

Versorgung sichern – Strukturen stärken

Aktionsplan 2025 bis 2030 für eine wohnortnahe
und flächendeckende vertragszahnärztliche Versorgung



Oktober 2025



INHALT

1	Vorwort	3
2	Demografie und zahnmedizinische Versorgungsbedarfe	5
3	Vertragszahnärztliche Versorgung in Deutschland: Status Quo und Entwicklungen	7
	3.1 Gesamtzahl der Zahnärztinnen und Zahnärzte	7
	3.2 Entwicklung der Praxisstrukturen und -verteilung	13
	3.3 Zusammensetzung der Zahnärzteschaft	21
	3.4 Entwicklung von Tätigkeitsumfang und Vollzeitäquivalenten	32
	3.5 Entwicklung der Versorgungsgrade unter gleichbleibenden Rahmenbedingungen	41
	3.6 Auf einen Blick: Versorgungssituation 2030	46
4	Erwartungen der Zahnärzteschaft an die Berufsausübung	48
5	Instrumente und Maßnahmen für eine zukunftsfeste Versorgung	52
	5.1 Maßnahmen der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen	52
	5.2 Politischer Handlungsbedarf	53
	5.3 Unsere Forderungen zur Stärkung der Versorgungsstrukturen	58
	Impressum	60

1

Vorwort

Der Zugang zu einer guten und flächendeckenden Gesundheitsversorgung ist für die Menschen in Deutschland von besonders hoher Bedeutung. Dies zeigen aktuelle Untersuchungen. Laut des Gleichwertigkeitsberichts 2024 ist eine gute Gesundheits- und Pflegeversorgung aus Sicht der Bevölkerung neben bezahlbarem Wohnraum für gleichwertige Lebensverhältnisse am wichtigsten.¹ Gleichzeitig zeigen aktuelle Umfragen, dass das Vertrauen der Menschen, bei Bedarf gut versorgt zu werden, in den letzten Jahren steil zurückgegangen ist. Nach einer repräsentativen Befragung des Demoskopischen Instituts Allensbach im Auftrag der „Frankfurter Allgemeinen Zeitung“ gehen 52 % der Bürgerinnen und Bürger davon aus, dass sich die Gesundheitsversorgung in den nächsten zehn Jahren verschlechtern wird.²

Dies gibt Anlass, die Versorgungsperspektive der nächsten Jahre einer genauen Analyse zu unterziehen. Denn ebenso wie die Gesundheitsversorgung allgemein steht auch die vertragszahnärztliche Versorgung in den nächsten Jahren vor bedeutsamen Herausforderungen, die insbesondere durch demografische Entwicklungen und einem Strukturwandel auf dem Arbeitsmarkt geprägt sind.

Besonders dynamisch wirken sich die demografischen Umbrüche in den ländlichen und strukturschwachen Regionen Deutschlands aus. Flankiert wird diese Entwicklung durch einen stetig steigenden Anteil an angestellten Zahnärztinnen und Zahnärzten mit einem gegenüber Niedergelassenen im Schnitt deutlich niedrigeren Tätigkeitsumfang sowie eine vor diesem Hintergrund zugleich sinkende Zahl der Praxen.

Es muss gelingen, das Berufsbild Zahnärztin bzw. Zahnarzt auch weiterhin attraktiv zu halten und die Niederlassung gerade in ländlichen und strukturschwachen Regionen zu fördern. Aufsetzend auf einer detaillierten Analyse und Prognose des Versorgungsgeschehens enthält der vorliegende Aktionsplan hierzu konkrete Maßnahmenvorschläge.³

¹ www.bmwk.de/Redaktion/DE/Publikationen/Wirtschaft/gleichwertigkeitsbericht-der-bundesregierung-2024.html

² www.faz.net/aktuell/politik/inland/vertrauen-ins-gesundheitssystem-sinkt-laut-allensbach-umfrage-rapide-19876222.html

³ Hinweis: Der vorliegende Aktionsplan bezieht sich ausschließlich auf die allgemeinzahnärztliche Versorgung. Der Bereich der kieferorthopädischen Versorgung mit seinen Besonderheiten bedarf einer gesonderten Analyse.

*Zahnärztliche
Versorgung
ist fester
Bestandteil
der Daseins-
vorsorge*

Als festen Bestandteil der Daseinsvorsorge müssen die Menschen in unserem Land auch in Zukunft unabhängig von ihrem Wohnort und unabhängig von ihrem sozialen Status darauf vertrauen können, dass sie Zugang zu einer qualitativ hochwertigen, präventionsorientierten zahnmedizinischen Versorgung haben. Denn es gibt keine Gesundheit ohne Mundgesundheit. Es ist daher ein großer Erfolg, dass sich die Mundgesundheit der Bevölkerung in den letzten Jahrzehnten erheblich verbessert hat, wie die 2025 veröffentlichte Sechste Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS 6)⁴ erneut belegt.

Auftrag und Anspruch von KZBV sowie den 17 regional tätigen Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen) ist es, diesen Erfolgsweg fortzusetzen. Das Fundament hierfür bilden die flächendeckenden und wohnortnahen Versorgungsstrukturen in unserem Land. Mit diesem Aktionsplan wollen wir einen zentralen Beitrag dazu leisten, die Versorgungsstrukturen insgesamt zu stärken und drohenden lokalen Versorgungsengpässen frühzeitig entgegenzusteuern – verbunden mit dem Ziel, dass die Mundgesundheit auch in den 2030er-Jahren ein Aushängeschild Deutschlands bleibt.

⁴ www.deutsche-mundgesundheitsstudie.de

2

Demografie und zahnmedizinische Versorgungsbedarfe

Die Gesamtbevölkerung in Deutschland wird in den nächsten 5 bis 10 Jahren relativ stabil bleiben. Die Bevölkerung wird in den westdeutschen Bundesländern bis 2035 leicht um rd. 1,6 % ansteigen, in den ostdeutschen Bundesländern um rd. 4 % zurückgehen.

Anteil der älteren Bevölkerung nimmt zu

Wesentliches Merkmal der demographischen Entwicklung ist der zunehmende Anteil der älteren Bevölkerung an der Gesamtbevölkerung (Abbildung 1). Diese Entwicklung beruht im Wesentlichen auf der zunehmenden Lebenserwartung und den sinkenden Geburtenzahlen.

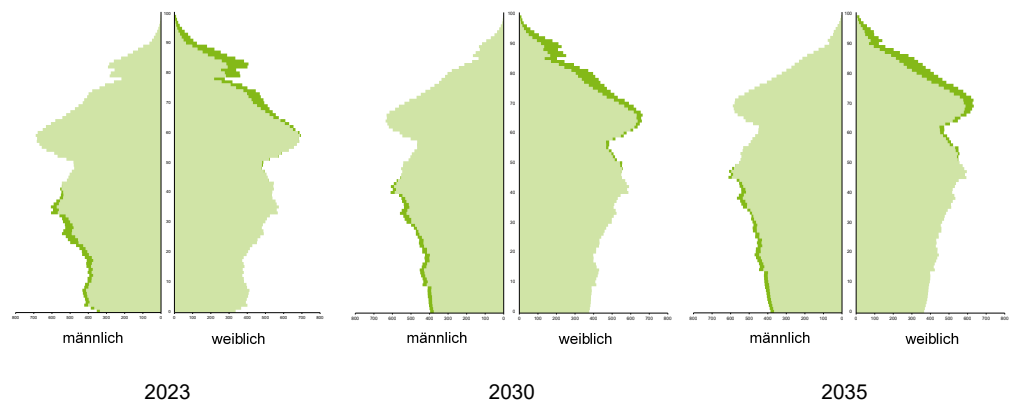


Abbildung 1: Altersverteilung der Bevölkerung 2023 und Prognosen für 2030 und 2035 (Deutschland), Quelle: KZBV, Statistisches Bundesamt

Verbesserung der Mundgesundheit – auch im Alter

Das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) veröffentlicht regelmäßig die Deutsche Mundgesundheitsstudie. Die sechste Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS 6) zeigt, dass sich die altersgruppenspezifischen oralen Morbiditätsprofile im Lebensbogen eines Menschen sukzessive nach hinten verschieben. Immer mehr jüngere Senioren (65- bis 74-Jährige) behalten heute ihre eigenen Zähne. Dieses Phänomen wird als Morbiditätskompression bezeichnet und kann auf die Erfolge in der Prävention, also der Verhütung von oralen Erkrankungen zurückgeführt werden, sowie den Fortschritten bei modernen, minimal- oder gering invasiven Therapiemaßnahmen.

Die Alterung der Bevölkerung dürfte zukünftig auch zu einer deutlich höheren Zahl und einem deutlich höheren Anteil älterer Pflegebedürftiger führen (Abbildung 2). Laut den Ergebnissen der Pflegevorausberechnung des Statistischen Bundesamtes (Destatis) wird ihre Zahl von rund 5,0 Millionen Ende 2021 auf etwa 5,4 Millionen im Jahr 2030 steigen. Die vorausberechnete Zahl der Pflegebedürftigen liegt 2035 sogar bereits bei 5,6 Millionen Pflegebedürftigen.⁵

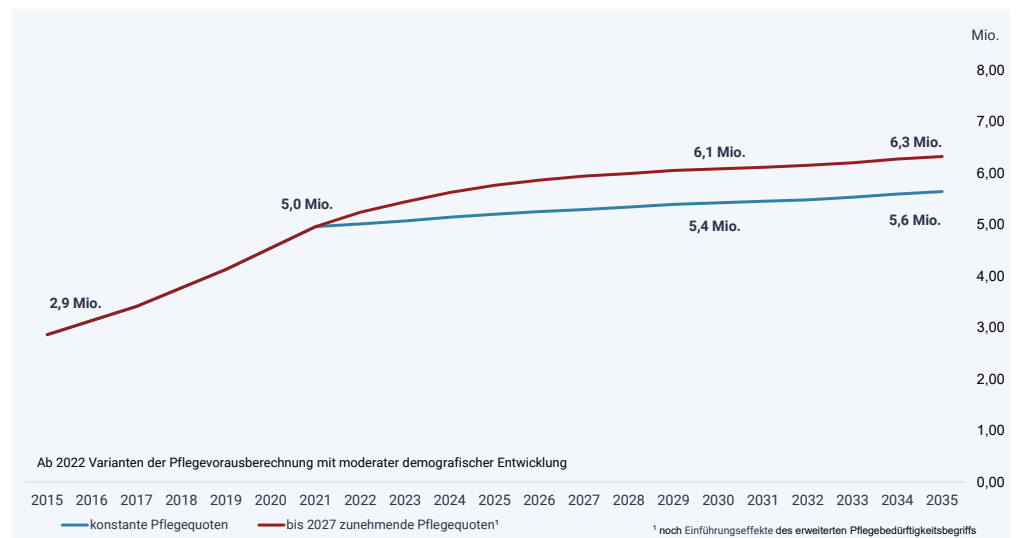


Abbildung 2: Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen 2015 bis 2035, Quelle: destatis

*Behandlungs-
bedarfe
verschieben
sich ins höhere
Lebensalter*

Diese Entwicklung wird sich auch auf die zahnmedizinische Versorgung auswirken: Ältere Menschen mit Pflegebedarf haben eine schlechtere Mundgesundheit als die gesamte Altersgruppe der älteren Senioren (75- bis 100-Jährige) und weisen auch einen höheren Behandlungsbedarf auf. Die Therapiefähigkeit sinkt, die Mundhygienefähigkeit nimmt ab und die Eigenverantwortung ist in hohem Maße eingeschränkt.

Behandlungsbedarfe verschieben sich zukünftig in das höhere Lebensalter. Dies ist zum einen auf eine Morbiditätskompression – also mehr eigene Zähne und weniger Zahnlosigkeit im Alter – und zum anderen auf die demografische Entwicklung mit steigenden Lebenserwartungen, aber auch einem insgesamt erhöhten Pflegebedarf zurückzuführen. Diese Entwicklungen stellen die zahnmedizinische Versorgung vor neue Herausforderungen.

⁵ Sofern in der Modellrechnung zugrunde gelegt wird, dass sich der Anstieg der Pflegequoten durch den seit 2017 noch weiter gefassten Pflegebedürftigkeitsbegriff weiter fortsetzen wird, zeigen sich sogar noch deutlich höhere Anstiege der Zahl der Pflegebedürftigen.

3

Vertragszahnärztliche Versorgung in Deutschland: Status Quo und Entwicklungen

3.1 Gesamtzahl der Zahnärztinnen und Zahnärzte

Ende 2024 nahmen 62.874 Zahnärztinnen und Zahnärzte an der vertragszahnärztlichen Versorgung, also der Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten, teil.⁶

Diese Zahl umfasst:

- 43.166 niedergelassene Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte und
- 19.708 angestellte Zahnärztinnen und Zahnärzte in Einzelpraxen, Berufsausübungsgemeinschaften oder Medizinischen Versorgungszentren (MVZ).

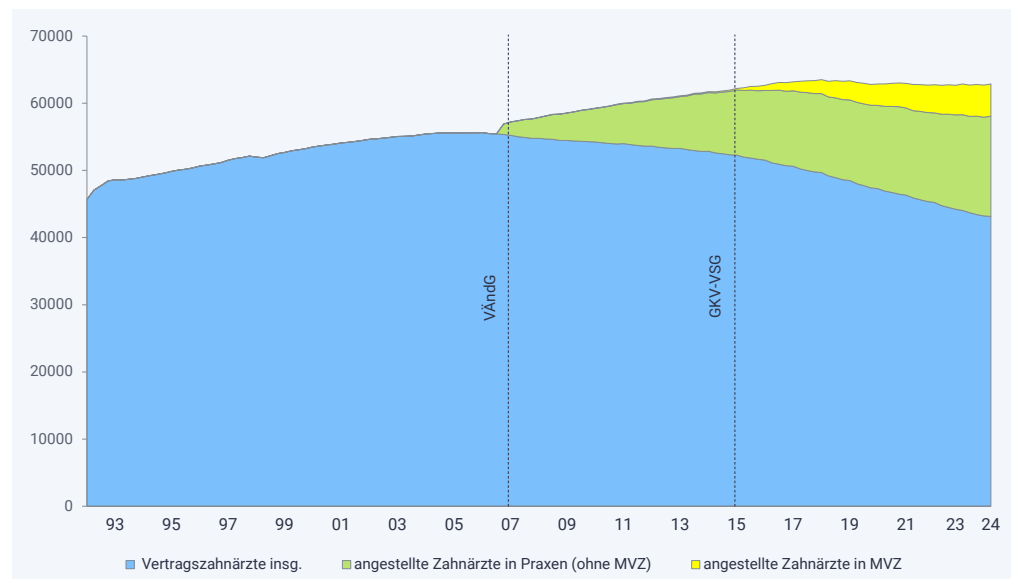


Abbildung 3: Entwicklung der an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnärztinnen und Zahnärzte im gesamten Bundesgebiet, Quelle: KZBV

Die in Abbildung 3 dargestellte Entwicklung der Gesamtzahl an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmender Zahnärztinnen und Zahnärzte hat sich seit den 1990er-Jahren nach einer längeren Phase des Aufwuchses in der letzten Dekade auf einem stabilen, leicht steigenden Niveau eingependelt.

⁶ Die weitere Analyse bezieht sich ausschließlich auf die an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnärztinnen und Zahnärzte. Die Zahl der insgesamt behandelnd tätigen Zahnärztinnen und Zahnärzte ist etwas höher und lag Ende 2023 bei 72.853, was neben reinen Privatzahnärztinnen und -ärzten auch Zahnärztinnen und Zahnärzte umfasst, die z.B. in Krankenhäusern oder Universitätskliniken, bei Gesundheitsämtern oder der Bundeswehr tätig sind.

*Entwicklung
West und Ost
gegenläufig*

In der Darstellung gesondert kenntlich gemacht ist dabei die Entwicklung bei den angestellten Zahnärztinnen und Zahnärzten (Einzelpraxis, Berufsausübungsgemeinschaft und MVZ) seit Mitte der 2000er, um die durch Gesetzesänderungen ausgelösten Dynamiken einzufangen, auf die in Kapitel 3.3 noch näher eingegangen wird. So erfolgte mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (2007) die rechtliche Öffnung für angestellte Zahnärztinnen und Zahnärzte in Praxen, durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (2015) wurden zudem arztgruppengleiche und damit auch reine Zahnarzt-MVZ (Medizinische Versorgungszentren) ermöglicht, die keinen Anstellungsgrenzen unterliegen.

Trotz der bundesweit relativ stabilen Gesamtzahl zeigen sich gegenläufige Entwicklungstrends in den west- und ostdeutschen Bundesländern (Abbildung 4 und Abbildung 5).

Während in den westdeutschen Bundesländern in den letzten 10 Jahren sogar insgesamt leicht steigende Zahnärztezahlen zu verzeichnen sind, gehen die Zahlen in den ostdeutschen Ländern im selben Zeitraum kontinuierlich zurück. Dies ist vor allem auf einen höheren Anteil älterer Zahnärztinnen und Zahnärzte in den ostdeutschen Ländern zurückzuführen, der dazu führt, dass dort aktuell mehr Zahnärztinnen und Zahnärzte aus Altersgründen aus der Versorgung ausscheiden, wie im Kapitel 3.3 noch näher dargelegt wird.

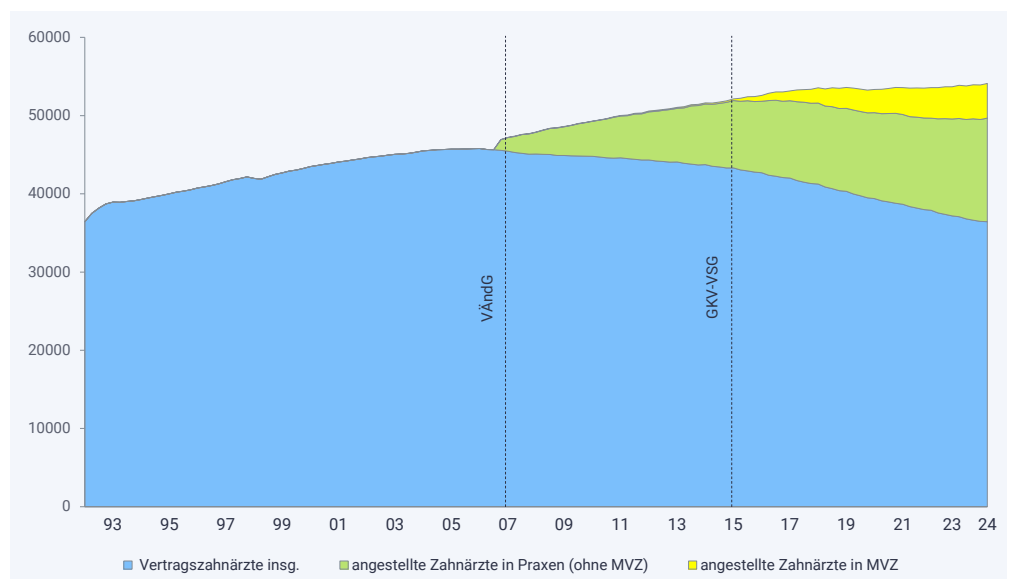


Abbildung 4: Entwicklung der an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnärztinnen und Zahnärzte (West), Quelle: KZBV

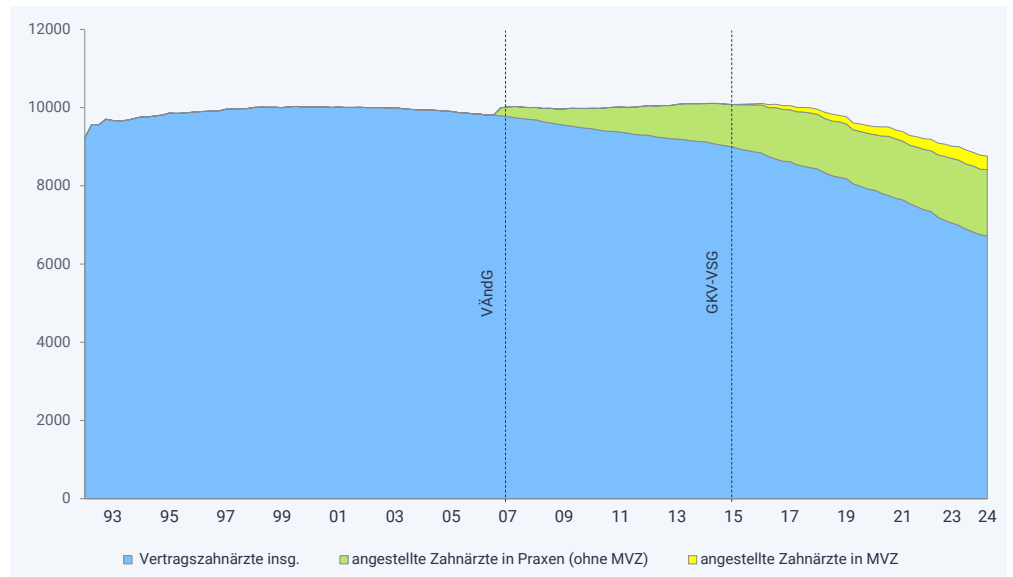


Abbildung 5: Entwicklung der an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnärztinnen und Zahnärzte (Ost), Quelle: KZBV

Anzahl der Studierenden auf koninuiierlich hohem Niveau

Bundesweit gibt es ein stabil hohes Interesse am Beruf Zahnärztin bzw. Zahnarzt, wie Tabelle 1 zeigt. In den letzten 15 Jahren war die Zahl der Studierenden sowohl in West als auch Ost in etwa auf stabilem Niveau.

Entwicklung der Zahl der Studienplätze, Approbationen und Vorbereitungsassistenten - Ost/West

Jahr	Studienplätze		Jahr	Approbationen nach 6 J.		Differenz		Vorbereitungsassistenten*	
	West	Ost		West	Ost	West	Ost	West	Ost
2009	1.854	280	2015	1.972	321	118	41	3.727	479
2010	1.863	277	2016	2.021	388	158	111	3.710	460
2011	1.864	280	2017	1.886	306	22	26	3.753	455
2012	1.876	282	2018	1.913	297	37	15	3.794	429
2013	1.871	276	2019	2.152	311	281	35	3.844	463
2014	1.884	275	2020	1.985	327	101	52	3.896	439
2015	1.883	279	2021	2.278	274	395	-5	4.118	457
2016	1.883	287	2022	2.216	288	333	1	4.240	469
2017	1.883	284	2023	2.205	300	322	16	4.233	472
2018	1.878	287							
2019	1.901	290							
2020	1.905	292							
2021	1.863	292							
2022	1.888	291							

* Aufgrund der zweijährigen Vorbereitungszeit befinden sich in jedem Jahr die Zahnärztinnen und Zahnärzte aus zwei Approbationsjahrgängen in der Vorbereitungszeit

Tabelle 1: Entwicklung der Zahl der Studienplätze, Approbationen und Vorbereitungsassistenten – Ost/West, Quelle: KZBV, ZVS, Stiftung für Hochschulzulassung, Statistische Landesämter, Approbationsstellen der Länder

Unterschiede bei Entwicklung der Approbationen und Vorbereitungsassistenten in West und Ost

Auffällig ist im Kontrast dazu die Entwicklung bei den Approbationen. Die Differenz von einerseits Approbationen und andererseits Studierenden, die sechs Jahre zuvor⁷ ein Zahnmedizinstudium begonnen hatten, ist sowohl für die west- als auch die ostdeutschen Länder in Tabelle 1 gesondert ausgewiesen.

Hier zeigen sich frappierende Unterschiede:

- Im Westen lagen die Approbationen seit 2015 mit steigender Tendenz stets über den zugehörigen Studienplätzen (2023: 322 mehr Approbationen als Studienplätze sechs Jahre zuvor).⁸
- Auch im Osten überstieg die Zahl der Approbationen die Anzahl der Studienanfänger sechs Jahre zuvor. Diese Differenz zugunsten der Approbationen nahm aber tendenziell immer weiter ab und löste sich in den letzten beiden Jahren sogar vollständig auf, sodass im Jahr 2022 die Zahl der Approbationen im Osten in etwa der Zahl der Studienanfänger sechs Jahre zuvor entsprach. In 2023 übertraf die Zahl der Approbationen hier jedoch wieder erneut die Anzahl der Studierenden, die sechs Jahre zuvor ein Zahnmedizinstudium begonnen hatten (16 Approbationen mehr als Studienplätze 2017).

Eine Ost-West-Divergenz ist auch bei der Zahl der Vorbereitungsassistenten⁹ festzustellen:

Während in den ostdeutschen Ländern deren Anzahl (mit zwischenzeitlich kleineren Rückgängen) heute in etwa auf dem Niveau von 2015 liegt, ist sie im Westen um knapp 14 % gestiegen.

⁷ Entspricht der durchschnittlichen Studiendauer im Fach Zahnmedizin von 11,4 Semestern.

⁸ Ergänzende Erläuterung: Die Anzahl der Approbationen lag bundesweit im Rückblick stets über den vorhandenen Studienplätzen sechs Jahre zuvor, was auf Approbationen von Zahnärztinnen und Zahnärzten zurückzuführen ist, die nicht in Deutschland studiert haben. Der weitaus größte Teil der Zahnärztinnen und Zahnärzte mit Studium im Ausland erhält dabei die Approbation in den westdeutschen Ländern. In den Jahren 2015 bis 2023 lag dieser Anteil zwischen 87 % und 94 %.

⁹ Die Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung setzt eine zweijährige Vorbereitungszeit voraus.

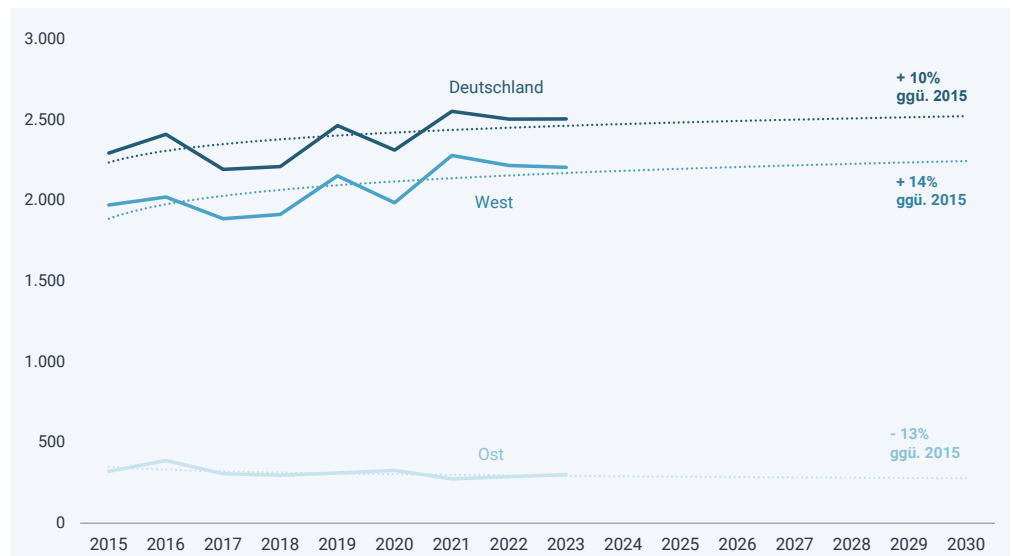


Abbildung 6: Entwicklung und Prognose der Approbationen in West und Ost, Quelle: KZBV

Abbildung 6 verdeutlicht die in den letzten Jahren immer weiter auseinandergehende Schere zwischen Ost und West bei der Gesamtanzahl der Approbationen. In den westdeutschen Bundesländern folgen die Approbationen einem Aufwärtstrend und lagen 2023 mit 2.205 um 11,82 % höher als noch in 2015 (1.972 Approbationen). In den ostdeutschen Bundesländern hingegen ist die Zahl der Approbationen tendenziell sogar rückläufig. Diese lagen 2023 mit 300 um 6,5 % niedriger als in 2015 mit 321.

Prognostisch dürften sich diese Entwicklungen fortsetzen, sodass die Approbationszahlen im Westen in 2030 um rd. 14 % oberhalb der Approbationszahlen aus 2015 liegen könnten.

Im Osten dürfte sich der rückläufige Trend prognostisch fortsetzen, so dass es in 2030 rd. 13 % weniger Approbationen als noch in 2015 geben könnte. Da es häufig einen Zusammenhang zwischen dem Approbationsort und dem anschließenden Tätigkeitsort gibt, könnte dies Einfluss auf die Versorgungssituation haben.¹⁰

¹⁰ Die Entwicklung der Approbationen ist zudem auch ein guter Indikator für die künftige Entwicklung bei der Gesamtzahl der in der Versorgung tätigen Zahnärztinnen und Zahnärzte. Der Anteil der Zahnärztinnen und Zahnärzte, die nach ihrer Approbation in der Patientenversorgung tätig werden, liegt generell vergleichsweise sehr hoch und aktuell bei etwa 90 %. So waren beispielsweise im Jahr 2019 bundesweit lediglich 0,2 % der approbierten Zahnärztinnen und Zahnärzte außerhalb der Patientenversorgung tätig, 8,4 % waren in einer vorübergehenden Auszeit von der Patientenversorgung. Im Gegensatz dazu beobachtet man im allgemeinmedizinischen Bereich seit einigen Jahren die Tendenz, dass nicht alle ausgebildeten Ärztinnen und Ärzte auch in der Patientenversorgung ankommen (Kettler 2021, S. 87 f.).

Prognose: Zahnärztezahlen auf stabilem Niveau – Gegenläufige Entwicklungen in West und Ost

Der bundesweit leichte Anstieg bei der Gesamtzahl der in der vertragszahnärztlichen Versorgung tätigen Zahnärztinnen und Zahnärzte dürfte sich mit Blick auf die aktuellen Approbationszahlen in den kommenden Jahren weiter fortsetzen (Abbildung 7).

In 2024 lag die Zahl der Zahnärztinnen und Zahnärzte in Deutschland um 1,5 % oberhalb der Zahl aus 2015.

In 2030 könnte die Anzahl um 0,9 % oberhalb der Zahl der Zahnärztinnen und Zahnärzte in 2024 liegen.

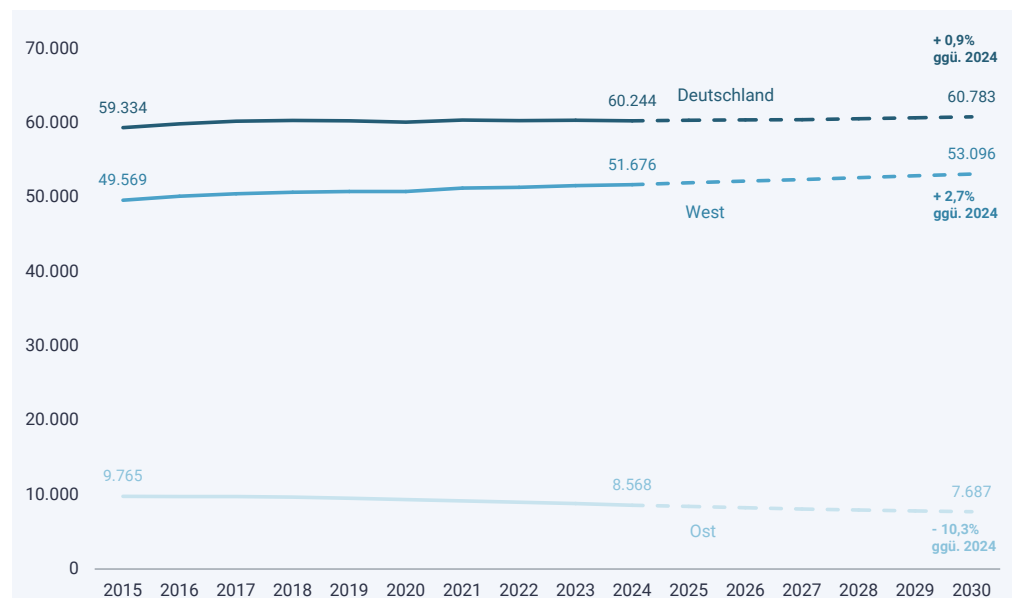


Abbildung 7: Entwicklung und Prognose der Zahl der Zahnärztinnen/-ärzte (Köpfe), Quelle: KZBV

Allerdings zeigt sich, wie auch bereits bei den Approbationszahlen, eine divergierende Entwicklung in den west- und ostdeutschen Bundesländern:

- In den westdeutschen Bundesländern ist die Zahl der Zahnärztinnen und Zahnärzte (Vertrags- und angestellte Zahnärztinnen und Zahnärzte nach Köpfen) bereits seit 2015 leicht angestiegen. Setzt sich diese Entwicklung weiter fort, wird die Zahl der Zahnärztinnen und Zahnärzte (Köpfe) in 2030 um 2,7 % über dem Wert von 2024 liegen.
- In den ostdeutschen Bundesländern hat hingegen ein deutlicher Rückgang stattgefunden, der sich voraussichtlich fortsetzen wird, sodass die Zahl der Zahnärztinnen und Zahnärzte in 2030 um 10,3 % unterhalb des Werts von 2024 liegen wird.

ZUSAMMENGEFASST:

Die Gesamtzahl der Zahnärztinnen und Zahnärzte steigt bis 2030 voraussichtlich leicht an (+ 0,9 %).

Dieser Anstieg ist durch eine unterschiedliche Entwicklung der Zahlen zwischen den west- (+ 2,7 %) und ostdeutschen (- 10,3 %) Bundesländern gekennzeichnet.

3.2 Entwicklung der Praxisstrukturen und -verteilung

Die Praxiszahlen sind seit der rechtlichen Öffnung für Anstellungen durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (2007) sowie der rechtlichen Öffnung für arztgruppengleiche und damit auch reine Zahnarzt-MVZ durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (2015) kontinuierlich rückläufig.

Allein zwischen 2015 und 2023 ist deutschlandweit knapp jede zehnte Praxis verschwunden (-11,5%). Dabei fällt der Rückgang der Praxiszahlen in den westdeutschen Bundesländern mit - 9,5 % (Abbildung 8) deutlich schwächer aus als im Osten mit - 20,7 % (Abbildung 9). Der Trend rückläufiger Praxiszahlen wird sich prognostisch sowohl in den ost- als auch in den westdeutschen Ländern weiter fortsetzen.

*Rückgang
Praxiszahlen
im Osten
besonders
ausgeprägt*



Abbildung 8: Entwicklung der Praxiszahlen und MVZ – West, Quelle: KZBV

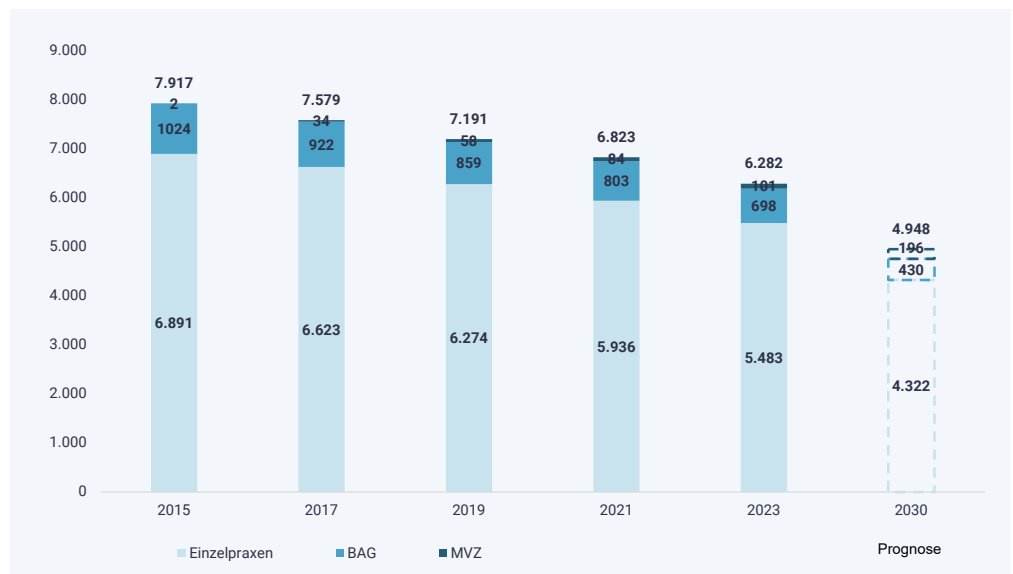


Abbildung 9: Entwicklung der Praxiszahlen und MVZ – Ost, Quelle: KZBV

*Einzelpraxis
auch in 2030
häufigste
Praxisform*

In Bezug auf die Praxisformen ist die Einzelpraxis sowohl in West als auch in Ost die häufigste Praxisform, in den ostdeutschen Bundesländern 2023 mit 87,3 % in noch stärkerem Maße als in den westdeutschen Bundesländern mit 78,3 %.

Dies wird sich auch prognostisch bis 2030 nicht ändern. Im Westen wird der Anteil bis 2030 bei linearer Fortschreibung der Entwicklung nur leicht zurückgehen auf 75,9 %. Im Osten bleibt der Anteil stabil bei 87,3%.

*Weiter hohe
Bereitschaft
zur Nieder-
lassung*

Der Rückgang der Praxen ist nicht in erster Linie auf eine sinkende Niederlassungswilligkeit zurückzuführen, vielmehr weist die Zahl der jährlich neu hinzukommenden Vertragszahnärztinnen und -zahnärzte sowohl in den westdeutschen als auch in den ostdeutschen Bundesländern einen relativ stabilen Verlauf auf. Im Westen kommen jährlich durchschnittlich 1.100 Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte neu hinzu, im Osten rd. 170.

Die Rückgänge der Praxiszahlen sind wie oben dargestellt vor allem demografiebedingt bzw. auf die Altersstruktur der Zahnärztinnen und Zahnärzte und auf das vermehrt altersbedingte Ausscheiden aus der Versorgung zurückzuführen. So nahmen die Abgänge in den vergangenen Jahren mit steigender Dynamik zu und lagen im Jahr 2024 bundesweit bei 2.008 (Vergleich 2015: 1.863). Entsprechend sinkt die absolute Zahl der Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte seit 2008 kontinuierlich.

Die durchschnittliche Praxis in Deutschland (über alle Praxisformen hinweg) umfasst in 2024 1,7 Zahnärztinnen und Zahnärzte. In den letzten Jahren zeigt sich deutschlandweit ein Trend zu größeren Praxiseinheiten, der im Westen etwas stärker ausgeprägt ist als im Osten.

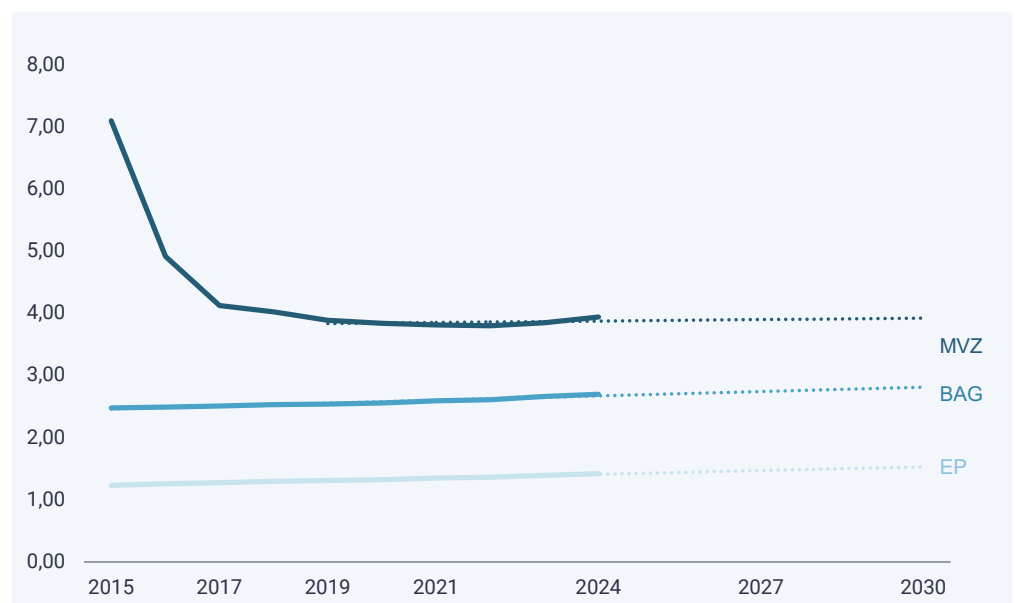


Abbildung 10: Entwicklung und Fortschreibung der durchschnittlichen Praxisgröße West seit 2015, Quelle: KZBV

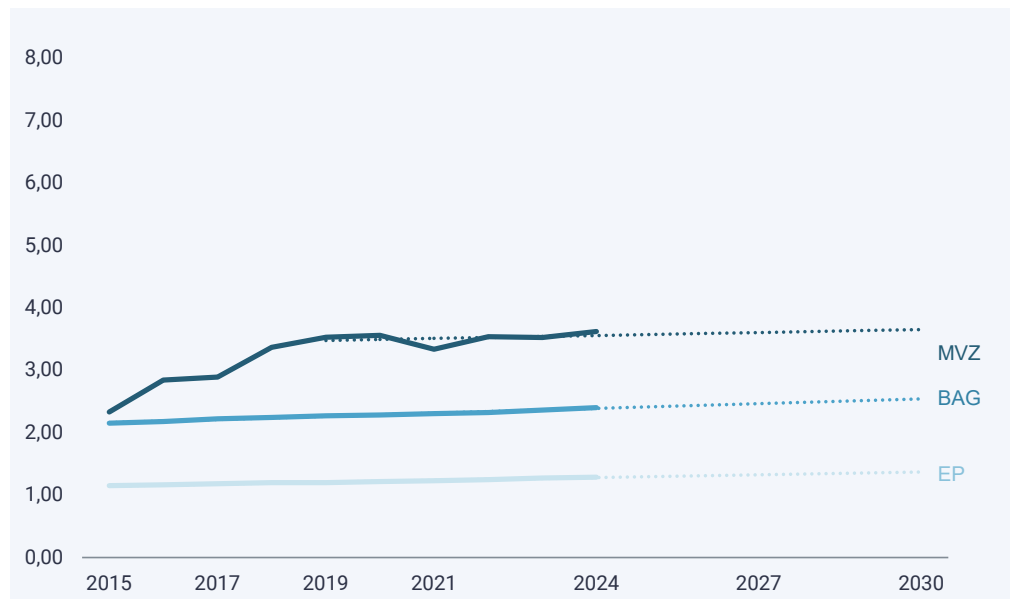


Abbildung 11: Entwicklung und Fortschreibung der durchschnittlichen Praxisgröße Ost seit 2015, Quelle: KZBV

So sind auch Einzelpraxen häufig nicht mehr klassische „Einzelkämpfer“, sondern verfügen regelmäßig auch über angestellte Zahnärztinnen und Zahnärzte. In den westdeutschen Bundesländern sind in einer Einzelpraxis im Durchschnitt 1,42 Zahnärztinnen bzw. Zahnärzte tätig, in den ostdeutschen Bundesländern 1,29.

Zum Vergleich: 2015 waren in den westdeutschen Bundesländern im Durchschnitt noch 1,23 Zahnärztinnen und Zahnärzte in Einzelpraxen tätig, was einem Zuwachs von 15,3 % entspricht. In den ostdeutschen Bundesländern lag der Wert in 2015 mit 1,16 Zahnärztinnen und Zahnärzten ebenfalls niedriger als im Westen und auch der Zuwachs fiel mit 11,6 % etwas schwächer aus.

Prognose: Kontinuierlicher Anstieg der durchschnittlichen Praxisgröße über alle Praxisformen hinweg

Der Trend zu größeren Praxen wird sich mit Blick auf die oben dargestellten Entwicklungen – stabile Gesamtzahl der Zahnärztinnen und Zahnärzte in Verbindung mit einem Rückgang der Praxiszahlen – voraussichtlich weiter fortsetzen. So wird die durchschnittliche Praxisgröße über alle Praxisformen in Deutschland prognostisch bis 2030 kontinuierlich steigen und würde bei einer insoweit linearen Fortschreibung dann bei 1,85 Zahnärztinnen und Zahnärzten liegen.

Bis Mitte der 2030er-Jahre könnte die durchschnittliche Praxisgröße bereits die Marke von 2 Zahnärztinnen bzw. Zahnärzten durchbrochen haben.

Steigende Konzentration der Praxisstandorte bei bevölkerungsproportionaler Verteilung

Die rückläufige Praxisanzahl sowie die parallele Zunahme der durchschnittlichen Praxisgröße bedeutet in der Konsequenz eine steigende Praxiskonzentration. Allerdings verläuft dieser Konzentrationsprozess relativ gleichmäßig zur Bevölkerungsentwicklung, wie die beiden nachfolgenden Kennzahlen verdeutlichen:

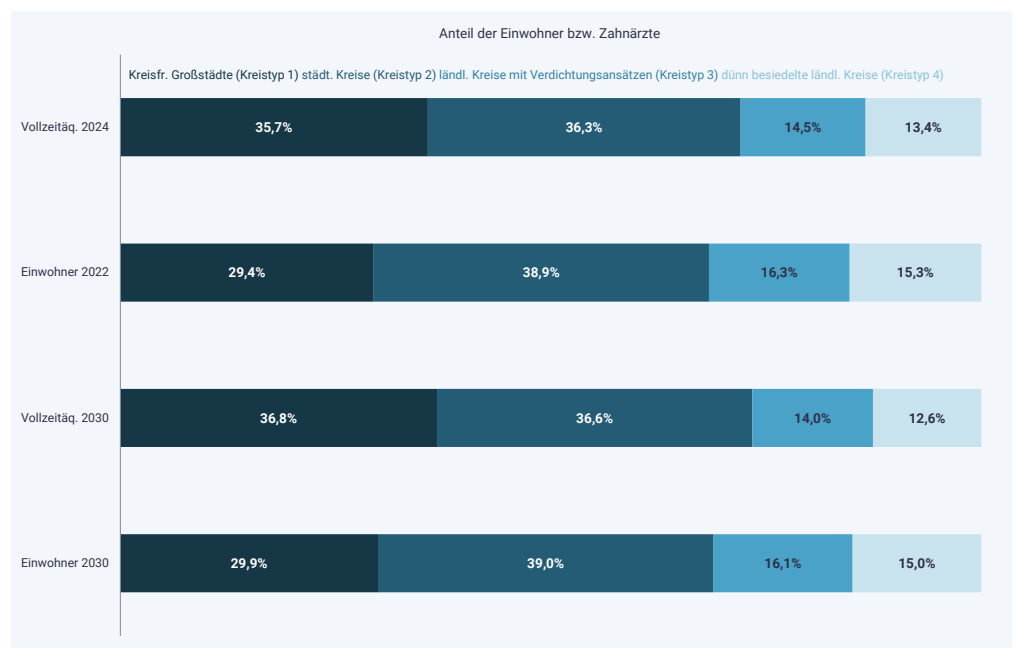


Abbildung 12: Verteilung der Einwohner und Zahnärzte auf siedlungsstrukturelle Kreistypen – 2024 und Prognose 2030, Quelle: KZBV

Ein Vergleich unter Heranziehung der siedlungsstrukturellen Kreistypen des BBSR zeigt, dass sich die Zahnärztinnen und Zahnärzte nach Vollzeitäquivalenten in 2024 annähernd bevölkerungsproportional verteilen, mit einem leichten Verschiebung zwischen den Kreistypen 1 (Kreisfreie Städte) und 2 (städtische Kreise).

In der Prognose für 2030 steigt der Bevölkerungsanteil (gemäß Bevölkerungsprognose des BBSR) in kreisfreien Städten um 0,5 Prozentpunkte von 29,4 % auf 29,9 %. Der Bevölkerungsanteil im Kreistyp 4 (dünn besiedelte ländliche Kreise) geht von 15,3 % um 0,3 Prozentpunkte auf 15,0 % zurück. Auch der Zahnarztanteil im Kreistyp 1 steigt leicht von 35,7 % in 2024 auf dann 36,8 %. Umgekehrt sind im Jahr 2030 12,6 % (statt 13,4 % in 2024) der Zahnärztinnen und Zahnärzte in Gebieten des Kreistyps 4 tätig. Demnach ist voraussichtlich weiterhin auch in 2030 eine bei den Zahnärztinnen und Zahnärzten annähernd bevölkerungsproportionale Verteilung zu beobachten.

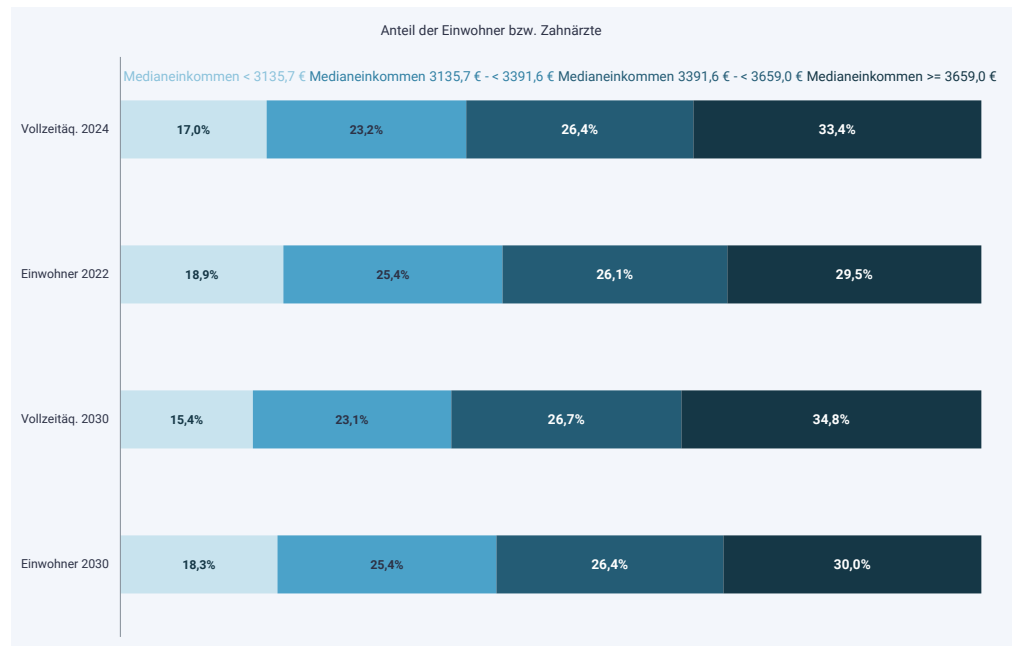


Abbildung 13: Verteilung der Einwohner und Zahnärzte auf Medianeinkommensgruppen – 2024 und Prognose 2030, Quelle: KZBV

Auch bei einer Aufteilung der Planungsbereiche in Medianeinkommensgruppen zeigt sich aktuell und auch in 2030 eine relativ bevölkerungsproportionale Verteilung der Zahnärztinnen und Zahnärzte.

Der Einwohneranteil in der Planungsbereichsgruppe mit dem niedrigsten Medianeinkommen sinkt gemäß Prognose bis 2030 von 18,9 % auf 18,3 % (-0,6 Prozentpunkte). Umgekehrt steigt der Bevölkerungsanteil in der höchsten Gruppe von 29,5 % auf 30,0 % (+0,5 Prozentpunkte).

Im Vergleich hierzu liegt die Veränderung des Zahnarztanteils 2030 nach Vollzeitäquivalenten bei -1,6 Prozentpunkten in den Bereichen mit niedrigem Medianeinkommen und bei +1,4 Prozentpunkten in den Bereichen mit hohem Einkommen.

Gefahren investorengetragener Medizinischer Versorgungszentren

Während die Einzelpraxis und BAG nach wie vor das Rückgrat der Versorgung, insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Räumen darstellen, siedeln sich größere, von Fremdinvestoren wie etwa Private-Equity-Gesellschaften getragene Einrichtungen vornehmlich in Großstädten und Ballungsräumen mit überdurchschnittlichen Einkommen an, die häufig bereits einen hohen zahnärztlichen Versorgungsgrad aufweisen.¹¹

*Jedes dritte
Z-MVZ bereits
in Investoren-
hand*

Der Einstieg der Investoren in die Versorgung erfolgt über den Umweg, ein – häufig besonders kleines oder in finanzielle Schieflage geratenes – Krankenhaus zu erwerben und damit die gesetzliche Gründungsbefugnis für sog. Medizinische Versorgungszentren (MVZ) zu erlangen. Nahezu jedes dritte zahnmedizinische MVZ befand sich zum Stichtag 31.12.2024 bereits in der Hand eines Investors. Zur Versorgung in strukturschwachen, zumeist ländlichen Gebieten leisten investorengetragene MVZ (iMVZ) keinen nennenswerten Beitrag.

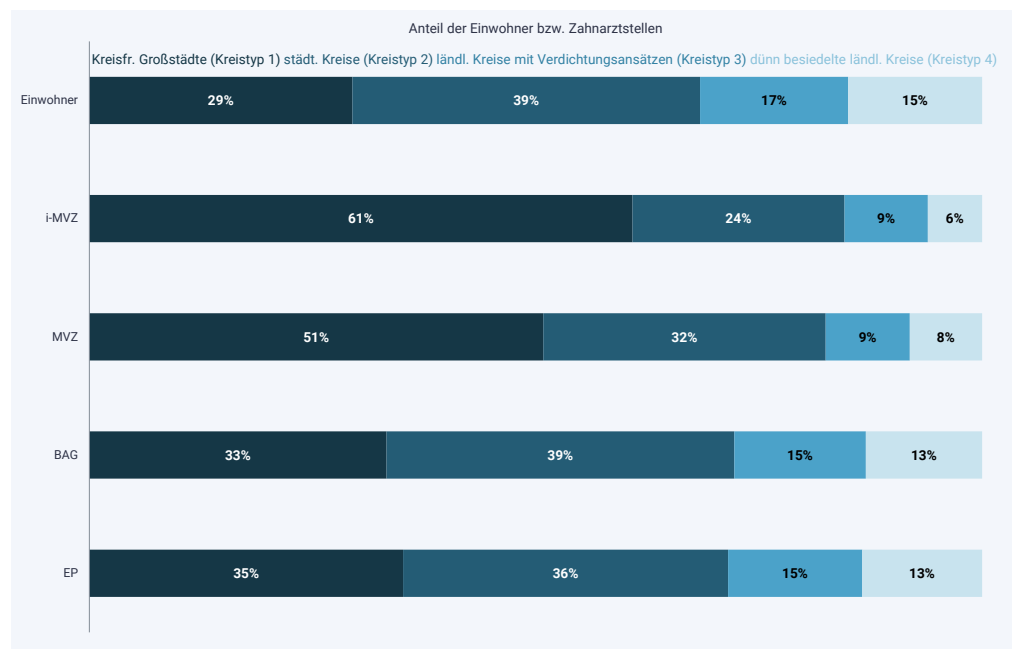


Abbildung 14 - Verteilung der Einwohner und Zahnarztstellen nach Kreistyp und Praxisform (2024), Quelle: KZBV

Betrachtet man die Verteilung der Zahnarztstellen in den einzelnen Praxisformen auf die siedlungsstrukturellen Kreistypen des BBSR, so fällt auf, dass sich die

¹¹ Regelmäßige statistischen Auswertungen sowie zwei Gutachten (IGES-Institut/Prof. Helge Sodan) im Auftrag der KZBV, die ausführlich den dringenden politischer Handlungsbedarf zur Eindämmung der Gefahren von iMVZ darlegen sowie entsprechende Regelungsvorschläge der KZBV, sind online verfügbar unter: www.kzbv.de/z-mvz

Zahnarztstellen in Einzelpraxen und BAG annähernd bevölkerungsproportional auf die vier Kreistypen verteilen, während insbesondere bei den iMVZ mit 61 % der Zahnarztstellen eine starke Konzentration auf die kreisfreien Großstädte vorliegt (siehe Abbildung 14).

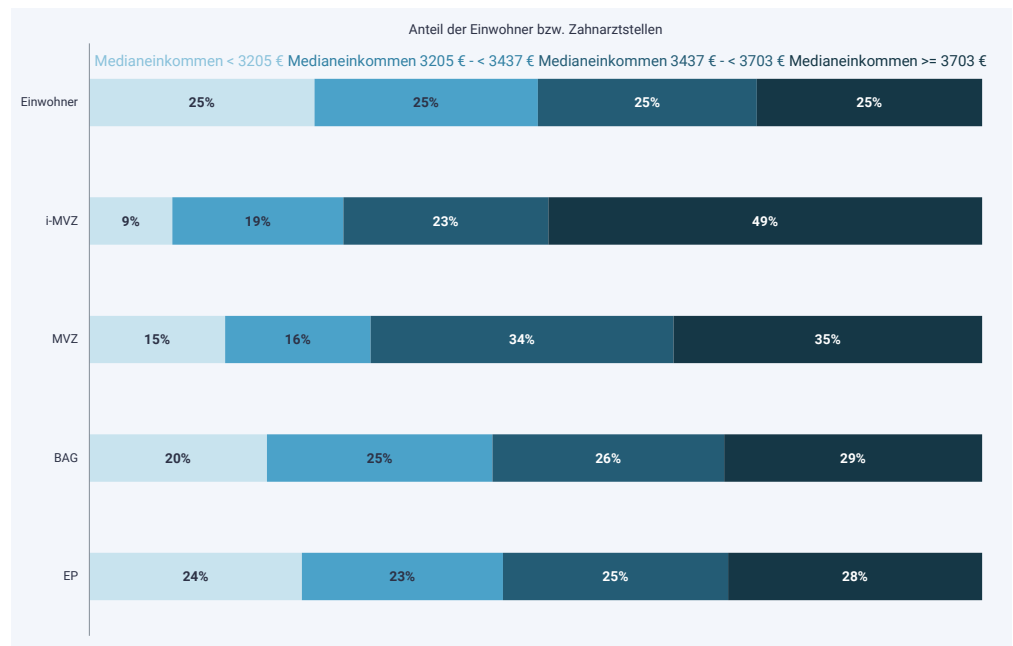


Abbildung 15 - Verteilung der Einwohner und Zahnarztstellen nach Medianeinkommen und Praxisform (2024), Quelle: KZBV

Ähnliches zeigt sich in Bezug auf das Medianeinkommen: Auf die Gebiete mit dem höchsten Medianeinkommen, in denen 25 % der Bevölkerung wohnen, entfallen 49 % der Zahnarztstellen in iMVZ. Umgekehrt liegen nur 9 % der Zahnarztstellen in iMVZ in den Gebieten mit vergleichsweise niedrigem Medianeinkommen, in denen ebenfalls 25 % der Bevölkerung wohnen. Die Zahnarztstellen in Einzelpraxen und BAG verteilen sich hingegen annähernd wie die Bevölkerung auf die vier Gebiete (siehe Abbildung 15).

ZUSAMMENGEFASST:

Bei einer demografiebedingt sinkenden Gesamtzahl der Praxen sind ein Anstieg der durchschnittlichen Praxisgröße sowie eine Konzentration von Praxisstandorten zu beobachten. Gleichwohl ist und bleibt die inhabergeführte Einzel- und Mehrbehandlerpraxis in West- und Ostdeutschland absehbar die häufigste und wichtigste Praxisform. Sie ist essenzielle Grundlage und Voraussetzung zur Aufrechterhaltung einer flächendeckenden Versorgung. Die Niederlassungsbereitschaft ist weiter vorhanden.

3.3 Zusammensetzung der Zahnärzteschaft

Altersstruktur in Ost und West – regional massive Altersumbrüche zu erwarten

Die Entwicklung der Altersstruktur der Zahnärzteschaft (siehe Abbildungen 16 und 17) verläuft parallel zur Entwicklung des Durchschnittsalters in der Gesamtbevölkerung in Deutschland.

Das Durchschnittsalter der Zahnärztinnen und Zahnärzte in Deutschland lag in 2024 mit 50,4 Jahren auf demselben Niveau wie 2015 mit ebenfalls 50,4 Jahren. Dabei lag das Durchschnittsalter in den ostdeutschen Bundesländern stets oberhalb der westdeutschen Bundesländer und belief sich in 2024 im Osten auf 51,6 Jahre. Demgegenüber lag das Durchschnittsalter im Westen in 2024 bei 50,2 Jahren.

Prognostisch wird sich die heute noch kopfüber stehende Alterspyramide in den nächsten zehn Jahren eher in Richtung einer bauchigen Form verschieben (Abbildung 18).

*Durchschnitts-
alter 2024:
50,4 Jahre*

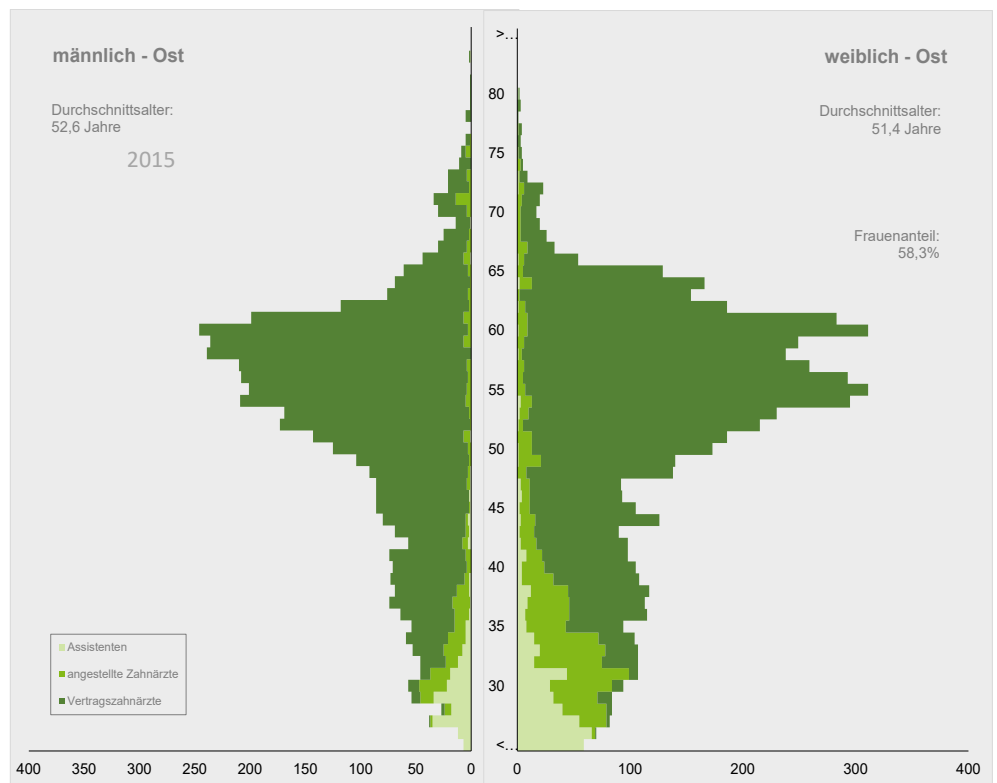
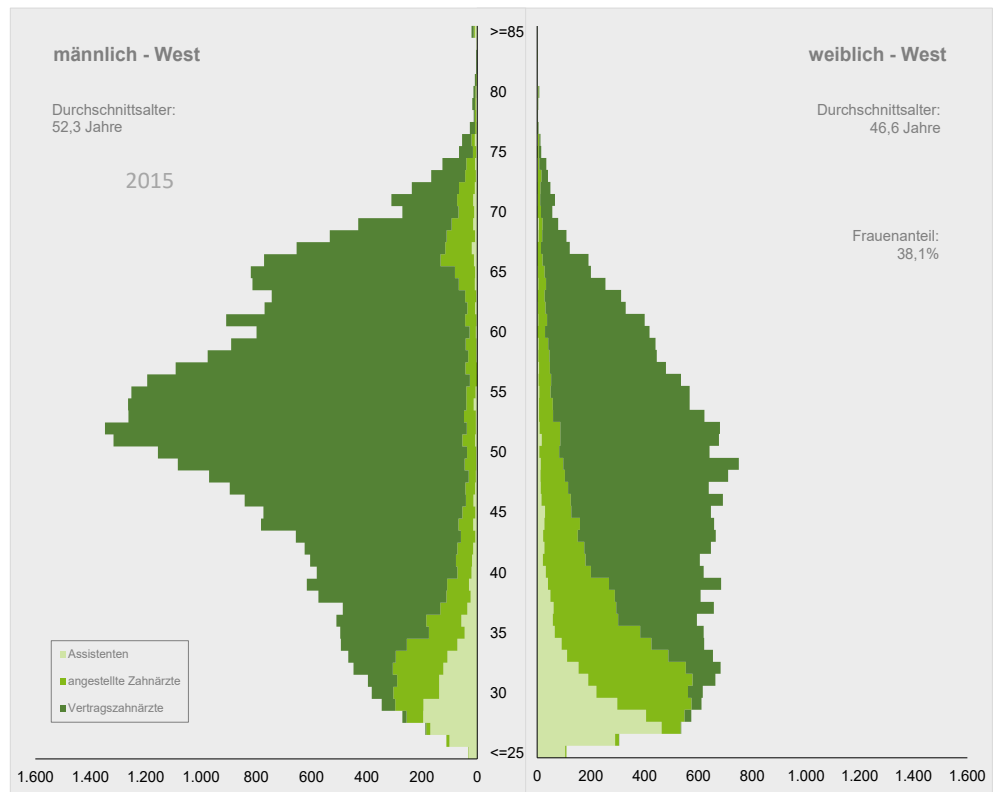


Abbildung 16: Altersstruktur der Zahnärzteschaft 2015 getrennt nach West/Ost, Quelle: KZBV

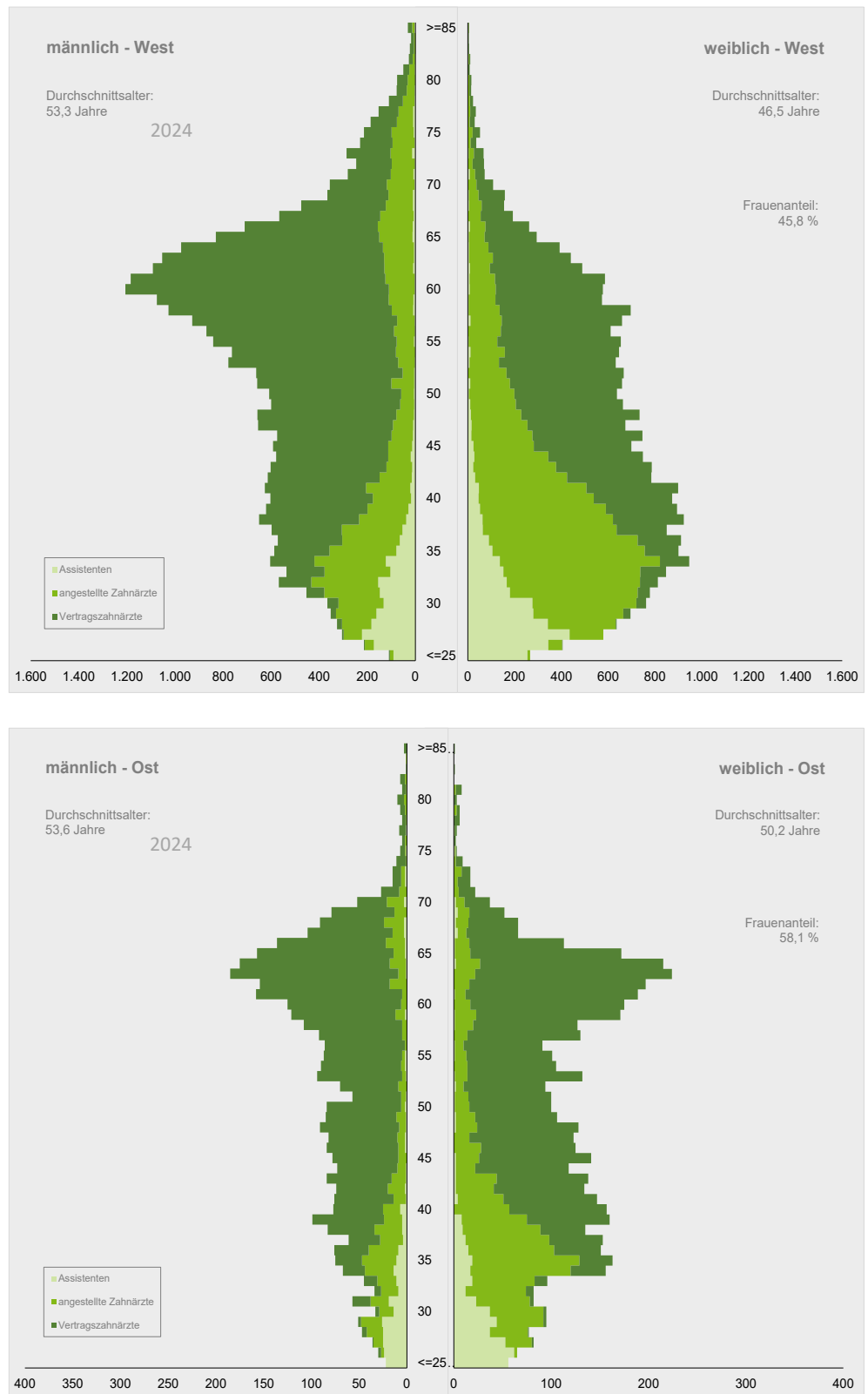


Abbildung 17: Altersstruktur der Zahnärzteschaft 2024 getrennt nach West/Ost, Quelle: KZBV

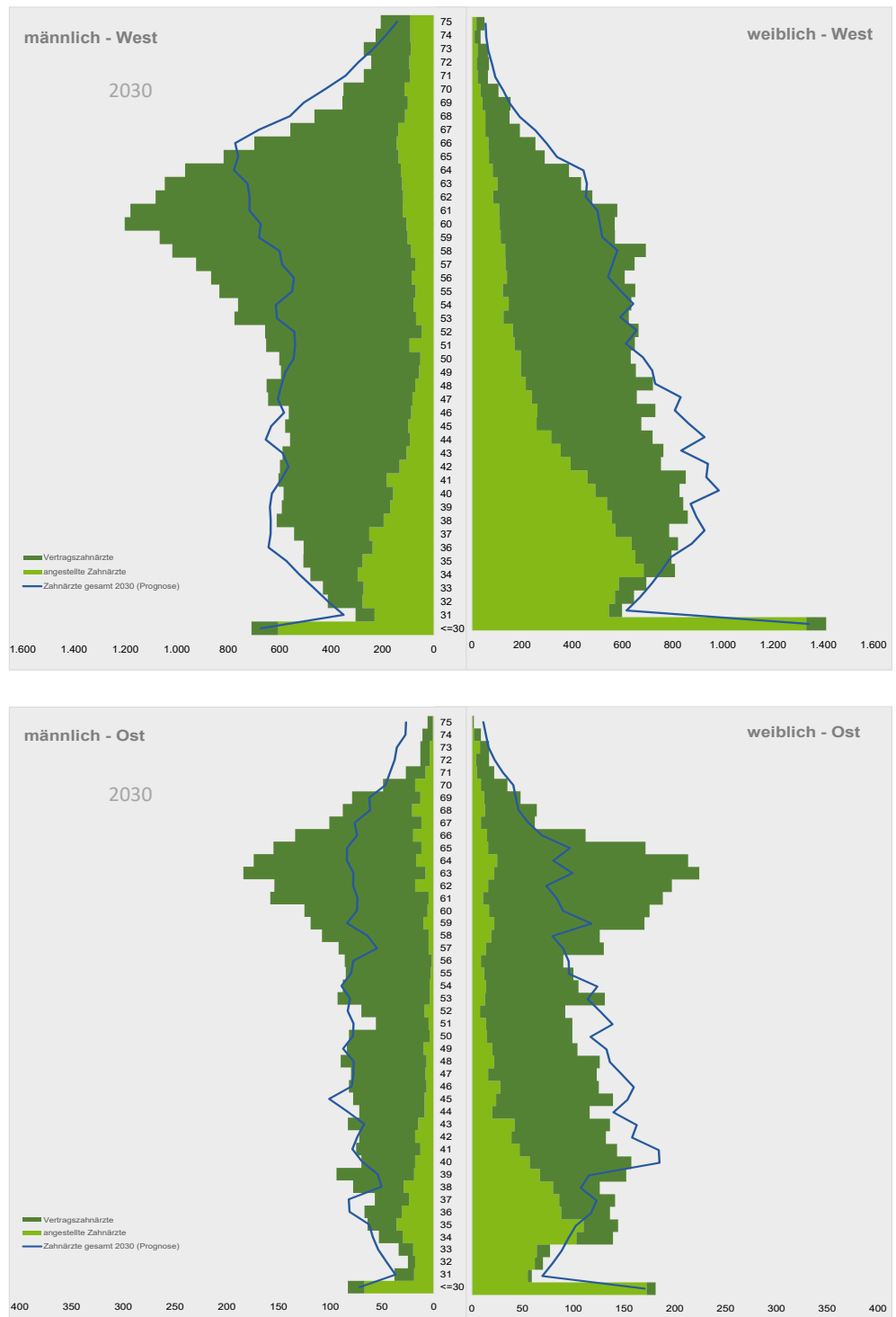


Abbildung 18: Prognose der Altersstruktur der Zahnärzteschaft 2030 getrennt nach West/Ost, Quelle: KZBV

*Durchschnitts-
alter 2030:
49,1 Jahre*

Dabei dürfte das Durchschnittsalter in den kommenden Jahren nicht weiter ansteigen, sondern leicht absinken und in 2030 deutschlandweit bei 49,1 Jahren liegen. Dies macht sich vor allem darin bemerkbar, dass der Anteil der Altersgruppe der über 50-Jährigen wieder deutlich zurückgeht.

Eine Ursache hierfür liegt darin, dass viele aktuell ältere Zahnärztinnen und Zahnärzte aus den geburtenstarken Jahrgängen („Baby-Boomer“) bis Mitte der 2030er-Jahre in den Ruhestand eingetreten sein dürften.

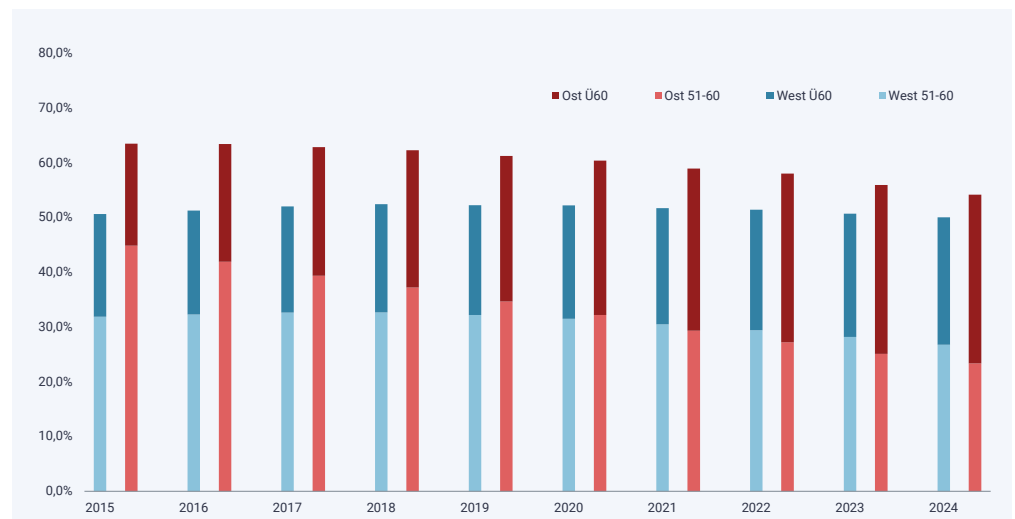


Abbildung 19: Entwicklung des Anteils der über 50-Jährigen sowie der über 60-Jährigen an den Vertrags- und angestellten Zahnärzten, Quelle: KZBV

Der Blick auf den Anteil der über 50-Jährigen an den Vertrags- und angestellten Zahnärztinnen und Zahnärzten (Abbildung 19) zeigt eindrücklich, dass Stand 2024 jeder Zweite innerhalb dieser Gruppe das 50. Lebensjahr bereits überschritten hat und daher eher im hinteren Abschnitt seines Berufslebens steht. In den ostdeutschen Bundesländern liegt dieser Anteil mit 54,2 % noch etwas höher als im Westen (50,1 %). Beide Anteile haben sich in den letzten Jahren allerdings stark angenähert (2015: 63,5% im Osten gegenüber 50,6% im Westen).

2024 jeder dritte Zahnarzt im Osten über 60 Jahre alt

Wesentlich schwerwiegender für die prognostische Versorgungssituation 2030 fällt der Unterschied beim Anteil der über 60-Jährigen ins Auge. Dieser Anteil ist gerade in den ostdeutschen Bundesländern über die letzten Jahre erheblich gestiegen, wie Abbildung 19 zeigt. Stand 2024 ist fast jeder dritte Zahnarzt (30,8 %) in den ostdeutschen Bundesländern über 60 Jahre alt. Diese Zahnärztinnen und Zahnärzte werden zeitnah aus der Versorgung ausscheiden.

Allein die Entwicklung beim Anteil der über 50-Jährigen und insbesondere beim Anteil der über 60-Jährigen verdeutlicht die Herausforderungen, vor denen das vertragszahnärztliche Versorgungssystem in den kommenden Jahren steht.

Hinzukommt, dass auch innerhalb der Regionen Ost- und Westdeutschlands oder auch nur innerhalb einzelner KZV-Bereiche keine gleichmäßige Verteilung der Altersgruppen besteht.

Kurzum: Die Unterschiede sind regional teils noch deutlich stärker ausgeprägt, wie das Beispiel zweier Planungsbereiche aus Sachsen-Anhalt zeigt:

Während der Anteil über 60-Jähriger im Planungsbereich Wittenberg von 20,0 % in 2015 nur um rd. zwei Prozentpunkte auf 22,2 % gestiegen ist und damit den niedrigsten Wert in Sachsen-Anhalt darstellt, hat im Planungsbereich Jerichower Land ein Anstieg um fast 40 Prozentpunkte stattgefunden (von 13,7 % in 2015 auf 51,4 % in 2024). Somit ist in diesem Gebiet bereits mehr als die Hälfte aller Zahnärztinnen und Zahnärzte über 60 Jahre alt.

Geschlechterverhältnis: Frauenanteil in der Zahnärzteschaft steigt

Bereits die Alterspyramide lässt erkennen, dass sich der Anteil der Männer und der Frauen in der Zahnmedizin immer weiter annähert. Deutschlandweit sind aktuell 51,9 % der Zahnärzte männlich und 48,1 % weiblich (Abbildung 20).

Vor allem in den westdeutschen Ländern wird ihr Anteil in nächster Zeit weiter ansteigen. Traditionell sind hingegen in Ostdeutschland Frauen häufiger berufstätig, daher liegt der Frauenanteil auch in der Zahnärzteschaft dort aktuell noch deutlich höher als in den westlichen Bundesländern, allerdings im Gegensatz zum Westen in den letzten Jahren mit einem leichten Abwärtstrend, sodass sich Ost und West in den nächsten Jahren voraussichtlich stark angleichen werden.

Setzt man die bisherige Entwicklung linear fort, könnte bundesweit der Frauenanteil an der Zahnärzteschaft in 2028 die 50 %-Marke überschreiten und in 2030 schon bei 51,8 % liegen.

2028:

Frauenanteil
über 50 %

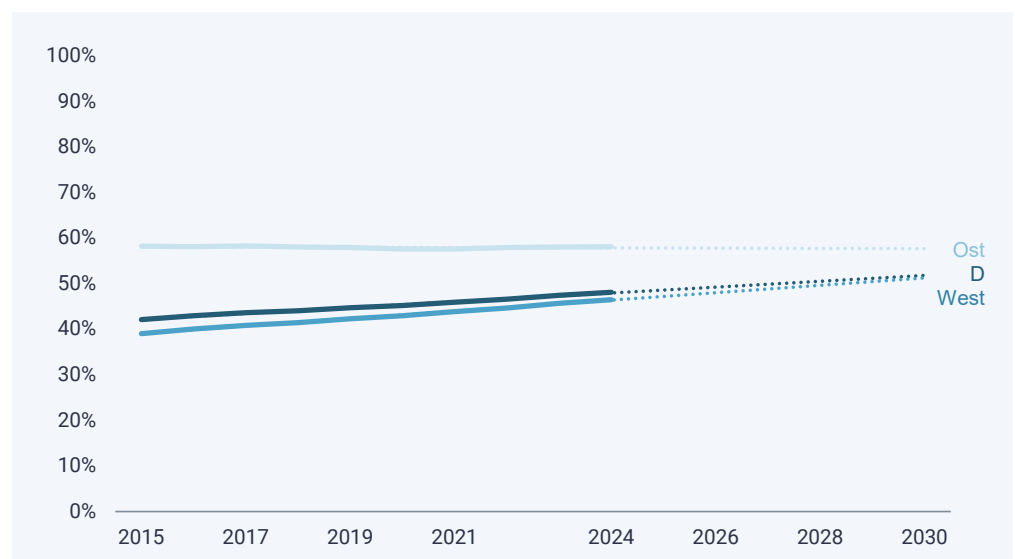


Abbildung 20: Entwicklung des Frauenanteils in der der Zahnärzteschaft, Quelle: KZBV

Damit würde sich eine Entwicklung fortsetzen, die sich durch die große Mehrheit der weiblichen Studierenden im Fachbereich Zahnmedizin schon länger abzeichnet. Im Wintersemester 2023/24 waren insgesamt 14.694 Studierende über alle Semester hinweg deutschlandweit im Fach Zahnmedizin eingeschrieben, davon 4.522 Männer und 10.172 Frauen (Frauenanteil 69,2 %).¹²

¹² Quelle: Statistisches Jahrbuch der Bundeszahnärztekammer 23/24, Studienziel Staatsexamen und Promotion zusammen

Anzahl der Niedergelassenen und der Angestellten: Trend zur Anstellung nimmt zu

Abbildung 21 zeigt den Anteil der Zahnärztinnen und Zahnärzte im Jahr 2024 nach Zahnarzttypen. Seit der rechtlichen Öffnung durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (2007) ist die Anstellung von Zahnärztinnen und Zahnärzten in der Praxis möglich.

Seitdem ist der Anteil der Angestellten kontinuierlich gestiegen, wie bereits in Kapitel 3.1 deutlich wurde.¹³ Durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (2015) wurden zudem arztgruppengleiche und damit auch reine Zahnarzt-MVZ (Medizinische Versorgungszentren) ermöglicht, die keinen Anstellungsgrenzen unterliegen.

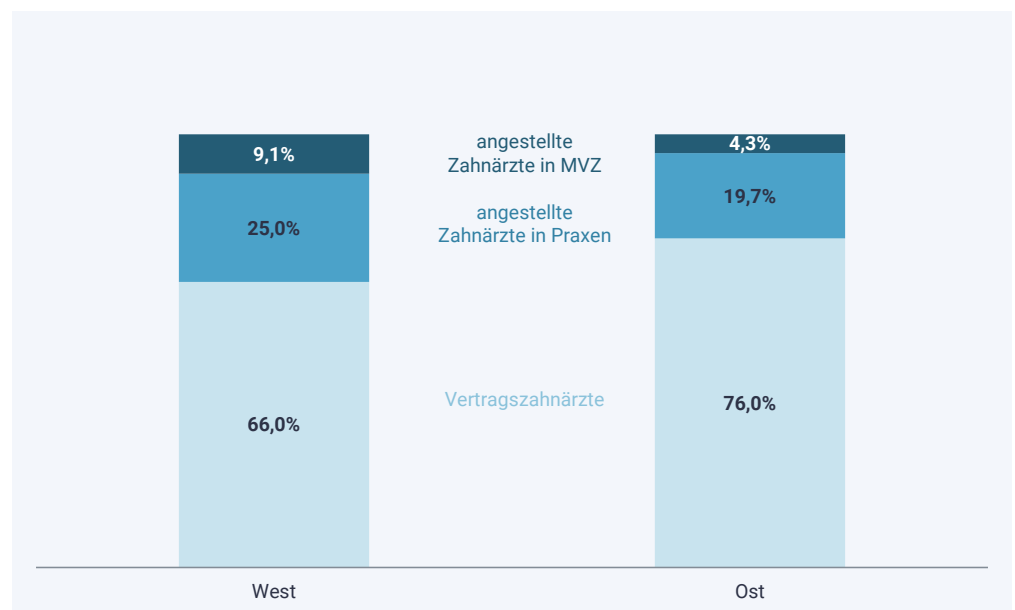


Abbildung 21: Zahnärzte 2024 nach Zahnarzttyp, Quelle: KZBV

Trotz des Trends zur Anstellung überwiegt auch heute noch immer deutlich der Anteil der Vertragszahnärztinnen und -zahnärzte, also der Niedergelassenen mit einem Kassenzahnarztsitz.

In den westlichen Bundesländern waren 2024 noch zwei Drittel, in den östlichen Bundesländern sogar über drei Viertel der Zahnärztinnen und Zahnärzte als Vertragszahnärztin bzw. als Vertragszahnarzt tätig.

¹³ Die Anstellungsmöglichkeiten in Einzelpraxen und BAG haben KZBV und GKV-Spitzenverband im Jahr 2019 nochmals erweitert.

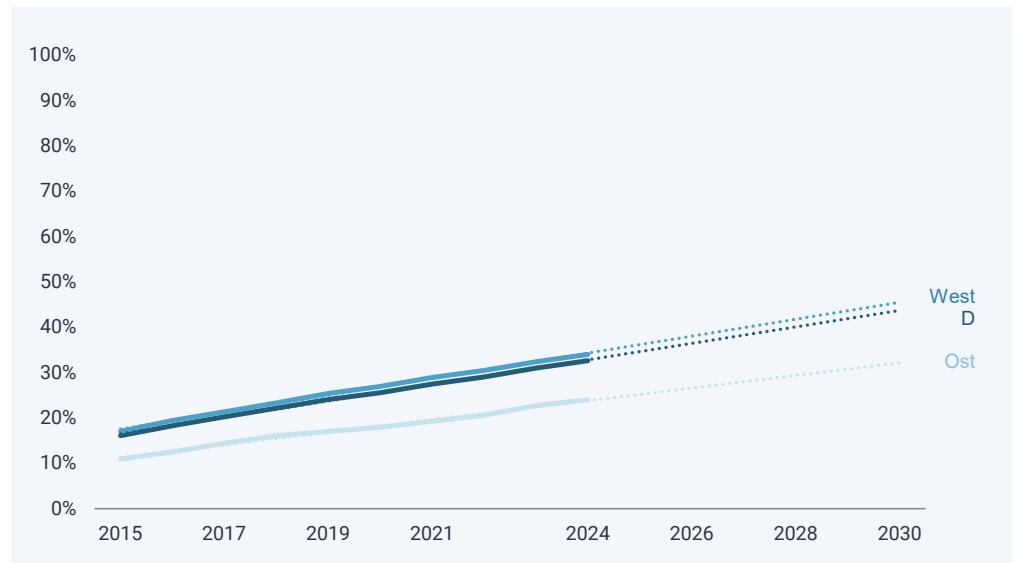


Abbildung 22: Entwicklung und Prognose des Anteils angestellter Zahnärztinnen und Zahnärzte von 2015 bis 2030, Quelle: KZBV

Prognose: Anteil Anstellungen steigt bis 2030 auf über 40 %

Seit 2015 ist der Anteil angestellter Zahnärztinnen und Zahnärzte an der gesamten Zahnärzteschaft kontinuierlich von 16,1 % auf 32,6 % in 2024 gestiegen (Abbildung 22). Wenn man davon ausgeht, dass sich die Entwicklung in gleichen Maße wie in der Vergangenheit linear fortsetzt, könnte der Anteil angestellter Zahnärztinnen und Zahnärzte bis zum Jahr 2030 auf 43,8 % steigen. Setzt sich diese Entwicklung weiter fort, könnte sich bis Mitte der 2030er-Jahre sogar nahezu jeder zweite Zahnarzt in Anstellung befinden.

Ein hoher Anteil angestellter Zahnärztinnen und Zahnärzte kann Konzentrationsprozesse verstärken, da mit sinkender Zahl der Inhaber auch die Zahl der Praxiseinheiten abnimmt. Dies kann zu lokalen Versorgungsproblemen führen.

*iMVZ
verstärken
Konzentration
von Praxis-
einheiten*

Die anhaltend dynamische Ausbreitung von investorengetragenen MVZ (iMVZ), die seit der Ermöglichung reiner Zahnarzt-MVZ durch das GKV-VSG 2015 zu beobachten ist, wirkt auf diesen Konzentrationsprozess wie ein Katalysator. Darüber hinaus steigt durch die Bildung größerer iMVZ-Ketten die Gefahr von regionalen Versorgungslücken im Fall von Insolvenzen mit erheblichen Folgen für Patientinnen und Patienten.

Die Gefahr von Kettenstrukturen im zahnärztlichen Bereich verdeutlichen Insolvenzfälle und Schließungen aus dem europäischen Ausland, z. B. in Spanien („iDental“, „Funnydent“) und Frankreich („Dentexia“). In Deutschland sind aktuell die drei Investoren mit den meisten iMVZ Acura MVZ, Colosseum Dental und Zahneins mit je 96, 82 und 75 Standorten (Stand 31.12.2024).

Unterschiede beim Geschlechterverhältnis in Niederlassung und Anstellung

Die Zeit der Anstellung wird dabei von den Zahnärztinnen und Zahnärzten auch als Vorbereitung auf die eigene Niederlassung gesehen (s. Kapitel 4). Nach wie vor strebt ein Großteil von ihnen die eigene Niederlassung an. Dabei schiebt sich der Zeitpunkt der Erstiniederlassung im Berufsleben nach hinten und lag 2019 im Durchschnitt bei 36,1 Jahren.

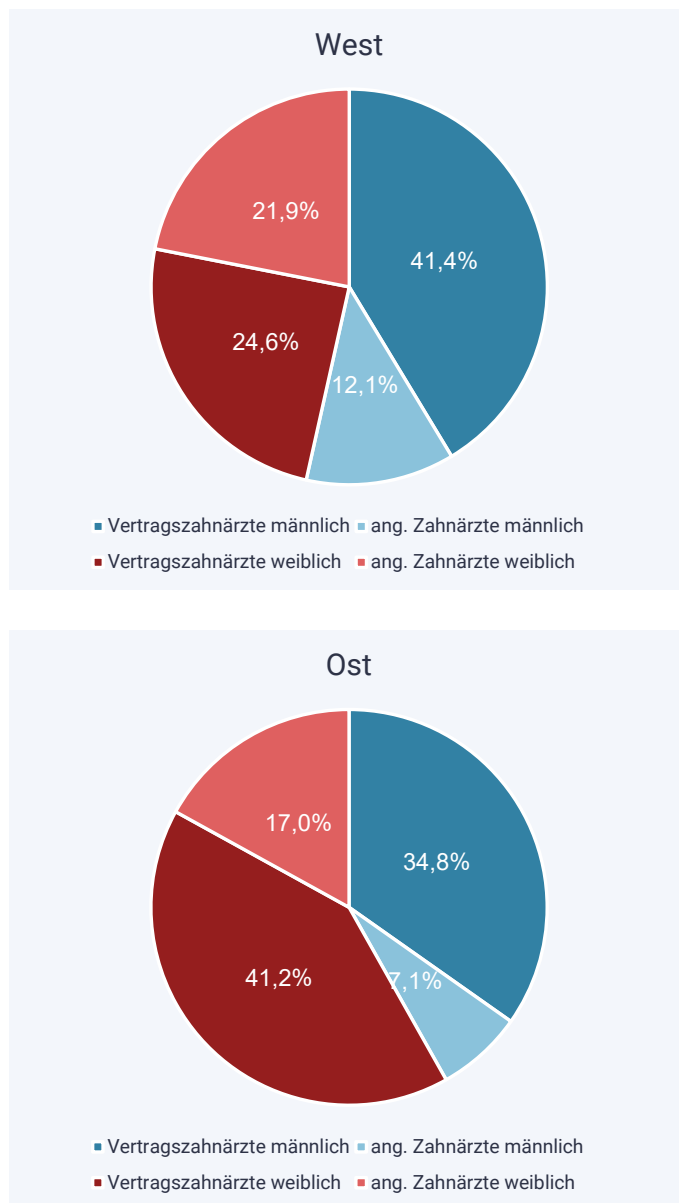


Abbildung 23: Geschlechterverhältnis in Niederlassung und Anstellung 2024 (West/Ost),
Quelle: KZBV

Bundesweit wird das Modell der Anstellung aktuell noch deutlich häufiger von Frauen als von Männern gewählt: Während 60,0 % der Vertragszahnärzte männlich sind, sind umgekehrt 65,0 % der angestellten Zahnärzte weiblich. Die Gesamtstatistik untergräbt jedoch den Blick für die ganz erheblichen Unterschiede zwischen West und Ost (Abbildung 23):

- In den westdeutschen Bundesländern sind aktuell 62,7 % der Vertragszahnärzte männlich und 64,4 % der angestellten Zahnärzte weiblich.
- In den ostdeutschen Bundesländern überwiegt hingegen der Frauenanteil sowohl bei den Vertragszahnärzten (54,2 %) als auch bei den Angestellten (70,6 %).

Überdies zeichnet sich bei der Entwicklung mit Blick auf die jüngere Generation im Westen ein Angleichungsprozess zwischen den Anteilen der Vertragszahnärzte und der Vertragszahnärztinnen ab. Die Mehrheit ist zwar auch hier aktuell noch männlich, allerdings ist die Schere zu den weiblichen Niedergelassenen bundesweit bereits deutlich kleiner als in den höheren Altersgruppen: So liegt der Anteil der aktuell tätigen Vertragszahnärztinnen, die im Zeitraum 2010 bis 2014 approbiert haben, bei rd. 45 %. Bei den Approbationsjahrgängen 1980 bis 1984 sind es hingegen nur rd. 23 %. Im Osten liegt der Frauenanteil hingegen in fast allen Altersgruppen über 50 %.

ZUSAMMENGEFASST:

Die Zahnärzteschaft wird in der Zusammensetzung weiblicher. Frauen (2024: 48,1 %) werden bis 2030 die Mehrheit im Berufsstand stellen.

Der Anteil der angestellten Zahnärztinnen und Zahnärzte wird weiter steigen (2015: 16,1 %, 2024: 32,6 %). Ihr Anteil könnte 2030 bereits bei über 40 % liegen.

*Zahnärzte
arbeiten mit
43,0 Stunden
pro Woche
besonders
lange*

3.4 Entwicklung von Tätigkeitsumfang und Vollzeitäquivalenten

Die Arbeitszeiten von Zahnärztinnen und Zahnärzten sind – ähnlich wie bei Erwerbstätigen insgesamt auch – in den vergangenen Jahren gesunken. Ein Grund für diese Entwicklung ist der gestiegene Anteil der Teilzeitarbeit. Dennoch zählen Zahnärztinnen und Zahnärzte nach wie vor zu den Erwerbstätigen mit weit überdurchschnittlich langen Arbeitszeiten. Zahnärztinnen und Zahnärzte arbeiten im Schnitt 43,0 Stunden in einer Vollzeitbeschäftigung (Erwerbstätige insgesamt: 40,3 Stunden in Vollzeit).¹⁴

Der durchschnittliche Tätigkeitsumfang aller Zahnärztinnen und Zahnärzte¹⁵ zusammen lag 2024 bei 92,3 %. Dieser Wert lag für die ostdeutschen Bundesländer mit 94,7 % etwas höher als für die westdeutschen Bundesländer mit 91,9 %.

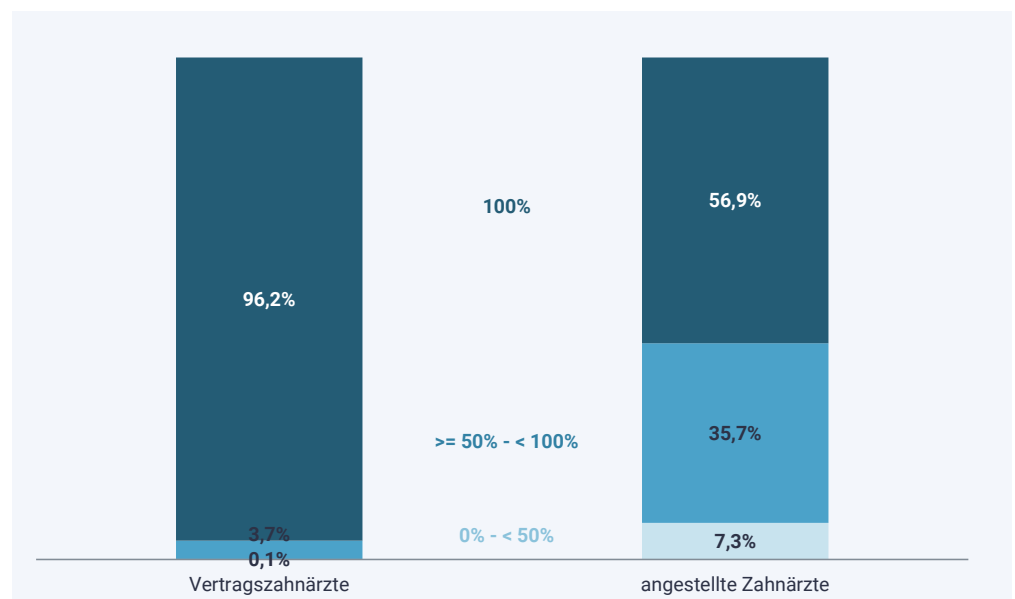


Abbildung 24: Zahnarzttypen nach Tätigkeitsumfang 2024, Quelle: KZBV

Eine nähere Betrachtung zeigt, dass Vertragszahnärztinnen und -zahnärzte einen durchschnittlich höheren Tätigkeitsumfang als angestellte Zahnärztinnen und Zahnärzte haben (Abbildung 24). So arbeiten deutschlandweit 96,2 % der Vertragszahnärztinnen und -zahnärzte in Vollzeit, 3,7 % mit einem Tätigkeitsumfang zwischen 50 % und 100 % und 0,1 % mit einem Tätigkeitsumfang unter 50 %. Angestellte Zahnärztinnen und Zahnärzte arbeiten hingegen nur zu 56,9 % mit einem Umfang von 100 %, bei 35,7 % liegt der Tätigkeitsumfang zwischen 50 % und 100 %, bei 7,3 % unter 50 %.

¹⁴ Quelle: destatis

¹⁵ Bezugsgröße ist dabei der Tätigkeitsumfang (zwischen 0 % und 100 %) gemäß Zulassung bzw. Anstellungsgenehmigung.

Insgesamt ist die weit überwiegende Zahl der Zahnärzteschaft in Vollzeit tätig (83 %). Dies geht vor allem auf die hohe Vollzeitquote im Bereich der Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte (96 %) zurück. Aber auch bei den angestellten Zahnärztinnen und Zahnärzten ist mit 57 % die Mehrheit in Vollzeit beschäftigt.

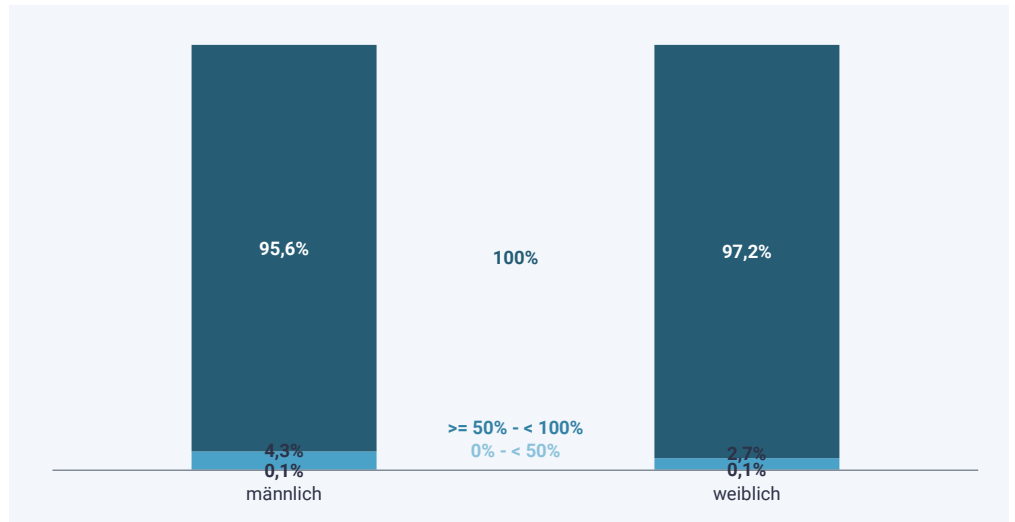


Abbildung 25: Tätigkeitsumfang von Vertragszahnärzten nach Geschlecht 2024, Quelle: KZBV

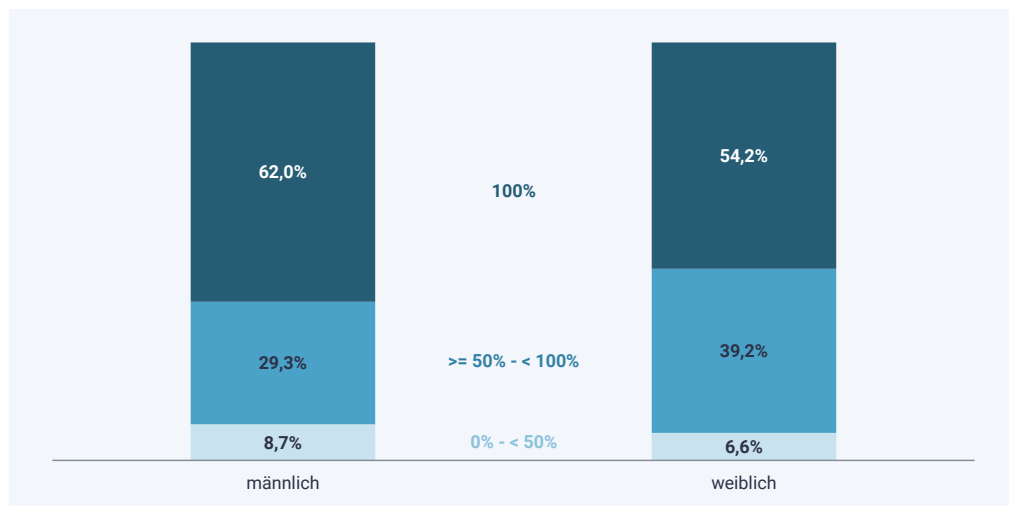


Abbildung 26: Tätigkeitsumfang von Angestellten nach Geschlecht 2024, Quelle: KZBV

*Nur geringe
Unterschiede
zwischen
Geschlechtern*

Bei einer geschlechterspezifischen Betrachtung zeigen sich nur geringe Unterschiede, was den Anteil der in Vollzeit tätigen Vertragszahnärztinnen im Vergleich zu ihren männlichen Kollegen angeht: Deutschlandweit sind mit 97,2 % die Vertragszahnärztinnen etwas häufiger in Vollzeit tätig als ihre männlichen Kollegen mit 95,6 %. Bei den angestellten Zahnärztinnen und Zahnärzten haben hingegen 54,2 % der Frauen einen Tätigkeitsumfang von 100 %, bei den männlichen Angestellten sind es 62,0 %.

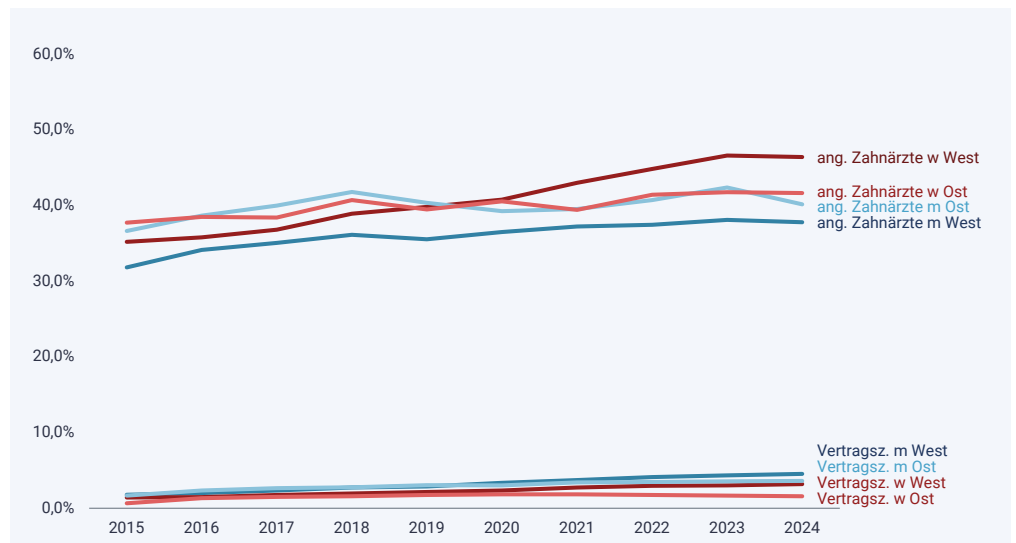


Abbildung 27: Entwicklung des Anteils der Vertragszahnärzte / angestellten Zahnärzte mit Teilzeittätigkeit 2015 bis 2024, Quelle: KZBV

Entwicklung des Tätigkeitsumfangs

Trotz des nach wie vor relativ hohen Anteils an Vollzeit-Stellen, ist der Anteil der Teilzeittätigen sowohl bei den Zahnärztinnen als auch bei den Zahnärzten seit 2015 kontinuierlich gestiegen.

Angestellte vermehrt in Teilzeit tätig

- In der Gruppe der Vertragszahnärztinnen/-ärzte fiel die Zunahme bei den Frauen (+1,8 Prozentpunkte im Westen und +0,9 Prozentpunkte im Osten) etwas schwächer aus als bei den Männern (+2,8 Prozentpunkte im Westen und +1,9 Prozentpunkte im Osten), ist aber insgesamt noch als moderat zu bewerten (+2,2 Prozentpunkte).
- Deutlich stärker fielen hingegen die Zunahmen bei den in Teilzeit tätigen Angestellten aus (+8,8 Prozentpunkte). Bei näherer Betrachtung kristallisieren sich dabei erhebliche Unterschiede zwischen Ost (+3,8 Prozentpunkte) und West (+9,4 Prozentpunkte) sowie zwischen den Geschlechtern heraus: Am deutlichsten fanden dabei Zunahmen im Bereich der westdeutschen Länder und innerhalb der Gruppe der weiblichen Angestellten statt (+11,2 Prozentpunkte gegenüber Männer: +6,0 Prozentpunkte).¹⁶

¹⁶ Der Anstieg der in Teilzeit angestellten Frauen in Westdeutschland spiegelt insoweit auch einen gesamtgesellschaftlichen Trend wider. Zum Vergleich: In Bezug auf die Gesamtbevölkerung waren 2022 49,6% der Frauen im Westen und 49,3% der Frauen im Osten in

In den ostdeutschen Ländern zeigt sich bei den Zahnärztinnen und Zahnärzten eine deutlich weniger dynamische Entwicklung, die auch keine geschlechterspezifische Ausprägung aufweist. Die Zunahme der angestellten Zahnärztinnen in Teilzeit liegt hier mit +3,9 Prozentpunkten auf ähnlichem Niveau wie bei den Männern (+3,5 Prozentpunkte).

Kongruent zum Rückgang der Vollzeitquote waren in den letzten Jahren auch die durchschnittlichen Tätigkeitsumfänge in allen Gruppen rückläufig, allerdings auch hier in unterschiedlichem Ausmaß und mit erheblichen Unterschieden in Ost und West.

Prognose: Entwicklung der durchschnittlichen Tätigkeitsumfänge bis 2030

Aufgrund der annähernd linearen Entwicklungen der letzten Jahre bietet sich hier für die weitere Prognose bis 2030 eine lineare Fortschreibung an (Abbildung 28).

Im Bereich der Vertragszahnärztinnen und -zahnärzte würde der Tätigkeitsumfang demnach nur leicht zurückgehen.

Ein anderes Bild zeigt sich bei den Angestellten:

- Hier würde im Westen die Schere zwischen den Geschlechtern, die sich in den letzten Jahren aufgetan hat, noch weiter auseinandergehen. So würde der durchschnittliche Tätigkeitsumfang der angestellten Zahnärztinnen bis 2030 (im Vergleich zu 2024) um 3,4 Prozentpunkte sinken, der durchschnittliche Tätigkeitsumfang der angestellten männlichen Zahnärzte hingegen um 1,7 Prozentpunkte.
- Anders im Osten: Hier findet nur eine sehr geringe Verschiebung statt (-0,5 Prozentpunkte bei den weiblichen und -0,8 Prozentpunkte bei den männlichen angestellten Zahnärzten). Der Tätigkeitsumfang von angestellten Zahnärztinnen würde weiterhin deutlich über dem Tätigkeitsumfang von angestellten Zahnärzten liegen.

Teilzeit tätig. 2015 waren es in den westdeutschen Bundesländern noch 46,6% und in den ostdeutschen Bundesländern 43,9%. Der Anteil in Teilzeit tätiger Frauen steigt also, die beiden Regionen nähern sich dabei an. Bei den Beschäftigten insgesamt (männlich und weiblich) lag der Anteil der Teilzeittätigen im Westen bei 29,1 % und im Osten bei 32,4 %. Auch hier zeigt sich ein Anstieg gegenüber 2015 (West: 26,2 %, Ost: 28,2 %).

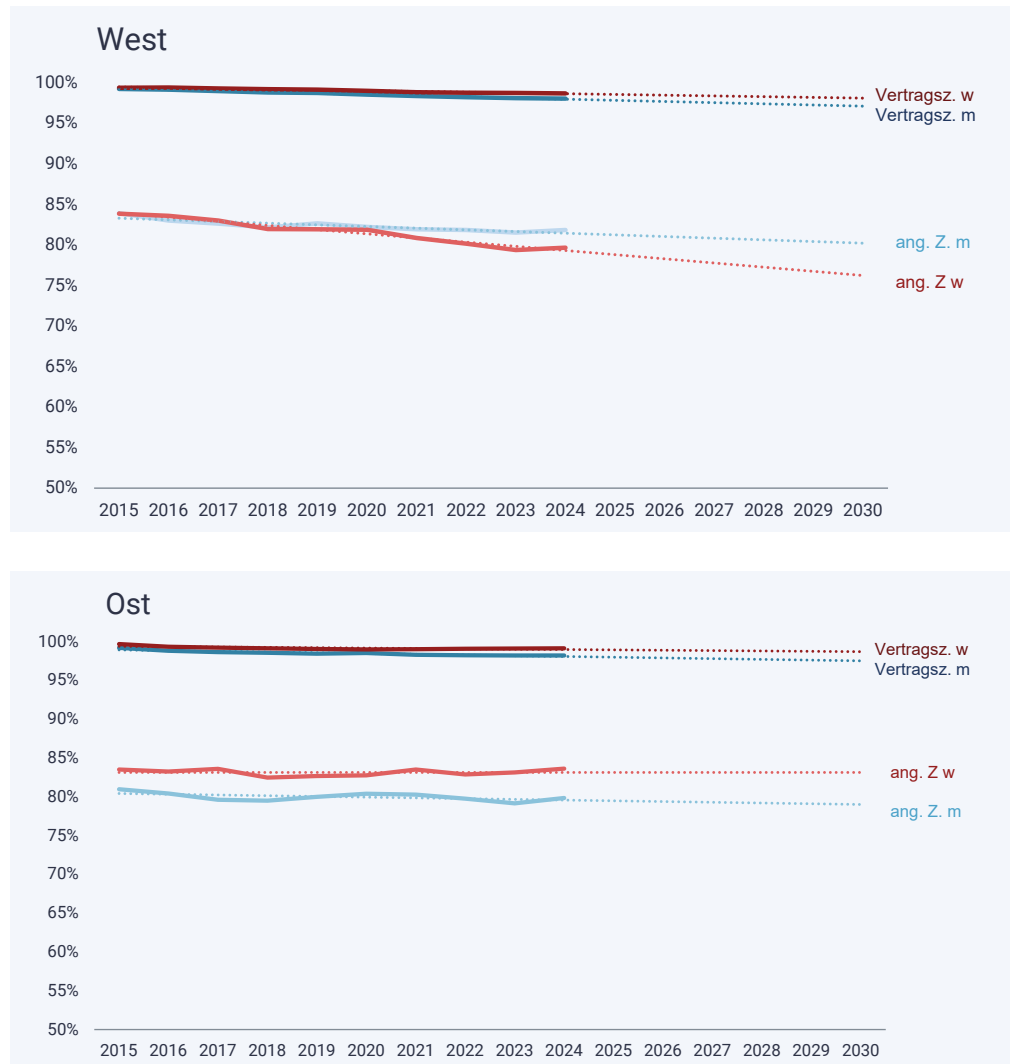


Abbildung 28: Entwicklung und Prognose der durchschnittlichen Tätigkeitsumfänge West/Ost, Quelle: KZBV

ZUSAMMENGEFASST:

Der derzeit im Vergleich zu anderen Berufsgruppen sehr hohe durchschnittliche Tätigkeitsumfang von Zahnärztinnen und Zahnärzten wird infolge eines steigenden Anteils angestellter Zahnärztinnen und Zahnärzte bis 2030 deutlich sinken.

Angestellte arbeiten wesentlich häufiger in Teilzeit (2024: 43,4 %) als freiberufliche, niedergelassene Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte (3,8 %).

Entwicklung der Vollzeitäquivalente: Bedarf an Köpfen steigt

Bei einem insgesamt sinkenden durchschnittlichen Tätigkeitsumfang werden mehr Köpfe benötigt, um das aktuelle Versorgungsniveau aufrecht erhalten zu können. Auf Grundlage der Prognose zur Zusammensetzung (Kap. 3.2 und 3.3) der Zahnärzteschaft sowie der Entwicklung der durchschnittlichen Tätigkeitsumfänge soll daher hier betrachtet werden, wie sich die Vollzeitäquivalente in der Zahnärzteschaft 2030 nach den verschiedenen Untergruppen – ost-/westdeutsche Bundesländer, Vertrags-/angestellte Zahnärzte, männlich/weiblich – aufteilen würden (Prognose 1) und darauf basierend, wie viele Köpfe in 2030 benötigt würden, um die aktuelle Versorgungsleistung, d.h. die aktuelle Anzahl Vollzeitäquivalente aufrechtzuerhalten (Prognose 2). Dem soll anschließend die voraussichtliche Entwicklung der Gesamtzahl der Zahnärztinnen und Zahnärzte (Kap. 3.1) gegenübergestellt werden.

Prognose 1: Künftige Aufteilung der Vollzeitäquivalente auf Zahnarzttypen

In 2024 gibt es in den westdeutschen Bundesländern 48.309, in den ostdeutschen Bundesländern 8.185 Zahnärztinnen und Zahnärzte nach Vollzeitäquivalenten. Setzt man auf diese Werte zunächst die bis 2030 prognostizierten Aufteilungen in Vertrags- und angestellte Zahnärztinnen und Zahnärzte und anschließend auf die erhaltenen Untergruppen die prognostizierten Geschlechterverteilungen an, ergibt sich für das Jahr 2030 die in Abbildung 29 dargestellte prognostizierte Zusammensetzung der Zahnärzteschaft nach Vollzeitäquivalenten. Demzufolge sinkt beispielsweise der Anteil männlicher Vertragszahnärzte an der Zahnärzteschaft im Westen von 44,5 % auf 36,9 %, im Osten von 36,0 % auf 34,0 %. Auf der anderen Seite steigt der Anteil weiblicher angestellter Zahnärzte im Westen von 19,2 % auf 25,6 %, im Osten von 15,2 % auf 19,9 %.

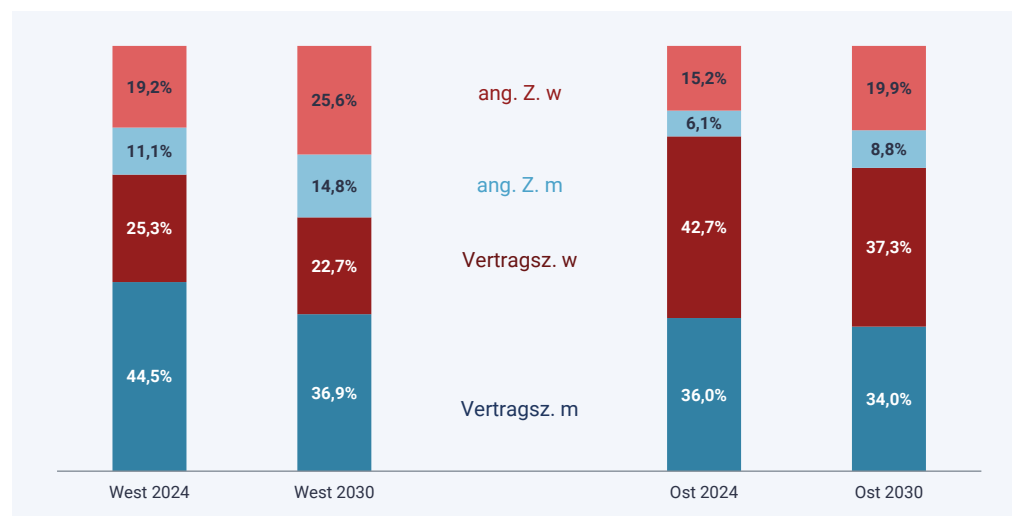


Abbildung 29: Aufteilung der Vollzeitäquivalente nach Zahnarzttypen in West/Ost für 2024 und Prognose 2030, Quelle: KZBV

Prognose 2: Benötigte Zahnärztinnen und Zahnärzte (nach Köpfen) zur Aufrechterhaltung des aktuellen Versorgungsniveaus

Diese prognostizierte Aufteilung der Zahnärzteschaft nach Vollzeitäquivalenten in den west- und ostdeutschen Bundesländern liefert nun in Kombination mit den prognostizierten durchschnittlichen Tätigkeitsumfängen der jeweiligen Zahnarztgruppe (Vertrags-/angestellte Zahnärzte, männlich/weiblich) die benötigte Anzahl Köpfe, um die aktuelle Anzahl Vollzeitäquivalente aufrechtzuerhalten.

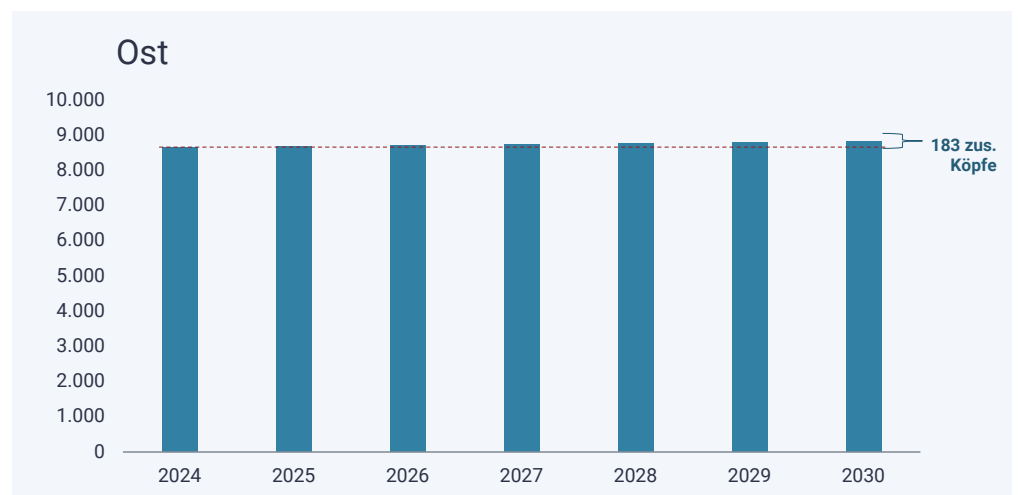
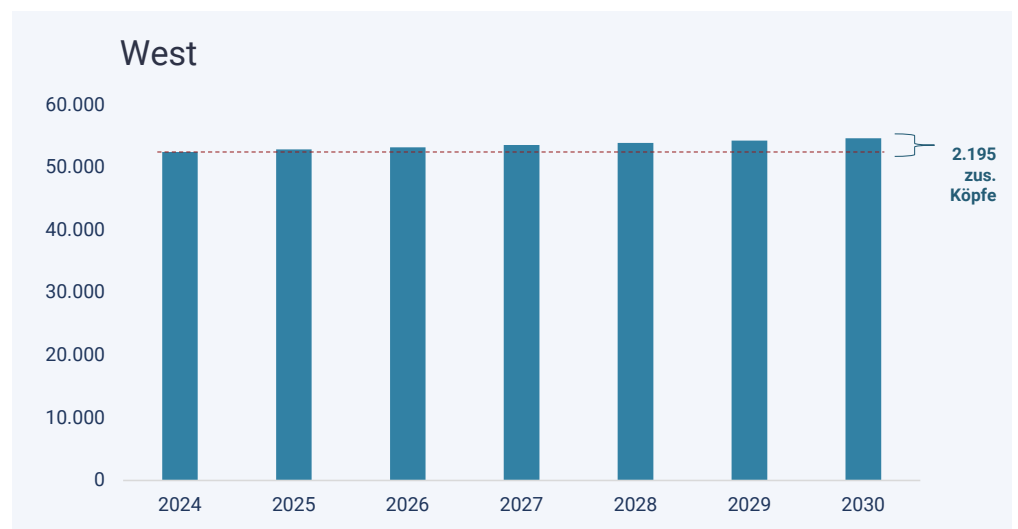


Abbildung 30: Prognose der benötigten Zahnärztinnen und Zahnärzte (Köpfe) in den west- und ostdeutschen Bundesländern bis 2030, Quelle: KZBV

In 2024 wurden die deutschlandweit insgesamt 56.494 Vollzeitäquivalente von 61.105 Zahnärztinnen und Zahnärzten nach Köpfen erbracht. Die Zahl der benötigten Köpfe, um sowohl in den west- (48.309) als auch in den ostdeutschen Bundesländern (8.185) die aktuelle Anzahl Vollzeitäquivalente aufrechtzuerhalten, steigt gemäß diesen Prognosen kontinuierlich, so dass in 2030 in den westdeutschen Bundesländern 2.195 (+ 4,2 %) und in den ostdeutschen Bundesländern 183 (+ 2,1 %) zusätzliche Köpfe im Vergleich zu 2024 benötigt werden.

Gemäß der Prognose in Kapitel 3.1 wird die Zahl der Zahnärztinnen und Zahnärzte nach Köpfen im gesamten Bundesgebiet bis 2030 auf 60.783 (+0,9 %) steigen. Dies würde jedoch voraussichtlich nicht ausreichen, um das aktuelle Niveau an Vollzeitäquivalenten aufrechtzuerhalten, wofür 63.483 Köpfe benötigt würden.

Die prognostizierten Köpfe liegen um 4,3 % unter dem Zielwert. Unter Einbezug der prognostizierten Entwicklung der Gesamtzahl der Zahnärztinnen und Zahnärzte fehlen damit bundesweit 2.700 Köpfe, um die Versorgung auf dem aktuellen Niveau aufrechtzuerhalten.

Bei getrennter Betrachtung der west- und ostdeutschen Bundesländern zeigt sich, dass im Westen der Zielwert um 2,9 % unterschritten wird. Die Lücke ist also verhältnismäßig niedriger als beim bundesweiten Wert der benötigten Köpfe, was auf den Anstieg der Gesamtzahl der Zahnärztinnen und Zahnärzte im Westen bis 2030 um insgesamt 1.420 Köpfe (2024: 51.676 gegenüber 2030: 53.096) zurückgeführt werden kann. In den westdeutschen Bundesländern würden 2030 nach dieser Prognose rd. 1.600 Zahnärztinnen und Zahnärzte fehlen, um das aktuelle Versorgungsniveau zu erhalten.

*Im Osten
fehlen 2030
rd. 1.100
Zahnärzte*

Ein in dieser Hinsicht dramatisches Bild zeichnet sich im Osten ab: Anders als in den westdeutschen Bundesländern wird die Zahl der Zahnärztinnen und Zahnärzte nach Köpfen hier voraussichtlich noch weiter sinken und in 2030 bei 7.687 (2024: 8.568) liegen. Wie oben gesehen, werden prognostisch hingegen auch hier mehr Köpfe als bisher benötigt, so dass der Zielwert bei 8.821 Köpfen liegt. Der Zielwert wird 2030 somit um 12,9 % unterschritten. In den ostdeutschen Bundesländern würden 2030 demnach rd. 1.100 Zahnärztinnen und Zahnärzte fehlen, um das aktuelle Versorgungsniveau zu erhalten.

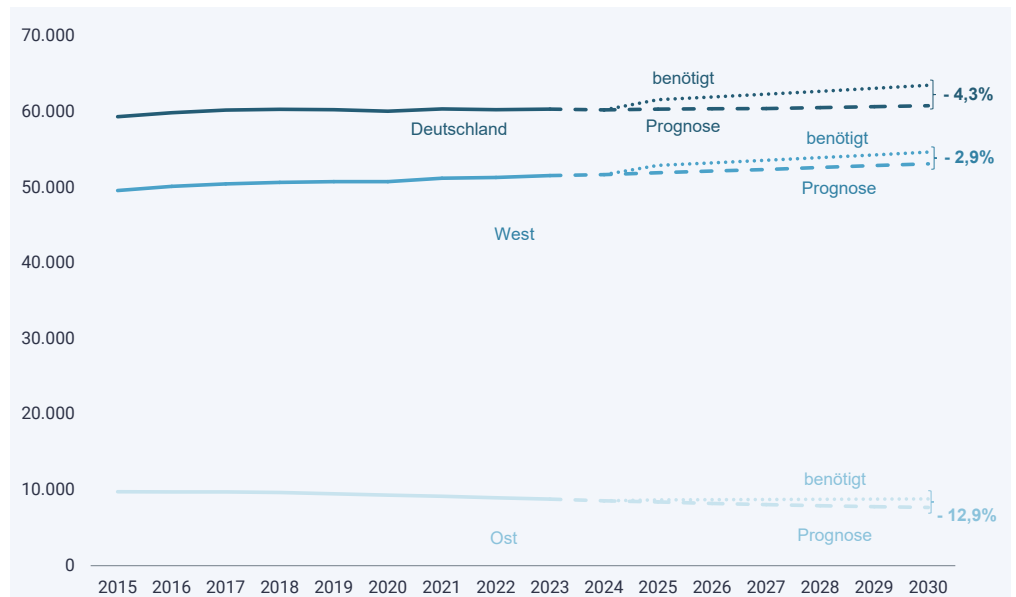


Abbildung 31: Kombinierte Prognose der benötigten und vorhandenen Zahnärztinnen und Zahnärzte (Köpfe) bis 2030, Quelle: KZBV

Diese Daten und Prognosen aus der Vogelperspektive lassen allerdings nur sehr eingeschränkte Aussagen darüber zu, wie sich die wohnortnahe Versorgung, die Versorgung vor Ort, in den nächsten Jahren darstellen wird. Daher wird im nächsten Schritt (Kapitel 3.5) der Blick auf die Entwicklung der Versorgungsgrade in den einzelnen Planungsbereichen gerichtet.

ZUSAMMENGEFASST:

Bei einem zu erwartenden Rückgang des durchschnittlichen 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 % unterschritten, im Osten vor dem Hintergrund der prognostisch weiter sinkenden Gesamtzahl der Zahnärztinnen und Zahnärzte sogar um 12,9 %.

3.5 Entwicklung der Versorgungsgrade unter gleichbleibenden Rahmenbedingungen

Im Hinblick auf die aktuelle Versorgungssituation auf Bundesebene ist auch hier einerseits eine nach west- und ostdeutschen Bundesländern differenzierende Darstellung angebracht, um unterschiedliche Dynamiken in der Entwicklung zu verdeutlichen. Ferner nimmt die Analyse die Planungsbereiche in den Fokus, um zwischen und auch innerhalb der einzelnen Bundesländer eine differenzierte Betrachtung zu ermöglichen.



Abbildung 32: Entwicklung der Versorgungsgrade in West und Ost, Quelle: KZBV

Die Unterschiede zwischen Ost und West werden aus der Gegenüberstellung in Abbildung 32 deutlich, in der die Entwicklung der Versorgungsgrade¹⁷ seit 2015 abgebildet ist. Dabei schlägt sich die divergierende Entwicklung der Zahnärztezahlen für den Zeitraum von 2015 bis 2024 in West und Ost (siehe Kapitel 3.1) im mittels des Instrumentariums der Bedarfsplanung gemessenen Versorgungsgradniveau nieder.¹⁸

¹⁷ Der Bereich der kieferorthopädischen Versorgung mit seinen Besonderheiten wird in dieser Analyse nicht betrachtet.

¹⁸ Während in den westdeutschen Bundesländern insgesamt leicht steigende Zahnärztezahlen zu verzeichnen sind, gehen die Zahlen in den ostdeutschen Ländern im selben Zeitraum kontinuierlich zurück.

Für die westdeutschen Bundesländer ist über den Zeitraum von 2015 bis 2024 ein leichter, mit dem migrationsbedingten Bevölkerungszuwachs erklärbarer Rückgang des Versorgungsgrades von rund 105 % in 2015 auf rund 102 % in 2024 zu verzeichnen, während der Rückgang in den ostdeutschen Bundesländern in diesem Zeitraum bei rund 19 Prozentpunkten lag. In 2024 dürfte der Versorgungsgrad mit knapp unter 100 % erstmals unterhalb des Wertes im Westen liegen.

Insgesamt liegt die durchschnittliche Versorgungssituation in Ost und West heute mit Werten im Bereich der Schwelle von 100 % auf gutem Niveau.

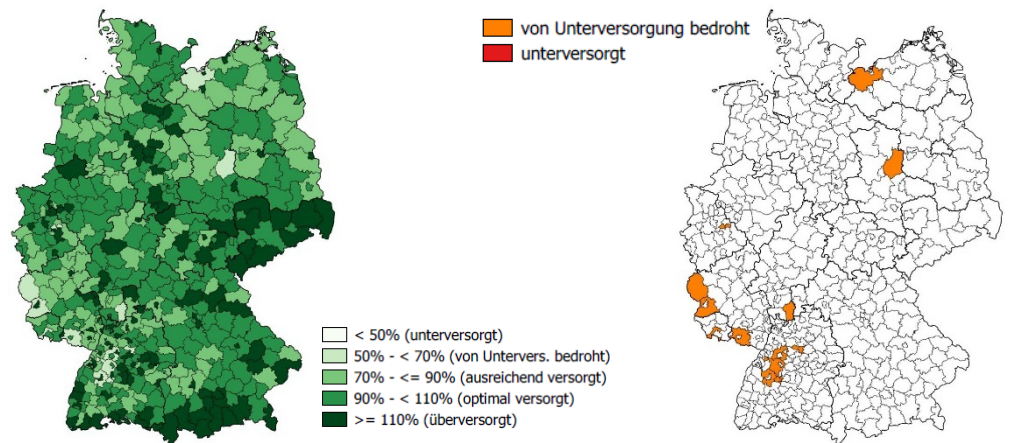


Abbildung 33: Allgemeinzahnärztliche Versorgungsgrade auf Ebene der Planungsbereiche 2024, Quelle: KZBV

Aktuell gutes Versorgungsniveau in der Fläche

Abbildung 33 zeigt die Deutschlandkarte der Planungsbereiche nach Versorgungsgrad und macht insofern deutlich, dass die Feststellung eines durchschnittlich guten Versorgungsniveaus grundsätzlich auch für die Fläche gilt. So gab es sowohl in den westdeutschen als auch in den ostdeutschen Bundesländern 2024 keine unterversorgten Planungsbereiche (Versorgungsgrad unter 50 %). Lediglich 3,3 % der Planungsbereiche sind von einer Unterversorgung bedroht.¹⁹

¹⁹ Erläuterung: In der Bedarfsplanung wird aus der Bevölkerungszahl und einer Verhältniszahl für jeden Planungsbereich eine Soll-Zahnärztezahl berechnet und mit der tatsächlichen Zahnärztezahl nach Vollzeitäquivalenten verglichen. Stimmen Soll und Ist überein, liegt der Versorgungsgrad bei genau 100 %, liegt der Ist-Wert unterhalb des Solls, ergibt sich ein Versorgungsgrad von unter 100 %, liegt er darüber, ergibt sich entsprechend ein Versorgungsgrad von über 100 %. Gemäß Bedarfsplanungsrichtlinie liegt bei einem Versorgungsgrad von unter 50 % Unterversorgung vor, bei einem Versorgungsgrad von mindestens 110 % ist ein Planungsbereich überversorgt. Für diese Auswertung werden als zusätzliche Abstufungen der von Unterversorgung bedrohte Bereich (50 % - <70 %), ausreichende Versorgung (70 % - ≤90 %) und optimale Versorgung (>90 % - <110%) betrachtet.

Prognose: Versorgungsgrade 2030

Die Prognose der Versorgungsgrade bis 2030 erfordert Annahmen über die Entwicklung der Bevölkerung und der Zahnärztinnen und Zahnärzte auf Ebene der Planungsbereiche:

- In Bezug auf die Bevölkerungsentwicklung liegen mit dem INKAR-Datensatz Prognosedaten auf Kreisebene vor, die rechnerisch aufgespalten für die Raumeinheiten der Planungsbereiche herangezogen werden können.
- Zur prognostischen Bestandsfortschreibung der Zahl der Zahnärztinnen und Zahnärzte sind Annahmen über die Zu- und Abgänge im Zeitablauf erforderlich. Empirisch besteht ein zeitlich enger und stabiler Zusammenhang zwischen der Zahl der Approbationen und der Vorbereitungsassistentinnen und -assistenten, sodass die Zahl der jährlichen Approbationen als Schätzgröße für die jährlichen Zugänge herangezogen werden kann, deren langfristiger Mittelwert bei ca. 2.000 Approbationen pro Jahr liegt.
- Da es sich hierbei um eine Kopfzahl handelt, für die Bestimmung des Versorgungsgradniveaus jedoch die Zahl der Vollzeitäquivalente relevant ist, wird unter Zugrundelegung einer durchschnittlichen Teilzeitquote von rd. 90 % von jährlich 1.800 neu approbierten Zahnärztinnen und Zahnärzten (Vollzeitäquivalente) für die Modellberechnungen ausgegangen.
- Diese hinzukommenden Zahnärztinnen und Zahnärzte verteilen sich auf die Planungsbereiche im gleichen Verhältnis wie die aktuell tätigen angestellten Zahnärztinnen und Zahnärzte. Dem liegt die Annahme zugrunde, dass Regionen, die heute bei jungen, zumeist angestellten Zahnärztinnen und Zahnärzten beliebt sind, auch in Zukunft attraktive Gebiete für die zahnärztliche Tätigkeit darstellen werden.
- Bezüglich der Abgänge wird ein degressiver Ansatz gewählt, bei dem unterstellt wird, dass jährlich 20 % der über 60-jährigen Zahnärztinnen und Zahnärzte aus der Versorgung ausscheiden werden. Dies trägt dem Umstand Rechnung, dass das Ausscheiden einer Alterskohorte aus der Versorgung nicht uniform zeitpunktbezogen erfolgt, sondern sich über einen längeren Zeitraum erstreckt.

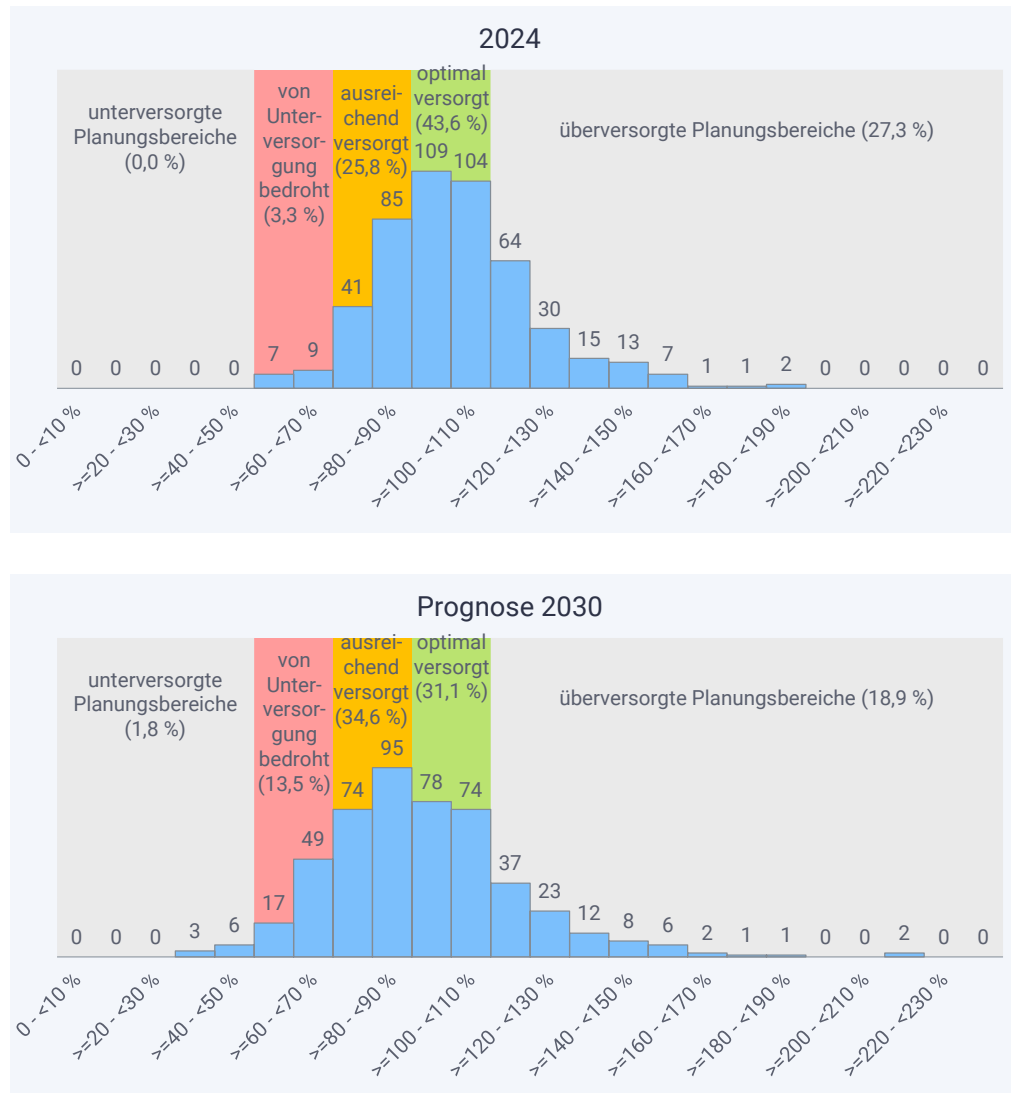


Abbildung 34: Verteilung der Planungsbereiche auf Versorgungsgradgruppen in der allgemeinärztlichen Versorgung – 2024 und Prognose 2030 in Deutschland

Bis 2030 steigt der Anteil unterversorgter Planungsbereiche von derzeit null auf 1,8 % (9 Planungsbereiche) an.

Weitere 13,5 % (66 Planungsbereiche) werden in 2030 voraussichtlich von Unterversorgung bedroht sein.

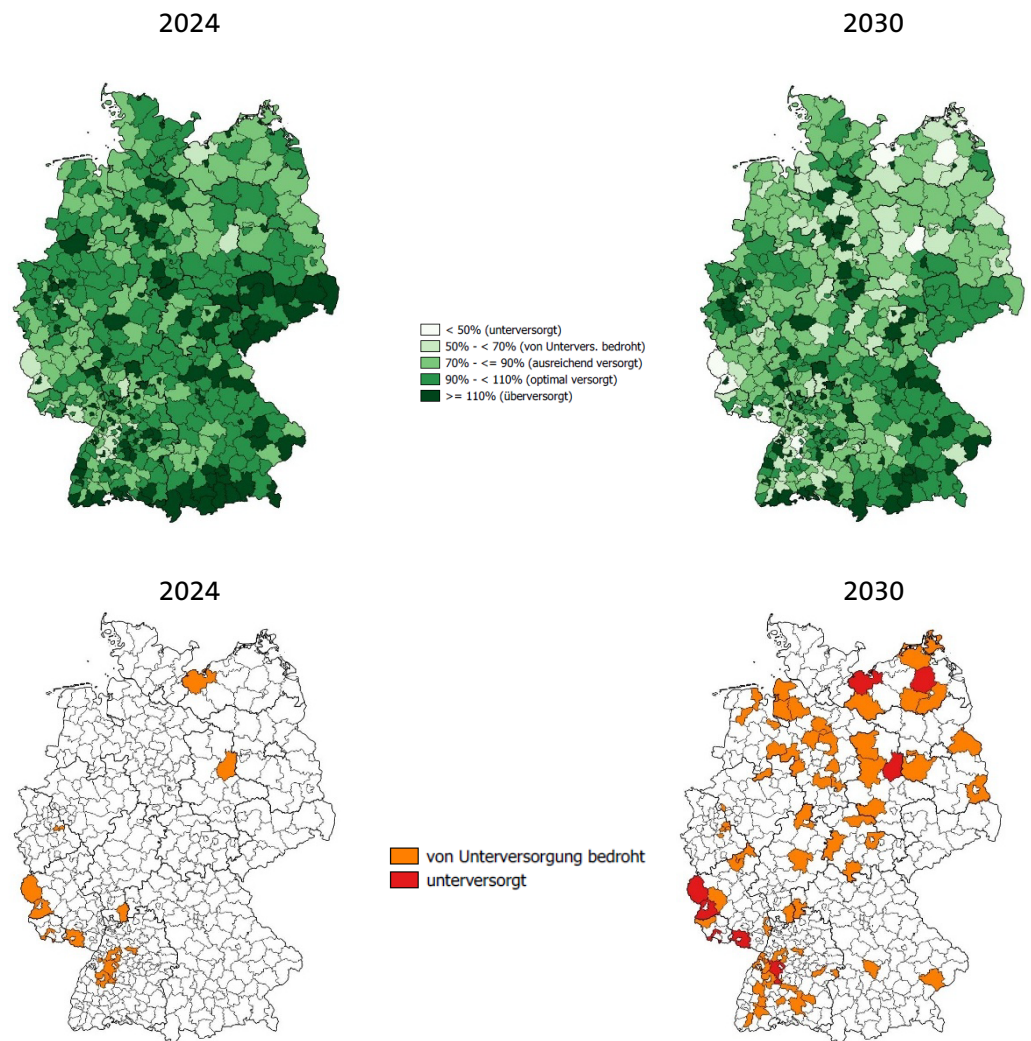


Abbildung 35: Bundesweite Verteilung der allgemeinärztlichen Versorgungsgrade auf Planungsbereichsebene nach Versorgungsgradbereichen (Prognose), Quelle: KZBV

Abbildung 35 zeigt die prognostische bundesweite Verteilung der Versorgungsgrade 2030:

Niedrig versorgte Bereiche würden demnach vermehrt im Südwesten (Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz und Saarland) sowie in Niedersachsen und in den ostdeutschen Bundesländern (vor allem in Sachsen-Anhalt, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen) liegen.

Gleichzeitig würde ein Großteil der Planungsbereiche weiterhin gut versorgt bleiben. Die gut versorgten Bereiche liegen vor allem in Bayern sowie Nordrhein und Westfalen-Lippe. Auch in den ostdeutschen Bundesländern zeichnet sich ein differenziertes Bild mit gut versorgten Bereichen ab.

3.6 Auf einen Blick: Versorgungssituation 2030

Die zahnärztliche Versorgung in Deutschland befindet sich derzeit auf einem flächendeckend guten Niveau. Im Bereich der allgemein Zahnärztlichen Versorgung²⁰ ist kein Planungsbereich unterversorgt; lediglich in 3,3 % der Planungsbereiche kann eine drohende Unterversorgung festgestellt werden. Für die bis zum Jahr 2030 prognostisch absehbare Entwicklung der zahnärztlichen Versorgung sind insbesondere die folgenden Trends von Relevanz:

- Die **Gesamtzahl der Zahnärztinnen und Zahnärzte** steigt bis 2030 voraussichtlich leicht an (+ 0,9 %); dieser Anstieg ist durch eine unterschiedliche Entwicklung der Zahlen zwischen den west- (+ 2,7 %) und ostdeutschen (- 10,3 %) Bundesländern gekennzeichnet.
- Bei einer demografiebedingt sinkenden **Gesamtzahl der Praxen** sind ein Anstieg der durchschnittlichen Praxisgröße sowie eine Konzentration von Praxisstandorten zu beobachten. Gleichwohl ist und bleibt die inhabergeführte Einzel- und Mehrbehandlerpraxis in West- und Ostdeutschland absehbar die häufigste und wichtigste Praxisform. Sie ist essenzielle Grundlage und Voraussetzung zur Aufrechterhaltung einer flächendeckenden Versorgung. Die Niederlassungsbereitschaft ist weiter vorhanden.
- Die Zahnärzteschaft wird in der **Zusammensetzung weiblicher**. Frauen (2024: 48,1 %) werden bis 2030 die Mehrheit im Berufsstand stellen.
- Der **Anteil der angestellten Zahnärztinnen und Zahnärzte** wird weiter steigen (2015: 16,1 %, 2024: 32,6 %) und könnte 2030 bereits bei über 40 % liegen.
- Der im Vergleich zu anderen Berufsgruppen derzeit 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 %) als freiberufliche, niedergelassene Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte (2024: 3,8 %).
- Bei einem zu erwartenden Rückgang des durchschnittlichen 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 % unterschritten, im Osten vor dem Hintergrund der prognostisch weiter sinkenden Gesamtzahl der Zahnärztinnen und Zahnärzte sogar um 12,9 %.

²⁰ Der Bereich der kieferorthopädischen Versorgung mit seinen Besonderheiten wird hier nicht betrachtet.

*Ressource
Personal wird
zunehmend
knapper*

Diese Entwicklungstrends werden dazu führen, dass auch in der Zahnärzteschaft die Ressource Personal einschließlich der zahnmedizinischen Fachangestellten in den kommenden Jahren zunehmend knapper wird. Für den Bereich der Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte gilt dies nicht generell, sondern nur für einige Regionen Deutschlands.

In 2030 würde unter gleichbleibenden Rahmenbedingungen das aktuell flächendeckende Netz der Versorgung bereits vermehrt Planungsbereiche aufweisen, die unterversorgt (vgl. 1,8 %) oder von Unterversorgung bedroht sind (vgl. 13,5 %). 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. Gleichzeitig würde der Großteil der Planungsbereiche weiterhin gut versorgt bleiben. Die gut versorgten Bereiche liegen vor allem in Bayern sowie Nordrhein und Westfalen-Lippe. Auch in den ostdeutschen Bundesländern zeichnet sich ein differenziertes Bild mit gut versorgten Bereichen ab.

4

Erwartungen der Zahnärzteschaft an die Berufsausübung

Laut einer repräsentativen Online-Befragung²¹ des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) in Zusammenarbeit mit der KZBV überlegen knapp 72 % der befragten Zahnärztinnen und Zahnärzte, aufgrund der aktuellen Rahmenbedingungen vorzeitig aus der Patientenversorgung auszuschneiden.

95 % der Befragten geben an, dass die hohe Bürokratielast sowie eine praxisuntaugliche Digitalisierung die für die Patientenversorgung zur Verfügung stehende Zeit einschränken. Drei von vier Zahnärztinnen und Zahnärzten fühlen sich durch ihre Arbeit ausgebrannt. Mehr als die Hälfte der Befragten würde sich nicht erneut niederlassen, wenn sie heute noch einmal vor der Wahl stünden.

Das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) hat im Rahmen des Projekts zum Berufsbild angehender und junger Zahnärztinnen und Zahnärzte (kurz: Y-Dent) seit 2014 deren Vorstellungen und Erfahrungen in Bezug auf die Berufsausübung umfassend untersucht.²²

Demnach wollen nahezu alle Zahnärztinnen und Zahnärzte nach ihrer Approbation in der Versorgung behandelnd tätig sein. So arbeiten etwa 90 % der approbierten Zahnärztinnen und Zahnärzte in der Patientenversorgung. Im Jahr 2019 waren bundesweit lediglich 0,2 % der approbierten Zahnärztinnen und Zahnärzte außerhalb der Patientenversorgung tätig, 8,4 % waren in einer vorübergehenden Auszeit von der Patientenversorgung. Zum Vergleich: im allgemeinmedizinischen Bereich beobachtet man im Gegensatz dazu seit einigen Jahren die Tendenz, dass nicht alle ausgebildeten Ärztinnen und Ärzte auch in der Patientenversorgung ankommen.

Wie oben dargestellt, ist der Anteil der Zahnärztinnen und Zahnärzte, die in einem Anstellungsverhältnis tätig sind, in den vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegen. Dennoch strebt ein Großteil der jungen Zahnärztinnen und Zahnärzte nach wie vor die eigene Niederlassung an. Der Zeitpunkt der Ersteiniederlassung im Berufsleben hat sich jedoch nach hinten verschoben und lag 2019 im Durchschnitt bei 36,1 Jahren.

Fast alle Zahnärztinnen und Zahnärzte in der Patientenversorgung tätig

²¹ Weitere Informationen sowie die veröffentlichte Kurzform des Stimmungsbarometers unter: www.kzbv.de/pressemitteilung-vom-17-6-2024.1868.de.html

²² Die bisherigen Ergebnisse des Projekts wurden in der 2021 erschienenen IDZ-Publikation „Junge Zahnärztinnen und -ärzte: Berufsbild - Patientenversorgung - Standespolitik“ von Dr. Nele Kettler herausgearbeitet. Diese dient neben der im Jahr 2019 erschienenen IDZ-Publikation „Die zahnärztliche Niederlassung: Stand der Forschung zur Praxisgründung“ von Dr. David Klingenberg als wesentliche Grundlage für die folgenden Ausarbeitungen.

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass für in der Versorgung tätige schwangere angestellte Zahnärztinnen mit Bekanntgabe der Schwangerschaft regelmäßig ein faktisches Beschäftigungsverbot gilt, durch das sie etwa 7 Monate nicht zahnärztlich tätig sind (MuSchG § 11).²³ Nach der Geburt ihres Kindes können sich angestellte Zahnärztinnen, aber auch angestellte Zahnärzte, darüber hinaus in der Elternzeit bis zu drei Jahre von der Arbeit freistellen lassen (Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz § 15). Infolge dieser gesetzlich vorgegebenen Auszeiten lassen die Zahnärztinnen ihre Tätigkeit länger ruhen als Zahnärzte. Während die Mütter durchschnittlich 20,4 Monate keiner Tätigkeit nachgehen, sind es bei den Vätern nur 2,6 Monate. Etwa die Hälfte der Zahnärzte mit Kindern nimmt keine Auszeit. Die gesetzlich vorgegebenen Berufsauszeiten können gerade für Zahnärztinnen ein zusätzlicher Grund für eine spätere Niederlassung sein. Im Schnitt gründen Zahnärztinnen zwei Jahre später eine eigene Praxis als Zahnärzte.

Vorstellungen zum Arbeitsumfang - Prioritäten der jungen Generation

Work-Life-Balance und Vereinbarkeit von Familie und Beruf besonders wichtig

Junge Zahnärztinnen und Zahnärzte räumen den Themen Work-Life-Balance und Vereinbarkeit von Beruf und Familie einen hohen Stellenwert ein. Nach der Y-Dent-Studie des IDZ wünschen sich 21,4 % aller befragten jungen Zahnärztinnen und Zahnärzte, in Teilzeit tätig zu sein. Befragte, die in Zukunft eher angestellt tätig sein möchten, geben dabei signifikant häufiger an, sich eine Teilzeittätigkeit zu wünschen als ihre Kolleginnen und Kollegen, die bevorzugt in die Niederlassung gehen möchten. Letztere geben überwiegend an, in Vollzeit praktizieren zu wollen.

Dabei möchten sie jedoch in aller Regel keine 45 Stunden in der Woche arbeiten, sondern präferieren eine wöchentliche Arbeitszeit von 36,7 Stunden für ihre zukünftige Tätigkeit. Dieser Wert liegt nahezu 7 Stunden unter der durchschnittlichen Wochenarbeitszeit aktuell niedergelassener Zahnärztinnen und -ärzte und passt zum beschriebenen Trend zu gemeinschaftlichen Praxisformen, in denen man sich die Arbeitszeit ggf. besser einteilen kann.

Auch wenn laut der Y-Dent-Studie des IDZ mehrheitlich Zahnärztinnen sowie Befragte mit Kindern oder Kinderwunsch in Teilzeit arbeiten wollen, so spiegelt die gewünschte zukünftige Reduzierung der Arbeitszeit vor allem bei den Zahnärztinnen eine gesamtgesellschaftliche Entwicklung wider.

²³ Das Mutterschutzgesetz (MuSchG) ist ein Arbeitsschutzgesetz. Anders als für Angestellte gilt das MuSchG daher nicht für niedergelassene Zahnärztinnen, die als Selbstständige in eigener Praxis tätig sind.

Wo wollen junge Zahnärztinnen und Zahnärzte leben und arbeiten?

Neben den Entscheidungen darüber, ob bzw. wann oder auch wie man sich niederlassen möchte, und darüber, wie viele Arbeitsstunden pro Woche zum eigenen Lebensentwurf passen, stellt auch die Wahl des Wohn- bzw. Tätigkeitsorts eine wichtige persönliche und berufliche Entscheidung für junge Zahnärztinnen und Zahnärzte dar.

Grundsätzlich ist in Deutschland zu beobachten, dass Ballungsregionen und Städte stetig anwachsen und der ländliche, strukturschwache Raum seit längerem Einwohner verliert. Besonders bei jüngeren und qualifizierten Gruppen ist eine Wanderung in Ballungsräume festzustellen. Entsprechend wollen sich auch junge Zahnärztinnen und Zahnärzte überwiegend in (Groß)Städten und Ballungsgebieten ansiedeln.

Angehende Zahnärztinnen und Zahnärzte studieren zumeist in größeren Universitätsstädten. Solche Städte in Richtung ländlicherer Strukturen zu verlassen, ist ein vergleichsweise größerer Schritt. Für eine große Mehrheit der jungen Zahnärztinnen und Zahnärzte stellt der Arbeitsplatz für den Partner oder die Partnerin in der näheren Umgebung eine besonders wichtige Determinante für den eigenen Wohn- und Arbeitsort dar. Vor diesem Hintergrund ist es in stärkeren Wirtschaftsräumen wesentlich wahrscheinlicher, dass beide Partner eine nach Niveau und Fachlichkeit angemessene Stelle finden, als in ländlichen strukturschwachen Regionen.

Mit Blick auf den oben dargestellten hohen Wert einer Vereinbarkeit von Familie und Beruf kommt für die Gruppe der jungen Erwachsenen noch hinzu, dass Kindergärten und schulische und soziale Versorgungsstrukturen für Kinder auf dem Land in der Regel weniger vielfältig und schlechter zu erreichen sind als in der Stadt. Besonders für junge Zahnärztinnen kann dies die Attraktivität einer Praxis auf dem Land schmälern.

Insofern ist es wenig überraschend, dass nahezu 40 % der jungen Zahnärztinnen und Zahnärzte für ihre Tätigkeit in erster Linie (Groß-)Städte präferieren. Auch Medizinstudierende interessieren sich eher für eine Tätigkeit in (Groß-)Städten. Anders sieht es dagegen bei kleineren Kleinstädten oder Landgemeinden aus. Dort möchte etwa ein Drittel der Medizinstudierenden auf keinen Fall arbeiten.

*40 %
präferieren
Tätigkeit in
(Groß-)Stadt*

Darüber hinaus deuten Erhebungen darauf hin, dass Zahnärztinnen und Zahnärzte in ihrer Ortsvorstellung relativ früh festgelegt sind. In einer Erhebung aus dem Jahr 2023 unter neu niedergelassenen Zahnärztinnen und -ärzten²⁴ gaben ca. 90 % der Befragten an, sich in dem gleichen KZV-Bereich²⁵ niedergelassen zu haben, in dem sie bereits in der Vergangenheit tätig gewesen sind. Die Erhebung hat auch gezeigt, dass sich knapp drei Viertel der Befragten in ihrem Heimatbundesland niedergelassen haben. Daneben ließen sich knapp 46 % der befragten Zahnärztinnen und Zahnärzte in dem KZV-Bereich nieder, in dem sie auch studiert hatten.

ZUSAMMENGEFASST:

Bei den Berufsentscheidungen junger Zahnärztinnen und Zahnärzte gibt es klare Präferenzen und Vorstellungen darüber, wie, in welchem Umfang sowie an welchem Ort junge Zahnärztinnen und Zahnärzte ihren Beruf ausüben wollen und welche Erwartungen sie haben. Planungssicherheit und „anziehende“ Rahmenbedingungen sind dabei von ganz entscheidender Bedeutung.

²⁴ Bislang unveröffentlichte Ergebnisse zur Fragestellung: „Binden ehemalige berufliche und private Standorte – die Heimat, der Universitätsstandort, Arbeitsstätten in der Assistenzzeit und der Anstellung – junge Zahnärztinnen und Zahnärzte für die Niederlassung?“, Befragung aller in den Jahren 2021 und 2022 als neu niedergelassen gemeldeten Zahnärztinnen und Zahnärzte in Deutschland (Teilnehmende, die die Einschlusskriterien erfüllten und deren Daten ausgewertet wurden; n=622 [22 %]), IDZ.

²⁵ Entspricht dem jeweiligen Bundesland, außer in NRW, wo es mit der KZV Westfalen-Lippe und der KZV Nordrhein zwei KZV-Bereiche gibt.

5

Instrumente und Maßnahmen für eine zukunftsfeste Versorgung

Um den identifizierten Herausforderungen und drohenden lokalen Versorgungsproblemen frühzeitig zu begegnen bedarf es der Gestaltungskraft der Selbstverwaltung sowie einer Weiterentwicklung der gesetzlichen Rahmenbedingungen für die vertragszahnärztliche Versorgung.

- Bereits heute werden in den KZVen – auch präventiv – Maßnahmen zur Sicherung der Versorgung ergriffen, insbesondere über die gesetzlichen Sicherstellungsinstrumente (§105 SGB V) gerade in den KZVen, die von den prognostizierten lokalen Versorgungsengpässen besonders betroffen sind (Kapitel 5.1).
- Um die aktuell flächendeckend gute Versorgung auch in Zukunft gewährleisten zu können, ist zugleich die Bereitschaft zur Übernahme politischer Mitverantwortung, insbesondere des jeweiligen Landes und der Kommune gefragt. Es bedarf dringend attraktiver Rahmenbedingungen, insbesondere eine in Stadt und Land gut ausgebaute Infrastruktur (Kapitel 5.2).
- Darüber hinaus sollten zielgenaue politische Maßnahmen ergriffen werden, um die Versorgungsstrukturen insbesondere in (drohend) unterversorgten Regionen zu stärken (Kapitel 5.3).

5.1 Maßnahmen der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen

Die KZVen bieten ein breitgefächertes Beratungsangebot rund um den Berufseinstieg, die Niederlassung und auch die Praxisübergabe an. Daneben spielen die Sicherstellungsinstrumente nach § 105 SGB V eine entscheidende Rolle. Diese wurden im Oktober 2020 mit dem Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (GKV-IPReg) auch für den vertragszahnärztlichen Bereich geöffnet und bieten den KZVen ein breites und flexibles Maßnahmenpektrum, um drohende regionale Versorgungsengpässe zielgenau schließen und die vertragszahnärztliche Versorgung auch künftig flächendeckend und wohnortnah sicherstellen zu können.

Beispielsweise können über Strukturfonds Niederlassungen in strukturschwachen, schlechter versorgten Gebieten dort gefördert werden, wo sie benötigt werden. Der Instrumentenkatalog nach § 105 SGB V erlaubt auch ein perspektivisch orientiertes, präventives Handeln mit Blick auf sich perspektivisch abzeichnende Versorgungsentwicklungen und insoweit eine nachhaltige sowie passgenaue Versorgungsplanung und -steuerung.

*„105er-
Instrumente“
werden
umfangreich
genutzt*

Die Sicherstellungsinstrumente des § 105 SGB V werden von den KZVen ausgehend von der jeweiligen regionalen Versorgungssituation bereits umfangreich und vielfältig genutzt.

Bereits sieben KZVen (Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen) haben inzwischen einen Strukturfonds aufgesetzt. Strukturfonds werden jeweils zur Hälfte aus der vertragszahnärztlichen Gesamtvergütung sowie durch die Krankenkassen finanziert. Hierüber können u.a. Neuniederlassungen, Praxisübernahmen, Eigeneinrichtungen, die Gründung von Zweigpraxen, bestehende Praxen über das durchschnittliche Aufgabebalter hinaus oder auch Stipendien für den Nachwuchs sowie Mentorenprogramme in bestimmten Gebieten gezielt gefördert werden.

Beispielsweise nutzt die KZV Sachsen-Anhalt die Mittel des Strukturfonds zur Vergabe von Stipendien der Zahnmedizin an der Universität Pécs in Ungarn, im Zuge dessen sich die Stipendiaten zu einer anschließenden mind. 5-jährigen Tätigkeit in vorrangig versorgungsschwächeren Gebieten Sachsen-Anhalts verpflichten. Auf diese Weise versucht die KZV, zahnärztlichen Nachwuchs für versorgungsschwache Gebiete zu gewinnen. Daneben betreibt die KZV Sachsen-Anhalt auch ein Stipendien-Programm für Zahnmedizinistudierende an deutschen Hochschulen, die sich dazu verpflichten, ihre Vorbereitungszeit für die vertragszahnärztliche Tätigkeit in einem versorgungsschwächeren Gebiet Sachsen-Anhalts zu absolvieren.

5.2 Politischer Handlungsbedarf

Ungeachtet der regionalen Herausforderungen und Unterschiede, was die Prognose des Versorgungsgeschehens angeht, 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. Die Sicherstellungsinstrumente des § 105 SGB V werden in diesem Zusammenhang bereits umfangreich und vielfältig genutzt.

*Gleichwertige
Lebensverhältnisse fördern*

Abgrenzung zwischen Sicherstellungsauftrag und staatlicher Verantwortung

Allerdings ist eine klare Abgrenzung der Verantwortung von KZBV und KZVen für die Sicherstellung einerseits und der staatlichen Verantwortung für das Gemeinwohl andererseits erforderlich.

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 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 anziehende Rahmendbedingungen 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.²⁶

Bedarfszulassung kein geeigneter Lösungsansatz

Um drohender Unterversorgung entgegenzuwirken, wird teilweise reflexartig und unreflektiert das Instrument der Zulassungsbeschränkungen (sog. Bedarfszulassung) in die Diskussion geworfen. Dabei stellt die Bedarfszulassung, die im Jahr 2007 für den vertragszahnärztlichen Versorgungsbereich aus gut nachvollziehbaren Gründen abgeschafft wurde, keinesfalls einen Lösungsansatz dar. Dieses einschneidende Instrument ist nicht geeignet, lokale Versorgungsengpässe zu beseitigen und den dargestellten Entwicklungstrends entgegenzuwirken.

Die Versorgungsanalyse hat erstens aufgezeigt, dass im vertragszahnärztlichen Bereich aktuell sowie auch in den nächsten Jahren in der Fläche ein nach wie vor hohes Versorgungsniveau besteht bzw. bestehen wird. Daher stellt die Sperrung von überversorgten Planungsbereichen im Rahmen einer Bedarfszulassung schon aus diesem Grund kein adäquates Steuerungsmittel dar.

²⁶ Siehe hierzu ausführlich u. a. Klingenberger, 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.

Bereits heute bevölkerungs- proportionale Verteilung von Zahnärzten

Zudem kann die Anwendung der Bedarfszulassung auch dann kontraproduktiv wirken, wenn tatsächlich in einem Planungsbereich eine Unterversorgung vorliegt. In diesem Fall würden nämlich umliegende, nicht unterversorgte Planungsbereiche gesperrt werden und dadurch in diesen die funktionierende, organische Praxisnachfolge beeinträchtigt werden. Der Erhalt bestehender Versorgungsstrukturen würde insofern aufgrund der Bedarfszulassung dort zusätzlich erschwert werden.

Zweitens konnte die Versorgungsanalyse zeigen, dass sich die Zahnärztinnen und Zahnärzte nach Vollzeitäquivalenten annähernd bevölkerungs- und einkommensproportional verteilen. Hier gibt es allerdings große Unterschiede zwischen den Praxisformen, da sich investorengetragenen MVZ fast ausschließlich in einkommensstarken Ballungszentren ansiedeln und zur Versorgung in ländlichen, strukturschwachen Räumen (anders als die bevölkerungs- und einkommensproportional verteilten Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften) kaum einen Beitrag leisten. Die Einführung der Bedarfszulassung könnte die Dynamik, mit der die Investoren in die vertragszahnärztliche Versorgung drängen, noch weiter befeuern. Denn damit würde ein unfairer Wettbewerbsvorteil für iMVZ geschaffen werden, da die im Rahmen der Bedarfszulassung durchzuführenden Nachbesetzungsverfahren (§ 103 Abs. 4a SGB V) durch den „erkauften“ Verzicht auf Zulassungen zugunsten von Anstellungen im iMVZ faktisch unterlaufen werden könnten.

Zahnärztinnen und Zahnärzte können nicht wie Schachfiguren von einer Region in die nächste verschoben werden. Eine solche Versorgungspolitik vom Reißbrett ist fernab von den Lebensrealitäten der Zahnärztinnen und Zahnärzte und ihrer Familien und kann so nicht gelingen.

Anziehende Rahmenbedingungen schaffen

Politische Maßnahmen müssen den Anspruch haben, eben jene dringend erforderlichen „anziehenden“ Rahmenbedingungen zu schaffen, die es ermöglichen, dass die Zahnärztinnen und Zahnärzte möglichst schnell den Weg in die Versorgung wählen, der Versorgung anschließend möglichst lange erhalten bleiben und ihre Patientinnen und Patienten dabei möglichst effizient und außerdem auch dort, wo sie gebraucht werden, behandeln können – und dies auch aus eigenen Stücken wollen.

*Finanzielle
Planungs-
sicherheit
entscheidend*

Zu den „anziehenden Rahmenbedingungen“ vor Ort zählen beispielsweise ein gut ausgebauter öffentlicher Nahverkehr, der die Erreichbarkeit der Praxis sicherstellt sowie die Verfügbarkeit von Kinderbetreuungsplätzen, Schulen oder auch die Breitbandinfrastruktur. Ohne entsprechende infrastrukturelle Angebote werden sich die Lebenspläne junger Zahnärztinnen und Zahnärzte nur schwer mit der Lebensrealität in ländlichen und strukturschwachen Regionen in Einklang bringen lassen.

Auch finanzielle Planungssicherheit spielt bei den hohen Investitionen für eine eigene zahnärztliche Niederlassung eine entscheidende Rolle. In 2023 belief sich beispielsweise das durchschnittliche Investitionsvolumen einer zahnärztlichen Einzelpraxisübernahme auf 463.000 Euro²⁷. Vor diesem Hintergrund setzen Sparmaßnahmen, wie die Wiedereinführung der strikten Budgetierung in der vertragszahnärztlichen Versorgung für 2023 und 2024 (GKV-Finanzstabilisierungsgesetz 2022), ein fatales Signal in Richtung angehender Zahnärztinnen und Zahnärzte und wirken sich negativ auf die Niederlassungsbereitschaft künftiger Generationen aus. Solche äußerst kurzfristigen Maßnahmen haben damit langfristig und in der Breite negativen Einfluss auf die Versorgungssituation vor Ort. Dies gilt umso mehr, als Praxisinhaber aufgrund der Vergütungssystematik der GKV die Preise der von ihnen erbrachten Leistungen nicht frei an Nachfrage und Kosten ausrichten können und insoweit in Sachen Planungssicherheit in hohem Maße von stabilen gesetzlichen Rahmenbedingungen ihrer Tätigkeit abhängig sind.

Erschwerend wirkt auch die seit Jahrzehnten völlig dysfunktionale Digitalisierungspolitik im Gesundheitswesen, die mit übereilten und technisch unausgereiften Anwendungen für erhebliche Mehrkosten, Verwaltungsaufwand und Frust in den Praxen sorgt, statt die Versorgung für Patientinnen und Patienten zu verbessern bzw. die Abläufe für die Anwenderinnen und Anwender in den Praxen zu erleichtern. Das von der Selbstverwaltung entwickelte und seit Beginn des Jahres 2023 in der Versorgung befindliche Elektronische Beantragungs- und Genehmigungsverfahren (EBZ) ist ein Beispiel dafür, dass es auch anders geht und zeigt ganz konkret, wie mit Hilfe digitaler Anwendungen der Versorgungsalltag für Patienten und Praxen effektiv verbessert werden kann.²⁸

²⁷ Quelle: Klingenberg & Köhler 2025: „Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung 2023“

https://www.idz.institute/fileadmin/Content/Publikationen-PDF/Online-Journal_02_2025.pdf

²⁸ Seit 1. Januar 2023 ist das Elektronische Beantragungs- und Genehmigungsverfahren Zahnärzte (EBZ) flächendeckend in der zahnärztlichen Versorgung. Das Verfahren – vom Antrag über die Genehmigung bis zum Beginn der Behandlung – wird schneller, sicherer und verlässlicher. So entfällt etwa der Ausdruck des Heil- und Kostenplans, Patientinnen und Patienten müssen diesen auch nicht mehr bei ihrer Krankenkasse vorlegen. Im Gegensatz zu anderen Digitalanwendungen haben die Bundesmantelvertragspartner für das von ihnen selbst

*Weniger
Bürokratie –
mehr Zeit für
Patienten*

Ein gründungsfreundlicheres Umfeld entstünde auch dadurch, dass die extrem hohen bürokratischen Anforderungen im Praxisalltag endlich wirkungsvoll abgebaut werden. Überbordende Regulierung und steigender Verwaltungsaufwand in den zahnärztlichen Praxen wirken auf potenziell niederlassungswillige Zahnärztinnen und Zahnärzte in hohem Maße abschreckend. Konkrete Vorschläge seitens der zahnärztlichen Landesvertretungen, wie sich dies ändern ließe, liegen vor und könnten mit dem entsprechenden politischen Willen zeitnah umgesetzt werden.²⁹

Zugleich würden sich entsprechende Maßnahmen positiv darauf auswirken, wie die (in bestimmten ländlichen und strukturschwachen Regionen äußerst) knappe Ressource Personal in der zahnärztlichen Versorgung verwendet wird: Anstatt in dysfunktionalen Digitalisierungsvorhaben, in Bürokratie und Verwaltung zu versinken, sollten Zahnärztinnen und Zahnärzte mehr Zeit für die Patientenbehandlung haben.

Um den analysierten Herausforderungen in der zahnärztlichen Versorgung zielgenau zu begegnen, schlagen wir neben den vorgenannten grundsätzlichen politischen Aufgaben eine Reihe konkreter Maßnahmen vor, die neben der Bundes- auch die Landes- und Kommunalebene adressieren. Dabei ist grundsätzlich zu beachten, dass die Maßnahmen die vertragszahnärztliche Gesamtvergütung nicht zusätzlich belasten dürfen, da ansonsten die bestehenden Versorgungsstrukturen geschwächt würden.

entwickelte elektronische Antragsverfahren von Beginn an auf ein hinreichendes Testverfahren einschließlich einer ausführlichen Pilotierung gesetzt.

²⁹ Online verfügbar unter: www.kzbv.de/buerokratieabbau.1784.de.html

5.3 Unsere Vorschläge zur Stärkung der Versorgungsstrukturen

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 dazu zielgenau weiterentwickelt werden, um die Sicherstellung der Versorgung durch die KZBV und die KZVen zu unterstützen.

Politisches Handeln sollte sich dabei an folgenden drei Grundsätzen orientieren:

- Die freiberuflich tätigen, niedergelassenen Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte müssen auch in Zukunft das tragende Element in der Gestaltung der Versorgung sein. Dazu gehört insbesondere auch, investorengetragene MVZ (iMVZ) besser zu regulieren – durch Einführung einer räumlich-fachlichen Gründungsbeschränkung für Krankenhäuser.
- Es darf keine gesetzlichen Regelungen geben, die zur Folge haben, dass erbrachte Leistungen nicht vollumfänglich vergütet werden. Derartige existierende Regelungen müssen ersatzlos beendet werden, da sie mit einer verantwortungsvollen freiberuflichen Gestaltung von Versorgung nicht zu vereinbaren ist.
- Die Patientenversorgung darf nicht durch vermeidbare Bürokratie und unausgereifte Digitalisierungsanwendungen behindert werden. Es muss endlich mit dem Abbau von Bürokratie für Zahnarztpraxen und Selbstverwaltung begonnen und die Digitalisierung praxistauglich implementiert werden.

Zur gezielten Stärkung der Versorgung in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Bereichen sind insbesondere folgende Maßnahmen erforderlich:

- Staatliche Investitionskostenzuschüsse für Zahnarzt- und Zweigpraxen in ländlichen und strukturschwachen Gebieten, die unterversorgt oder von Unterversorgung bedroht sind.
- Steuerrechtliche Vergünstigungen für Zahnärztinnen und Zahnärzte, die sich in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Gebieten niederlassen oder ihren Ruhestand in solchen Gebieten hinausschieben. Daher begrüßen wir die im Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD vorgesehene Einführung einer Aktivrente. Diese sollte auch für Selbstständige gelten.

- Erleichterter Zugang zum Zahnmedizinstudium durch eine Quote für Studierende, die sich vorab verpflichten, für einen festzulegenden Zeitraum nach ihrer Approbation in einem Planungsbereich mit festgestelltem Versorgungsbedarf im Bundesland des Studienortes tätig zu werden.
- Staatlich finanzierte Stipendienprogramme für Studierende der Zahnmedizin im europäischen Ausland sowie an anerkannten nichtstaatlichen Hochschulen im Inland, in deren Rahmen sich die Stipendiaten dazu verpflichten, für einen festzulegenden Zeitraum nach ihrem Studium (vertrags-)zahnärztlich in einem Planungsbereich mit Versorgungsbedarf tätig zu sein.
- Weiterentwicklung der Sicherstellungsinstrumente insbesondere für eine bessere Kooperation zwischen KZVen und Kommunen.
- Förderung der aufsuchenden Betreuung von vulnerablen Gruppen (z.B. durch Kooperationsverträge mit Pflegeheimen), um auch die Patientinnen und Patienten an abgelegenen Orten oder mit einer eingeschränkten Mobilität zu erreichen.

Weiterführende Informationen unter www.kzbv.de/aktionsplan-sicherstellung

IMPRESSUM:

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

www.kzbv.de
politik@kzbv.de

© Okt 2025