

Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt
Doctor-Eisenbart-Ring 1 • 39120 Magdeburg

DIE LINKE. Fraktion
im Landtag von Sachsen-Anhalt
- Nicole Anger, MdL -
Domplatz 6-9
39104 Magdeburg

Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Doctor-Eisenbart-Ring 1 • 39120 Magdeburg

Telefon 0391 6293-000 Email info@kzv-lsa.de
Fax 0391 6293-234 Internet www.kzv-lsa.de

Vertreten durch den Vorstand
Dr. Jochen Schmidt
Dr. Dorit Richter

Bankverbindung
Deutsche Apotheker- und Ärztebank
IBAN DE83 3006 0601 0003 1453 44
BIC DAAEDEDXXX

Ihr Zeichen, Ihre Nachricht vom

Ihr Ansprechpartner, Telefon, E-Mail

Datum

Dr. Jochen Schmidt, -253

29.09.2023

Stellungnahme der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt

zur Antwort des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (Drs. 8/3069 vom 31.08.2023) auf Ihre Kleine Anfrage „Sicherstellung der zahnmedizinischen Versorgung im Land Sachsen-Anhalt“ (KA 8/1644 vom 26.07.2023)

Sehr geehrte Frau Anger,

mit großem Erstaunen und wachsender Besorgnis haben wir die o.g. Antwort des zuständigen Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Gleichstellung auf Ihre Kleine Anfrage zur „Sicherstellung der zahnmedizinischen Versorgung im Land Sachsen-Anhalt“ zur Kenntnis genommen.

Besorgt sind wir u. a. darüber, dass der Antwortgeber in der Gesamtschau die prekäre Versorgungssituation im vertragszahnärztlichen Bereich im Land Sachsen-Anhalt faktisch weiterhin negiert. Darüber hinaus erscheinen uns die jeweiligen Antworten teilweise unvollständig, teilweise sogar in sich widersprüchlich und nicht dazu geeignet, eine reale Bewertung der zahnärztlichen Versorgungssituation abzubilden.

Für den Antwortgeber existiert nur eine rechnerische, an der Bedarfsplanungs-Richtlinie orientierte (Unter-)Versorgung, die formell noch nicht eingetreten ist. Eine faktische (Unter-)Versorgung erscheint hingegen nicht relevant. Auch eine immerhin nach den Vorgaben der Bedarfsplanungs-Richtlinie Zahnärzte bereits festgestellte in absehbarer Zeit drohende Unterversorgung ist für den Antwortgeber unerheblich und uninteressant.

Ziel des Sicherstellungsauftrags ist u. a. eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung. Es wird eine ausreichende Zahl von Leistungserbringern erwartet. Eine quantitative Leistungsseite wird dabei nicht berücksichtigt. Nicht umsonst hat die KZV LSA eine Hotline für Patientinnen und Patienten eingerichtet, die mangels freier Kapazitäten in den Praxen keinen Zahnarzttermin bekommen – wohlgerne auch in Planungsbereichen mit einem Versorgungsgrad über 100 Prozent! Denn was bei der kopfmäßigen Betrachtung auch allzu gern vergessen wird: Die Zahnärztinnen und

Zahnärzte müssen heute wesentlich mehr Zeit für Verwaltungstätigkeiten aufwenden, was zulasten der realen Versorgung geht.

Zu bedenken ist auch: Die industriellen Großansiedlungen, die mit Intel und Co. für das Land gewonnenen werden konnten, lassen einen Zuzug an Fachkräften und ihren Familien erwarten, der in der Bevölkerungsprognose des Landes noch keinen Niederschlag gefunden hat. Und auch diese neuen Sachsen-Anhalterinnen und Sachsen-Anhalter wollen und sollen (zahn-)medizinisch versorgt werden. Zahnärztinnen und Zahnärzte sind aber mitnichten kurzfristig verfügbar, sondern haben ein fünfjähriges Studium zu absolvieren, bevor sie zahnärztlich tätig werden können. Die Vorbereitungsassistentenzeit von zwei Jahren, die Voraussetzung für die Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung ist, noch gar nicht eingerechnet.

Vor diesem Hintergrund erfüllt uns mit großem Erstaunen, dass vom Antwortgeber nicht einmal der Versuch unternommen wird, die Behändigkeit der Landesregierung(-en) im Bereich der hausärztlichen Versorgung zu relativieren, sondern diese sogar im Rahmen der Argumentation gegen ein gezieltes proaktives Engagement für die vertragszahnärztliche Versorgung genutzt wird. So sind entsprechend den vorliegenden Ausführungen über 17 (!) Jahre vergangen vom ersten Hinweis auf eine drohende Versorgungsproblematik im hausärztlichen Bereich durch die KVSA (2002) bis zur Einführung der Landarztquote in Sachsen-Anhalt (2019).

Immerhin, die Kassenärztlichen Vereinigungen können sich bereits seit 2012 des Strukturfonds gemäß § 105 Abs. 1a SGB zur Finanzierung von Fördermaßnahmen unter paritätischer Beteiligung der Krankenkassen, bedienen. Den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen steht dieses Instrument überhaupt erst seit dem Inkrafttreten des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (GKV-IPReG) im Oktober 2020 zur Verfügung. Dass sich dabei die Zusammenarbeit mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen, die über hohe finanzielle Defizite klagen, nicht reibungslos gestaltet, braucht sicherlich nicht erwähnt werden.

Wir erlauben uns, Ihnen im Folgenden einige Ergänzungen und Anmerkungen zur vorgelegten Antwort auf Ihre Kleine Anfrage zukommen zu lassen.

Zu: Antwort zu Frage 1

Der Auftrag der KZVen, die vertragszahnärztliche Versorgung sicherzustellen, ist die Konsequenz der kollektivvertraglichen Organisation der Gesetzlichen Krankenversicherung und des Sachleistungsprinzips. Da es den Krankenkassen grundsätzlich verwehrt ist, selbst die Versorgung ihrer Versicherten sicherzustellen oder dazu in Rechtsbeziehungen zu den einzelnen Zahnärzten zu treten, kommt diese Sicherstellungsaufgabe ausschließlich den KZVen als Zusammenschlüssen der Vertragszahnärzte und Vertragspartner der Krankenkassen zu („Sicherstellungsmonopol“, vgl. aber auch § 72a SGB V).

Der Sicherstellungsauftrag der KZVen mit der daraus resultierenden Gewährleistungspflicht für eine ordnungsgemäße Versorgung gegenüber den Krankenkassen (§ 75 Abs. 1 SGB V) und die Zahlung einer Gesamtvergütung durch die Krankenkassen mit befreiender Wirkung an die KZVen für die vertragszahnärztliche Versorgung ihrer Versicherten bedingen sich dabei im Verhältnis zueinander. Ohne Zahlung der Gesamtvergütung wäre der Sicherstellungsauftrag für die KZVen nicht darstellbar, wie auch umgekehrt für die Krankenkassen die Zahlung einer Gesamtvergütung an die KZVen ohne Übernahme einer entsprechenden Gewährleistungspflicht für die ordnungsgemäße Versorgung nicht zumutbar wäre.

Die Umsetzung des Sicherstellungsauftrages durch die KZVen erfolgt zweistufig: Auf der ersten Stufe haben die KZVen für ein ausreichendes Angebot an vertragszahnärztlichen Leistungserbringern Sorge zu tragen. Dies erfolgt gem. § 95 SGB V grundsätzlich durch die Zulassung von Vertragszahnärzten, MVZen, Ermächtigungen etc. Auf der zweiten Stufe besteht für die KZVen die Verpflichtung, die zugelassenen und ermächtigten Leistungserbringer zur ordnungsgemäßen Leistungserbringung anzuhalten, die Erfüllung der den Vertragszahnärzten obliegenden Pflichten zu überwachen und diese nötigenfalls mit Disziplinarmaßnahmen durchzusetzen.

Bei den Krankenkassen verbleibt ungeachtet des Sicherstellungsauftrages der KZVen und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) eine übergeordnete Sicherstellungsverpflichtung (vgl. § 72 Abs. 2 SGB V): Sie haben unter dem Dach der gemeinsamen Selbstverwaltung durch vertragliche Vereinbarungen die Rahmenbedingungen dafür zu schaffen, dass die vertragszahnärztliche Versorgung auch tatsächlich sichergestellt ist. Dabei haben sie auch für eine angemessene (!) Vergütung der Vertragszahnärzte zu sorgen.

Zu: Antwort zu Frage 2

Die Beantwortung der Anfrage fußt auf einer Zuarbeit der KZV LSA. Sicherlich versehentlich hat der Textabschnitt, der der tabellarischen Übersicht der Maßnahmen der KZV LSA zur Förderung der vertragszahnärztlichen Versorgung nachgestellt war, keine Aufnahme in die Antwort gefunden. Er lautete wie folgt:

Darüber hinaus werden im Rahmen der Nachwuchsförderung seitens der KZV LSA folgende Aktivitäten umgesetzt:

- *Beteiligung an Curricula der ZÄK SA zu Themen der vertragszahnärztlichen Versorgung und Niederlassung*
- *Beteiligung an der Berufskundevorlesung an der MLU Halle-Wittenberg zu Themen der vertragszahnärztlichen Versorgung und Niederlassung*
- *Begrüßung der Erstsemester-Studierenden im Zahnforum Halle*
- *Teilnahme an Absolventenverabschiedungen der MLU Halle-Wittenberg*
- *Regelmäßige Treffen/Get-together mit den geförderten Studierenden in den Stipendienprogrammen der KZV LSA*
- *Beteiligung am Stammtisch für Junge Zahnärzte der ZÄK SA*
- *Einbeziehung des Nachwuchses in die Standespolitik*

Zu: Antwort zu Frage 4

Teil 1) Versorgungsatlas der KZV LSA

Dem im Frühjahr 2021 von der KZV LSA erstmals aufgelegten Versorgungsatlas 2030, der auch Ihnen vorliegt, sind darüber hinaus Aussagen zu folgenden Punkten zu entnehmen:

- Übersicht der Versorgungsgrade nach Planungsbereichen (entspricht den Landkreisen bzw. kreisfreien Städten) in Landkartenform für die Jahre 2010, 2015, 2020 unter Ausweis der Prozentzahlen;
- Prognose der Versorgungsgrade nach Planungsbereichen in Landkartenform für die Jahre 2025 und 2030 unter Ausweis der Prozentzahlen und textlichem Vermerk, wie

viele Planungsbereiche einen Versorgungsgrad unter 100%, unter 75% und unter 50% aufweisen;

- Darstellung der Altersstruktur der Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzten in Sachsen-Anhalt in Form eines Diagramms;
- Gegenüberstellung der bisherigen und prognostizierten Entwicklung der Zahnärztezahl und der Bevölkerungsentwicklung von 2010 bis 2030 als Diagramm (Betrachtung bezogen auf LSA);
- Darstellung der bisherigen und prognostizierten Entwicklung der Zahnärztezahl (inkl. angestellte Zahnärzte) in den einzelnen Planungsbereichen von 2010 bis 2030 als Diagramm;
- Gegenüberstellung der Zahnärztezahl (inkl. angestellte Zahnärzte) im Jahr 2010 mit der prognostizierten Zahnärztezahl im Jahr 2030 unter Ausweisung der prozentualen Veränderungen in den einzelnen Landkreisen;
- Darstellung der Entwicklung der bisherigen und prognostizierten Verhältniszahl Einwohner pro Zahnarzt (inkl. angestellte Zahnärzte) von 2010 bis 2030 als Diagramm (Betrachtung bezogen auf LSA).

Tatsächlich wurde im Versorgungsatlas 2030 darauf verzichtet, (drohende) Unterversorgungen explizit auszuweisen, da die Feststellung hierüber dem gemeinsamen Landesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen obliegt, und der Arbeit dieses Gremiums nicht vorgegriffen werden sollte.

Teil 2) Feststellung einer (drohenden) Unterversorgung lt. Bedarfsplanungs-Richtlinie Zahnärzte

Den nachfolgenden Satz des Antwortgebers erachten wir als äußerst bedenklich:

„Da nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für die vertragszahnärztliche Versorgung (G-BA Bedarfsplanungs-Richtlinie) eine zahnärztliche Unterversorgung konkret auf einzelne Landkreise und kreisfreie Städte festgestellt und erst bei einem Versorgungsgrad unter 50 Prozent angenommen wird, ist die Darstellung eines durchschnittlich erwarteten Versorgungsgrades von 75 Prozent im Jahr 2030 nicht ausreichend, um von einer drohenden Unterversorgung im Sinne des Gesetzes zu sprechen.“

Die Schlussfolgerung ist nicht korrekt und nicht substantiiert dargelegt. Die Bedarfsplanungs-Richtlinie Zahnärzte gibt in § 6 Abs. wie folgt vor:

*„Eine Unterversorgung in der vertragszahnärztlichen Versorgung der Versicherten liegt vor, wenn in bestimmten Gebieten eines Zulassungsbezirks Vertragszahnarztsitze, die im Bedarfsplan für eine bedarfsgerechte Versorgung vorgesehen sind, nicht nur vorübergehend nicht besetzt werden können und dadurch eine **unzumutbare Erschwernis** in der Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen eintritt, die auch durch Ermächtigung anderer Zahnärzte und zahnärztlich geleiteter Einrichtungen nicht behoben werden kann.*

*Das Vorliegen dieser Voraussetzungen ist **zu vermuten**, wenn der Bedarf den Stand der zahnärztlichen Versorgung um mehr als 100 v. H. überschreitet.*

*Eine Unterversorgung droht, wenn **insbesondere auf Grund der Altersstruktur der Zahnärzte** eine Verminderung der Zahl der Vertragszahnärzte in einem Umfang zu erwarten ist, der zum Eintritt einer Unterversorgung nach den in Satz 1 genannten Kriterien führen würde.“*

Der Versorgungsgrad ist somit zwar ein wichtiges Indiz für das Vorliegen einer (drohenden) Unterversorgung, nicht aber alleiniges Kriterium.

Teil 3) Landeszahnarztquote als „ultima ratio“

Der Antwortgeber zitiert aus dem vom Bundesministerium für Gesundheit im Jahr 2015 beauftragten Gutachten „Rechtliche Möglichkeiten und Grenzen der Einführung und Ausgestaltung einer Quote zur Sicherstellung der Primärärztlichen Versorgung, insbesondere im ländlichen Raum, bei der Zulassung zum Medizinstudium“. Dieses widmet sich ausführlich, dem „Ob“ und auch dem „Wie“ eine Quotenregelung mit Tätigkeitsverpflichtung verfassungskonform umzusetzen ist und liefert gewissermaßen eine Blaupause.

Dass eine Verhältnismäßigkeit dieser Maßnahme sowie ein Potenzial zur Zielerreichung gegeben sein müssen, steht natürlich auch für uns nicht in Frage.

Es mag sich allerdings bei vertiefender Lektüre des Gutachtens die Frage aufdrängen, warum der Antwortgeber stets betont, dass die KZV zunächst ihre Mittel und Möglichkeiten (vielleicht über 10, 15 Jahre hinweg?) erfolglos ausschöpfen muss (und damit im Übrigen auch anteilig die Mittel der Krankenkassen), bevor eine Landeszahnarztquote – oder ein andersartiges, proaktives Engagement der Landesregierung – zum Tragen kommen kann:

*„Ist die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung mit ärztlichen Leistungen **nach der nachvollziehbaren Prognose des Gesetzgebers** nicht vollständig gewährleistet, ist er berechtigt und kraft seiner Schutzpflicht als Teil des Untermaßverbotes aufgerufen, regulierend einzuschreiten. Er darf dabei diejenigen Mittel wählen, die **nach seiner auf plausiblen Annahmen beruhenden Einschätzung** das Ziel der ausreichenden Versorgung am besten zu erreichen geeignet sind – jedenfalls sofern nicht klar erkennbar ist, dass andere, weniger stark grundrechtsbeeinträchtigende Schutzinstrumente das Steuerungsziel ebenfalls, sei es alleine, sei es im Verbund mit anderen Maßnahmen, hinreichend sicher zu erreichen vermögen.“¹*

Das Gutachten beschäftigt sich im Folgenden auch mit der Wirkkraft der mildereren Mittel, etwa der Vergabe von Stipendien², der Erhöhung der Studienplatzzahlen, der Einführung eines verpflichtenden Landarztjahres, der Schaffung von finanziellen Anreizen für Niederlassungswillige, der Verbesserung der Arbeits- und Lebensbedingungen für Ärzte in unterversorgten, der Anwerbung ausländischer Fachkräfte und weiterem. Die Autoren kommen dabei zu folgender Erkenntnis:

„Anstelle einer privilegierten Zulassung auf der Grundlage einer Verpflichtungserklärung sind zahlreiche andere (weniger grundrechtsintensiver) Maßnahmen denkbar, die zu einer flächendeckenden ärztlichen Versorgung auf dem Land beitragen können. Sie erweisen sich aber nicht als in gleichem Maße wirksam; sie stellen die Zielerreichung nämlich nicht mit der gleichen Gewähr sicher.“³

¹ Martini/Ziekow, Rechtliche Möglichkeiten und Grenzen der Einführung und Ausgestaltung einer Quote zur Sicherstellung der primärärztlichen Versorgung, insbesondere im ländlichen Raum, bei der Zulassung zum Medizinstudium, Gutachten, 2015, S. 83.

² Siehe dazu auch die Antwort zu Frage 8, in der die von der KVSA und der AOK SAN vergebenen Stipendien als in ihrer Wirkkraft nur bedingt nachhaltige Maßnahmen bewertet werden.

³ Ebd., S. 94.

Vom Antwortgeber wird weiterhin angeführt, dass das BMG-Gutachten Stipendienprogramme als am erfolgswirksamsten bewerte. Es könnte hier beim Leser, dem das Gutachten nicht vorliegt, der Eindruck entstehen, dass es sich um eine absolute Aussage handelt. Sie ist jedoch im Kontext zu sehen. Sprich: Gegenüber finanziellen Niederlassungsanreizen attestieren die Autoren Stipendienprogrammen eine größere Erfolgswirksamkeit im Vergleich zu einer Quotenregelung und der einzugehenden Verpflichtungserklärung für die Studienzulassung.⁴

Der Antwortgeber stellt zudem in einer aus unserer Sicht bewusst relativierenden Darstellung die Frage, wie eine Landes Zahnarztquote mit drei Studienplätzen eine prognostizierte Unterversorgung beheben könne. Dabei muss ihm aus der Erfahrung der Land- und Amtsarztquote bewusst sein, dass diese Maßnahme eine kumulative Wirkung mit allen anderen Maßnahmen haben soll. Es gibt keine einzige Maßnahme, die allein genommen eine (drohende) Unterversorgung abwenden bzw. beheben kann.

Die KZV LSA hat als bundesweit erste Kassenzahnärztliche Vereinigung, sobald die Möglichkeit dazu bestand, einen Strukturfonds gemäß § 105 Abs. 1a SGB V zur Finanzierung von Maßnahmen zur Förderung der vertragszahnärztlichen Versorgung gebildet. In einem ersten Schritt hat sie dann insbesondere mittelfristig wirksam werdende Maßnahmen auf den Weg gebracht (bspw. Stipendienprogramme mit der Universität Pécs, mit Landkreisen und Kommunen), die langfristig zur Versorgungssicherung beitragen sollen; kurzfristig wirksame Maßnahmen, um die Versorgung, dort wo sich eine Unterversorgung abzeichnet, zu stabilisieren, sind in Planung.

Es leuchtet sicherlich ein, dass somit zunächst nur ein Teil der zur Verfügung stehenden Mittel ausgeschöpft wurde, was anteilig auch durch die langwierigen Abstimmungen zum Umfang und der Verwendung der Mittel mit den Krankenkassen begründet ist. Der Bericht über die Mittelverwendung im Jahr 2022 wurde überdies kürzlich veröffentlicht und ist auf der Webseite der KZV LSA einzusehen.

Es sei an dieser Stelle angemerkt, dass sich aufgrund des erwarteten altersbedingten Ausscheidens zahlreicher Zahnärztinnen und Zahnärzte in den kommenden Jahren sowohl der Haushalt der KZV LSA, der sich aus Mitgliedsbeiträgen speist, als auch die der KZV LSA zur Verfügung stehenden Strukturfondsmittel reduzieren werden.

Teil 4) Zuarbeiten der KZV LSA an das Ministerium

Die Überarbeitung und Aktualisierung des Versorgungsatlas 2030 entsprechend den Anforderungen des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Gleichstellung durch uns ist im Gange.

Die vom Ministerium ebenfalls angeforderte schriftliche Bereitschaftserklärung zur Übernahme des operativen Geschäfts einer Landes Zahnarztquote mit Umsetzungs-, Kosten- und Finanzierungsplan hat unser Haus mit Postausgang am 24. August 2023 verlassen. Hier hat es sicherlich eine zeitliche Überschneidung mit der Fertigstellung der Antwort auf Ihre Anfrage gegeben.

⁴ Ebd., S. 56.

Bezugnehmend auf den Einwurf des Antwortgebers, ob nicht die Finanzierung von drei weiteren Stipendien in besserem Kosten-Nutzen-Verhältnis als drei Studienplätze per Landeszahnarztquote stünde, möchten wir auf die Erkenntnisse im BMG-Gutachten und die Antwort zu Frage 8 verweisen.

Zu: Antwort zu Frage 6

Die Landesregierung antwortet in der Drucksache 7/7528 (Kleine Anfrage „Zahnärztliche Versorgung in Sachsen-Anhalt“ der Abgeordneten Cornelia Lüddemann, KA 7/4429) auf Frage 8 („Inwieweit ist eine Zahnarztquote analog zur gesetzlich in dieser Legislatur normierten Landarzt- und Amtsarztquote im Bereich des Zahnmedizinstudiums rechtlich möglich? Welche Position vertritt die Landesregierung bzgl. der Schaffung einer solchen Quote?“) mit:

„Grundsätzlich ist es rechtlich möglich, analog der Land- und Amtsarztquote eine Zahnarztquote in Sachsen-Anhalt umzusetzen. Voraussetzung wäre, dass eine gesetzliche Grundlage vergleichbar dem Land- und Amtsarztgesetz Sachsen-Anhalt geschaffen wird. Als Vorabquote kämen maximal 8,6 % der Studienplätze für eine Zahnarztquote in Betracht. Unter Berücksichtigung, dass die Anzahl der derzeitigen Zulassungsmöglichkeiten in Sachsen-Anhalt 40 beträgt, wären das drei Studienplätze für die Zahnarztquote. Angesichts des auch erheblichen finanziellen Aufwands, erscheint diese Maßnahme im Verhältnis zu den erwarteten zusätzlichen Zahnärzt/innen für das Land als nicht wirtschaftlich und sparsam. Deshalb ist es aus Sicht der Landesregierung sinnvoller, zunächst andere gesetzliche Handlungsoptionen, wie z. B. den Strukturfonds nach § 105 Abs. 1a SGB V, wahrzunehmen.“

Inwiefern eine Einschätzung des finanziellen Aufwands der Umsetzung einer Landeszahnarztquote zum damaligen Zeitpunkt – ohne schriftliche Bereitschaftserklärung der KZV LSA zur Übernahme des operativen Geschäfts einer Landeszahnarztquote durch Vorlage einer Umsetzungs-, Kosten- und Finanzierungsplans – und eine Bewertung als „erheblich“ getroffen werden konnte, entzieht sich unserer Kenntnis.

Zu: Antwort zu Frage 7

Wir verweisen auf unsere Anmerkungen zur Antwort auf Frage 4.

Zu: Antwort zu Frage 8

17 Jahre sind vom ersten „Hilferuf“ der ärztlichen Kolleginnen und Kollegen bis zum Beschluss des Landarztgesetzes für Sachsen-Anhalt vergangen. Dies noch einmal schwarz auf weiß dokumentiert zu sehen, macht uns fassungslos.

Zumal die Ergebnisse der vom Antwortgeber zitierten Studie „Zukunft der regionalen Versorgung in Deutschland – Wohin wollen junge Zahnärztinnen und Zahnärzte“ des Instituts Deutscher Zahnärzte (IDZ) aus dem Jahr 2017 uns nicht zur Beruhigung gereichen: Die Autoren folgern zwar, dass kein ähnlich gravierender (!) Mangel im zahnärztlichen wie im ärztlichen Bereich drohe. Allerdings halten sie ebenso fest, dass ostdeutsche und kleinflächigere Bereiche lediglich von unter 10 Prozent der Befragten als Beschäftigungsregion präferiert wurden, eine große

Heimat- bzw. regionale Verbundenheit der Befragten besteht und die Mobilität bei den jungen Zahnärztinnen und Zahnärzten nur gering ausgeprägt ist.⁵

Hinzu kommt: Von der seit 2007 bestehenden Möglichkeit nicht mehr nur in Niederlassung, sondern auch in Anstellung an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilzunehmen, machen stetig mehr Zahnärztinnen und Zahnärzte aus verschiedensterlei nachvollziehbaren Gründen Gebrauch. Demgegenüber geht die Anzahl der niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen kontinuierlich zurück.⁶ Eine Entwicklung, die auch in Sachsen-Anhalt nachvollzogen werden kann.

Zu diesem Trend geben die Autoren der vorgenannten Studie, die im Jahr 2019 mit einer weiteren Befragungswelle fortgesetzt wurde, in der 2021 erschienenen IDZ-Publikation „Junge Zahnärztinnen und Zahnärzte“ wie folgt zu bedenken:

„Sinkt die Zahl der Niederlassungen allgemein, aber speziell im ländlichen Raum, gäbe es genau dort langfristig auch keine adäquate Möglichkeit zur Anstellung der Zahnärzte, die potenziell zwar an der Tätigkeit im ländlichen Raum interessiert wären, jedoch nicht in eigener Praxis.“⁷

Die primär von den Befragten als Tätigkeitsbereiche favorisierten Regionen fanden sich – erneut – vor allem im süddeutschen Raum, ganz im Norden sowie ganz im Westen. Auf die Frage, welche Bereiche als Tätigkeitsstandort generell in Frage kämen, nannten nur 3,2 Prozent der Befragten Sachsen-Anhalt. Wohingegen sich 30,5 Prozent eine berufliche Zukunft in Bayern vorstellen konnten. Immerhin sogar 5,3 Prozent in Brandenburg und 7,9 Prozent in Sachsen. Als erste Präferenz konnte Sachsen-Anhalt sogar nur bei 1,4 Prozent der Befragten punkten. Damit liegt man lediglich vor Thüringen und dem Saarland.⁸

Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass in den ostdeutschen Kammer-/KZV-Bereichen besonders viele ältere Zahnärzte tätig sind, folgen die Autoren, dass es *„in den entsprechenden Kammern und KZVen möglicherweise schwierig [wird], bei gleichbleibenden Bedingungen die zahnärztliche Versorgung in gleichem Umfang wie bisher aufrecht zu erhalten“*.⁹

Die Autoren befassen sich im Übrigen auch mit dem Effekt von Niederlassungsbeschränkungen (diese sind im zahnärztlichen Bereich seit 2007 aufgehoben). Sie kommen zu folgendem Schluss:

„[...] Doch ist nicht unwahrscheinlich, dass Zahnärztinnen und -ärzte sich weiter anstellen lassen, statt eine Niederlassung in Erwägung zu ziehen, wenn sie diese nicht an ihrem präferierten Standort realisieren können. Da jede/r Niedergelassene bis zu vier weitere Zahnärztinnen und -ärzte anstellen darf, wäre somit eine Anstellung für die meisten Zahnärztinnen und -ärzte an ihrem gewünschten Tätigkeitsort wahrscheinlich möglich. Eine solche Maßnahme könnte insofern letztlich sogar die Aggregation von Zahnärztinnen und -

⁵ Vgl. Kettler N et. al., Zukunft der regionalen Versorgung in Deutschland – Wohin wollen junge Zahnärztinnen und Zahnärzte, Das Gesundheitswesen, 2019, Vol. 81, Ausg. 05, S. 391-396.

⁶ Vgl. KZBV (Hrsg.), Jahrbuch 2022 – Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung, 2022, S. 161ff; BZÄK/KZBV (Hrsg.), Daten & Fakten 2023, 2023, S. 15.

⁷ Kettler N et al., Junge Zahnärztinnen und Zahnärzte: Berufsbild – Patientenversorgung – Standespolitik, IDZ Materialienreihe, 2021, Bd. 38, S. 143.

⁸ Vgl. ebd., S. 144f.

⁹ Ebd., S. 147.

ärzten in bereit gut versorgten Gebieten verschärfen, also kontraproduktiv im Hinblick auf das angestrebte Ziel wirken.“¹⁰

Ungeachtet der Tatsache, dass die Autoren in der aktuellen sowie in der vom Antwortgeber zitierten Studie selbst darauf hinweisen, dass ihre Untersuchungen lediglich ein „Seismograf“¹¹ seien und andere Untersuchungen „präzisere Vorhersagen zu wohnortnahen Versorgungsstrukturen, welche Daten zu Zahnärztinnen und -ärzten anderer Altersgruppen einbeziehen sowie die lokale Bevölkerungsentwicklung [...] und die Entwicklung von Versorgungsbedarfen und Inanspruchnahme berücksichtigen“¹² leisten würden, geben die Untersuchungen in der Tat interessante Anhaltspunkte.

Zu: Antwort zu Frage 9

Die Bereitstellung von Mitteln für die aufgeführten Förder- und Beratungsprogramme, die teils auch von Zahnarztpraxen in Anspruch genommen werden können, ist begrüßenswert, ermöglichen sie doch bspw. finanzielle und inhaltliche Unterstützung bei der (Weiter-) Qualifizierung, Entwicklung, Bindung und Gewinnung von Praxispersonal. Dass bereits eine Zahnarztpraxis mit dem Landessiegel „Das mitarbeiterorientierte Unternehmen – Hier fühle ich mich wohl“ ausgezeichnet wurde, kann als Beleg dafür erachtet werden, dass die Zahnärzteschaft Sachsen-Anhalt die Bedeutung von Mitarbeiterorientierung und -zufriedenheit erkannt hat.

Zur Fachkräftesicherung trägt unbestreitbar auch ein faires Gehalt bei. Oder – auf Zahnarztpraxen bezogen – eine faire Vergütung. Mit dem Inkrafttreten des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes (GKV-FinStG) im November 2022 hat die Bundesregierung aber die Mittel für zahnärztliche Leistungen für die Jahre 2023 und 2024 durch eine strikte Budgetierung begrenzt und damit insbesondere die erforderlichen zusätzlichen Finanzmittel für die dringend notwendige und erst im Sommer 2021 in den GKV-Leistungskatalog aufgenommene neue präventionsorientierte Parodontitis-Therapie entzogen. Rund 30 Millionen Patientinnen und Patienten sind allein in Deutschland von dieser Krankheit betroffen, die nicht nur die Hauptursache für den Verlust von Zähnen bei Erwachsenen ist, sondern auch in Verbindung mit schwerwiegenden Erkrankungen wie Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und anderen chronischen Leiden steht.

Gleichzeitig sehen sich viele Praxen aufgrund stetig steigender Personal-, Betriebs- und Energiekosten wachsenden finanziellen Herausforderungen gegenüber. Diese Situation wird durch die mit dem GKV-FinStG eingeführte strikte Budgetierung und die weiteren Maßnahmen zur Einschränkung der zahnärztlichen Vergütung erheblich verschärft. Zunehmende Praxisschließungen drohen, gleichzeitig werden Praxisübernahmen und Neugründungen erschwert.

Eine wünschenswerte und zielgerichtete Maßnahme der Landesregierung, um die KZV LSA bei der Abwendung einer (drohenden) zahnärztlichen Unterversorgung zu unterstützen, wäre es daher auch, auf Bundesebene auf die Rücknahme der Budgetierung im zahnärztlichen Bereich hinzuwirken.

¹⁰ Ebd., S. 190.

¹¹ Kettler et al. 2019, S. 395

¹² Kettler et al. 2021, S. 160.

Zu: Antwort auf Frage 10

Es mag sich beim Lesen der Eindruck verfestigen, dass dem Antwortgeber im Grunde nur formelle Feststellungen interessieren, ohne dabei eine reale Versorgungssituation zumindest mit zu berücksichtigen.

Die bundeseinheitlichen Grundlagen zur vertragszahnärztlichen Bedarfsplanung aber bilden den Umstand, dass Zahnärzte immer mehr Zeit für Verwaltungstätigkeiten aufbringen müssen, nicht ab. Ebenso finden die veränderten, auch regional durchaus unterschiedlich akzentuierten Versorgungsbedarfe – begründet durch die demografische Entwicklung auf der einen und den Paradigmenwandel in der Zahnmedizin auf der anderen Seite – sowie der Strukturwandel auf Seiten der Leistungserbringer, den Zahnärzten, im Bedarfsplan keine Berücksichtigung.¹³

Wir hoffen, dass unsere Ausführungen und Erläuterungen Ihr Gehör finden und dazu beitragen können, sich ein umfassendes Bild zu machen. Für weitergehende Rückfragen stehen Ihnen wir gern zur Verfügung.

Mit freundlichem Gruß

Dr. Jochen Schmidt

Vorstandsvorsitzender der KZV Sachsen-Anhalt

Eine Kopie des Schreibens erhalten:

- *Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Gleichstellung des Landes Sachsen-Anhalt*
- *Ausschuss für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Gleichstellung des Landtags von Sachsen-Anhalt*
- *Ausschuss für Wissenschaft, Energie, Klimaschutz und Umwelt des Landtags von Sachsen-Anhalt*
- *CDU-Fraktion im Landtag von Sachsen-Anhalt*
- *AfD-Fraktion im Landtag von Sachsen-Anhalt*
- *DIE LINKE. Fraktion im Landtag von Sachsen-Anhalt*
- *SPD-Fraktion im Landtag von Sachsen-Anhalt*
- *FDP-Landtagsfraktion Sachsen-Anhalt*
- *Fraktion Bündnis 90 / Die Grünen im Landtag von Sachsen-Anhalt*
- *Landkreistag Sachsen-Anhalt*
- *Städte- und Gemeindebund Sachsen-Anhalt*

¹³ Vgl. Jordan RA, Bedarfsgerechte Versorgung: Illusion oder Wirklichkeit, Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift, 2019, Jg. 74, Ausg. 3, S. 186-192.