

# KZVAKTUELL

MITTEILUNGSBLATT DER KASSENZAHNÄRZTLICHEN  
VEREINIGUNG RHEINLAND-PFALZ



## Fokus

### **KZV-Vertreterversammlung: Notdienstreform nimmt neuen Weg**

#### **Abrechnung**

Amalgamverbot und  
Neubewertung der BEMA-Nr. 13

#### **Fortbildung**

Moderne Antibiotikatherapie  
in der zahnärztlichen Praxis

#### **Praxis**

Auslaufmodell Papier:  
Die E-Rechnung kommt ab Januar

## Position

- 3 Erwartungen

## Abrechnung

- 4 Amalgamverbot und Neubewertung der BEMA-Nr. 13

## Fokus

- 6 KZV-Vertreterversammlung: „Ein HVM hat immer eine bremsende Wirkung“
- 9 Nach BSG-Urteil: Notdienstreform nimmt neuen Weg

## Fortbildung

- 12 Fortbildung der KZV Rheinland-Pfalz: Kurse „Zahnersatz/Festzuschüsse“
- 13 Live-Hacking-Workshop „Cyberkriminalität“: Angriffe erleben – Sensibilität steigern
- 13 Zum Vormerken: Fortbildungen der KZV Rheinland-Pfalz 2025

## Politik

- 14 KZBV-Vertreterversammlung: Vorschläge für eine zukunftsfeste Versorgung

## Aktuell

- 17 Patienteninformationsstelle: Qualifizierte Hilfe in mehr als 1.100 Fällen

## Rundschreiben

Wichtige Informationen für Zahnärzte und Praxisteams

## Praxis

- 18 Künstlersozialabgabe: Beitrag liegt bei fünf Prozent

## Fortbildung

- 20 Moderne Antibiotikatherapie in der zahnärztlichen Praxis

## Praxis

- 24 Barrierefreie Onlineterminvergabe: Zahnarztpraxen in der Pflicht
- 26 Ab in den Schredder? Patientenakten gesetzeskonform vernichten

## KZV Rheinland-Pfalz

- 27 In eigener Sache: Spende statt Weihnachtskarten

## Praxis

- 28 Auslaufmodell Papier: Die E-Rechnung kommt ab Januar

## KZV Rheinland-Pfalz

- 29 Selbstverwaltung: Austausch der VV-Spitzen
- 30 Deutschland auf den Zahn gefühlt: Neue Mundgesundheitsstudie vor Veröffentlichung

### KZV aktuell

Offizielles Mitteilungsblatt und Rundschreiben der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz

### Herausgeber

Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV) Rheinland-Pfalz  
Körperschaft des öffentlichen Rechts

### Anschrift der Redaktion

KZV Rheinland-Pfalz  
Isaac-Fulda-Allee 2 · 55124 Mainz  
T 06131 / 8927-113 · F 06131 / 8927222  
redaktion.kzvaktuell@kzvrlp.de

### Redaktion

Dr. Christine Ehrhardt (V. i. S. d. P.)  
Dr. Stefan Hannen  
Katrin Becker M. A.  
Kathrin Kromeier

### Redaktionsassistentz

Michaela Merz

### Grafik und Produktion

Köllen Druck+Verlag GmbH · 53117 Bonn  
www.koellen.de

### Bildnachweis

Titelfoto: AdobeStock

Alle Zahnärztinnen und Zahnärzte in Rheinland-Pfalz erhalten diese Zeitschrift im Rahmen ihrer Mitgliedschaft bei der KZV Rheinland-Pfalz. Der Bezugspreis ist mit dem Mitgliedsbeitrag abgegolten.

Die Redaktion behält sich vor, Manuskripte und Leserbriefe sinnwährend zu bearbeiten.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit verwenden wir in einigen Texten bei Personenbezeichnungen oder personenbezogenen Hauptwörtern die männliche Form. Diese Begriffe gelten für alle Geschlechter und enthalten unsererseits keine Wertung. Für den Nachdruck von Texten und Grafiken ist das schriftliche Einverständnis der KZV Rheinland-Pfalz Voraussetzung.

Erscheinungstermin der nächsten Ausgabe:  
17.02.2025

# Erwartungen

Eine Aufbruchskoalition wollte die Ampel sein. Am Ende ist sie krachend gescheitert: an fehlendem Geld, an zu unterschiedlichen Positionen und an einem tiefen Vertrauensbruch. Was bedeutet das für die Gesundheitspolitik? Rückblickend auf die vergangenen drei Jahre muss ich feststellen: Die Bilanz der Ampel ist dürrftig. Es gab das Cannabisgesetz, zwei Digitalisierungsgesetze und ein Krankenhausversorgungsgesetz. Angesichts der drängenden Herausforderungen im Gesundheitswesen und der wohlfeilen Ankündigungen des Bundesgesundheitsministers ist das zu wenig. Sieben Gesetzesvorhaben aus seinem Haus befinden sich noch im parlamentarischen Verfahren. Welche davon noch beschlossen werden, ist offen.

Was für uns Zahnärzteschaft aus den Ampel-Jahren hängen bleibt, ist das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (GKV-FinStG). Das Gesetz bestätigt einen Euphemismus, wie er in der Politik inzwischen üblich ist: Der Name eines Gesetzes beschönigt dessen Wirkung. Statt die Finanzen zu stabilisieren oder zu stärken, wurden Gelder schlichtweg vom ambulanten in den stationären Sektor umgeschichtet. Dabei wurde die Vertragszahnärzteschaft überproportional belastet. Besonders fatal hat sich das GKV-FinStG, wie wir heute wissen, auf die neue Parodontitistherapiestrecke ausgewirkt. Infolge der Budgetierung ist für Neubehandlungen kaum finanzieller Spielraum geblieben.

In den Praxen brachten die wirtschaftlichen Folgen des Gesetzes das Fass zum Überlaufen. Zuletzt in den 1990er-Jahren habe ich eine derartige Frustration und Wut innerhalb der Kollegenschaft erlebt. Das GKV-FinStG ist der vorläufige Gipfel im-

mer schlechter werdender Berufsausübungsbedingungen mit all der wachsenden Bürokratie, den absurden Hygienevorschriften, den dysfunktionalen TI-Produkten und gebrochenen Vergütungszusagen.

Eines ist sicher: Wenn Menschen zukünftig weiter bereit sein sollen, sich selbstständig zu machen sowie mit hohen finanziellen Risiken und persönlichem Einsatz jeden Tag in ihren Praxen gute Arbeit zu leisten, dann muss auch die Politik endlich ihren Beitrag leisten. Sie muss aufhören, mit versorgungsfeindlichen und praxisfernen (Fehl-)Entscheidungen unser freiberufliches Fundament unentwegt zu destabilisieren. Und sie muss anfangen, zukunftsfeste Voraussetzungen zu schaffen, damit sich Menschen aus Überzeugung in der Daseinsfürsorge und für das Gemeinwohl engagieren.

Von der neuen Bundesregierung erwarte ich deshalb Mut, grundlegende Struktur- und Finanzierungsfragen im Gesundheitswesen anzugehen. Ich erwarte, dass sie den Wert der Freiberuflichkeit sowie die Expertise der Selbstverwaltung und der Berufsvertretungen anerkennt. Auch erwarte ich, dass die unselige Eigendynamik der Bürokratie gebremst wird und wir dadurch zurückgewonnene Ressourcen wieder in die Patientenversorgung einbringen können. Und ich erwarte Respekt: Ein Berufsstand, der wie kein anderer durch kluge Prophylaxeprogramme und präventionsorientierte Behandlungskonzepte eine stetige Verbesserung der Mundgesundheit der Menschen erwirkt und so zur Kostensenkung beigetragen hat, hat es verdient, mit Wertschätzung behandelt zu werden.

Ihre



**Dr. Christine Ehrhardt**  
Vorsitzende des Vorstandes



„Von einer neuen Bundesregierung erwarte ich Mut, Anerkennung und Respekt.“

# Amalgamverbot und Neubewertung der BEMA-Nr. 13

Ab dem 1. Januar 2025 ist die EU-Verordnung, nach der Dentalamalgam – mit Ausnahme in hinreichend medizinisch begründeten Fällen – nicht mehr verwendet werden darf, umzusetzen. Damit dürfen Zahnarztpraxen ab Anfang kommenden Jahres Amalgam im Regelfall nicht mehr als Füllungsmaterial nutzen.

Text: Albert Strasburger, Geschäftsbereichsleiter Abrechnung der KZV Rheinland-Pfalz

Das Amalgamverbot führt dazu, dass auch die bestehenden Regelungen zum Sachleistungsprinzip in Verbindung mit der Mehrkostenregelung nicht mehr fortgeführt werden können. Die Vertragspartner auf Bundesebene, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband, waren gefordert, die Regelungen anzupassen. Die von ihnen gefundene Lösung ist positiv zu bewerten, da es gelungen ist, die Mehrkostenregelung zu erhalten. Die Anpassungen führen insgesamt dazu, dass ab Januar 2025 die BEMA-Nummern 13 e bis h aufgehoben und die BEMA-Nummern 13 a bis d besser bewertet werden. Die Mehrkostenregelung nach § 28 Abs. 2 SGB V für adhäsive Füllungen bleibt erhalten.

## Was bedeutet dies in der Praxis?

- » Die Behandlungsrichtlinie gilt unverändert fort.
- » Der grundsätzliche Anspruch auf eine zuzahlungsfreie Füllung gemäß § 28 Abs. 2 SGB V bleibt für die Versicherten bestehen.
- » Die BEMA-Nummern 13 a bis d sind ab dem 1. Januar 2025 wie folgt bewertet:

<b>einflächig</b>	33 Punkte
<b>zweiflächig</b>	41 Punkte
<b>dreiflächig</b>	53 Punkte
<b>mehr als dreiflächig oder Ecken- aufbau im Frontzahnbereich unter Einbeziehung der Schneidekante</b>	63 Punkte

- » Mehrkostenvereinbarungen sind weiterhin möglich.

Dies ist gelungen, indem die Grenze zwischen der Sachleistung und der mehrkostenfähigen Füllung deutlicher definiert wurde. Die Abrechnungsbestimmungen zur BEMA-Nummer 13 werden ab dem 1. Januar 2025 entsprechend neu gefasst:

- Mit der Abrechnung der BEMA-Nummer 13 ist die Verwendung jedes ausreichenden, zweckmäßigen, erprobten und praxisüblichen plastischen Füllungsmaterials abgegolten.
- Für den Front- und Seitenzahnbereich wird differenziert:
  - Im Frontzahnbereich sind adhäsiv befestigte Füllungen Gegenstand der vertragszahnärztlichen Versorgung.
  - Im Seitenzahnbereich sind selbstadhäsive Materialien, im Ausnahmefall Bulkfill-Komposite, Gegenstand der vertragszahnärztlichen Versorgung.
- Der Inhalt des § 28 Abs. 2 SGB V wurde in die Abrechnungsbestimmungen aufgenommen: Wählen Versicherte eine Versorgung, die über die im § 28 Abs. 2 SGB V vorgesehene Versorgung hinausgeht, haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen.

Welche Versorgung dies sind, ist ebenfalls aus den neuen Abrechnungsbestimmungen ersichtlich:

- Füllungen in Mehrfarbentechnik zur ästhetischen Optimierung (betrifft auch Frontzahnfüllungen)
- von Satz 3 nicht erfasste adhäsiv befestigte Füllungen im Seitenzahnbereich (selbstadhäsive Materialien, im Ausnahmefall Bulkfill-Komposite)
- Einlagefüllungen
- Goldhämmerfüllungen

Welches konkrete Füllungsmaterial aus allen erprobten und praxisüblichen Materialien auszuwählen ist, wird weiterhin von der Vertragszahnärztin bzw. dem Vertragszahnarzt entschieden.

### Weitere Informationen

Weitere Informationen zum Amalgamverbot und zur Neubewertung der BEMA-Nummer 13 finden sich auf der Internetseite der KZV Rheinland-Pfalz unter [www.kzvrlp.de](http://www.kzvrlp.de). Dort sind ein Webinar

von Dr. Christine Ehrhardt, Vorstandsvorsitzender der KZV Rheinland-Pfalz, und der Beschluss des Bewertungsausschusses abrufbar.

Die Deutsche Gesellschaft für Zahnerhaltung und die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde haben die wichtigsten Fragen und Antworten zum Amalgamverbot aus Sicht der Zahnmedizin zusammengestellt. Unter [www.dgzmk.de](http://www.dgzmk.de) gibt es Informationen zu alternativen Füllungsmaterialien und zu deren Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenversicherung. ■



[www.kzvrlp.de](http://www.kzvrlp.de)



[www.dgzmk.de](http://www.dgzmk.de)

## Amalgamverbot: Was gilt ab dem 1. Januar 2025?

**Der Sachleistungsanspruch des Versicherten auf eine mehrkostenfreie Füllung bleibt bestehen!**

### Vertragszahnärztliche Füllungsmaterialien

Grundsätzlich sind dies alle anerkannten und erprobten plastischen Füllungsmaterialien; vorausgesetzt, sie sind ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich!

#### im Seitenzahnbereich

aus sich heraus adhäsiv haftende Materialien, die keines zusätzlichen Adhäsives in einem separaten Arbeitsschritt bedürfen; nur im Ausnahmefall Bulkfill-Komposite

#### im Frontzahnbereich

Materialien, die adhäsiv zu befestigen sind und daher einen höheren Arbeitsaufwand erfordern

# KZV-Vertreterversammlung: „Ein HVM hat immer eine bremsende Wirkung“

Gute Nachrichten am Ende eines ungewissen Honorarjahres: Entgegen aller Befürchtungen wird 2024 die von den gesetzlichen Krankenkassen bereitgestellte Gesamtvergütung voraussichtlich nicht überschritten. In diesem Fall muss die Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV) ausgezahlte Honorare nicht zurückfordern.

Text: Katrin Becker

**K**urz vor Weihnachten überbrachte Dr. Christine Ehrhardt, Vorsitzende des Vorstandes der KZV Rheinland-Pfalz, der Vertreterversammlung diese frohe Botschaft. Grundlage hierfür bildet die abschließende Auswertung des dritten Abrechnungsquartals. Doch damit nicht genug: „Es freut mich, dass wir inzwischen für das Jahr 2025 mit nahezu allen Krankenkassen die Verträge mit der maximal möglichen Steigerungsrate von 4,41 Prozent schließen konnten“, sagte sie. Die Rate entspricht der Erhöhung der Grundlohnsomme, die die Finanzie-

rungsbasis der beitragsfinanzierten Sozialversicherungen bildet. „Aufgrund dieses positiven Abschlusses werden wir im kommenden Jahr die Punktwerte erhöhen“, kündigte Ehrhardt darüber hinaus an.

## Fehlende Ehrlichkeit

Dass das Honorarjahr 2024 einen guten Abschluss finden würde, war im Januar nicht zu erwarten gewesen. Die KZV-Chefin erklärte die Entwicklung mit dem Honorarverteilungsmaßstab (HVM), den die Vertreterversammlung im Jahr zuvor vor dem Hintergrund des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes und der Wiedereinführung der strikten Budgetierung neu gefasst hatte. „Ein HVM hat immer eine bremsende Wirkung.“ Sie erläuterte dies anhand der Entwicklung von Neuanträgen parodontologischer Behandlungen. Mit Inkrafttreten des Gesetzes sei die Zahl der Anträge bundesweit unter das Niveau vor Einführung der neuen Parodontitisrichtlinie gefallen. Grund hierfür sei allerdings kein fehlender Behandlungsbedarf, sondern die Not der Praxen, die zur Verfügung stehenden Gelder für jene Parodontitispatienten zu nutzen, die sich bereits in der rund dreijährigen Therapiestrecke befunden hatten. „Für Neuanträge gibt es kaum oder nur wenig Spielraum“, monierte Ehrhardt. Vor allem mit Blick auf die Folgen der chronischen Entzündung des Zahnhalteapparates auf den gesamten Organismus sei dies eine „absolute Katastrophe“. Sie kritisier-



Dr. Christine Ehrhardt zur Wirkung eines HVM: „Natürlich ist es schön, wenn die Gesamtvergütung nicht überschritten wird und alle Leistungen voll honoriert werden. Aber Arbeiten unter einem HVM heißt immer auch, dass notwendige Behandlungen unterbleiben.“

te den Gesetzgeber schließlich scharf: „Der Bundesgesundheitsminister hat sich nicht ehrlich gemacht, wenn er betonte, unter ihm werde es keine Leistungskürzungen geben!“

## HVM-Systematik hat sich bewährt

Für viele Zahnärztinnen und Zahnärzte war das vergangene Jahr das erste, in dem sie unter einer Budgetierung und unter Einsatz eines HVM arbeiten mussten. Die KZV-Chefin zog Bilanz und zeigte sich zufrieden mit der HVM-Systematik, für die sich die Vertreterversammlung im Jahr zuvor entschlossen hatte. „Unser HVM macht den Behandlern relativ wenige Vorgaben. Die turnusmäßige Information über den Stand ihres budgetwirksamen Honorarverbrauchs hat sich als Navigationstool für die Praxen bewährt. Die Praxen konnten so ihre Individuelle Bemessungsgrenze im Blick halten und das Risiko der Überschreitung minimieren“, hob sie hervor. Auch habe der HVM-Ausschuss wertvolle Arbeit geleistet.

Trotz des voraussichtlich positiven Budgetjahres 2024 blickte sie skeptisch in die nahe Zukunft. Sie erwarte nicht, dass die Kostendämpfungspolitik mit einer neuen Bundesregierung ad acta gelegt wird. Im Gegenteil: Aufgrund der weiterhin defizitären Finanzlage der gesetzlichen Krankenkassen – der GKV-Spitzenverband geht allein in diesem Jahr von einem Minus von vier bis 4,5 Milliarden Euro aus – seien entsprechende Gesetze ab 2026 realistisch. Die Kampagne „Zähne zeigen“ werde deshalb im nächsten Jahr fortgesetzt. Vor und nach der Bundestagswahl soll darin der gesellschaftliche Wert der wohnortnahen und hochwertigen vertragszahnärztlichen Versorgung herausgestellt werden.

## Wachstumsbremse „Digitalisierung“

Dem Gesundheitswesen mangelt es nicht nur an einer stabilen Finanzierung, sondern auch an sinnvollen digitalen Prozessen und Strukturen. „Digitalisierung bietet Chancen, die Versorgung für die Patienten zu verbessern und die Arbeit für alle zu erleichtern“, befand die KZV-Vorsitzende. Allerdings entwickle sich die dysfunktionale Digitalisierung in Deutschland immer mehr zur Wachstumsbremse.

## Vertreterversammlung in Kürze I

- » **Landesverwaltungsbeirat:** Dr. Holger Kerbeck, Sprecher des Landesverwaltungsbeirates, berichtete aus sechs Sitzungen in diesem Jahr, in denen der Vorstand den Beirat über die Entwicklungen in der KZV informiert und frühzeitig in Entscheidungen etwa zum Honorarverteilungsmaßstab oder zur Notdienstreform eingebunden hatte. „Der Austausch war zielführend im Sinne der Kollegenschaft und der Patienten“, befand Kerbeck. Transparenz, ein offener Umgang und Diskussionsfreude machten die Sitzungen aus.
- » **Satzung:** Die Vertreterversammlung hat sich nach der Vorstellung durch den Vorsitzenden des Satzungsausschusses, Dr. Uwe Müller, für Satzungsänderungen ausgesprochen. Einzelne Punkte wurden neu strukturiert sowie an Gesetzeswortlaute angepasst. Die Änderungen (vgl. Rundschreiben 6/24) gelten vorbehaltlich der Genehmigung des Ministeriums für Wissenschaft und Gesundheit.
- » **Nachwuchsförderung:** Die KZV Rheinland-Pfalz ist eine der Trägerorganisationen der Akademie für freiberufliche Selbstverwaltung und Praxismanagement (AS Akademie) – eines postuniversitären Weiterbildungsformats für Zahnärzte, die sich für die Arbeit in der Selbstverwaltung fit machen möchten. Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung plant nun eine eigene Akademie mit vertragszahnärztlichem Schwerpunkt. Die Vertreterversammlung fordert den Vorstand auf, darauf hinzuwirken, dass keine Parallelstrukturen zur Nachwuchsförderung geschaffen und stattdessen vertragszahnärztliche Inhalte stärker in die AS Akademie integriert werden.

Um Digitalisierung im Gesundheitswesen voranzubringen, hat der Gesetzgeber in diesem Jahr zwei Gesetze erlassen: das Digital-Gesetz und das Gesundheitsdatennutzungsgesetz. „Das Digital-Gesetz hat es in sich“, so Ehrhardt. Es beinhaltet ein Abrechnungsverbot für Leistungserbringer, die ab dem 1. Januar 2025 kein zertifiziertes Praxisverwaltungssystem (PVS), welches einen interoperablen Datenaustausch ermöglicht, nutzen. Diese Frist könnten die PVS-Hersteller nicht halten. „Angesichts der drastischen Folge eines Abrechnungsverbotes werden die Leistungserbringer in völlig ungerechtfertigter Weise mit einer schwerwiegenden, existenzgefährdenden Sanktion belegt, obwohl sie die Erfüllung der gesetzlichen Regelung nicht beeinflussen können“, kritisierte Ehrhardt. Eine zwischenzeitlich vom Gesetzgeber geplante Verlängerung dieser Frist

werde wahrscheinlich nicht kommen. Das Gesetz, das diese Regelung vorsieht, werde wohl dem Ampel-Aus zum Opfer fallen. Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) wirke nun beim Bundesgesundheitsministerium darauf hin, dass die Systeme aller PVS-Hersteller eine vorläufige Zertifizierung erhalten. Von einem Abrechnungsverbot wären neben Zahnarztpraxen auch Arztpraxen betroffen.

Mit dem Gesundheitsdatennutzungsgesetz ist das Ziel verbunden, Gesundheitsdaten für gemeinwohlorientierte und für forschungsbedingte Zwecke einfacher nutzbar zu machen. Für Ehrhardt ist das Gesetz ein Paradigmenwechsel. „Es ist das erste Gesetz, bei dem es nicht primär um den Schutz, sondern um die Nutzung von Daten geht. Erstmals soll es möglich sein, Gesundheitsdaten zu einem anderen Zweck zu nutzen als den, für den die Daten erhoben wurden.“ Das Gesetz habe zudem den Kranken- und Pflegekassen weitreichende Rechte eingeräumt. Sie könnten ihren Versicherten nun auf Basis von Abrechnungsdaten Hinweise zu möglichen individuellen Gesundheitsrisiken geben. Hierfür zeigte sie kein Verständnis: „Dies ist ein massiver Eingriff in das Arzt-Patienten-Verhältnis und in die Therapiefreiheit.“

### ePA für alle

Beide Gesetze haben der neuen elektronischen Patientenakte (ePA) den Weg geebnet. Die „ePA für alle“ soll ab 15. Januar 2025 in ausgewählten Regionen getestet werden. „Wenn die Erfahrun-

gen positiv sind, soll sie ab Mitte Februar bundesweit eingeführt werden“, berichtete Ehrhardt. Sie stellte zum einen klar, dass die ePA eine versicherungsführte Akte in der Telematikinfrastruktur ist, die nicht die Behandlungsdokumentation im PVS ersetzt. Zum anderen hätten Praxen die Pflicht, die in einer aktuellen Behandlung erhobenen elektronischen Daten in die ePA zu speichern, sofern Patienten nicht widersprochen haben. Zur Art und zur Form dieser Daten gebe es aktuell viele offene Fragen. Ehrhardt gab die Auffassung der KZBV wieder, nach der Praxen derzeit regelhaft nur strukturierte Daten in der ePA ablegen müssten. Die Struktur dieser Daten wird durch sogenannte medizinische Informationsobjekte (MIO) festgelegt. Derzeit gibt es für die zahnärztliche Versorgung nur das MIO „eZahnbonusheft“. In Arbeit ist das MIO „Bildbefund“. Unstrukturierte Daten, zum Beispiel Behandlungsdaten auf Papier, müssten von den Praxen hingegen momentan nicht digitalisiert und in die ePA geladen werden. Sie könnten dem Patienten auf Wunsch wie bisher in Papierform ausgehändigt werden.

„Es gibt derzeit keine Verpflichtung, alle dokumentationswürdigen Befunddaten in einen Bericht zu überführen und diesen dann in die ePA einzustellen“, sagte Ehrhardt ergänzend. „Oberste Priorität hat eine sinnvolle Ausgestaltung der ePA. Die Befüllung sollte idealerweise nur mit versorgungsrelevanten und strukturierten Informationen erfolgen.“ Aus diesem Grund arbeite die KZBV derzeit an einem MIO „Zahnärztlicher Basiseintrag“. Dieser erfasse beispielsweise Angaben zu zahnärztlichen Untersuchungen, zu Heil- und Kostenplänen und zu Behandlungsplänen sowie zum PAR-Status.

### Änderung der Parodontitisrichtlinie

Dr. Christine Ehrhardt berichtet abschließend über eine Änderung der Parodontitisrichtlinie, die noch dieses Jahr abschließend im Gemeinsamen Bundesausschuss beraten werden soll. Auf Vorschlag der KZBV soll die Zuordnung der einzelnen Maßnahmen der Unterstützenden Parodontistherapie (UPT) zu bestimmten Kalenderzeiträumen entfallen. Der UPT-Zeitraum und die Verknüpfung der UPT-Frequenz mit dem festgestellten Grad der Parodontalerkrankung sollen unverändert fortbestehen. ■



Leiteten konzentriert die Sitzung: die Vorsitzenden der Vertreterversammlung Robert Schwan (rechts) und Dr. Jens Vaterrodt. Fotos: KZV RLP

# Nach BSG-Urteil: Notdienstreform nimmt neuen Weg

Die Organisationsreform des zahnärztlichen Notdienstes kommt – aber anders als ursprünglich geplant. Das hat die Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) Rheinland-Pfalz beschlossen. Welche Gründe dies hat und was sich ändert.

Text: Katrin Becker

Im Mai 2021 hatte die Vertreterversammlung beschlossen, den zahnärztlichen Notdienst in eine zentrale Organisationsstruktur zu überführen. Die Errichtung flächendeckender Notdienstzentren sollte sowohl den Versorgungsbedürfnissen der Bevölkerung als auch den Anforderungen der Praxen mit Blick auf Kostendruck, Personalknappheit und Sicherheit im nächtlichen Notdienst gerecht werden.

## „Idee zerschossen“

Sanitätsrätin Dr. Kerstin Bienroth, stellvertretende Vorsitzende des Vorstandes der KZV Rheinland-Pfalz, stellte die Notdienstzentren nun zur Disposition. „Diese Idee war sehr gut“, sagte sie, „doch sie wurde uns binnen eines halben Jahres zerschossen.“ Ihre deutlichen Worte bezogen sich auf das Urteil des Bundessozialgerichtes (BSG) vom 24. Oktober 2023 (B 12 R 9/21 R) zur Sozialversicherungspflicht sogenannter Poolärzte im Notdienst und das daraus resultierende Eckpunktepapier der Deutschen Rentenversicherung Bund, der Bundesministerien für Arbeit und Gesundheit sowie der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung zur versicherungsrechtlichen Statusbeurteilung von (Zahn-)Ärzten im Notdienst. Die Eckpunkte, die noch gesetzlich verankert werden sollen, definieren die Voraussetzungen, unter denen die (zahn-)ärztliche Tätigkeit in einem Notdienstzentrum als selbstständig angesehen werden kann und dann sozialabgabenfrei bleibt. Demnach müssen Zahnärzte die von ihnen erbrachten Leistungen unter der eigenen Abrechnungs- oder Zahnarzt Nummer und somit auf das eigene Budget abrechnen. Auch müssen sie für



Wie geht es weiter mit den Notdienstzentren? Sanitätsrätin Dr. Kerstin Bienroth erläuterte die Folgen des BSG-Urteils für die Organisation und Finanzierung von Notdienstzentren.

jede Schicht eine Gebühr an die KZV für die Nutzung von Praxisräumen, Personal und Material zahlen. „Die Nutzungsgebühr ist fix und unabhängig von der Zahl der behandelten Patienten zu zahlen – selbst dann, wenn kein Patient in den Notdienst kommt. Außerdem darf sie kein symbolischer Euro sein“, stellte Bienroth klar. „Das unternehmerische Risiko liegt somit vollständig bei den notdienstleistenden Zahnärzten. Es ist fraglich, ob unter diesen Bedingungen genügend Kolleginnen und Kollegen freiwillig im Notdienstzentrum arbeiten möchten“, erklärte sie. Durch den Wegfall der Honorareinnahmen zur Gegenfinanzierung der Kosten könnte die Umlage, die die Zahnarztpraxen zur Finanzierung von Notdienstzentren zahlen sollen, steigen. Die Alternative, Zahnärzte für die Tätigkeit in Notdienstzentren fest bei der KZV anzustellen, verteuere die Umlage aufgrund zusätzlicher Personalkosten



Engagiert, aber sachlich diskutierten die Delegierten die Notdienstorganisation.

Im Bild: Dr. Martin Spukti, Dr. Michael Orth, Dr. Dr. Thomas Morbach und Dr. Dr. Reinhard Lieberum (v. l.)

Fotos: KZV RLP

und Sozialabgaben definitiv deutlich. Mit Bekanntwerden des Eckpunktepapiers hatte die KZV Rheinland-Pfalz die Eröffnung des ersten Notdienstzentrums für Rheinhessen in Mainz auf Eis gelegt.

Die stellvertretende Vorstandsvorsitzende appellierte an die Delegierten, bei ihrer Entscheidung über die künftige Notdienstorganisation neben den organisatorischen und finanziellen Folgen des BSG-Urteils den politischen Aspekt nicht zu vernachlässigen. „Können wir es politisch verantworten, ein Notdienstzentrum im gut versorgten Rheinhessen zu eröffnen, aber aus Kostengründen auf eines in der schlechter versorgten Westpfalz zu verzichten?“, fragte sie.

### Modell mit Selbsteinteilung, Schichtsystem und weniger Diensten

In engagierten und sachlichen Beiträgen tauschten sich die Delegierten aus. Sie einte die Sicht, dass die von der Politik unterstützte Auffassung bezüglich des versicherungsrechtlichen Status von (Zahn-)Ärzten im Notdienst einer zentralen Notdienstorganisation entgegenstehe. „Unter den Umständen ist ein Notdienstzentrum nicht zu betreiben“, befand Dr. Martin Spukti. Dr. Dr. Wolfgang Jakobs kritisierte, dass die Regelung getroffen wurde, um die Sozialkassen zu füllen. Er mahnte zugleich an, bei der Entscheidung über die Notdienstzentren den Sicherheitsaspekt für die Praxen nicht außen vor zu lassen. Robert Schwan bemängelte den fehlenden politischen Willen, (Zahn-)Ärzte in Notdienstzentren mit sozialversicherungsbefreiten Ärzten im Rettungsdienst gleichzustellen. „Wieder einmal hat die Politik gegen das, was

wir als rational ansehen, entschieden“, so der Vorsitzende der Vertreterversammlung.

Am Ende der Diskussion stimmten die Delegierten mehrheitlich dafür, die Errichtung von Notdienstzentren nicht weiterzuverfolgen; die entsprechenden bestehenden Beschlüsse wurden aufgehoben. Der Vorstand wurde zudem beauftragt, das bestehende Mietverhältnis für das Notdienstzentrum Rheinhessen abzuwickeln beziehungsweise die gemietete Immobiliewirtschaftlich weiterzuverwerten. Darüber hinaus erhielt der Vorstand den Auftrag, für die Regionen, für die keine Übertragungsvereinbarung mit einer Bezirkszahnärztekammer zur Notdienstorganisation besteht, ein alternatives Modell mit Selbsteinteilungsmöglichkeit, Schichtsystem und geringerer Notdienstfrequenz zu entwickeln. Aktuell betrifft dies die Region Trier. Ab 2026 übernimmt die KZV Rheinland-Pfalz zudem den Notdienst in Rheinhessen von der zuständigen Bezirkszahnärztekammer.

### Landessausschuss wird tagen

Eine zukunftsfeste Neuorganisation des Notdienstes bleibt wichtig, da das Netz an Zahnarztpraxen weitmaschiger wird. Bienroth: „In diesem Jahr haben 102 Kolleginnen und Kollegen auf ihre Zulassung verzichtet, aber nur etwa halb so viele haben sich neu niedergelassen. Von 61 Neuzulassungen waren lediglich 40 Praxisübernahmen.“ Hinzu kommt: 2024 haben 313 Zahnärztinnen und Zahnärzte die Option der Anstellung gewählt. Inzwischen sind mehr als ein Drittel der Mitglieder der KZV Rheinland-Pfalz angestellt in einer Praxis tätig – Tendenz steigend.

Der aktuelle Bedarfsplan weise, wie sie erklärte, für die zahnärztliche Versorgung zwar keine Unterversorgung aus, allerdings beobachte die KZV Rheinland-Pfalz, ebenso wie andere Kassenzahnärztliche Vereinigungen, dass es junge Zahnärztinnen und Zahnärzte zum Arbeiten bevorzugt in Städte und Ballungsgebiete zieht. Den geringsten Versorgungsgrad verzeichneten nach dem Bedarfsplan die Kreise Südwestpfalz, Trier-Saarburg, Bitburg-Prüm und Germersheim. Kritischer sehe es laut der KZV-Vizechefin bei der kieferorthopädischen Versorgung aus. Sieben Regionen gelten auf dem Papier als unterversorgt, darunter der Kreis Altenkirchen oder der Rhein-Lahn-Kreis. Allerdings würden Engpässe durch gute Versorgungslagen in umliegenden Planungsbereichen aufgefangen. Zudem sei die kieferorthopädische Versorgung als fachzahnärztliche Versorgung zu begreifen, so Bienroth. Sie kündigte an, dass im nächsten Jahr der Landesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen nach § 90 SGB V tagen werde, um über die Bedarfsplanung und Unterversorgungen zu beraten. Die Niederlassungsberatung sei eine inzwischen etablierte Maßnahme der KZV, um junge Zahnärztinnen und Zahnärzte für die eigene Praxis zu gewinnen. Seit Oktober würden zudem Famulaturen nach § 15 der Approbationsordnung für Zahnärztinnen und Zahnärzte gefördert. Studierende, die sich für eine Famulatur in schlechter versorgten Regionen des Landes entscheiden, bekommen einen finanziellen Zuschuss für Unterkunft, Anfahrt und Verpflegung. Bienroth: „Diese Maßnahme soll helfen, angehende Kolleginnen und Kollegen für eine Tätigkeit vor allem auf dem Land zu motivieren und die flächendeckende Versorgung zu sichern.“ Klar müsse aber sein, dass es kein Ziel der KZV sein kann, Zahnärzte und Zahnärztinnen in Regionen zu lotsen, deren Bevölkerung schwindet und in denen sich eine Praxis langfristig nicht trägt. ■

## Vertreterversammlung in Kürze II

- » **Haushalt 2025:** Einstimmig verabschiedete die Vertreterversammlung den Haushalt 2025. Die neuen Verwaltungskostenbeiträge sind im beiliegenden Rundschreiben 6/24 veröffentlicht.
- » **Jahresabschluss 2023:** Dr. Gerrit Meyer, stellvertretender Vorsitzender des Finanzausschusses, fasste das Ergebnis der Rechnungsprüfung durch die Prüfstelle der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung für das Jahr 2023 zusammen. Die Vertreterversammlung folgte der Empfehlung der Prüfstelle und entlastete den Vorstand für das Geschäftsjahr 2023.
- » **Finanzanlagen:** In ihrer Anlagenrichtlinie legt die KZV die Grundsätze fest, wonach sie verfügbare Finanzmittel anlegen darf. Sanitätsrätin Dr. Kerstin Bienroth berichtete, dass es trotz schrittweiser Senkung des Leitzinses durch die Europäische Zentralbank gelungen sei, kurzfristig verfügbare Mittel sicher und mit sehr guten Gewinnen anzulegen.
- » **Landesausschuss:** Für die Amtsperiode 2025 bis 2028 waren die Mitglieder des Landesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen zu wählen. Die Delegierten benannten Dr. Christine Ehrhardt (1. Stellvertretung: Dr. Clara Döring, 2. Stellvertretung: Dr. Susanne Huyer), San.-Rätin Dr. Kerstin Bienroth (Dr. Michael Orth, Dr. Oliver Spiekermann), Dr. Kai-Peter Zimmermann (Dorothee Hof, Dr. Peter Ehmer), Dr. Uwe Müller (Matthias Gloede, Dr. Julia Löwe), Dr. Holger Kerbeck (Dr. Jennifer Bitzer, Dr. Gerrit Rust), Stefan Chybych M. Sc. M. Sc. (Dr. Markus Esch, Dr. Axel Rott), Robert Schwan (Dr. Johannes Florian Kötz, Marcus Koller), Dr. Ulrike Stern (Dr. Jens Vaterrodt, Dr. Till Gerlach) sowie Dr. Kerstin Meudt (Dr. Bernd Prestel, Dr. Moritz Förch).
- » **Landesschiedsamt:** Gleiches galt für das Landesschiedsamt für die vertragszahnärztliche Versorgung. Die Delegierten wählten Dr. Christine Ehrhardt (1. Stellvertretung: Dr. Peter Ehmer, 2. Stellvertretung: Dr. Ulrike Stern), San.-Rätin Dr. Kerstin Bienroth (Florian Dehne, Dr. Clara Döring), Dr. Holger Kerbeck (Dr. Uwe Müller, Marcus Koller) sowie Dr. Gerrit Meyer (Dr. Mischa Krebs, Dr. Till Gerlach).
- » **Termine:** Im kommenden Jahr tagt die Vertreterversammlung am 7. Mai 2025 sowie am 6. Dezember 2025 jeweils in Mainz.



# Fortbildung der KZV Rheinland-Pfalz: Kurse „Zahnersatz/Festzuschüsse“

Auch im nächsten Jahr bietet die KZV Rheinland-Pfalz den Einsteiger- und den Fortgeschrittenenkurs „Zahnersatz/Festzuschüsse“ für Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie Praxispersonal an – online und in Präsenz.

## Einsteigerkurs (zweiteilig)

### Inhalte Kursteil 1

- » Befundbezogene Festzuschüsse
- » Leistungsanspruch und Festsetzung der Regelversorgung
- » Festzuschuss- und Zahnersatzrichtlinien
- » **Befundklassen 1 bis 5**
- » Abrechnung von Begleitleistungen
- » Fallbeispiele

### Inhalte Kursteil 2

- » Befundbezogene Festzuschüsse
- » Leistungsanspruch und Festsetzung der Regelversorgung
- » Festzuschuss- und Zahnersatzrichtlinien
- » **Befundklassen 6 bis 8 (Grundkenntnisse)**
- » Fallbeispiele

Beide Kursteile bauen inhaltlich aufeinander auf und können nur zusammen gebucht werden.

**Kursnummer:** 1-2025

### Termine:

#### • Präsenzkurs

**Kursteil 1:** Mittwoch, 12.03.2025

**Kursteil 2:** Freitag, 14.03.2025

**Uhrzeit:** jeweils 13:30–17:00 Uhr

**Ort:** Heinrich Pesch Haus, Frankenthaler Str. 229, 67059 Ludwigshafen

**Gebühr:** 149 Euro (inklusive Seminarunterlagen und Imbiss)

**Fortbildungspunkte:** 8 Punkte

#### • Onlinekurs

**Kursteil 1:** Mittwoch, 27.08.2025

**Kursteil 2:** Freitag, 29.08.2025

**Uhrzeit:** jeweils 13:30–17:00 Uhr

**Ort:** online

**Gebühr:** 75 Euro

**Fortbildungspunkte:** 8 Punkte

## Fortgeschrittenenkurs

### Inhalte des Kurses

- » Wiederherstellungen
- » Kombinationszahnersatz
- » Implantatversorgungen

Sie haben die Möglichkeit, Ihre Fragen zu oben genannten Themen bis 14 Tage vor den Kursterminen per E-Mail an [zekurse@kzvrlp.de](mailto:zekurse@kzvrlp.de) einzureichen. Wir werden uns bemühen, die Fragen in den Kurs einzuarbeiten und zu beantworten.

**Kursnummer:** 3-2025

### Termine:

• **Onlinekurs:** Mittwoch, 14.05.2025

**Uhrzeit:** 13:30–17:00 Uhr

**Ort:** online

**Gebühr:** 50 Euro

**Fortbildungspunkte:** 4 Punkte

• **Präsenzkurs:** Mittwoch, 05.11.2025

**Uhrzeit:** 13:30–17:00 Uhr

**Ort:** Heinrich Pesch Haus, Frankenthaler Str. 229, 67059 Ludwigshafen

**Gebühr:** 79 Euro (inklusive Seminarunterlagen und Imbiss)

**Fortbildungspunkte:** 4 Punkte

**Referentinnen:** Die Kurse werden von Sabrina Gessner und Suzi Paula de Jesus Rodrigues aus dem Geschäftsbereich Abrechnung der KZV Rheinland-Pfalz geleitet.

**Anmeldung:** Die Anmeldung zu beiden Kursen läuft über unser Fortbildungsportal unter [www.kzvrlp.de](http://www.kzvrlp.de) – Webcode 0111. Die Teilnehmerzahl ist jeweils begrenzt. Es können daher maximal zwei Personen je Praxis teilnehmen. ■

# Live-Hacking-Workshop „Cyberkriminalität“: Angriffe erleben – Sensibilität steigern

Cyberkriminelle bedrohen IT-Netze tagtäglich. Meist handeln sie sehr unauffällig und ihre Angriffe werden erst bemerkt, wenn der Schadensfall schon eingetreten ist. Wer sich vor Angriffen aus dem Netz schützen will, sollte die Arbeitsweise von Hackern genau kennen. In unserem Hacking-Workshop erleben Sie live, wie leicht es für Täter ist, an die Daten Dritter zu gelangen. Sie werden für die Strategien eines Hackers sensibilisiert und erfahren, wie Sie Ihre Praxisstrukturen besser vor Cyberangriffen absichern zu können.

**Kursnummer:** 2-2025  
**Termin:** Mittwoch, 26.03.2025  
**Uhrzeit:** 16:00-18:00 Uhr  
**Ort:** KZV Rheinland-Pfalz, Isaac-Fulda-Allee 2, 55124 Mainz  
**Gebühr:** 89 Euro  
**Zielgruppen:** Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie Praxispersonal  
**Fortbildungspunkte:** 2 Punkte  
**Referent:** Hannes Botzet, Syss GmbH

**Anmeldung:** Bitte melden Sie sich für den Workshop über unser Fortbildungsportal unter [www.kzvrlp.de](http://www.kzvrlp.de) – Webcode 0111 an. Die Teilnehmerzahl ist begrenzt. Die Anmeldungen werden in der Reihenfolge ihres Eingangs berücksichtigt. ■

## Zum Vormerken: Fortbildungen der KZV Rheinland-Pfalz 2025

Thema	Datum	Uhrzeit	Ort	Referentin/Referent
Gewusst wie! Richtig abrechnen in der Zahnarztpraxis	25. Juni 2025	14:00-16:00 Uhr	online	Albert Strasburger, KZV Rheinland-Pfalz
Praxisknigge - moderne Umgangsformen in der Zahnarztpraxis	10. September 2025	15:00-19:00 Uhr	KZV Rheinland-Pfalz, Mainz	Betül Hanisch, Knigge-Schule FAST PERFEKT
Aufbissbehelfe und Schienen abrechnen – aber wie?	12. November 2025	15:00-17:00 Uhr	online	Michaela Meißner, KZV Rheinland-Pfalz
Die Heilmittelverordnung	26. November 2025	15:00-16:30 Uhr	online	Dorothee Klug/Albert Strasburger, KZV Rheinland-Pfalz

Details zu den jeweiligen Fortbildungen und der Anmeldung finden Sie rechtzeitig in *KZV aktuell* und auf unserer Internetseite [www.kzvrlp.de](http://www.kzvrlp.de) ■

# KZBV-Vertreterversammlung: Vorschläge für eine zukunftsfeste Versorgung

Wie kann angesichts des demografischen Wandels das hohe Versorgungsniveau in Deutschland aufrechterhalten werden? Diese Frage diskutierte die Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV). Sie beschloss Eckpunkte zu einem Positionspapier für zukunftstaugliche Strukturen in der vertragszahnärztlichen Versorgung.

Text: Katrin Becker

Die zahnärztliche Versorgung steht, wie das Gesundheitswesen insgesamt, vor einer doppelten demografischen Herausforderung: Zum einen steigt das Durchschnittsalter der Bevölkerung, womit sich auch der Behandlungsbedarf verändert. Zum anderen werden in den kommenden Jahren viele Beschäftigte altersbedingt aus der Versorgung ausscheiden. Flankiert werden diese Entwicklungen durch den Fachkräftemangel und veränderte Arbeitszeitmodelle, bei denen Zahnärztinnen und Zahnärzte häufiger in Teilzeit und als Angestellte arbeiten. Letzteres liegt auch an den Rahmenbedingungen: Budgetierung, Bürokratie und fehleran-

fällige Digitalisierungsprozesse machen eine Niederlassung in eigener Praxis zunehmend unattraktiv.

## Aktuell keine Unterversorgung

Diese Entwicklungen schlagen vor allem in ländlichen und strukturschwachen Regionen durch und könnten ohne ein zielgenaues Gegensteuern in einigen Jahren zu lokalen Versorgungsproblemen

## ePA: „Zwanghafte Einführung“

Dr. Ute Maier, stellvertretende Vorsitzende des KZBV-Vorstandes, gab in ihrem Bericht ein Update zur elektronischen Patientenakte (ePA). Sie soll nach dem Willen des Gesetzgebers ab dem 15. Januar 2025 mit einer nur vierwöchigen Testphase bundesweit ausgerollt werden. Die Frist sieht sie kritisch. „Ohne Rücksicht auf die berechtigten Warnungen der Industrie und derjenigen, die tagtäglich die Patientenversorgung voller Leidenschaft sicherstellen, soll die Akte nahezu zwanghaft eingeführt werden“, so Maier. Die gesetzlichen Forderungen und Fristen stünden nicht im Einklang mit der Durchführbarkeit. „Insofern ist es nicht verwunderlich, dass es eine extreme Unsicherheit sowohl unter den Patientinnen und Patienten als auch unter den Zahnarztpraxen im Umgang mit der ePA sowie den damit einhergehenden Prozessen, Verantwortlichkeiten und Pflichten gibt.“

Die KZBV führe intensive Gespräche mit den Herstellern der Praxisverwaltungssysteme (PVS), um die ePA praxistauglich zu realisieren. Parallel würden Infomaterialien für die Praxen entwickelt. „Zwischen den Updates der PVS-



Dr. Ute Maier kritisierte die kurze Testphase zur Einführung der ePA.

führen. Gleichwohl betont der Vorsitzende des Vorstandes der KZBV, Martin Hendges, anlässlich der Vertreterversammlung: In der allgemeinzahnärztlichen Versorgung sei kein Planungsbereich unterversorgt. Lediglich 3,7 Prozent der Planungsbereiche seien von einer Unterversorgung bedroht. „Aber wir müssen das Thema anpacken“, so Hendges. Das Positionspapier analysiert deshalb die zentralen demografischen Herausforderungen und schlägt Lösungen vor, um möglichen Versorgungsengpässen frühzeitig zu begegnen. Dabei wird klargestellt, dass es hierfür nicht nur der Gestaltungskraft der Selbstverwaltung bedürfe. Auch die Politik – Bund, Länder und Kommunen – sei gefordert, attraktive Rahmenbedingungen und Anreize für eine zahnärztliche Tätigkeit und das Leben insbesondere auf dem Land zu schaffen.

## Maßnahmen zur Stärkung der Versorgung

Die Eckpunkte zum Positionspapier, die einhellig von den Delegierten entschieden wurden, benennen folgende Maßnahmen zur Stärkung der Versorgung:

» Obligatorische, krankenkassenfinanzierte Vergütungszuschläge außerhalb der Gesamtvergütung für zahnärztliche Leistungen, die von Praxen in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Planungsbereichen erbracht werden



Martin Hendges, Vorstandsvorsitzender der KZBV, stellte Eckpunkte für zukunftstaugliche Strukturen in der vertragszahnärztlichen Versorgung vor. Fotos: KZBV/Darchingner

- » Staatliche Investitionskostenzuschüsse für Zahnarzt- und Zweigpraxen in ländlichen und strukturschwachen Gebieten, die unterversorgt oder von Unterversorgung bedroht sind
- » Steuerrechtliche Vergünstigungen für Zahnärzte und Zahnärztinnen, die sich in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Gebieten niederlassen oder ihren Ruhestand in solchen Gebieten hinausschieben
- » 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

Hersteller und der Umsetzung in den Praxen wird nicht viel Zeit liegen. Denn trotz unserer klaren Stellungnahmen gegenüber dem Bundesgesundheitsministerium wird vernachlässigt, dass die Praxisteams den Umgang mit der ePA sukzessive erlernen und in den Behandlungsalltag integrieren müssen. Das zeigt einmal mehr, wie sinnstiftende Digitalisierung nicht funktionieren kann“, kritisierte Maier.

Um der gesetzlichen Vorgabe nachzukommen, Patientendaten in die ePA in einem interoperablen Format einzustellen, sind von einer KZBV-Arbeitsgruppe Inhalte für einen Basiseintrag erarbeitet worden. Diese sollen einen praxisbezogenen Informationsgehalt für Mit- und Weiterbehandelnde bieten und die Bürokratielast in den Praxen nicht zusätzlich erhöhen, weshalb sie kontrolliert automatisiert aus dem PVS übernommen werden können. Laut Dr. Ute Maier zählen dazu die Daten der zahnärztlichen Untersuchung, Heil- und Kostenpläne für Zahnersatz und im Rahmen der Behandlung von Kiefergelenkerkrankungen oder Kieferbrüchen, der PAR-Status und kieferorthopädische Behandlungspläne. Sie stellte zudem klar, dass aus Sicht der KZBV weder Daten aus den Dentallaboren noch E-Arztbriefe eingestellt werden müssen; Letztere seien im zahnärztlichen Bereich nicht vorgeschrieben. Ferner blieben die üblichen Kommunikationswege zwischen Zahnarzt- und Arztpraxen (Brief, KIM, Telefon) bestehen.

Maier kündigte zudem an, dass die Dentallabore nun an die Telematikinfrastruktur angebunden werden sollen. Die Anwendung „eLABZ“ werde in einer ersten Pilotierungsphase unter anderen im Bereich der Handwerkskammer Mainz erprobt. Die KZV Rheinland-Pfalz wird die Testphase begleiten.



Dr. Christine Ehrhardt, Sanitätsrätin Dr. Kerstin Bienroth und Dr. Kai-Peter Zimmermann (v. l.) sitzen für die rheinland-pfälzischen Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte in der KZBV-Vertreterversammlung.

Dr. Christine Ehrhardt, Vorsitzende des Vorstandes der KZV Rheinland-Pfalz und zugleich Delegierte der KZBV-Vertreterversammlung, begrüßt den Beschluss der Eckpunkte. „Wir stehen zu unserem Auftrag und zu unserer Verantwortung, trotz aller regionaler Herausforderungen eine flächendeckende, qualitativ hochwertige Versorgung auch künftig sicherzustellen.“ Gesamtgesellschaftliche Entwicklungen aufzufangen, zähle allerdings nicht dazu. Ehrhardt: „Allen Beteiligten – allen voran der Politik – muss klar sein, dass es nicht Aufgabe der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sein kann, Defizite in der Infrastruktur vor Ort aus der Gesamtvergütung und damit aus dem Honorar der Kollegenschaft auszugleichen.“ Die Eckpunkte zum Positionspapier werden in ausgearbeiteter Form an den Gesetzgeber herangetragen. Sie sind dann auf der Internetseite der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung abrufbar.

### Nein zur Bedarfszulassung

In einem weiteren Beschluss lehnten die Delegierten der KZBV-Vertreterversammlung jegliche politische Überlegungen zu einer Wiedereinführung einer Bedarfszulassung in der vertragszahnärztlichen Versorgung kategorisch ab. Die Bedarfszulassung sei kein geeignetes Instrument, lokale Versorgungsengpässe zu beseitigen. „Es ist eine Illusion, zu glauben, dass sich Kolleginnen und Kollegen durch Zulassungsbeschränkungen an einen bestimmten Ort lenken lassen – vor allem dann, wenn die Rahmenbedingungen nicht stimmen“, sagt Sanitätsrätin Dr. Kerstin Bienroth, stellvertretende Vorsitzende des Vorstandes der KZV Rheinland-Pfalz und ebenfalls Mitglied in der KZBV-Vertreterversammlung. Dabei verweist sie auf die Erfahrungen in der hausärztlichen Versorgung. Junge Menschen brauchen Perspektiven – beruflich wie privat. „Es kann nicht sein, dass der Zahnarzt der Letzte ist, der das Licht ausmacht.“ ■

nicht staatlichen 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 (§ 105 SGB V) insbesondere für eine bessere Kooperation zwischen Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und Kommunen zum Betrieb von KZV-Eigeneinrichtungen
- » Förderung der aufsuchenden Betreuung vulnerabler Gruppen (zum Beispiel durch Kooperationsverträge mit Pflegeheimen), um auch die Patientinnen und Patienten an abgelegenen Orten oder mit einer eingeschränkten Mobilität zu erreichen

Zugleich adressieren die Eckpunkte Forderungen, die für eine freiberufliche Tätigkeit essenziell sind, wie die Entbudgetierung, den Abbau von Bürokratie, die Notwendigkeit einer praxistauglichen digitalen Infrastruktur und eine bessere Regulierung investorengeführter Medizinischer Versorgungszentren. Zudem gelte es, die freiberuflich tätigen Zahnarztpraxen als das tragende Element in der Versorgung zu bewahren.



# Patienteninformationsstelle: Qualifizierte Hilfe in mehr als 1.100 Fällen

Die Patienteninformationsstelle der Kassenzahnärztlichen Vereinigung sowie der Landes-  
zahnärztekammer und Bezirkszahnärztekammern in Rheinland-Pfalz ist eine wichtige An-  
laufstelle für Patienten. Im Jahr 2023 wurde hierdurch in 1.145 Gesprächen individuelle Hilfe  
bei Fragen zur zahnärztlichen Versorgung geleistet.

Text: Katrin Becker

**N**ahezu alle Anrufer (98 Prozent) wandten sich mit ihrem Anliegen zuerst an die In-  
formationsstelle. Zumeist handelte es sich dabei um einen einmaligen Kontakt: In neun  
von zehn Fällen (93 Prozent der Kontakte) konnte die Stelle die Fragen direkt beantworten. Die übrigen  
Anfragen wurden meist mithilfe der zuständigen Fachabteilungen der Zahnärztekammern  
oder der Kassenzahnärztlichen Vereinigung ge-  
klärt.

Am häufigsten wurde die Infostelle in Sachen  
Zahnersatz kontaktiert. Rund ein Drittel der An-  
fragen (37 Prozent) drehten sich um das vielfältige  
Behandlungsspektrum mit Kronen, Brücken,  
Prothesen oder Implantaten, um Heil- und Kos-  
tenpläne sowie um den Leistungsumfang der ge-  
setzlichen Krankenkassen und die Eigenanteile  
der Patienten. In jeweils rund 14 Prozent der Ge-  
spräche ging es um zahnerhaltende Maßnahmen  
und um chirurgische Verfahren.

„Die gesetzlichen und vertraglichen Regelungen  
für die zahnärztliche Versorgung mit der Vielfalt  
an Therapieoptionen sind komplex und für Pati-  
enten nicht immer verständlich. Entsprechend  
groß ist ihr Informationsbedarf“, sagt Sanitätsrätin  
Dr. Kerstin Bienroth, stellvertretende Vorsit-  
zende des Vorstandes der Kassenzahnärztlichen  
Vereinigung Rheinland-Pfalz. Hinzu komme, dass  
Patienten in den letzten Jahren mündiger, aber  
auch kritischer geworden seien und im Internet  
versuchten, Antworten auf ihre Fragen zu finden.  
„Mit der Patienteninformationsstelle bieten die  
Körperschaften eine zuverlässige Orientierungshilfe,  
die Patienten in ihrer Souveränität, eine  
therapeutische Entscheidung mitzutreffen,  
stärkt.“ Dabei stellt Bienroth klar: Die Patienten-

informationsstelle ist ein ergänzendes Ange-  
bot. „Der erste Ansprechpartner für Patienten  
ist immer die Zahnarztpraxis. Das persönliche  
Gespräch ist gerade wegen der Fülle der digital-  
en Quellen unbezahlbar und für eine vertrau-  
ensvolle Beziehung von Patient und Zahnarzt  
essenziell.“ Sie betont zudem, dass die Stelle  
keine Rechtsauskünfte gibt.

## Ergebnisse der Jahresstatistik 2023

- » Im Jahr 2023 gab es 1.145 Kontakte mit Patienten.
- » Rund zwei Drittel aller Gespräche (67 Prozent) betrafen rechtliche und finanzielle Fragen, zum Beispiel zu Rechnungen sowie zu Kassen- und Eigenanteilen. Ein knappes Viertel der Gespräche (23,1 Prozent) drehte sich um Servicethemen wie das Bonusheft oder Adressen von Zahnarztpraxen. Die übrigen Anfragen waren allgemeiner gehalten und erforderten grundlegende zahnmedizinische Auskünfte.
- » Aufgeschlüsselt nach Behandlungsfeldern war der Informationsbedarf zu Zahnersatz mit 36,7 Prozent der Gespräche am größten, gefolgt von Themen der konservierenden Zahnheilkunde (14,4 Prozent) sowie chirurgischen Verfahren (13,7 Prozent).
- » Die Infostelle wurde überwiegend von gesetzlich versicherten Patienten (82,1 Prozent) kontaktiert. Die Anrufer waren mehrheitlich weiblich (59,1 Prozent) und im Alter von 18 bis 64 Jahren (48,6 Prozent).

Die kostenfreie Patienteninformationsstelle ist montags bis donnerstags von 10:00 bis 12:00 Uhr und von 13:30 bis 15:00 Uhr erreichbar unter ☎ 06131 / 8927-29040. ■



1.145

Kontakte  
im Jahr 2023



67 %

der Gespräche  
betrafen finanzielle  
und rechtliche  
Themen



37 %

der Gespräche  
drehten sich um  
Zahnersatz



## Künstlersozialabgabe: Beitrag liegt bei fünf Prozent

Der Abgabesatz zur Künstlersozialversicherung wird im Jahr 2025 unverändert bei fünf Prozent liegen. Das hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales festgelegt. Warum die Künstlersozialversicherung auch für Zahnarztpraxen relevant sein kann.

Text: Katrin Becker

Die Künstlersozialversicherung soll freischaffende Kreative sozial absichern und ihnen den Schutz bieten, den angestellte Arbeitnehmer über die Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung erhalten. Anders als andere Selbstständige zahlen Mitglieder der Künstlersozialkasse allerdings nur die Hälfte ihrer Versicherungsbeiträge selbst. Die andere Hälfte trägt die Künstlersozialversicherung. Diese speist sich aus einem Bundeszuschuss (20 Prozent) und der sogenannten Künstlersozialabgabe (30 Prozent).

Die Künstlersozialabgabe müssen alle Unternehmen leisten, die künstlerische und publizistische Leistungen freischaffender Künstler und von Selbstständigen in kreativen Berufen in Anspruch nehmen und verwerten. Sie stellt quasi den Arbeitgeberanteil zur Sozialversicherung dar. Klassische Verwerter sind Rundfunk- und Fernsehanstalten, Verlage, Galerien und Museen. Dass auch sie abgabepflichtig sind, ist vielen Zahnärztinnen und Zahnärzten allerdings nicht bewusst. Denn die Sozialabgabe ist nicht nur bei Musikerinnen oder Schauspielern fällig, sondern auch bei selbstständigen Dienstleistern aus Werbung und Öff-

fentlichkeitsarbeit wie Webdesigner oder Grafikerinnen, Fotografen oder Journalistinnen. Engagiert eine Zahnarztpraxis also eine freischaffende Grafikerin für das Design der Praxiswebseite, kann die Künstlersozialabgabe anfallen.

### Künstlersozialabgabe: Bei welchen selbstständig erbrachten Dienstleistungen wird sie fällig?

- » Design von Praxislogo und -schildern
- » Aufbau und Pflege der Praxiswebseite
- » Gestaltung von Briefbogen, Informationsbroschüren, Newslettern etc.
- » Gestaltung von Werbeanzeigen und Plakaten
- » Text für Pressemeldungen und Informationsbroschüren
- » Fotos für Internetseiten, Informationsbroschüren etc.
- » Auftritt eines Clowns, Jongleurs usw. bei einem Tag der offenen Tür, bei Festen und Ausstellungen etc.
- » Influencermarketing

## Bagatellgrenze von 450 Euro

Abgabepflichtig sind also Zahnarztpraxen, die unabhängig von ihrem eigentlichen Zweck – der zahnmedizinischen Behandlung von Patienten – Werbung in eigener Sache machen. Zahlen müssen sie aber nur dann, wenn die Summe der Entgelte für einen im Kalenderjahr erteilten Auftrag oder mehrere in einem Kalenderjahr erteilte Aufträge 450 Euro übersteigt. Für Veranstaltungen gilt: Eine Abgabepflicht besteht nur, wenn mehr als drei öffentliche Veranstaltungen durchgeführt werden und die Gesamtsumme aller Entgelte in einem Jahr 450 Euro übersteigt. Betriebsfeiern, zu denen nur Mitarbeitende mit Partnern eingeladen sind, werden hier nicht angerechnet.

## Höhe der Abgabe

Die Höhe der Abgabe wird jährlich neu festgelegt. 2025 liegt sie bei fünf Prozent. Sie wird auf alle Nettoentgelte (Gagen, Honorare, Lizenzen und Tantiemen samt Nebenkosten und Auslagen für Material oder Telefon) fällig, die die Zahnarztpraxis innerhalb eines Jahres an Künstler und Publizisten gezahlt hat und die über der Geringfügigkeitsgrenze von 450 Euro liegen. Zahlungen an juristische Personen und Kapitalgesellschaften, gesondert ausgewiesene Umsatzsteuer, steuerfreie Aufwandsentschädigungen wie Reise- und Bewirtungskosten unterliegen nicht der Abgabepflicht. Wichtig: Die Abgabepflicht gilt auch, wenn der beauftragte Künstler selbst gar nicht über die Künstlersozialkasse versichert ist. Entscheidend ist ausschließlich der Leistungsgegenstand. Irrelevant ist zudem, ob die Dienstleistung hauptberuflich bzw. erwerbsmäßig erbracht wird. Demnach können auch nebenberufliche Arbeiten etwa von Studenten unter die Abgabepflicht fallen. Darüber hinaus darf die Künstlersozialabgabe dem Dienstleister nicht in Rechnung gestellt werden.

## Das Meldeverfahren

Ist eine Zahnarztpraxis abgabepflichtig oder vermutet sie, abgabepflichtig zu sein, muss sie von sich aus aktiv werden und das Meldeverfahren anstoßen („Erstanmeldung“). Das heißt, der Zahnarzt bzw. die Zahnärztin hat der Künstlerso-

zialkasse unaufgefordert die Berechnungsgrundlagen für eine Abgabe zuzuleiten. Ein Formular ist bei der Künstlersozialkasse unter [www.kuenstlersozialkasse.de](http://www.kuenstlersozialkasse.de) abrufbar oder telefonisch, per Fax oder E-Mail anzufordern. Die Sozialkasse prüft daraufhin die Abgabepflicht. Sollte sie diese tatsächlich feststellen, erhält die Zahnarztpraxis einen Bescheid mit der Aufforderung, der Künstlersozialkasse alle meldepflichtigen Entgelte bis zum 31. März des Folgejahres mitzuteilen. In einem nächsten Schritt prüft die Kasse die konkrete Höhe der Abgabe und legt monatliche Vorauszahlungen für das laufende Kalenderjahr fest. Diese entsprechen einem Zwölftel des Vorjahresentgeltes. Mit der endgültigen Jahresabrechnung und Abgabe der Jahresmeldung werden Überzahlungen und Fehlbeträge, die sich eventuell durch die pauschalen Vorauszahlungen ergeben haben, ausgeglichen.

## Meldung an die Künstlersozialkasse

Vordrucke und Meldebogen sowie die Möglichkeit zum Online-Meldeverfahren finden sich unter [www.kuenstlersozialkasse.de](http://www.kuenstlersozialkasse.de)

Die Zahnarztpraxis hat fortlaufend alle Zahlungen an kreative Dienstleister aufzuzeichnen und die Unterlagen mindestens fünf Jahre lang aufzubewahren, sodass Melde- und Abgabepflichten jederzeit geprüft werden können. Diese Prüfung obliegt der Deutschen Rentenversicherung Bund. Kommt ein Unternehmen seiner Meldepflicht trotz Aufforderung nicht bzw. nicht rechtzeitig nach oder macht es unvollständige oder falsche Angaben, droht eine Schätzung nach branchenspezifischen Durchschnittswerten durch die Künstlersozialkasse. Zudem drohen Nachzahlungen – der Anspruch auf Zahlung der Künstlersozialabgabe verjährt erst nach fünf Jahren –, Säumniszuschläge und Geldbußen.

Alle Praxisinhaberinnen und Praxisinhaber sollten sich Klarheit darüber verschaffen, ob sie von den Regelungen der Künstlersozialversicherung betroffen und Auftragsarbeiten abgabepflichtig sind. Dieser Artikel soll und kann nur erste Hinweise geben; er erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Es empfiehlt sich immer das individuelle Gespräch mit der Steuerberatung. ■

## Weitere Information

Unter [www.kuenstlersozialkasse.de](http://www.kuenstlersozialkasse.de) bietet die Künstlersozialkasse umfangreiche Informationen zur Künstlersozialabgabe an. Hinweise zur Abgabepflicht fasst auch die Deutsche Rentenversicherung auf ihrer Internetseite ([www.deutscherentenversicherung.de](http://www.deutscherentenversicherung.de)) zusammen.

# Moderne Antibiotikatherapie in der zahnärztlichen Praxis

Neben Lokalanästhetika und Analgetika stellen Antibiotika die am meisten verwendeten Arzneimittel in der Zahnmedizin dar.<sup>10</sup> Sie werden hauptsächlich nach empirischen Kriterien angewendet, das heißt, die Therapie erfolgt auf Basis bekannter klinischer, mikrobiologischer und epidemiologischer Faktoren. Die mikrobiologische Diagnostik spielt bei odontogenen Infektionen im ambulanten zahnärztlichen Bereich eine geringe Rolle.<sup>20</sup>

Text: Priv.-Doz Dr. Dr. Frank Halling, Fulda

Antibiotika werden überwiegend zur Behandlung odontogener Infektionen eingesetzt<sup>29</sup>, zu einem geringeren Teil auch bei vorgeschädigten Patienten zur Infektionsprophylaxe vor invasiven dentalen Eingriffen.<sup>7,12</sup>

Es ist jedoch wichtig, zu betonen, dass Antibiotika bei der Behandlung odontogener Infektionen meist nicht die alleinige Therapie darstellen.<sup>4, 20</sup> Die chirurgische Entlastung steht bei einem lokal begrenzten Infektionsgeschehen weiterhin an erster Stelle der zahnärztlichen Therapie.<sup>22</sup> Nur wenn sich kein Pus entleert oder seitens des Patienten Risikofaktoren für eine Ausbreitung der Infektion bestehen, kann zusätzlich ein orales Antibiotikum verordnet werden. Vor allem bei Patienten mit Vorerkrankungen (zum Beispiel Diabetes mellitus) besteht ein erhöhtes Risiko für Komplikationen im Infektionsverlauf.<sup>22, 26, 31</sup> Im Vordergrund der Therapie stehen aber immer die Abklärung der Infektionsursache und die Sanierung des Infektionsherdes.

In einer Analyse der zahnärztlichen Antibiotikaverordnungen in Deutschland zeigte sich, dass im Jahr 2020 etwa 3,6 Mio. zahnärztliche Antibiotikaverordnungen im Nettogesamtwert von 62,5 Mio. Euro (11,9 Prozent aller Ausgaben für Antibiotika) vorgenommen wurden.<sup>11</sup> Zahnärzte verordnen etwa neun Prozent aller Antibiotika in Deutschland.<sup>21</sup> Zwei Drittel der zahnärztlichen Antibiotikaverordnungen entfallen auf Penicillinderivate, wobei überwiegend Amoxicillin-Monopräparate angewendet werden (Abb. 1). In einem Viertel der Fälle wird Clindamycin verordnet.<sup>11</sup> Dieser Anteil hat sich seit 2009 halbiert.<sup>19</sup>

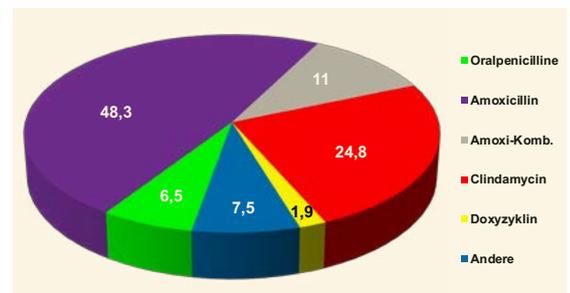


Abb. 1: Aufteilung der zahnärztlichen Antibiotikaverordnungen 2020 in Deutschland (mod. nach Daubländern und Höcherl, 2021)

## Falsche Indikationen für Antibiotika

In den folgenden Fällen ist eine Antibiotikatherapie nicht indiziert:

- » bakterielle Infektionen, bei denen eine lokale Therapie ausreicht (zum Beispiel die Inzision bei einem submukösen Abszess)
- » lokalisierte Virusinfektionen ohne bakterielle Superinfektion
- » Schmerz- und Schwellungszustände ohne klare Genese

Eine klinische Studie des Universitätsklinikums Halle (Saale) zeigte, dass bei odontogenen Infektionen im Durchschnitt nur zwei Erreger nachweisbar waren, wobei sich Aerobier und Anaerobier in etwa die Waage hielten.<sup>13, 14</sup> Bei odontogenen Infektionen stellen die aeroben Streptokokken die dominierende Keimgattung dar (Abb. 2).<sup>13</sup> Auch in einer aktuellen Studie zu oralen Infektionen konnten Streptokokken und Staphylokokken am häufigsten nachgewiesen werden.<sup>27</sup>

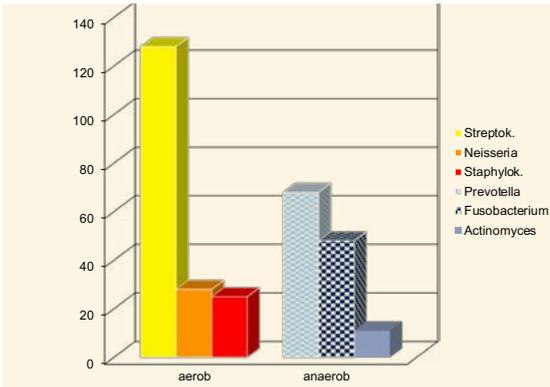


Abb. 2: Keimspektrum bei 173 Patienten mit odontogenen Abszessen, die in der MKG-Chirurgie des Universitätsklinikums Halle (Saale) behandelt wurden (mod. nach Eckert u. Kolk, 2014)

### Die minimale Hemmkonzentration (MHK)

Für die ausreichende Wirksamkeit ist es entscheidend, dass die Konzentration des Antibiotikums möglichst lange über dem Bereich liegt, der zur Hemmung des Wachstums der schädlichen Bakterien notwendig ist. Dies ist die sogenannte minimale Hemmkonzentration (MHK) (Abb. 3). Bei dem sehr geläufigen Amoxicillin wird die MHK90 – das heißt die Konzentration, bei der 90 Prozent der jeweiligen Bakteriengattung abgetötet werden – für den Streptococcus viridans nach einer Einmalgabe von 1.000 mg Amoxicillin nach acht Stunden unterschritten. Zur Aufrechterhaltung dieser MHK90-Konzentration ist dann spätestens eine erneute Antibiotikaeinnahme notwendig.

Prinzipiell unterscheidet man zwischen bakterio-statisch und bakterizid wirksamen Antibiotika. Die Keimpopulation nimmt nach der Einnahme eines

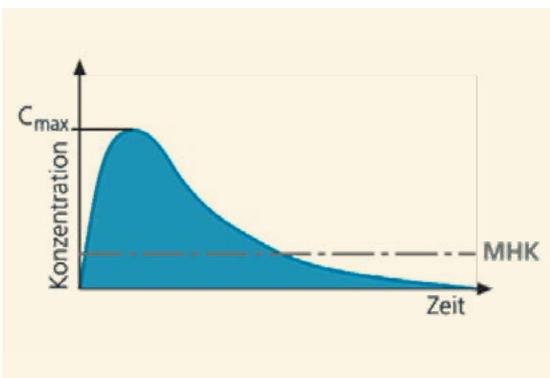


Abb. 3: Typischer Konzentrationsverlauf nach oraler Gabe von Amoxicillin (Kurve geglättet,  $C_{max}$ : höchste Konzentration, die im Blut erreicht wird, MHK: minimale Hemmkonzentration)

bakteriziden Antibiotikums rascher und weitergehend ab als bei einem bakterio-statischen Antibiotikum (Abb. 4).<sup>4</sup> Aus diesem Grunde sind bakterizid wirksame Antibiotika generell zu bevorzugen. In der Zahnmedizin werden die Art und die Resistenzen der pathogenen, infektionsauslösenden Erreger oft nur auf der Grundlage klinischer, epidemiologischer und mikrobiologischer Daten vermutet<sup>20</sup> und somit werden zumeist Breitspektrumantibiotika unter Berücksichtigung empirischer Kriterien verordnet.<sup>21, 33</sup> Deren Auswahl zielt auf Bakterienarten ab, die besonders häufig aus apikalen Läsionen iso-

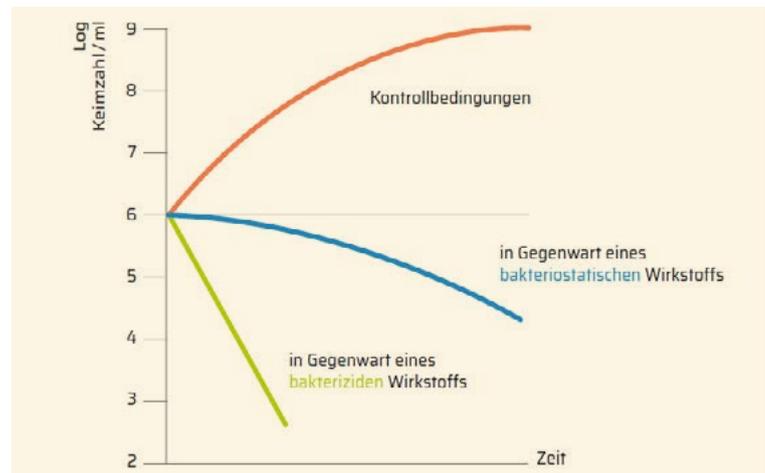


Abb. 4: Hemmkinetik bakterio-statischer und bakterizider Antibiotika (mod. nach Al-Nawas u. Ziegler, 2009)

liert werden.<sup>23</sup> Laut der Empfehlung der aktuellen S3-Leitlinie „Odon-togene Infektionen“ soll für die empirische Antibiotikatherapie „das effektivste und verträglichste Antibiotikum angewendet werden, wie zum Beispiel Penicillin oder Amoxicillin“.

### Aminopenicilline – Mittel der ersten Wahl

Sowohl die Penicilline als auch die Aminopenicilline zeigen in klinischen Studien aufgrund ihrer Bakterizidie eine gute Wirksamkeit gegen die an odontogenen Infektionen beteiligten Bakterien.<sup>3, 9</sup> Allerdings umfasst das von der Hemmwirkung der Aminopenicilline betroffene Keimspektrum im Gegensatz zu Penicillin V auch einige wichtige pathogene gramnegative Spezies.<sup>1, 20</sup> Außerdem wird Amoxicillin besser als Penicillin resorbiert sowie weniger von der Magensäure angegriffen und hält die minimale Hemmkonzentration für längere Zeit.<sup>34</sup> Cephalosporine spielen für die Zahnmedizin keine wesentliche Rolle, da Penicilline wirksamer, kostengünstiger und nebenwirkungsärmer sind.<sup>20</sup>

In zahlreichen zahnmedizinisch-klinischen Studien zeigt sich eine Kombination aus einem Aminopenicillin (zum Beispiel Amoxicillin) und einem Betalaktamaseinhibitor (zum Beispiel Clavulansäure) auch bei schwereren Infektionen mit betalaktamasebildenden Keimen (zum Beispiel Staphylokokken, Bacteroidesspecies) als besonders wirksam.<sup>1, 14, 20</sup> Allerdings muss auf eine erhöhte Lebertoxizität und eine schlechtere gastrointestinale Verträglichkeit geachtet werden.<sup>17</sup>

## Penicillinallergie

Bei den Patienten mit einer verifizierten Penicillin-unverträglichkeit stehen die bakteriostatischen Antibiotika Clindamycin und an zweiter Stelle die Makrolide (zum Beispiel Roxithromycin) als Ausweichpräparate zur Verfügung.<sup>4</sup> Etwa acht bis zehn Prozent der Bevölkerung geben eine Penicillinallergie in ihrer Anamnese an, allerdings zeigen allergologische Tests, dass bei rund 95 Prozent der Betroffenen keine Allergie vorliegt.<sup>6</sup> In diesem Zusammenhang sind auch Zahnärzte gefordert, Überempfindlichkeitsreaktionen bei Patienten nach der Einnahme von Antibiotika weiter abklären zu lassen (Abb. 5).<sup>20</sup> Bezogen auf die



Abb. 5: Makulöse/makulopapulöse Läsionen an den Händen als Symptom einer Amoxicillinallergie vom Spättyp

Penicillinallergie könnte sich dadurch möglicherweise die Verwendung alternativer Antibiotika reduzieren, die meistens eine schlechtere Wirksamkeit und höhere Nebenwirkungsraten aufweisen.

### Clindamycin nur als Ausweichpräparat

Im Gegensatz zu vielen wissenschaftlich nicht abgesicherten Veröffentlichungen haben Penicilline eine mit Clindamycin vergleichbare Wirkung.<sup>25</sup> Clindamycin ist gegen die meisten grampositiven aeroben sowie gegen grampositive und gramnegative anaerobe Bakterien wirksam.<sup>9</sup> Abhängig von der Konzentration am Infektionsort wirkt Clindamycin eher bakteriostatisch und nur in sehr hohen Konzentrationen bakterizid.<sup>20</sup> Der im internationalen Vergleich hohe Anteil der zahnärztlichen Clindamycinverordnungen in Deutschland (ca. 25 Prozent) ist auffällig und eventuell auch auf aggressive Werbestrategien zurückzuführen.<sup>21</sup> In einer aktuellen Studie wird darauf hingewiesen, dass sich das „Problem des

übermäßigen Gebrauchs von Clindamycin in der deutschen Zahnmedizin verbessert hat, aber immer noch existiert“.<sup>16</sup>

Aufgrund der Resistenzlage und der im Vergleich zu den Penicillinen häufiger auftretenden Nebenwirkungen wird Clindamycin in der aktuellen S3-Leitlinie nur bei einer Penicillinallergie zur Therapie odontogener Infektionen empfohlen. Eine besonders problematische Nebenwirkung von Clindamycin ist das erhöhte Risiko für eine pseudomembranöse, antibiotikaassoziierte Colitis. Diese entsteht, wenn die Darmflora durch Antibiotika so sehr geschädigt wird, dass sich auf diese Weise insbesondere das Bakterium *Clostridium difficile* sehr stark vermehren kann. Klinisch zeigen sich Fieber, Bauchschmerzen, Durchfall und massiver Flüssigkeitsverlust. Bei vorgeschädigten älteren Patienten enden antibiotikaassoziierte Colitiden in sechs bis 30 Prozent der Fälle tödlich.<sup>15</sup>

In einer Metaanalyse wurde herausgefunden, dass diese unerwünschte Arzneimittelwirkung (UAW) bei Clindamycin im Vergleich zu Penicillinen etwa sechsmal häufiger auftritt.<sup>8</sup> Der Wert von Clindamycin als Reserveantibiotikum wird außer durch die schlechte gastrointestinale Verträglichkeit dadurch geschmälert, dass eine partielle Parallelresistenz zu Makroliden besteht. Ein Ausweichen auf Clindamycin im Fall des Versagens einer Makrolidtherapie ist nicht sinnvoll.<sup>5</sup>

### Makrolide als Alternative

Makrolide haben in therapeutischen Konzentrationen eine bakteriostatische Wirkung. Die Wirkung gegen Anaerobier ist schlechter als die der Penicilline. Aufgrund der ungünstigen Pharmakokinetik sollte Erythromycin durch die neueren Makrolide, wie Roxithromycin und Azithromycin, ersetzt werden.<sup>4, 20</sup> Dies gilt auch für die Anwendung in der Schwangerschaft.<sup>24</sup>

### Metronidazol

Metronidazol wirkt fast ausschließlich gegen Anaerobier und hat deshalb sein Haupteinsatzgebiet in der Parodontologie. Unerwünschte gastrointestinale Nebenwirkungen sind nicht selten (metallischer Geschmack, Übelkeit). Metronidazol besitzt ein neurotoxisches Potenzial und kann sowohl Störungen des peripheren als auch des zentralen Nervensystems verursachen.<sup>18</sup>

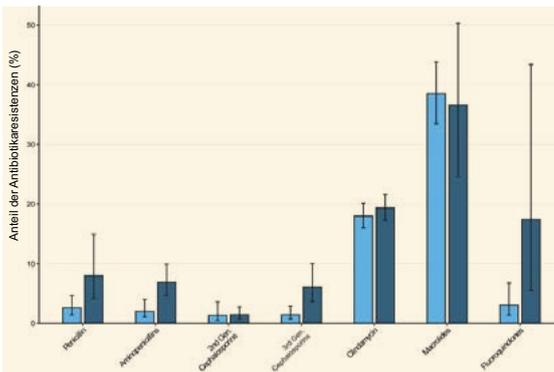


Abb. 6: Anteil antibiotikaresistenter Streptokokken-isolate aus deutschen Zahnarztpraxen und MKG-Kliniken (2012–2019) (mod. nach Meinen et al., 2021)

## Antibiotikaresistenzen

Der Trend, dass Antibiotikaresistenzen deutlich zunehmen, betrifft auch die meisten in der Zahnmedizin gebräuchlichen Antibiotika. In einer aktuellen Untersuchung von Abstrichen bei odontogenen Infektionen aus deutschen Zahnarztpraxen und MKG-Kliniken waren die Streptokokken die führende Erregergruppe, die bei den Makroliden sehr hohe Resistenzquoten von knapp 40 Prozent und bei Clindamycin knapp 20 Prozent zeigten.<sup>27</sup> Die Penicilline, Cephalosporine und Aminopenicilline besitzen hingegen noch eine sehr gute Wirksamkeit gegen alle Streptokokkenspezies (Abb. 6).<sup>27</sup>

## Antibiotikaprophylaxe - Indikation und Vorgehen

Ziel der antiinfektiven oder auch perioperativen Prophylaxe (PAP), zu der auch die Antibiotikaprophylaxe gehört, ist es, lokale postoperative Infektionen zu verhindern und der Ausbreitung einer Infektion bei Patienten mit reduzierter Allgemeingesundheit vorzubeugen.<sup>2</sup> Bei der perioperativen Antibiotikaprophylaxe muss zwischen hohen lokalen Risiken im Kiefer- und Gesichtsbe- reich (zum Beispiel Knochenaugmentation oder Bisphosphonattherapie) und einem hohen allgemeinmedizinischen Risiko (zum Beispiel Zytostatikatherapie) unterschieden werden. In beiden Fällen kann eine Prophylaxe indiziert sein, bei Vorliegen einer künstlichen Herzklappe muss eine PAP erfolgen!<sup>28</sup>

Es besteht Einigkeit, dass dem Zeitpunkt der Prophylaxe die wichtigste Bedeutung zukommt. So gilt die nachvollziehbare Forderung, dass das Antibiotikum zum Zeitpunkt des Operationsbeginns einen ausreichenden Spiegel im Gewebe erreicht

Wirkstoff-klasse	Wirkstoff-beispiel	Applikations-zeitpunkt und -art	Dosierung bei Erwach-senen	Dosierung bei Kindern (KG)
Penicilline mit erweitertem Wirkungs-spektrum	Amoxicillin	60 min vor dem Eingriff oral oder i. v. direkt vor dem Eingriff	< 70 kg 2 g oral > 70 kg 3 g oral	< 15 kg 0,75 g oral 15–30 kg 1,5 g oral > 30 kg 2 g oral
Cephalo-sporine	Cefalexin	wie oben	2 g oral	50 mg/kg Körper-gewicht
bei Allergie -> Lincosamide	Clinda-mycin	wie oben	600 mg oral	20 mg/kg Körper-gewicht

Tab. 1: Empfehlung zur Endokarditisprophylaxe (mod. nach Naber et al., 2007)

haben muss. Somit muss ein prophylaktisches Antibiotikum bei oraler Gabe mindestens 30 bis 60 Minuten vor dem Schnitt verabreicht werden. Da Bakteriämien bei oralen Eingriffen in der Regel weniger als 15 Minuten dauern<sup>32</sup>, ist für die Mehrzahl der zahnmedizinischen Behandlungen eine Einmalgabe (sog. „Single Shot“) vollkommen ausreichend. Als Standardantibiotikum wird hier Amoxicillin 2 g (alternativ Cefalexin 2 g) präoperativ empfohlen, lediglich bei einer Penicillinallergie ist Clindamycin 600 mg indiziert (Tab. 1).

## Fazit

Obwohl in der Zahnmedizin nur eine überschaubare Anzahl verschiedener Antibiotika eingesetzt wird, bestehen hinsichtlich Wirkprofil, Resistenzsituation und Nebenwirkungen durchaus wesentliche Unterschiede. Die Charakteristika der verschiedenen Wirkstoffe sollte jeder Zahnarzt genauestens kennen. Generell gilt die Empfehlung, Aminopenicilline als Mittel der ersten Wahl einzusetzen und Alternativpräparate wie Clindamycin möglichst zu vermeiden. Auch aus juristischen Gründen ist eine regelmäßige pharmakologische Auffrischung durch Fachartikel und entsprechende Fortbildungsveranstaltungen empfehlenswert, um unsere Patienten sicher und wirkungsvoll zu behandeln. ■

Das Literaturverzeichnis ist bei der Redaktion erhältlich.

Dieser Beitrag ist im Zahnärzteblatt Sachsen 10/23 erschienen.  
Wir danken für die Nachdruckerlaubnis.

## Autor

**Priv.-Doz. Dr. Dr. Frank Halling**  
Gesundheitszentrum Fulda  
Praxis für MKG-Chirurgie/Plast. OP  
Gerloser Weg 23 a  
36039 Fulda  
E-Mail: Dr.Halling@t-online.de



Foto: privat

# Barrierefreie Online-Terminvergabe: Zahnarztpraxen in der Pflicht

Mit einem Klick zum Termin: Viele Zahnarztpraxen bieten ihren Patienten eine Online-Terminreservierung an. Buchungssysteme müssen ab Mitte nächsten Jahres barrierefrei sein.

Text: Katrin Becker

Das Barrierefreiheitsstärkungsgesetz (BFSG) tritt am 28. Juni 2025 in Kraft. Es setzt eine EU-Richtlinie um und zielt darauf ab, die gleichberechtigte und diskriminierungsfreie Teilhabe von Menschen mit Behinderungen im digitalen Raum zu fördern.

Von den BFSG-Vorgaben betroffen sind Unternehmen, die Produkte wie Computer und Notebooks, Smartphones und Tablets, Fernsehgeräte mit Internetzugang und E-Book-Reader, Geldautomaten und Fahrausweisautomaten herstellen. Außerdem müssen Dienstleistungen wie Telefon- und Messengerdienste, Bankdienstleistungen und der elektronische Geschäftsverkehr mit Online-Handel und Interaktionen auf Websites den Anforderungen der Barrierefreiheit entsprechen. Hierunter fallen auch Online-Terminbuchungen. Das heißt, Zahnarztpraxen, die ihren Patienten die Möglichkeit geben, einen Termin online zu vereinbaren, müssen das BFSG berücksichtigen.

„Voraussetzung ist, dass die Dienstleistung über Telemedien erbracht wird, die auf den Abschluss von kostenpflichtigen Verbraucherverträgen gerichtet sind. Paradebeispiel sind Webseiten, auf denen eine Terminbuchung stattfindet, auch wenn die Leistung erst nach der Wahrnehmung des Termins in der Zahnarztpraxis abgerechnet wird“, erklärt Sabine Heukrodt-Bauer, Fachanwältin für IT-Recht. Von den Pflichten nach dem BFSG ausgenommen sind kleinere Zahnarztpraxen mit weniger als zehn Beschäftigten und höchstens zwei Millionen Euro Jahresumsatz.

Was genau Barrierefreiheit bedeutet, ist im BFSG allerdings nicht definiert. „Es ist davon auszugehen, dass die Online-Seiten barrierefrei im Sinne der ‚Richtlinien für barrierefreie Webinhalte‘ (WCAG 2.1, Level AA) sein müssen“, sagt Heukrodt-Bauer. Das bedeutet, dass die Inhalte wahrnehmbar, bedienbar, verständlich und robust sein müssen (siehe Textkasten).

Die Fachanwältin betont, dass nicht nur die Seite mit der Online-Terminvergabe, sondern die gesamte Praxiswebseite vom BFSG betroffen sein dürfte. Der Grund hierfür: „Ein Patient informiert sich gegebenenfalls auf der gesamten Webseite über die Praxis, bevor er sich dazu entscheidet, einen Termin zu buchen.“ Was sollten Praxen jetzt tun und wie können sie herausfinden, ob ihr Online-Terminangebot barrierefrei ist? „Ich empfehle, dass Praxisinhaber ihr eingesetztes Tool selbst ausprobieren und nach den Richtlinien für barrierefreie Webinhalte testen“, sagt Sabine Heukrodt-Bauer. Gibt es eine Vorlesefunktion? Sind die Schrift und der Kontrast ausreichend groß? Und ist die Website allein mit der Tastatur

bedienbar? All dies sind Fragen, die zu bejahen sind. Ein guter Ansprechpartner ist zudem der Webdesigner, der die Praxiswebseite gestaltet hat und betreut.

### Erste Checkliste für barrierefreie Webseiten

- » Die Sprache und die Texte auf den Webseiten sind leicht verständlich. Auf Schachtelsätze wird verzichtet.
- » Es werden Farben und Schriftarten in angemessener Größe eingesetzt, die mit einer Sehschwäche sichtbar und lesbar sind.
- » Es gibt eine Zoom-Funktion.
- » Zwischen dem Text und dem Hintergrund gibt es einen ausreichenden Kontrast.
- » Die Website ist allein mit der Tastatur bedienbar.
- » Texte, Formulare etc. werden von einem Screenreader erkannt.
- » Es werden Untertitel bei Bildern und Audio-deskriptionen angeboten.
- » Alle rechtlichen Informationen sind barrierefrei zugänglich.

Sie rät zudem, das BfSG nicht auf die leichte Schulter zu nehmen. „Zum einen werden die Bundesländer Aufsichtsbehörden einrichten, die Bußgelder gegen die Webseitenbetreiber festsetzen können. Zum anderen gehe ich davon aus, dass der Verstoß gegen die Regelungen des BfSG gleichzeitig ein Wettbewerbsverstoß sein kann, sodass auch kostenpflichtige Abmahnungen von Mitbewerbern und Abmahnverbänden und Verbraucherschutzverbänden drohen.“ Übrigens: Nicht nur Desktopversionen von Webseiten müssen barrierefrei gestaltet werden. Auch die Mobilversion und Apps sind von den Vorgaben des BfSG erfasst. ■

## Barrierefreiheit von Webseiten

Als internationaler Standard für barrierefreie Webseiten gelten die von der Web Accessibility Initiative ausgearbeiteten Richtlinien für barrierefreie Webinhalte – die „Web Content Accessibility Guidelines“ (WCAG). Die aktuelle Version ist WCAG 2.1. Auf den durch WCAG 2.1 definierten Mindestanforderungen an Barrierefreiheit beruhen europäische und deutsche Normen und Gesetze. Die WCAG 2.1 stützt sich auf vier Prinzipien:

### 1. Wahrnehmbarkeit

Informationen müssen so angeboten werden, dass alle Nutzer sie wahrnehmen können. So müssen Textalternativen für alle Nichttextinhalte wie Bilder, Videos oder Audiodateien zur Verfügung stehen. Videos müssen mit Untertiteln für hörgeschädigte und gegebenenfalls mit Audiodeskriptionen für sehingeschränkte Nutzer versehen sein. Der Inhalt muss so gestaltet sein, dass Schriftgröße, Farbkontrast und Inhalte angepasst werden können.

### 2. Bedienbarkeit

Die Benutzeroberfläche muss auch für Menschen mit Behinderungen nutzbar sein. Alle Funktionen der Webseite müssen mit der Tastatur und ohne Maus bedienbar sein. Die Interaktion mit Webinhalten ist ohne Zeitbeschränkungen möglich. Die Navigation ist klar strukturiert und konsistent. Auf Blinken und Blitzen wird verzichtet, um bei Menschen mit Epilepsie Anfälle zu vermeiden.

### 3. Verständlichkeit

Informationen und die Benutzeroberfläche müssen für alle Nutzer verständlich sein. Das heißt unter anderem, dass Texte in einfacher und verständlicher Sprache geschrieben sind. Die Bedienung der Website muss vorhersehbar sein, weshalb es keine überraschenden Änderungen der Seitenelemente geben darf. Zudem gibt es zum Ausfüllen von Onlineformularen Eingabehilfen wie Autovervollständigung und klare Fehlermeldungen.

### 4. Robustheit

Inhalte müssen robust genug sein, damit sie zuverlässig mit unterschiedlichen Browsern und assistierenden Technologien wie Eingabehilfen oder Screenreadern interpretiert werden können. Die Website muss robust genug sein, um bei Fehlern oder inkompatiblen Technologien korrekt zu funktionieren. Formulare zeigen klare und verständliche Fehlermeldungen an und bieten dem Nutzer Hilfestellungen zur Fehlerbehebung.

Unter [www.barrierefreiheit-dienstekonsolidierung.bund.de](http://www.barrierefreiheit-dienstekonsolidierung.bund.de) > Gesetze und Richtlinien > WCAG > Web Content Accessibility Guidelines 2.1 (WCAG 2.1) gibt es weiterführende Informationen.

# Ab in den Schredder? Patientenakten gesetzeskonform vernichten

Patientenakten können nach Ablauf der vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen vernichtet werden. Welche Vorgaben macht der Datenschutz hierzu?

Text: Katrin Becker

Für das Vernichten von Patientendaten gilt ebenso wie für das Erfassen und Speichern von Daten die Europäische Datenschutzgrundverordnung (DSGVO). Nach Art. 5. Abs. 1 f DSGVO müssen Daten in einer Weise verarbeitet werden, die eine angemessene Sicherheit der personenbezogenen Daten gewährleistet, einschließlich Schutz vor unbefugter oder unrechtmäßiger Verarbeitung und vor unbeabsichtigtem Verlust, unbeabsichtigter Zerstörung oder unbeabsichtigter Schädigung durch geeignete technische und organisatorische Maßnahmen. Konkrete Angaben zu solchen Maßnahmen macht die DSGVO ebenso wie das Bundesdatenschutzgesetz allerdings nicht.

## Datenschutzkonforme Entsorgung nach DIN 66399

Bindend hierfür ist die seit Oktober 2012 geltende DIN 66399. Sie bestimmt, wie „Entsorger“ vorgehen müssen, um den Datenschutz bei der Aktenvernichtung einzuhalten. Die DIN 66399 klassifiziert Daten nach ihrem Schutzbedarf und ordnet sie entsprechenden Sicherheitsstufen zu. Die Sicherheitsstufen orientieren sich daran, wie sicher die Daten nach der Vernichtung vor einer Wiederherstellung sind, beziehungsweise an dem Aufwand, der betrieben werden muss, um die vernichteten Informationen wieder lesbar zu machen. Die Sicherheitsstufen beschreiben deshalb auch, wie groß beziehungsweise klein die Partikel sein dürfen, in die Papierdokumente, USB-Sticks, CDs, Festplatten und andere Datenträger in jeder Sicherheitsstufe geschreddert werden müssen. Es gilt: Je sensibler die Daten sind, desto höher muss die Sicherheitsstufe bei

der Datenvernichtung sein. Und je höher die Sicherheitsstufe ist, desto kleiner sind die Partikel. Die DIN-Norm sieht insgesamt drei Schutzklassen und sieben Sicherheitsstufen vor:

- » Schutzklasse 1: normaler Schutzbedarf für interne Daten (normale Korrespondenz, Produktkataloge, Werbung, Wurfsendungen, Notizen) mit den Sicherheitsstufen 1 bis 3
- » Schutzklasse 2: hoher Schutzbedarf für vertrauliche Daten (Finanz-/Personaldateien, Bilanzen, Angebote, Gehaltsabrechnungen, Steuerunterlagen) mit den Sicherheitsstufen 3 bis 5
- » Schutzklasse 3: sehr hoher Schutzbedarf für besonders vertrauliche und geheime Daten (Forschungsunterlagen, geheimdienstliche oder militärische Dokumente) mit den Sicherheitsstufen 4 bis 7

Darüber hinaus trägt die DIN 66399 auch digitalen Speichermedien Rechnung. Sie klassifiziert insgesamt sechs unterschiedliche Formen von Datenträgern (Materialklassifizierung) nach der Größe der Informationen und deren Darstellung:

- » Datenträger in Originalgröße (Papier oder Filme),
- » Datenträger mit verkleinerter Informationsdarstellung (Mikrofilme),
- » optische Datenträger (CD, DVD),
- » magnetische Datenträger (Disketten, Kassetten, ID-Karten),
- » Festplatten und
- » elektronische Datenträger (Speichersticks, Chipkarten).

Die Inhalte der DIN 66399 wurden im Jahr 2018 in die internationale Norm ISO/IEC 21964 übernommen.

## Gesundheitsdaten: Schutzklasse 3 und Sicherheitsstufe 4

Patientenakten und Arztberichte enthalten hochsensible personenbezogene Daten und zählen zur Schutzklasse 3. Sie müssen mindestens unter Sicherheitsstufe 4 vernichtet werden. Das heißt: Ein Wiederherstellen der Daten darf nur mit außergewöhnlichem Aufwand möglich sein. Papier darf maximal bis zu 6 mm breit, die Teilchen anderer Materialien dürfen maximal 160 mm<sup>2</sup> groß sein. Wollen Praxisinhaberinnen und -inhaber Patientenakten in eigener Regie datenschutzkonform vernichten, sollten sie beim Kauf eines Aktenvernichters auf dessen Sicherheitsstufe achten. Die meisten Kleingeräte sind auf die geringeren Sicherheitsstufen 1 und 2 ausgelegt. Diese genügen für die Aktenvernichtung jedoch nicht, wenn personenbezogene beziehungsweise Gesundheitsdaten betroffen sind. Alternativ zur eigenen Datenvernichtung kann ein Aktenvernichtungsunternehmen beauftragt werden. Um den Daten-

schutz und auch die Schweigepflicht einzuhalten, stellen die Unternehmen in der Regel einen verschlossenen Sammelbehälter zur Verfügung, in den die Praxis die Patientendaten geben kann.

## Verantwortlichkeit endet nicht mit Vertragsschluss

Mit externen Unternehmen muss der Zahnarzt oder die Zahnärztin immer einen Vertrag zur Auftragsverarbeitung (Art. 28 Abs. 3 DSGVO) abschließen. Dieser enthält unter anderem

- » den Gegenstand und die Dauer der Verarbeitung,
- » die Art und den Zweck der Verarbeitung,
- » die Art der personenbezogenen Daten,
- » den Kreis betroffener Personen,
- » den Umfang der Weisungsbefugnisse,
- » die Pflichten und Rechte des Verantwortlichen sowie
- » die Pflichten des Auftragsverarbeiters.

Die Praxisinhaberin oder der Praxisinhaber ist auch nach der Vergabe des Auftrages an ein Unternehmen für den Schutz und die Sicherheit der Patientendaten verantwortlich. Wichtig ist deshalb die sorgsame Auswahl eines seriösen Unternehmens, dem die sensiblen Daten zur Vernichtung anvertraut werden. ■

## In eigener Sache: Spende statt Weihnachtskarten

### Liebe Kolleginnen und Kollegen, sehr geehrte Damen und Herren,

auch in diesem Jahr verzichtet die KZV Rheinland-Pfalz auf den Versand von Weihnachtsgrüßkarten und spendet den Betrag an einen gemeinnützigen Verein. Bedacht wird die Krebsgesellschaft Rheinland-Pfalz.

Krebs ist für die meisten Betroffenen weit mehr als ein medizinisches Problem. Die Diagnose stellt das ganze Leben auf den Kopf. Ängste und Unsicherheiten belasten die Betroffenen. Angehörige fühlen sich überfordert, Freunde und Be-

kannte sind verunsichert – eine Situation, die die persönlichen Bewältigungsmöglichkeiten übersteigen kann. Hier setzt die Arbeit der Krebsgesellschaft Rheinland-Pfalz an. Psychoonkologisch und psychosozial ausgebildete Fachkräfte unterstützen mit qualifizierter, persönlicher Beratung und begleiten Betroffene so auf dem Weg zum Leben mit der Krankheit. Darüber hinaus setzt sich die Krebsgesellschaft intensiv für die Prävention und Früherkennung von Krebserkrankungen ein.

Die Krebsgesellschaft finanziert sich auch aus Spenden. Mit unserer Spende möchten wir dazu beitragen, dass sie ihre wertvolle Arbeit fortsetzen kann.

Im Namen der KZV Rheinland-Pfalz wünschen wir Ihnen und Ihren Familien ein gesegnetes, friedvolles Weihnachtsfest und ein gutes neues Jahr.

Herzlichst



**Dr. Christine Ehrhardt**  
Vorsitzende des Vorstandes



**San.-Rätin Dr. Kerstin Bienroth**  
stv. Vorsitzende des Vorstandes

# Auslaufmodell Papier: Die E-Rechnung kommt ab Januar

Ab dem 1. Januar 2025 gilt im Geschäftsleben die elektronische Rechnung (E-Rechnung). Wie alle Unternehmen in Deutschland müssen sich auch Zahnarztpraxen umstellen.

Text: Katrin Becker

Der Gesetzgeber hat die Einführung der E-Rechnung im März dieses Jahres mit dem Wachstumschancengesetz beschlossen. Deutschland folgt damit anderen EU-Mitgliedstaaten. Die Regelung dient zum einen dazu, den Geschäftsverkehr weiter zu digitalisieren, zum anderen den Umsatzsteuerbetrug innerhalb der EU einzudämmen. Perspektivisch soll zudem ein elektronisches Meldesystem eingeführt werden, über das die Rechnungsdaten an die Finanzverwaltung gesendet werden können. Die Verpflichtung, eine E-Rechnung auszustellen, betrifft ausschließlich steuerbare Lieferungen und Leistungen zwischen Unternehmen, die in Deutschland ansässig sind. Zahnarztpraxen können im Geschäftskontakt mit Depots, Laboren oder Lieferanten betroffen sein.

## Was genau ist eine E-Rechnung?

Eine E-Rechnung ist eine Rechnung in einem strukturierten elektronischen Format, die automatisiert ausgestellt, übermittelt und empfangen wird und eine elektronische Verarbeitung ermöglicht. E-Rechnungen müssen der europäischen Norm für die elektronische Rechnungsstellung (EN 16931) entsprechen. Zulässige Formate sind zum Beispiel XRechnung oder ZUGFeRD ab der Version 2.0.1, das PDF-Dokumente mit XML-Dateien verbindet. Eine Bilddatei („.tif“ oder „.jpeg“), eine eingescannte Papierrechnung oder eine PDF-Datei erfüllen die Vorgaben an die automatisierte Verarbeitung nicht. Sie gelten künftig als „sonstige Rechnungen“.

## Gibt es Ausnahmefälle?

Nicht jede Leistung oder Lieferung muss über eine E-Rechnung abgerechnet werden. Kleinbeträge bis zu einer Höhe von 250 Euro

und Leistungen, die nach dem Umsatzsteuergesetz steuerfrei sind, können weiterhin als sonstige Rechnungen übermittelt werden.

## Ab wann gilt die Verpflichtung zum Empfang einer E-Rechnung?

Ab Januar 2025 müssen alle Unternehmen den Empfang und die Verarbeitung von E-Rechnungen ermöglichen. Wenn Rechnungsempfänger die Annahme einer E-Rechnung verweigern oder falls sie technisch dazu nicht in der Lage sind, haben sie keinen Anspruch auf eine sonstige Rechnung. In diesen Fällen scheidet mangels Empfang der Originalrechnung ein Vorsteuerabzug aus.

## Und was gilt für das Ausstellen bzw. Versenden einer E-Rechnung?

Bei dem verpflichtenden Ausstellen von E-Rechnungen gelten Übergangsfristen für den Zeitraum 2025 bis 2027: Ab 2027 wird der Versand von E-Rechnungen zunächst für Unternehmen mit einem Vorjahresumsatz von mehr als 800.000 Euro verpflichtend. Für kleinere Unternehmen mit einem Vorjahresumsatz von bis zu 800.000 Euro gilt diese Pflicht erst ab 2028. Im Übergangszeitraum können Rechnungen weiter auf Papier oder – mit Zustimmung des Empfängers – in einem anderen elektronischen Format

## Zeitplan zur Einführung von E-Rechnungen

Ab 01.01.2025	Jedes Unternehmen muss E-Rechnungen empfangen können, das Versenden ist noch optional. Bis einschließlich 2026 dürfen Papierrechnungen versendet werden; andere elektronische Rechnungsformate (PDF-/Bilddatei) dürfen nur mit Einwilligung des Empfängers versendet werden.
Ab 01.01.2027	Unternehmen mit einem Vorjahresumsatz von über 800.000 Euro müssen E-Rechnungen versenden. Unternehmen mit einem Vorjahresumsatz von unter 800.000 Euro dürfen sonstige Rechnungen (Papier, PDF- oder Bilddatei) vorbehaltlich der Zustimmung des Empfängers versenden.
Ab 01.01.2028	Alle Unternehmen müssen E-Rechnungen versenden.

(zum Beispiel als PDF- oder Bilddatei) ausgestellt werden.

### Wie werden E-Rechnungen übermittelt?

Die E-Rechnung muss in elektronischer Form übermittelt werden. Dies wird üblicherweise per E-Mail oder über den Download über ein Kundenportal der Fall sein. Alternativ können die Daten mithilfe einer elektronischen Schnittstelle bereitgestellt werden. Welches Format schlussendlich eingesetzt wird, hängt von den Vereinbarungen der Vertragspartner ab. Klar aber ist: Die Übertragung von Rechnungen über externe Speichermedien wie USB-Sticks erfüllt nicht die rechtlichen Vorgaben.

### Wie werden E-Rechnungen aufbewahrt?

An den Aufbewahrungspflichten ändert sich durch die Einführung der E-Rechnung ab dem 1. Januar 2025 grundsätzlich nichts. So bleibt es bei einer Aufbewahrungsfrist von zehn Jahren. Zudem sind die Grundsätze zur ordnungsmäßigen Führung und Aufbewahrung von Büchern, Aufzeichnungen und Unterlagen in elektronischer Form (GoBD) weiterhin zu beachten. Wichtig hierbei ist, die E-Rechnung im strukturierten elektronischen Daten-

format aufzubewahren. Auch die Vorgaben an die Unveränderbarkeit der Daten müssen beim Speichern erfüllt sein.

### Wo gibt es weitere Informationen?

Praxisinhaberinnen und -inhaber, die sich noch nicht mit der E-Rechnung befasst haben, sollten das Gespräch mit ihrer Steuerberatung suchen und den Handlungsbedarf klären. Das Bundesfinanzministerium hat wesentliche Fragen rund um die E-Rechnung in einem Schreiben (Az III C 2 - S 7287-a/23/10001:007, Download unter [www.bundesfinanzministerium.de](http://www.bundesfinanzministerium.de)) beantwortet. ■

#### Erste Schritte zur Einführung der E-Rechnung

- » **E-Mail-Adresse einrichten:** Beispielsweise bietet sich „rechnung@name-zahnarztpraxis.de“ an. Die Dienstleister und Lieferanten sind über diese Adresse zu informieren.
- » **Software anpassen:** Praxisinhaberinnen und -inhaber sollten sicherstellen, dass ihre Praxissoftware in der Lage ist, die neuen Rechnungsformate zu verarbeiten. Dies erfordert möglicherweise ein Update oder den Austausch bestehender Systeme.
- » **Archivierung sicherstellen:** Die GoBD verpflichten zur revisionssicheren Archivierung der E-Rechnungen.
- » **Steuerberatung ansprechen:** Um sicherzugehen, dass alle rechtlichen Vorgaben eingehalten werden, sollten Praxisinhaberinnen und -inhaber ihre Steuerberatung konsultieren.

## Selbstverwaltung: Austausch der VV-Spitzen

Wie kann Nachwuchs für die zahnärztliche Selbstverwaltung gewonnen werden? Dieser Frage widmeten sich die Vorsitzenden der Vertreterversammlung (VV) der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZV) bei ihrem jüngsten Treffen.

Text: Katrin Becker

Auf Einladung der KZV Westfalen-Lippe kamen die VV-Spitzen im Oktober in Münster zusammen. Das regelmäßig stattfindende Koordinierungstreffen dient als Plattform, um den bundesweiten Austausch des Ehrenamtes zu fördern. Für die KZV Rheinland-Pfalz nahm der Vorsitzende ihrer Vertreterversammlung, Robert Schwan, teil.

Im Fokus der Sitzung stand die Nachwuchsförderung im Ehrenamt und damit die Stärkung der Selbstverwaltung. Trotz unterschiedlicher Strukturen und Vorgehensweisen waren sich die Beteiligten einig: Schweigen ist Silber, Reden ist Gold. Soll heißen: Alle Vereinigungen setzen bei der Re-

krutierung und Netzwerkbildung auf die persönliche Ansprache. Der kollegiale Austausch verbunden mit dem Mehrwert an Wissen aus der Praxis sei neben attraktiven und effizienten Kommunikationstools zur schnellen Information immer noch Garant, um neue Kräfte zu gewinnen.

Einig waren sich die VV-Vorsitzenden darin, dass die derzeitigen Rahmenbedingungen – überbordende Bürokratie, Fachkräftemangel, fehlgeleitete Digitalisierungsstrategie – nicht förderlich für die Entscheidung für die eigene Praxis seien. In allen Kassenzahnärztlichen Vereinigungen würde durch unterschiedliche Programme und Angebote die Niederlassung gefördert. Die geplante Einführung der elektronischen Patientenakte und das Amalgamverbot sowie Protestaktionen gegen die aktuelle Gesundheitspolitik wurden ebenfalls thematisiert. ■

# Deutschland auf den Zahn gefühlt: Neue Mundgesundheitsstudie vor Veröffentlichung

Nach acht Jahren wurde den Deutschen wieder in den Mund geschaut: Die Datenerhebung zur inzwischen Sechsten Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS 6) ist abgeschlossen. Derzeit läuft die Auswertung. Ab Frühjahr 2025 werden die Ergebnisse veröffentlicht.

Text: Katrin Becker

Seit 1989 erforscht das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) im Auftrag der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und der Bundeszahnärztekammer die Mundgesundheit der Bevölkerung in Deutschland. Seitdem hat sich die Zahngesundheit der Deutschen immens verbessert – und das in allen Altersgruppen und sozialen Schichten, wie die Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V) im Veröffentlichungsjahr 2016 zuletzt bestätigte. Die Gründe hierfür: Prophylaxe, Aufklärung und eine bessere Mundhygiene.

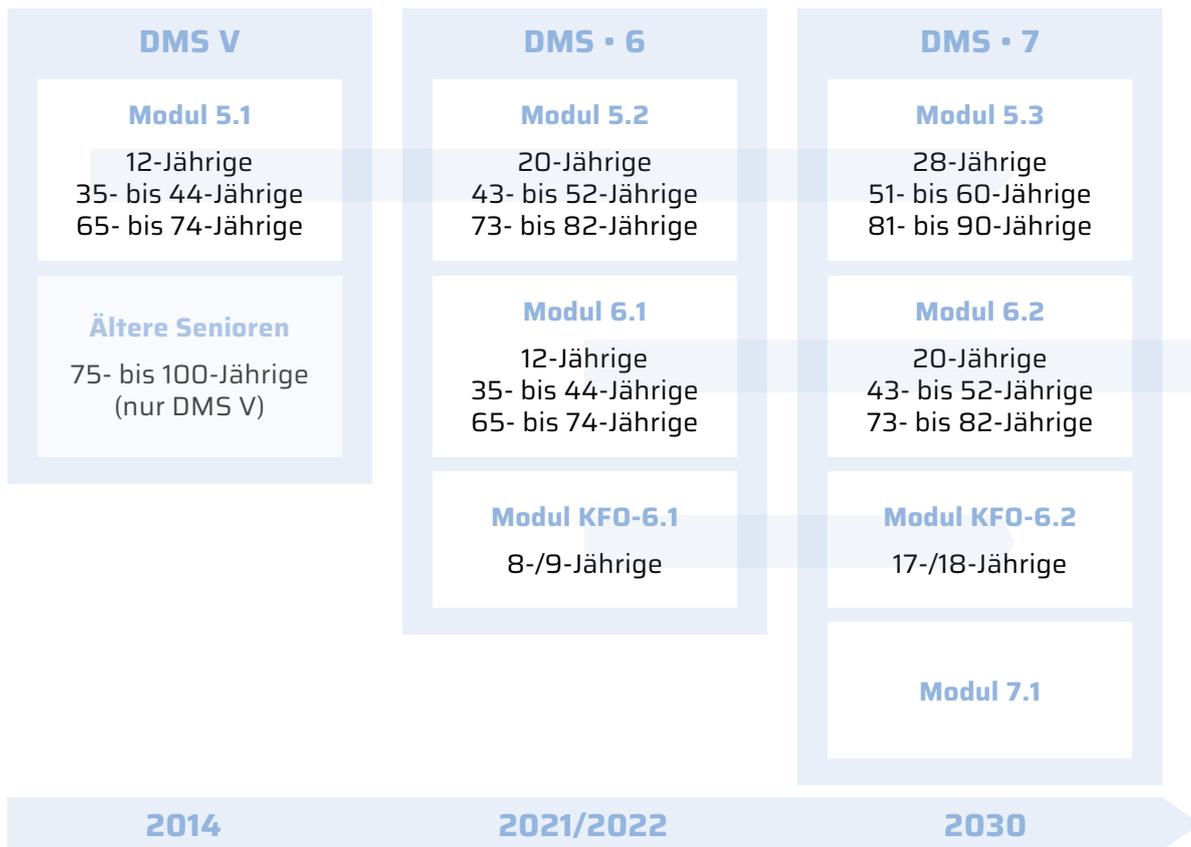
Ziel der repräsentativen Mundgesundheitsstudien ist es seit mehr als drei Jahrzehnten nicht nur, wichtige Erkenntnisse über den Status der Mundgesundheit und das Mundgesundheitsverhalten zu liefern. Sie bieten zugleich eine solide Datengrundlage für gesundheitspolitische Grundsatzentscheidungen und für die Entwicklung zahnmedizinischer Versorgungsstrategien und -konzepte.



## Mehr als 4.000 Studienteilnehmer

Die nun in Arbeit befindliche sechste Auflage der Studie setzt sich aus drei Forschungsmodulen zusammen. Von 2021 bis 2023 sind an 90 verschiedenen Orten in Deutschland rund 4.000 Menschen aus diversen Altersgruppen und sozialen Schichten umfassend befragt und zahnmedizinisch untersucht worden. Untersuchungsorte in Rheinland-Pfalz waren das pfälzische Böhl-Ingelheim und das rheinhessische Bodenheim. Dabei ging es insbesondere um folgende Fragestellungen: Wie steht es um die Mundgesundheit in Deutschland? Wie entwickeln sich Karies und Zahnbetterkrankungen? Wie verbreitet sind Zahnfehlstellungen bei Kindern? Welche Einflüsse haben soziale Faktoren? Erstmals ist die DMS als kombiniert querschnittliche und längsschnittliche Studie angelegt. Längerfristige Entwicklungen und Veränderungen können so nachvollziehbar abgebildet werden. Für aussagekräftige Ergebnisse werden darüber hinaus Alterskohorten gebildet. Deren Zuschnitt folgt den Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für oralepidemiologische Studien.

Die Ergebnisse der DMS 6 werden in zwei Publikationswellen in Frühjahr 2025 und im Frühjahr 2026 als deutsch- und englischsprachige Artikelserien in wissenschaftlichen Fachzeitschriften erfolgen. *KZV aktuell* wird berichten. ■



Die DMS 6 ist in verschiedene Module gegliedert (5.2, 6.1 und KFO-6.1), die unterschiedliche Altersgruppen entsprechend der WHO-Empfehlungen für oralepidemiologische Studien umfassen. Modul 5.2 stellt die zweite Erhebungswelle von Geburtskohorten dar, die für die DMS V im Erhebungsjahr 2014 den WHO-Altersgruppen entsprachen. Die Daten dieses Moduls ermöglichen die Analyse von Längsschnittfragestellungen. Modul 6.1 ist die Ersterhebung von WHO-Geburtskohorten im Rahmen der DMS 6. Da es sich um die erste Erhebungswelle handelt, liefert sie zunächst nur Querschnittsdaten. Modul KFO-6.1 stellt die kieferorthopädische Erhebungswelle von 8- und 9-jährigen Kindern dar. Quelle: IDZ

### Das Modul Kieferorthopädie

Das Modul „Kieferorthopädie“ der DMS 6 ist bereits ausgewertet und veröffentlicht. Hierfür wurden im ersten Quartal 2021 deutschlandweit rund 700 Kinder im Alter von acht und neun Jahren untersucht. Das wichtigste Ergebnis: Etwa 40 Prozent der Probanden wiesen einen kieferorthopädischen Behandlungsbedarf auf, der nach den Richtlinien der vertragszahnärztlichen Versorgung therapiert werden sollte. 30,5 Prozent hatten stark bzw. extrem stark ausgeprägte Zahnfehlstellungen, die aus medizinischen Gründen dringend eine Behandlung erforderlich machen. Zudem zeigte sich, dass die kariesfreien Probanden seltener einen kieferorthopädischen Versorgungsbedarf als Kinder mit Karieserfahrung (37,1 Prozent vs. 44,7 Prozent) hatten.

### Ziele der DMS 6

Die Sechste Deutsche Mundgesundheitsstudie soll Antworten auf folgende fünf Fragen liefern:

1. Wie hoch sind die aktuellen Prävalenzen oraler Erkrankungen?
2. Welche Zusammenhänge zwischen der Mundgesundheit und weiteren Personenmerkmalen gibt es?
3. Wie ist die Entwicklung der Mundgesundheit und des Versorgungsstatus in Deutschland von 1989 bis 2023?
4. Wie verändern sich orale Erkrankungen im Lebensverlauf?
5. Welche Probandenmerkmale beeinflussen die Entwicklung oraler (Neu-)Erkrankungen bzw. deren Progression?



**Zi** Zentralinstitut  
kassenärztliche  
Versorgung

**KZBV**  
» Kassenzahnärztliche  
Bundesvereinigung

**KZVRLP**  
KASSENZAHNÄRZTLICHE VEREINIGUNG  
RHEINLAND-PFALZ

# Das Zahnärzte-Praxis-Panel: Ihre Unterstützung ist gefragt!

Das **Zahnärzte-Praxis-Panel** – kurz **ZäPP** – ist eine bundesweite Datenerhebung zur wirtschaftlichen Situation und zu den Rahmenbedingungen in Zahnarztpraxen. Rund 33.000 Praxen haben dafür die Zugangsdaten zur Befragung erhalten.

## Sie haben auch Post bekommen? – Dann machen Sie mit!

- **Für den Berufsstand!** Das ZäPP dient Ihrer Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) als Datenbasis für Verhandlungen mit den Krankenkassen.
- **Vorteil für Sie!** Finanzielle Anerkennung für Ihre Mitarbeit.
- **Vorteil für Sie!** Kostenloses Online-Berichtsportal mit interessanten Kennzahlen und vielfältigen Vergleichsmöglichkeiten für Ihre Praxis.
- Wir garantieren **Vertraulichkeit und Schutz Ihrer Daten!**

**Abgabefrist verlängert bis  
31. Januar 2025**



## Sie haben Fragen zum ZäPP?

Weitere Informationen im Internet unter

**[www.kzvrlp.de](http://www.kzvrlp.de) · [www.kzbv.de/zaepp](http://www.kzbv.de/zaepp) · [www.zaep.de](http://www.zaep.de)**

Oder einfach den QR-Code mit dem Smartphone scannen.

Für Rückfragen bei Ihrer KZV:

Telefon: 06131 8927-133

E-Mail: [kontakt@kzvrlp.de](mailto:kontakt@kzvrlp.de)

Ansprechpartner: Jochen Kromeier



Die **Treuhandstelle** des mit ZäPP beauftragten **Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi)** ist unter der Rufnummer 0800 4005 2444 von Montag bis Donnerstag zwischen 8 und 16 Uhr und freitags von 8 bis 14 Uhr oder via E-Mail [kontakt@zi-ths.de](mailto:kontakt@zi-ths.de) erreichbar.

**Unterstützen Sie das ZäPP – in Ihrem eigenen Interesse!**