



Fraktion Projekt NB
Friedrich-Engels-Ring 53
17033 Neubrandenburg
RK

Verteiler:

- Öffentlich -

9. Dezember 2025

Handreichung zu:

Zahnärztemangel in Mecklenburg-Vorpommern aufgrund statistischer Kennzahlen

Vorwort

Die vorliegende Handreichung ist dazu geeignet, auf kommunaler Ebene, auf Kreistageebene und auf Landesebene für die zunehmende Verschärfung des Zahnärztemangels zu sensibilisieren. Sie zeigt mögliche Lösungsstrategien auf und ist im bedingten Umfang auch auf fachärztliche Ebene übertragbar. Der Empfängerkreis ist dementsprechend gewählt und setzt sich aus Bürgermeistern, Ratsmitgliedern, Kreistagsmitglieder, Landtagsmitgliedern, den Vorständen von Körperschaften des öffentlichen Rechts und deren Delegierten sowie der Presse zusammen. Gleichwohl ist dem Verfasser bewusst, dass einige der hier aufgezeigten Lösungsstrategien einen gewissen, für die Zahnärzteschaft als nachteilig zu empfindenden Zündstoff enthalten können.

Wenn es auf Gemeindeebene, Kreisebene oder Landesebene um das Thema Zahnärztemangel geht, nutzen Sie diese Handreichung. Gleiches gilt für den Städte- und Gemeindetag sowie Bürgerversammlungen. Scheuen Sie sich auch nicht, Mandatsträger aus Bund und Land damit zu sensibilisieren.

Für Rückfragen, Anmerkungen, Lob und Kritik, stehe ich – stehen wir selbstverständlich gern zur Verfügung.

Herzlichst – Dr. Roman Kubetschek, Neubrandenburg im November 2025.

Fraktionsvorsitzender: Dr. Roman Kubetschek. Stellvertr. Fraktionsvorsitzender: Bernd Herrmann,
Fraktionsgeschäftsführung: Bianca Kampe
Telefon: +395 555 2771, E-Mail: fraktion@projekt-nb.de

Einleitung

Regelmäßig wird in Mecklenburg-Vorpommern seitens der KZV M-V eine Übersicht gemäß §95 Abs. 1b Satz 6 SGB V zum allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad und zum Stand der vertragszahnärztlichen Versorgung erstellt und veröffentlicht¹. Aus dieser geht hervor, dass aktuell im Planungsbereich Nordwestmecklenburg (63,7%) ein Versorgungsmangel bei Zahnärzten droht. Alle anderen Planungsbereiche liegen hinsichtlich des Versorgungsgrades zwischen 73,4% (Nordvorpommern) und 139,8% (Wismar-Stadt). In der Realität stimmen diese Zahlen nicht, da es landesweit immer schwieriger für Patienten wird, einen Hauszahnarzt zu finden, da Zahnarztpraxen keine Patienten mehr aufnehmen können. Unter anderem deshalb wurde es erforderlich, die Notfalldienstorganisation ab 1.1.2025 landesweit zu ändern, um den zahnärztlichen Notfalldienst sicherzustellen².

Die vorliegende Ausarbeitung analysiert die Diskrepanz zwischen veröffentlichtem und gefühltem Versorgungsgrad und versucht, mögliche Ursachen zu finden und eine Alternative aufzuzeigen. Die Problemlagen lassen sich wie folgt kurz benennen: 1. fehlende Behandlungskapazitäten, 2. keine Gewährleistung einer flächendeckenden Vorsorge, 3. Verlust des Bonus für höhere Festzuschüsse im prothetischen Behandlungsfall, 4. keine oder zu späte Erkennung von pathologischen Veränderungen in der Mundhöhle.

Versorgungsschlüssel

Der gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das höchste Gremium der Selbstverwaltung und u.a. zuständig für die Festlegung des Versorgungsschlüssels, d.h., wie viele Zahnärzte je Einwohner für die Sicherung der zahnmedizinischen Versorgung der Bevölkerung notwendig sind³.

Der G-BA legte letztmalig bundesweit, und somit für Mecklenburg-Vorpommern verbindlich, in den 1990ern fest, was als ausreichende Anzahl von Zahnärzten notwendig ist:

M-V gesamt: 1 Zahnarzt:1680 Einwohner Rostock: 1:1280 (Sonderregelung, da Großstadt)

Nachfolgend erfolgt eine Gegenüberstellung der Entwicklung des Altersdurchschnittes der Bevölkerung (bundes- und landesweit) in den vergangenen 30 Jahren.

¹Dens 6/2025 S. 32 Stichtag: 31.12.2024

²<https://www.nordkurier.de/regional/neubrandenburg/diese-folgen-hat-der-zahnarztmangel-in-der-seenplatte-3137234>

³<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/selbstverwaltung/gemeinsamer-bundesausschuss.html>
Fraktionsvorsitzender: Dr. Roman Kubetschek. Stellvertr. Fraktionsvorsitzender: Bernd Herrmann,
Fraktionsgeschäftsführung: Bianca Kampe

Altersdurchschnitt BRD ⁴ in Jahren		Altersdurchschnitt M-V ^{5 6} in Jahren		
1995: 43,5	2024: 44,9	1995: 33,3...33,9	2012: 40,3...42,3	2024: 48,1

Daraus wird erkenntlich, dass sich bei gesamtdeutscher Sicht das Durchschnittsalter in den vergangenen 30 Jahren relativ unwesentlich um circa 1 Jahr erhöht hat, während es sich in Mecklenburg-Vorpommern um circa 15 Jahre erhöht hat. Ein wesentlicher Grund dafür ist das gehäufte Abwandern von jungen Menschen nach der Wende aus Mecklenburg-Vorpommern in andere Bundesländer. Der Geograf Prof. Dr. Schiller von der Universität Greifswald sprach in diesem Zusammenhang bei der Abwanderungswelle in den 1990ern von „Erwachsenen jüngeren oder mittleren Alters“⁷.

Analytik

Der G-BA hat in den 1990ern den Versorgungsschlüssel bei einem bundesweiten Durchschnittsalter von 43,5 Jahren festgelegt. Da sich bis heute dieses Durchschnittsalter bundesweit nur unwesentlich geändert hat (+1,1 Jahre), bestand und besteht demzufolge auf Bundesebene kein Anpassungsbedarf hinsichtlich des Versorgungsgrades. Was sich jedoch geändert hat und nicht berücksichtigt wurde und wird, ist die Umverteilung der Bevölkerung. Während die großen, alten Bundesländer vom Zuzug profitierten, vergreisten die neuen Bundesländer und insbesondere Mecklenburg Vorpommern. Somit stellt sich aktuell die Frage, ob ein einheitlicher Versorgungsschlüssel zur Bestimmung des tatsächlichen Bedarfes noch zeitgemäß ist, oder ob individuelle Betrachtungen und Regelungen notwendig sind.

Nachfolgend erfolgt daher der Versuch, den tatsächlichen Versorgungsgrad ausgehend vom realen Durchschnittsalter zu bestimmen, denn wissenschaftlich bestätigt und allgemein anerkannt ist die Tatsache, dass der Bedarf an Zahnärzten mit zunehmenden Alter der Bevölkerung steigt, da mit zunehmenden Alter der Behandlungsbedarf steigt^{8 9}. Daraus abgeleitet ist ein probates Mittel (zur Bestimmung für die Festlegung des Bedarfes für die Sicherstellung) der Quotient aus Anzahl von Zahnärzten zur Bevölkerung, welcher umgekehrt proportional zum Anstieg des Durchschnittsalters der Bevölkerung ist. Zur Veranschaulichung erfolgt nachfolgend die Gegenüberstellung anhand des bundesweiten Quotienten (Verzicht auf Sonderregelung für Großstädte, da bis auf Rostock keine Stadt in M-V die Kriterien für eine Großstadt erfüllt).

⁴<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1084430/umfrage/durchschnittsalter-der-bevoelkerung-in-deutschland/>

⁵<https://www.demografie-portal.de/DE/Fakten/bevoelkerung-alterstruktur-mecklenburg-vorpommern.html>

⁶https://www.bpb.de/fsd/25jahreeinheit/index_bev_altersdurchschnitt.html

⁷<https://www.nordkurier.de/regional/mecklenburg-vorpommern/mv-ist-wieder-attraktiv-fuer-menschen-die-das-land-einmal-verlassen-haben-3948422>

⁸<https://www.aerzteblatt.de/archiv/zwischen-ueber-und-untertherapie-wann-aeltere-menschen-ausreichend-therapiert-sind-77efac4-74b4-4bdc-8c51-b4b5bc223235>

⁹https://www.kzv-berlin.de/fileadmin/user_upload/kzv/KZV_Berlin/KZBV_BZAEK_Daten_Fakten_2024.pdf

Berechnung

a) *Ist-Zustand 2024: 1/1680. Ein Zahnarzt wird für 1680 Einwohner als ausreichend für den Bedarf zur Sicherstellung angesehen.*

- 43,5 Jahre (Bundesdurchschnitt 1995) → 44,6 Jahre (Bund 2024) + 1,1 Jahre
- 33,6 Jahre (Durchschnitt M-V 1995) → 48,1 Jahre (M-V 2024) + 14,5 Jahre

b) *Soll (Hochrechnung auf tatsächliche Altersstruktur 2024)*

→ Berücksichtigung der Demografie und dem damit wachsenden Behandlungsbedarf

$$1:1680 \times 44,6 : 43,5 = 1/x \quad x = 1638 \text{ (tatsächlicher Bedarf bundesweit 2024)}$$

$$1:1680 \times 48,1 : 33,6 = 1/x \quad x = 1173 \text{ (tatsächlicher Bedarf M-V 2024)}$$

Hier wird erstmals deutlich, dass sich aktuell ein Zahnarzt in M-V nur noch um 1173 Patienten (507 weniger als im Bundesdurchschnitt) kümmern kann.

Zwischenfazit

Bundesweit hat sich das Durchschnittsalter der Bevölkerung in den letzten 30 Jahren um ca. 1 Jahr erhöht.

Bundesweit sieht man somit eine leichte Überalterung, welche kongruent mit der allgemeinen Bevölkerungspyramide ist (Stichwort Geburtenrate).

Im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern ist das Durchschnittsalter der Bevölkerung in den letzten 30 Jahren um ca. 15 Jahre gestiegen.

Im Bundesland M-V sieht man die Auswirkungen des Wegzuges von jungen Menschen nach der Wende.

Aufgrund des gestiegenen Durchschnittsalters der Bevölkerung in M-V wird im Jahr 2024 ff mindestens 1 Zahnarzt je 1173 Einwohnern benötigt.

Mit anderen Worten: Im Jahr 2024 konnte sich ein niedergelassener Zahnarzt nur noch um 1173 Einwohner kümmern, und damit um mehr als 500 weniger als im Jahr 1995.

Nachfolgend wurden die gewonnenen Erkenntnisse in einer Tabelle zusammengefasst.

Tabellarischer Vergleich¹⁰

Festgelegtes Gebiet entspricht nicht den Grenzen der genannten Städte/Gemeinden!	Soll 2025 1:1680	Versorgungs- grad 2025	Ist 2025	Schlüssel 2025	Differenz Soll/Ist 2025	Einwohner absolut	Schlüssel neu, nach Alter M-V	Soll neu, nach Alter M-V 1:1173	Versorgungs- grad neu, nach Alter M-V	fehlende ZÄ neu, nach Alter M-V
Greifswald-Stadt	35,6	130,6 %	46,5	1:1680	10,9	59808	1:1173	51,0	91,2 %	4,5
Neubrandenburg-Stadt	38,2	107,3 %	41,0	1:1680	2,8	64176	1:1173	54,7	74,9 %	13,7
Schwerin-Stadt	58,8	128,0 %	75,3	1:1680	16,5	98784	1:1173	84,2	89,4 %	9,0
Stralsund-Stadt	35,4	108,8 %	38,5	1:1680	3,1	59472	1:1173	50,7	76,0 %	12,2
Wismar-Stadt	26,1	139,8 %	36,5	1:1680	10,4	43848	1:1173	37,4	97,6 %	0,9
Bad Doberan	74,6	85,5 %	63,8	1:1680	-10,8	125328	1:1173	106,8	59,7 %	43,1
Demmin	42,3	82,7 %	35,0	1:1680	-7,3	71064	1:1173	60,6	57,7 %	25,6
Güstrow	57,3	86,8 %	49,7	1:1680	-7,6	96264	1:1173	82,1	60,6 %	32,3
Ludwigslust	73	74,0 %	54,0	1:1680	-19	122640	1:1173	104,6	51,7 %	50,5
Mecklenburg-Strelitz	43,8	82,8 %	36,3	1:1680	-7,5	73584	1:1173	62,7	57,8 %	26,5
Müritz	37,3	82,4 %	30,7	1:1680	-1	62664	1:1173	53,4	57,5 %	22,7
Nordvorpommern	61,3	73,4 %	45,0	1:1680	-16,3	102984	1:1173	87,8	51,2 %	42,8
Nordwestmecklenburg	69,1	63,7 %	44,0	1:1680	-25,1	116088	1:1173	99,0	44,5 %	55,0
Ostvorpommern	59,2	97,6 %	57,8	1:1680	-1,4	99456	1:1173	84,8	68,1 %	27,0
Parchim	53,6	89,6 %	48,0	1:1680	-5,6	90048	1:1173	76,8	62,6 %	28,7
Rügen	38,6	77,1 %	29,8	1:1680	-8,8	64848	1:1173	55,3	53,8 %	25,5
Uecker-Randow	38,4	93,8 %	36,0	1:1680	-2,4	64512	1:1173	55,0	65,5 %	19,0
Fehlende ZÄ MV gesamt										439
Rostock-Stadt	164,5	109,0 %	179,3	1:1280		210560	Sonderstatus 1:1280 (Großstadt)			

Kritik

Nicht berücksichtigt in der zuvor beschriebenen Analyse ist der gestiegene bürokratische Aufwand bei der Praxisführung und die mit ihm zwangsläufig zurückgegangene Behandlungszeit. Einen Überblick über den Mehraufwand von 2010 bis 2020 gibt Anlage 1 [11]. Seit 2020 hinzugekommene Aufgaben (E-Rezept, E-PA, Validierung, Arbeitszeiterfassung etc.) sind darin noch nicht berücksichtigt.

¹⁰Vgl. „dens“ 6-2025 S. 32

Ebenfalls nicht berücksichtigt ist der zunehmende Anteil von nicht mehr in Vollzeit arbeitenden Kollegen und hier insbesondere die Auswirkungen durch die zunehmende Verweiblichung des Berufsstandes. Bis zum Jahr 2030 wird erwartet, dass Zweidrittel der Zahnärzteschaft weiblichen Geschlechts sein werden. Damit erfolgt eine komplette Umkehrung hinsichtlich der Zusammensetzung in den vergangenen 30 Jahren^{11 12}.

Nach Angaben der KZV M-V¹³ sank die Behandlungsquote seit dem Jahr 2000 um den Faktor 1,4. Mit anderen Worten: Von 100% Behandlungszeit im Jahr 2000 erfolgte ein Rückgang auf knapp 72%. Somit sank die Behandlungszeitkapazität um 28%.

Unter Berücksichtigung der Ausführungen von KZBV und BZÄK kann man den Rückgang von 28% wie folgt aufgliedern:

30% - Work-Life-Balance

70% - Dokumentationspflichten/Bürokratie

(entspricht absolut ca. 8%)

(entspricht absolut ca. 20%)

Als Ursache für die Reduzierung der tatsächlichen Behandlungszeit um absolut 8% lassen sich das Generationempfinden hinsichtlich gewünschter Lebensqualität der jüngeren Kollegenschaft und die generelle Überalterung der Bestandskollegenschaft¹⁴ benennen.

Als Maß für die zunehmende Bürokratie, und damit um den absoluten Rückgang der Behandlungszeit um 20%, lässt sich der Papierverbrauch einer Praxis heranziehen, welcher sich in diesem Zeitraum knapp verdreifacht hat¹⁵.

Kritikerkenntnis

Heutzutage wird grundsätzlich 8% weniger gearbeitet als noch vor 25 Jahren, bedingt durch eine
→ *tatsächliche Verkürzung der Arbeitszeit in Gänze.*

Heutzutage wird 20% weniger am Patienten gearbeitet als noch vor 25 Jahren, bedingt durch eine
→ *tatsächliche Umorganisation der Arbeitszeit aufgrund bürokratischen Mehraufwandes.*

Die abnehmende Leistungsfähigkeit der Zahnärzteschaft, bspw. durch Krankheit und Überalterung, findet bei der Betrachtung keine Berücksichtigung.

¹¹https://www.bnzk.de/wp-content/uploads/2022/09/220920_Positionspapier_Die-Zukunft-der-Zahnmedizin-ist-weiblich-1.pdf

¹²Die Prognose der BZÄK sagt bei gleichbleibender Approbationszahl /Jahr für das Jahr 2030 einen Frauenanteil der behandelnd tätigen Zahnärztinnen von 60 Prozent voraus. 2020 lag dieser bei 52 Prozent (Prognose mit ca. 2.100 Approbationen / Jahrgang). Statistisches Jahrbuch BZÄK2020/21, Mitglieder der (Landes-)Zahnärztekammern, S.45.

¹³Stand 19.11.2025, Vortrag Dr. Letzner bei Herbst-VV der KZV M-V in Schwerin

¹⁴Vgl. Zahlen der angestellten und niedergelassenen Kollegen sowie Rentner, dargestellt anhand Mitgliederstruktur der ZÄK M-V, Kammerversammlung am 14./15.11.2025 in Schwerin

¹⁵Eigene Erhebung aufgrund Materialeinkauf DIN-A4-Papier

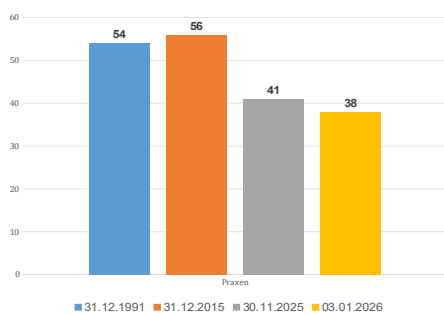
Fraktionsvorsitzender: Dr. Roman Kubetschek. Stellvertr. Fraktionsvorsitzender: Bernd Herrmann,
Fraktionsgeschäftsführung: Bianca Kampe

Die Verweiblichung des Berufsstandes und das zunehmende Individualinteresse können ansatzweise dem Bereich Work-Life-Balance zugeordnet werden.

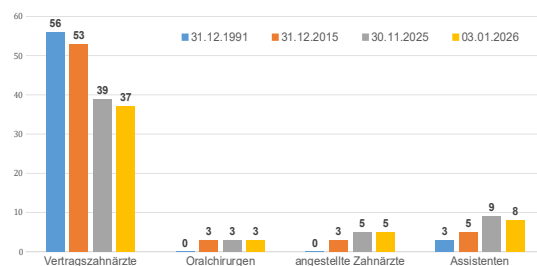
Überprüfung am Beispiel Neubrandenburg

Nach der Wende herrschte im Bereich Neubrandenburg eine Überversorgung mit Zahnärzten. Daher war dieser Bereich auch folgerichtig zulassungsgesperrt. Der bundesweite Schlüssel von 1:1680 war zu hoch, denn dieser stellte auf ein Durchschnittsalter von 43,5 Jahren (1995) ab, während das tatsächliche Durchschnittsalter bei 33,6 Jahren in Mecklenburg-Vorpommern lag. In den nachfolgenden Grafiken wird für den Bereich Neubrandenburg die Entwicklung der Zahnärzte seit 1991 dargestellt¹⁶.

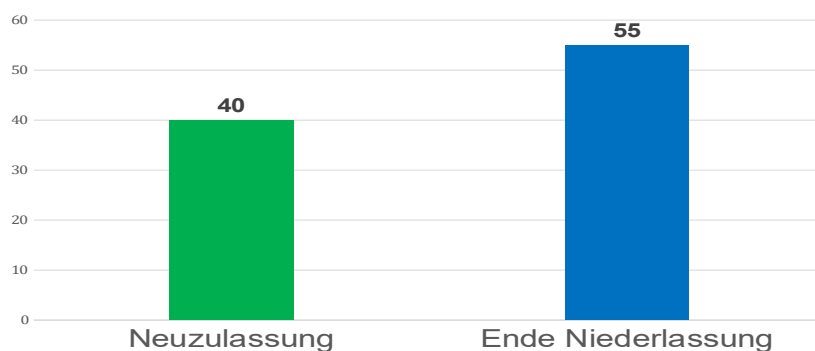
Entwicklung der Zahnarztpraxen in Neubrandenburg



Entwicklung der Zahnärzte in Neubrandenburg



Entwicklung Zulassungen von Zahnärzten in Neubrandenburg ab 01.01.1992



¹⁶Quelle: Mitteilung der Mitgliederverwaltung der KZV M-V vom 27.11.2025

Im Jahr 2026 wird es in Neubrandenburg 16 Zahnarztpraxen weniger als 1991 geben. Die Anzahl der Vertragszahnärzte sinkt um 17, während die Anzahl der angestellten Zahnärzte von 0 auf 5 steigt. Bei der Anzahl der Assistenten (Zahnärzte in Ausbildung) ergeben sich unwesentliche Änderungen (Steigerung von 5 auf 8), wobei festgehalten werden muß, dass sich Assistenten nur bedingt auf die Sicherstellung auswirken, da ihre Leistungsfähigkeit ausbildungsbedingt noch nicht der eines etablierten Kollegen entspricht. So darf beispielsweise ein Assistent im ersten Jahr seiner zweijährigen Ausbildungszeit nicht allein tätig sein.

Beim Vergleich der absoluten Zulassungszahlen wird deutlich, dass 55 Zulassungen niedergelegt wurden, jedoch nur 40 neue Zulassungen vergeben wurden (Differenz -15). Laut den Berechnungen in der tabellarischen Übersicht auf Seite 5 wird für Neubrandenburg ein Defizit von 13,7 Kollegen bei dem nach tatsächlichem Durchschnittsalter der Bevölkerung bestimmten Bedarfsschlüssel von 1:1173 ausgewiesen. Dies entspricht annähernd dem Wert der nicht neu vergebenen Zulassungen seit 1991 (15), der Anzahl der verlorengegangenen Zahnarztpraxen (16) und der Anzahl der niedergelassenen und angestellten Zahnärzte (12)¹⁷ im Zeitraum 1991 – 2026.

Allgemeingültig lässt sich daher für Neubrandenburg festhalten, dass die Anzahl der Zahnärzte nach der Wende um den Betrag zu hoch war, um den diese 30 Jahre später fehlen.

Lösungsvorschläge

An erster Stelle steht das Patientenwohl. Dies lässt sich aufgliedern in a) Anspruch auf regelmäßige Kontrollen zur Früherkennung, b) Sicherstellung einer adäquaten und zeitnahen Behandlung, c) Sicherung des höchstmöglichen Festzuschusses im Behandlungsfall, welcher abhängig von aufeinanderfolgenden, jährlichen Kontrolluntersuchungen ist. Daraus abgeleitet ergeben sich grundsätzlich folgende Handlungsoptionen:

- 1) Reduzierung der in der Regel üblichen Kontrollbesuche der Bestandspatienten auf einen Besuch (bisher meist zwei je Jahr)
 - (+) freiwerdende Kapazitäten können für Neupatienten genutzt werden
 - (-) Gefahr des Bonusverlustes, falls Termin vergessen wird

- 2) Delegation von einfachen Kontrolluntersuchungen an qualifiziertes, nicht approbiertes Fachpersonal mit Sicherstellung einer approbierten Kontrolle im Zweifelsfall (analog oder virtuell) durch Approbierte
 - (+) Beschränkung der approbierten Behandlung auf Kuration von rein pathologischen Befunden, damit kürzere Wartezeiten bis Therapiebeginn
 - (+) Sicherstellung im ländlichen Bereich für minimale Grundversorgung (Bonus)
 - (-) bestehender Fachkräftemangel in zahnärztlichen Praxen limitiert/steigt an
 - (-) Gefahr des Übersehens von pathologischen Befunden steigt

¹⁷Ohne Berücksichtigung von Assistenten

- 3) Einbindung des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) in die Sicherstellung durch Übernahme von Reihen-/Bonusuntersuchungen mit einfachen Befunderhebungen, äquivalent zur Untersuchung in Kindergärten/Schulen, durch Approbierte und Nichtapprobierte
 - (+) Sicherstellung wie unter 2) beschrieben
 - (+) bestehende Approbationsexpertise wird auf reine Behandlung beschränkt, Zahnärzte fungieren als „Fachärzte“
 - (+) Fachkräftekompetenz im niedergelassenen Bereich wird optimal genutzt
 - (-) Abwanderung von Fachkräften in den ÖGD möglich (Hinweis: Gehaltsdifferenz)
 - (-) Verlust des Bindungstatus zum Hauszahnarzt
- 4) aktive Zurückholung von im Ausland studierenden Landeskindern und deren vorzugsweise Integration in den Studienbetrieb nach dem Physikikum
- 5) Erhöhung der Anzahl von Studienplätzen / Reservierung von Studienplätzen primär für zukünftige Approbierte, welche im Land für bspw. 10 Jahre bleiben
 - (+) Herausnahme einer Universität (Greifswald oder Rostock) aus dem Regelstudienbetrieb, Zuständigkeit ausnahmslos für M-V
 - (-) Image- und Rankingverlust der Universität/ des Landes
- 6) Schaffung einer privaten Hochschuleinrichtung, finanziert aus Mitteln von Kassenzahnärztlicher Vereinigung M-V, Zahnärztekammer M-V, Kommunen und Land, welche ausnahmslos für M-V ausbildet

Epikrise

Bei genauerer Betrachtung der vorstehenden Lösungsansätze und deren Gewichtung nach Kurzfristigkeit bis zum ersten Effekt lässt sich feststellen, dass die unter 1) genannte Reduzierung sofort umgesetzt werden kann, einen spürbaren Erfolg jedoch nicht oder nur gering/kurzfristig haben wird. Anders sieht es bei der unter 2) genannten Maßnahme aus. Nach meiner Einschätzung kann mit einer halbjährlichen Qualifizierungszeit der in den Praxen vorhandenen Fachkräfte primär in den Bestandspraxen mit der Umsetzung begonnen werden. Ein Ausbau analog zur bereits etablierten Zweitpraxislösung ist denkbar und möglich. Dies dürfte sich insbesondere im ländlichen Raum positiv bemerkbar machen. Alle anderen aufgezeigten Möglichkeiten hätten erst nach mindestens 5-10 Jahren erste spürbare Effekte.

Hinsichtlich der Einbindung des ÖGD möchte ich auf folgenden Sachverhalt näher eingehen: Das international anerkannte Berufsbild der „Community Health Nurse CHN“ wäre geeignet, außerhalb von Zahnarztpraxen bspw. in kommunalen Gesundheitszentren im Bereich der öffentlichen Gesundheitsvorsorge tätig zu werden. Screenings, Vorsorgeuntersuchungen und Bedarfserhebungen sind nämlich in diesem Berufsbild fest verankert. Gleichfalls gewährleistet es Koordination und Kontinuität in der Patientenversorgung. Ein Modell, in welchem im Rahmen der Primärversorgung Vorsorgeuntersuchungen im Bereich des ÖGD sichergestellt werden, wären somit grundsätzlich möglich und denkbar. Gleiches gilt im übertragenen Sinn für das Bestandspersonal in

Zahnarztpraxen. CHN oder „Dental Health Nurse DHN“ wären demnach geeignet, die Bestandspraxen um die Vorsorgeuntersuchungen zu entlasten, was wiederum Kapazitäten für tatsächliche Behandlungen schafft. Die rechtliche Machbarkeit wurde bereits in einer Publikation der Robert-Bosch-Stiftung in Zusammenarbeit mit der Agnes-Krall-Gesellschaft erörtert und für umsetzbar bewertet¹⁸.

Argumentationshilfen

Für die Argumentation können weitere Faktoren herangezogen werden. So wird beispielsweise anhand der Veränderung der Anzahl der Zahnärzte im Planbereich Neubrandenburg von 1995 – 2024 deutlich, wie viele Praxen verlorengegangen sind. Auch die Tatsache, dass der Bereich Neubrandenburg lange Zeit als zulassungsgesperrter Bereich galt, stützt die Ableitung auf das Durchschnittsalter. Während nach der Wende das Durchschnittsalter 11 Jahre unter dem Bundesdurchschnitt lag, gab es zahnärztliche Überkapazitäten. Begründbar ist dies durch den geringeren Behandlungsbedarf bei jüngerem Patientenkontext. Schließlich war Neubrandenburg dereinst die jüngste Stadt in der ehemaligen DDR, mit einem Durchschnittsalter von unter 30 Jahren¹⁹.

Ein weiteres Indiz für eine flächendeckende Unterversorgung ist das Nichtausschöpfen des für das Land M-V vereinbarten Honorarbudgets mit den Krankenkassenverbänden. Deutliche Unterschreitungen zeugen davon. Nicht zuletzt aus diesem Grund wurden bereits vor Jahren die praxisindividuellen Budgets abgeschafft, um Zahnärzten die Möglichkeit zu geben, bedarfsgerecht versorgen zu können.

Bereits im Jahr 2012²⁰[sic!] wies der damalige Präsident der Zahnärztekammer M-V Prof. Dr. Oesterreich auf einen drohenden Zahnarztmangel und einer Verschlechterung der zahnärztlichen Versorgung, vor allem im ländlichen Raum, hin²¹.

Stand

Diese Ausarbeitung gibt den Sachstand vom 28. November 2025 wieder. Alle Links in den Quellenangaben für diese Handreichung sind letztmalig am 9. Dezember 2025 hinsichtlich ihrer Funktionalität und Aktualität überprüft worden.

Freundliche Grüße,

Dr. Roman Kubetschek
Fraktionsvorsitzender

¹⁸<https://www.bosch-stiftung.de/de/publikation/community-health-nursing>

¹⁹<https://www.nordkurier.de/regional/neubrandenburg/als-die-meisten-neubrandenburger-noch-juenger-als-30-waren-1673422>

²⁰https://www.dokumentation.landtag-mv.de/parldok/dokument/46384/zahnaerztliche_versorgung_in_mecklenburg_vorpommern.pdf

²¹ebenda

Zu a)

Nach Mitteilung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung gab es folgende Aufgabenerweiterungen bezüglich der Tätigkeit der niedergelassenen Zahnärzte seit 2010:

- Telematikinfrastruktur, Abgleich der Versichertenstammdaten für Krankenkassen, ab 2021 Führung elektronischer Patientenakten,
- Qualitätsmanagement,
- Qualitätsberichtigung,
- Qualitätsprüfung,
- Qualitätsbeurteilung,
- Wirtschaftlichkeitsprüfung,
- Dokumentationspflichten, Erweiterung,
- Sektorenübergreifende Qualitätsprüfung,
- Sektorenübergreifende Qualitätssicherung,
- Datenschutzrechtliche Vorgaben in der Praxis,
- Anforderungen Hygienemaßnahmen mit vielen Unterpunkten,
- Informationspflichten gegenüber den Patienten,
- Erweiterung der Aufklärungspflicht gegenüber der Patienten,
- Einführung und Abschaffung der Erhebung der Kassengebühr,
- Einführung der Plausibilitätsprüfung und Zurverfügungstellung von Abrechnungsunterlagen durch Zahnärzte,
- Alterszahnmedizin, Kooperation mit Pflegeeinrichtungen wurde erweitert,
- Frühkindliche Kariesbehandlung wurde erweitert,
- Erweiterung der Füllungstherapie,
- Erweiterung des Festzuschussystems durch Einführung von Adhäsivbrücken in der Front für Erwachsene,
- Einhaltung, Überprüfung nach dem Medizinproduktegesetz,
- Patientenrechtgesetz mit Erweiterung der Aufbewahrungspflichten und Herausgabe von Unterlagen an Patienten,
- Einholen zweiter Meinung durch Patienten,
- Bonpflicht,
- Zahnärztliches Qualitätsmanagementsystem (ZQMS),
- unterschiedliche Genehmigungsverfahren von Heil- und Kostenplänen von Krankenkassen durch einseitig eingeführte elektronische Genehmigungsverfahren,
- unterschiedliche Handhabung eines Verzichts auf Genehmigungsverfahren bei Kiefergelenkerkrankungen durch Krankenkassen,
- Fortbildungspflicht gemäß § 95d SGB V,
- nicht eindeutige gesetzliche Regelungen zum Gutachterverfahren.

Zu b)

Versorgungsschwierigkeiten im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung sind der Landesregierung nicht bekannt.