenstein steht nun der Elektronische Datenaustausch zwischen Dentallabor und Zahnarztpraxis (eLABZ) an.

Als erstes medizinisches Informationsobjekt (MIO) wurde zudem das elektronische Zahnbonusheft (eZahnbonusheft) spezifiziert, welches ermöglicht, die Dokumentation der Durchführung von zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen auf Wunsch digital abzubilden. Wir streben an, im Sinne der Patientenversorgung sowie der Prozessoptimierung in den Praxen, weitere zahnärztliche MIO zu etablieren.

Eine konkrete Chance zur Verbesserung des Versorgungsalltags besteht auch im Bereich der Videosprechstunden, die in der zahnärztlichen Versorgung bislang gesetzlich jedoch nur auf Pflegebedürftige, Empfängerinnen und Empfänger von Eingliederungshilfe sowie auf Pflegeeinrichtungen mit Kooperationsverträgen beschränkt sind. Wir sprechen uns dafür aus, dass die Videosprechstunde künftig bei Beratung und Aufklärung im Sinne der sprechenden Zahnmedizin genutzt werden kann.



#### Unsere Forderungen an die Bundesregierung:

- Abkehr von einer Sanktionspolitik hin zu einer Politik, die durch positive Anreize Motivation und Akzeptanz schafft
- Etablierung praxistauglicher und gut erprobter TI-Anwendungen zur Verbesserung der Patientenversorgung und zur Unterstützung der Praxen bei der Bürokratiebewältigung
- Gesamtverantwortung für den Betrieb der TI und ihre Erreichbarkeit bei der *gematik* verorten
- Ausweitung der Möglichkeit der Videosprechstunde im vertragszahnärztlichen Bereich auf alle Patientinnen und Patienten

# 5

## BÜROKRATIE ABBAUEN

Durch eine erhebliche Zunahme regulatorischer Vorgaben wird der Versorgungsalltag in den zahnärztlichen Praxen heute in großem Maße von Bürokratielasten und Verwaltungsaufgaben beeinträchtigt. Die niedergelassenen Zahnärztinnen und Zahnärzte und ihre Praxisteams fühlen sich dadurch erheblich belastet. Große Teile wertvoller Zeit, die eigentlich der Versorgung der Patientinnen und Patienten zugutekommen sollte, werden durch diese Aufgaben gebunden. Zahnärztinnen und Zahnärzte müssen laut einer aktuellen, von uns durchgeführten Umfrage<sup>7</sup> durchschnittlich etwa sechs Stunden pro Woche für bürokratische Aufgaben einplanen. Rechnet man noch die durchschnittliche Bürokratiebelastung von zweieinhalb Stunden je Praxismitarbeiterin bzw. -mitarbeiter dazu, ergeben sich für eine durchschnittliche Praxis über 24 Stunden Bürokratieaufwand pro Woche. Anstatt Bürokratie und Verwaltungsarbeit bewältigen zu müssen, sollte den Praxen mehr Zeit für ihre Arbeit mit den Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen.

*Überbordende Bürokratie hält von der Niederlassung ab*

Auch auf niederlassungswillige Zahnärztinnen und Zahnärzte wirken eine überbordende Regulierung bei der Gründung und ein steigender Verwaltungsaufwand in den Praxen in hohem Maße abschreckend. Dies senkt die Bereitschaft, sich in eigener Praxis niederzulassen oder eine bestehende Praxis zu übernehmen. Ein gründungsfreundliches Umfeld entsteht insbesondere dadurch, dass die bürokratischen Anforderungen für die Niederlassung möglichst gering sind. Dieser Zusammenhang ist empirisch klar belegt: Das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) hat junge Zahnärztinnen und Zahnärzte zu wichtigen Determinanten ihrer beruflichen Entscheidungen befragt. Die überbordende Bürokratie ist demnach einer der Hauptgründe, der grundsätzlich niederlassungsbereite Zahnärztinnen und Zahnärzte von einer Niederlassung abhält.<sup>8</sup>

<sup>7</sup> Die Umfrage unter den Zahnarztpraxen ist Teil des 2023 gemeinsam von KZBV und BZÄK veröffentlichten Maßnahmenkatalogs zum Bürokratieabbau. Sie ist online verfügbar unter <https://www.kzbv.de/umfrage-buerokratieabbau>

<sup>8</sup> Kettler, N. (2021). Junge Zahnärztinnen und Zahnärzte: Berufsbild – Patientenversorgung – Standespolitik. Deutscher Zahnärzte Verlag, Köln.



### Was ist zu tun?

Ein prioritäres Ziel der neuen Bundesregierung muss es sein, die Praxen schnell und pragmatisch von den ausufernden Bürokratielasten zu befreien und damit dafür zu sorgen, dass die Zahnärztinnen und Zahnärzte und ihre Teams wieder mehr Zeit für die Patientenbehandlung haben. Mit Blick auf den demografischen Wandel und den Fachkräftemangel ist dies ganz besonders geboten, um dringend benötigte personelle Ressourcen freizusetzen, die Attraktivität einer freiberuflichen Niederlassung zu erhalten und so eine flächendeckende und wohnortnahe Versorgung sicherzustellen.

Gemeinsam mit der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) haben wir hierzu einen umfangreichen Katalog mit Maßnahmenvorschlägen zum Bürokratieabbau vorgelegt<sup>9</sup>. Auch auf der Ebene der Selbstverwaltung unterbreiten wir Vorschläge, um Bürokratie im System abzubauen. Neben diesen direkt umzusetzenden Maßnahmen ist Bürokratieabbau eine Daueraufgabe: Bei neuen Gesetzen und Verordnungen ist Bürokratieabbau immer mitzudenken und zu beachten, etwa im Bereich der Telematik und ihrer Anwendungen.

#### Unsere Forderungen an die Bundesregierung:

- Vorlage eines Bürokratieabbaugesetzes für die vertragszahnärztliche Versorgung mit wirkungsvollen Maßnahmen auf Basis der Vorschläge der Selbstverwaltung
- Bürokratieabbau als Daueraufgabe und Grundprinzip bei neuen Gesetzen

<sup>9</sup> Der Maßnahmenkatalog mit dem Titel „Gemeinsam Bürokratie abbauen! Vorschläge zum Bürokratieabbau in der zahnärztlichen Versorgung“ ist online verfügbar unter <https://www.kzbv.de/massnahmen-buerokratieabbau>

## **IMPRESSUM:**

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)  
Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Behrenstraße 42  
10117 Berlin

[www.kzbv.de](http://www.kzbv.de)  
[politik@kzbv.de](mailto:politik@kzbv.de)