

KZVAKTUELL

MITTEILUNGSBLATT DER KASSENZAHNÄRZTLICHEN
VEREINIGUNG RHEINLAND-PFALZ

A photograph of dental tools in a glass, a toothbrush, a glass of green mouthwash, and a teddy bear. The tools are in a clear glass, and the toothbrush has a yellow handle and blue bristles. The glass of mouthwash is green and has a white cap. The teddy bear is brown and is sitting on a wooden surface.

Fokus

Kariesprävention bei Kleinkindern

KZV Rheinland-Pfalz

KZV-Vertreterversammlung:
GKV-Finanzierung und Versorgungslage im Fokus

Praxis

IT-Sicherheitsrichtlinie:
Neue Vorgaben ab 2026

Politik

KZBV-Vertreterversammlung:
Paradebeispiel Prävention

Position

- 3 Investition in Prävention

KZV Rheinland-Pfalz

- 4 GKV-Finanzierung: Wohin geht die Reise?
- 6 KZV-Vertreterversammlung: Versorgung im Fokus
- 6 Vertreterversammlung in Kürze

Fokus

- 9 Ab Januar 2026: Zahnärztliche Vorsorge im Gelben Heft
- 10 Frühkindliche Vorsorge: Welche Leistungen gibt es?
- 12 Frühuntersuchungen zur Kariesprävention im Milchgebiss: ein Update

Rundschreiben

Wichtige Informationen für Zahnärzte und Praxisteams

Fokus

- 18 Gesunder Start für die Milchzähne: Darauf sollten Eltern achten

Praxis

- 20 IT-Sicherheitsrichtlinie: Neue Vorgaben ab 2026

Fortbildung

- 24 Fortbildung der KZV Rheinland-Pfalz: IT-Sicherheit: Awareness-Schulung für Praxispersonal
- 24 Fortbildung der KZV Rheinland-Pfalz: IT-Sicherheitsrichtlinie - ein Update
- 25 Fortbildung der KZV Rheinland-Pfalz: Kurse „Zahnersatz/Festzuschüsse“

Politik

- 26 KZBV-Vertreterversammlung: Paradebeispiel Prävention

Aktuell

- 28 ePA für alle: „Eine digitale Pappschachtel“
- 30 Mundgesundheitsstudie: Risikofaktor „Migrationsgeschichte“

KZV Rheinland-Pfalz

- 31 In eigener Sache: Spende statt Weihnachtskarten

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 / 892-7222
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: Davizro Photography/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:
16.02.2026

Investition in Prävention

Deutschland hinkt in der Präventionspolitik im Vergleich zu vielen anderen europäischen Ländern deutlich hinterher. Zu diesem Schluss kommt der neue Public Health Index der AOK und des Deutschen Krebsforschungszentrums. Der Index zeigt ungenutzte Potenziale bei Ernährung, Bewegung sowie der Eindämmung von Tabak- und Alkoholkonsum auf. Die Folgen sind gravierend: Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs und Diabetes, die großes Leid verursachen und hohe Folgekosten mit sich bringen.

Der Public Health Index lenkt den Blick auf ein strukturelles Problem in unserem Gesundheitssystem: Anstatt Krankheiten aktiv vorzubeugen, konzentrieren wir uns hierzulande noch immer zu sehr auf deren Behandlung. Die Krankenkassen investieren Milliarden in hochspezialisierte Therapien und Medikamente, während die Prävention weitestgehend Privatsache bleibt. Auch GesundheitsökonomInnen weisen regelmäßig darauf hin, dass die sogenannten Health Outcomes in Deutschland trotz hoher Gesundheitsausgaben nur im internationalen Mittelfeld liegen.

Lassen Sie mich klar sagen: Das gilt nicht für die Zahnmedizin! Hier zeigt sich, dass präventive Ansätze nicht nur kosteneffizient sind, sondern zugleich messbare und nachhaltige gesundheitliche Erfolge erzielen. Die Ergebnisse der Sechsten Deutschen Mundgesundheitsstudie belegen dies genauso wie die Finanzergebnisse der gesetzlichen Krankenkassen.

Prävention funktioniert! Diese Erkenntnis muss endlich auf das gesamte Gesundheitswesen übertragen werden. Statt immer wieder Problemen hinterherzulaufen, müssen wir in vorbeugendes Handeln investieren. Wenn GesundheitsökonomInnen mahnen, die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen müsse gesenkt werden, kann damit nicht die Wiedereinführung der Praxisgebühr gemeint sein. Die Nachfrage sinkt nur dann, wenn der Bedarf an medizinischer Versorgung nachlässt. Schon bei Kindern muss Prävention konsequenter in den Mittelpunkt gestellt werden. Es darf nicht sein, dass wir in Deutschland zusehen, wie Fettleibigkeit, Multimorbidität mit Diabetes und Bluthochdruck bereits in jungen Jahren um sich greifen, während sich der Staat scheut, die Steuer auf zuckerhaltige Nahrungsmittel zu erhöhen, mehr rauchfreie Zonen zu schaffen oder Sporthallen für mehr Bewegung zu sanieren. Statine für Kinder sind keine Lösung! Sie sind keine Prophylaxe!

Strukturreformen in unserem Gesundheitssystem dulden keinen Aufschub mehr. Es braucht endlich eine Gesetzgebung, die es allen Menschen erleichtert, gesund zu leben. Dafür ist ein parteiübergreifendes Bekenntnis und echter politischer Wille erforderlich, um die Präventionswende einzuleiten. Dies ist nicht nur der effektivste Weg, Lebensqualität und Lebensjahre zu gewinnen, sondern auch entscheidend für die Stabilisierung unseres solidarischen Gesundheitssystems.

Ihre



Dr. Christine Ehrhardt
Vorsitzende des Vorstandes



„Wir müssen in
vorbeugendes Handeln
investieren.“

GKV-Finanzierung: Wohin geht die Reise?

Rente, Pflege und Gesundheit: Die Demografie und die Ausgabenexplosion sind ein Stress-test für die Sozialsysteme. Die Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) Rheinland-Pfalz befasste sich mit den finanziellen Herausforderungen in der gesetzlichen Krankenversicherung und möglichen Folgen für die zahnärztliche Versorgung.

Text: Katrin Becker

Anhaltender Streit über die Finanzen und die Flucht in Kommissionen: Die Regierungskoalition aus CDU, CSU und SPD macht bei der Sanierung der Sozialversicherungssysteme keine gute Figur. „Die Performance der Politik ist schlecht“, urteilte Dr. Christine Ehrhardt, Vorsitzende des Vorstandes der KZV Rheinland-Pfalz, vor der Vertreterversammlung scharf. Dabei sei eine Politik mit klaren Zielen für die Sozialsysteme essenziell für den sozialen Frieden im Land, betonte sie. Die Vertreterversammlung der KZV Rheinland-Pfalz tagte turnusgemäß Anfang Dezember in Mainz.

Die KZV-Vorsitzende analysierte die aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzesvorhaben und deren Auswirkungen auf die Zahnärzteschaft. Im Fokus: die geplante Finanzreform für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV). Ein erstes kleines Sparpaket, das Beitragssatzerhöhungen zum Jahresbeginn 2026 verhindern soll und die vertragszahnärztliche Versorgung nicht betrifft, wurde von der Bundesregierung aufs Gleis gesetzt, aber durch die Länder aus-

gebremst. Der Bundesrat verwies das sogenannte Pflegekompetenzgesetz inklusive der GKV-Sparmaßnahmen in den Vermittlungsausschuss. „Die Uneinigkeit in der Politik verunsichert die Bürger und zerstört Vertrauen“, kritisierte Ehrhardt. Nicht ausschließen wollte sie zudem, dass das Sparpaket noch einmal, auch mit Folgen für die Zahnärzteschaft, aufgeschnürt werde.

Investition in Prävention

Die von Bundesgesundheitsministerin Nina Warken (CDU) eingesetzte Finanzkommission hat inzwischen ihre Arbeit aufgenommen. Ehrhardt beschrieb das zweistufige Verfahren, in dem die Kommission Vorschläge zur Stabilisierung der Finanzen entwickeln soll. Angesichts des Milliardendefizites arbeite sie „unter riesigem Zeitdruck“: Die Empfehlungen der ersten Stufe würden bereits im März 2026 fällig. Ehrhardt begrüßte, dass die Selbstverwaltung in den Reformprozess involviert ist. So sei die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) aufgefordert worden, eigene Vorschläge für Einsparpotenziale einzureichen. Ein Maßnahmenvorschlag sehe vor, die Parodontitistherapie als Präventionsleistung einzustufen. Anhand von Abrechnungsdaten legte die KZV-Vorsitzende dar, dass Patienten mit Parodontitis einen deutlich höheren Bedarf an konservierend-chirurgischen und an prothetischen Leistungen hätten als Patienten ohne Parodontitis. „Mittel- und langfristig sind Einsparungen bei den GKV-Ausgaben von rund 300 Millionen Euro jährlich zu erwarten. Ein erhebliches Einspar-



Dr. Christine Ehrhardt unterstrich in ihrem Bericht: Zahnärztinnen und Zahnärzte sind keine Kostentreiber im Gesundheitssystem.

Fotos: KZV RLP

potenzial gibt es zudem im allgemeinmedizinischen Bereich durch induzierte Einsparungen, insbesondere im Zusammenhang mit Diabeteserkrankungen“, führte Ehrhardt aus. Ein weiterer Maßnahmenvorschlag der KZBV sehe vor, die Erhöhung der Festzuschuss-Bonusstufen bei Zahnersatz zurückzunehmen. „Hier ist eine Entlastung der GKV-Financen um rund 480 Millionen Euro pro Jahr möglich, ohne die Patienten zu belasten, da viele zunehmend durch private Zahnzusatzversicherungen abgesichert sind“, erklärte Ehrhardt.

Keine Frage des Geldbeutels

Sie lehne jegliche Ideen ab, die zahnärztliche Versorgung aus dem GKV-Leistungskatalog zu streichen. Zuletzt hatte der CDU-Wirtschaftsrat diesen Vorstoß gewagt. „Solche Vorschläge sind nicht nachhaltig. Es würde nicht nur die mühsam erzielte Mundgesundheit der Bevölkerung in Deutschland zunichte gemacht, sondern es würden auch die Behandlungskosten für die mit Zähnen und dem Zahnhalteapparat eng verbundenen Erkrankungen des Gesamtorganismus weiter in die Höhe getrieben“, betonte sie.

Eine Ausgliederung zahnärztlicher Leistungen brächte den Krankenkassen lediglich Einsparungen in Höhe von 18 Milliarden Euro jährlich. Das seien weniger als sechs Prozent der Gesamtausgaben im Gesundheitswesen, rechnete sie vor. „Dadurch würde ein Kernmerkmal der gesetzlichen Krankenversicherung, das Solidaritätsprinzip, in Teilen aufgekündigt. Die Kosten für zahnärztliche Versorgung wären von den Versicherten alleine zu stemmen. Mundgesundheit würde damit zu einer Frage des Geldbeutels.“ Für die Zahnarztpraxen wiederum berge eine Ausgliederung der Leistungen wirtschaftliche Unwägbarkeiten.

Für Ehrhardt muss ein funktionierendes solidarisches Gesundheitssystem eine solide zahnärztliche Versorgung enthalten. Mit Verweis auf die Ergebnisse der in diesem Jahr veröffentlichten Sechsten Deutschen Mundgesundheitsstudie appellierte sie an die Politik, der Prävention mehr Gewicht im Gesundheitssystem zu verleihen. „Zahnärztinnen und Zahnärzte haben gezeigt, dass Prävention nicht nur wirkt, sondern auch Geld spart. Die Vorsorgeorientierung im zahnmedizinischen Bereich mit ihren absolut überzeu-



Die Vorsitzenden der Vertreterversammlung, Robert Schwan (rechts) und Dr. Jens Vaterrodt, leiteten die Sitzungen und führten durch die Diskussion.

genden und eindrucksvollen Ergebnissen muss deshalb Vorbild für andere Bereiche im Gesundheitssystem werden.“

Erfolgreiche Vertragsverhandlungen

Aufgrund der angekündigten Sparvorschläge der Finanzkommission hat die KZV Rheinland-Pfalz frühzeitig die Vertragsverhandlungen mit den Krankenkassen begonnen. „Es freut mich, dass wir für das Jahr 2026 mit nahezu allen Kassen die Verträge mit einer Steigerungsrate von 4,17 Prozent schließen konnten“, verkündete sie. Angesichts der defizitären Finanzlage der Krankenkassen sei dieses positive Ergebnis nicht zu erwarten gewesen. Eine weitere gute Nachricht: Die im Jahr 2025 von den gesetzlichen Krankenkassen bereitgestellte Gesamtvergütung werde voraussichtlich nicht überschritten. „Folglich werden wir keine Honorare zurückfordern müssen“, sagte sie.

Schon geZäPPt?

Damit die KZV Rheinland-Pfalz weiterhin erfolgreich Verträge verhandeln und im Streitfall vor Schiedsämtern oder Gerichten bestehen kann, benötigt sie valide und verlässliche Daten zur Kosten- und Versorgungsstruktur der Zahnarztpraxen. Ein hilfreiches Instrument ist das Zahnärzte-Praxis-Panel (ZäPP) der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen im Bund und in den Ländern. Panel bedeutet, dass eine repräsentative Anzahl an Praxen jährlich Angaben zu ihrer wirtschaftlichen Lage macht. Die KZV-Vorsitzende warb für die Teilnahme am ZäPP. „Je mehr Praxen kontinuierlich teilnehmen, desto valider und durchsetzungsfähiger ist unsere Argumentation“, so Ehrhardt. Als Aufwandsentschädigung erhalten teilnehmende Einzelpraxen 500 Euro, Berufsausübungsgemeinschaften 600 Euro. ■

KZV-Vertreterversammlung: Versorgung im Fokus

Wie steht es um das Versorgungsniveau in Rheinland-Pfalz? Welche Maßnahmen ergreift die Kassenzahnärztliche Vereinigung, um junge Zahnärztinnen und Zahnärzte für die Niederlassung zu motivieren? Mit dem Status quo und der Zukunft der zahnärztlichen Versorgung beschäftigte sich die Vertreterversammlung der KZV Rheinland-Pfalz.

Text: Katrin Becker

Die gute Nachricht vorweg: Keine Region in Rheinland-Pfalz hat derzeit rein rechnerisch zu wenig Zahnärztinnen und Zahnärzte. „Der Landesausschuss hat in seiner Sitzung im November weder eine bestehende noch eine drohende Unterversorgung festgestellt“, sagte Sanitätsrätin Dr. Kerstin Bienroth, stellvertretende Vorsitzende des Vorstandes der KZV Rheinland-Pfalz, in ihrem Bericht vor der Vertreterversammlung. Der Landesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen nach § 90 SGB V ist ein Gremium auf Landesebene, das den Bedarfsplan berät, eine Über- oder Unterversorgung in einzelnen Planungsbereichen feststellt und über Sicherstellungsmaßnahmen entscheidet.

Gleichwohl habe sich der Trend verstetigt, dass mehr Praxisinhaberinnen und -inhaber aus der Versorgung ausscheiden, als sich Zahnärztinnen und Zahnärzte niederlassen. „In diesem Jahr haben 94 Kolleginnen und Kollegen auf ihre Zulassung verzichtet, aber nur etwa halb so viele haben sich neu niedergelassen. Von 49 Neuzulassungen waren lediglich 34 Praxisübernahmen“, so Bienroth. Auch wenn von den 60 nicht übernommenen Praxen 14 als Zweigpraxen weitergeführt würden, erfreue sie diese Bilanz insgesamt nicht. Hinzu kommt: 2025 haben 279 Zahnärztinnen und Zahnärzte die Option der Anstellung gewählt. Inzwischen seien mehr als 40 Prozent der Mitglieder der KZV Rheinland-Pfalz angestellt in einer Praxis tätig.

Maßnahmen der KZV

Die stellvertretende KZV-Vorsitzende skizzierte die Maßnahmen, die die KZV Rheinland-Pfalz aktuell ergreift, um zahnärztliche Niederlassungen insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Regionen zu fördern. Die Niederlassungsberatung sei inzwischen eine etablierte und stark nachgefragte Maßnahme, um junge Zahnärztinnen und Zahnärzte für die eigene Praxis zu gewinnen und bei

der Gründung zu unterstützen. In diesem Jahr habe die KZV ihre Online-Praxisbörse gestartet, um Praxisabgeber und -übernehmer zusammenzuführen. Seit nunmehr einem Jahr würden zudem Famulaturen nach § 15 der Approbationsordnung für Zahnärztinnen und Zahnärzte gefördert. Studierende, die sich für eine Famulatur in weniger gut versorgten Regionen des Landes entscheiden, bekommen einen finanziellen Zuschuss für Unterkunft, Anfahrt und Verpflegung. Diese Maßnahme soll angehenden Zahnärztinnen und Zahnärzte Einblicke in die Tätigkeit vor allem auf dem Land geben und sie dafür begeistern.

Bei allen Anstrengungen der Zahnärzteschaft, die Versorgung flächendeckend und wohnortnah zu sichern, sei allerdings auch die Politik gefordert.



Wie steht es um die zahnärztliche Versorgung in Rheinland-Pfalz? Sanitätsrätin Dr. Kerstin Bienroth präsentierte aktuelle Zahlen. Fotos: KZV RLP



Die 40 Delegierten der Vertreterversammlung der KZV Rheinland-Pfalz kamen am 6. Dezember 2025 in Mainz zusammen. Neben der aktuellen Gesundheitspolitik diskutierten sie die Vertragslage und die Sicherstellung der Versorgung.

Sie müsse die Rahmenbedingungen schaffen, damit die zahnärztliche Tätigkeit attraktiv bleibt. „Die Politik muss die Freiberuflichkeit fördern und eine vollumfängliche Vergütung erbrachter Leistungen gewährleisten. Zudem muss sie Bürokratie abbauen und praxistaugliche Digitalisierungsprozesse schaffen“, forderte Bienroth.

Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen

Sie stellte den Entwurf des Gesetzes zur Beschleunigung der Anerkennungsverfahren ausländischer Berufsqualifikationen in Heilberufen vor. Das Regelwerk sei eine Maßnahme des Gesetzgebers, dem Fachkräftemangel zu begegnen, indem bürokratische Hürden im Anerkennungsverfahren abgebaut werden sollen. Die stellvertretende KZV-Vorsitzende begrüße grundsätzlich die Initiative, Anerkennungsverfahren zu beschleunigen und zu vereinfachen. Hierfür solle sinnvollerweise, so Bienroth, die Kenntnisprüfung zum Regelfall werden. Nicht mittragen könne sie jedoch die Pläne, die Kenntnisprüfung ohne übersetzte oder beglaubigte Unterlagen durchzuführen. „Die Unterlagen müssen zwingend zunächst einer Plausibilitäts-, Referenz- und Echtheitsprüfung unterzogen werden.“ Auch müsse ein Sprachtest vorangestellt werden. „Die Kenntnisprüfung parallel zur Sprachprüfung laufen zu lassen, halte ich für keine gute Idee“, beklagte sie. Nicht nachvollziehbar sei überdies das Ansinnen des Gesetzgebers, dass Antragsteller, denen vor dem 1. April 2012 erstmals eine Berufserlaubnis erteilt wurde, eine unbefristete Berufserlaubnis erhalten können, obwohl ihnen

aufgrund einer nicht bestanden zahnärztlichen Prüfung keine Approbation nicht erteilt wurde. „Primat der Maßnahmen muss es immer sein, die Qualität der Versorgung zu erhalten“, forderte sie und zeigte sich zufrieden mit der Stellungnahme des Bundesrates zum Gesetzentwurf. Die Länderkammer sehe an diesen beiden Stellen ebenfalls Anpassungsbedarf.

Was ist neu 2026?

In ihrem Bericht erläuterte Bienroth auch vertragszahnärztliche Neuerungen im Jahr 2026. Anfang Januar werden weitere Anforderungen der IT-Sicherheitsrichtlinie wirksam. Sie betreffen insbesondere die Einweisung und regelmäßige Schulung des Praxispersonals, um sensible Behandlungsdaten und Praxissysteme noch besser vor Cyberangriffen zu schützen. „Auf die sogenannte Awareness wird künftig mehr Wert gelegt“, sagte sie. Zudem mache die Richtlinie Vorgaben zu Sicherheitsupdates und zur Datensicherung und lege Anforderungen an Cloud-Anbieter fest. Die KZV Rheinland-Pfalz bietet im Januar Fortbildungen für Praxisinhaber und das Praxispersonal zur IT-Sicherheitsrichtlinie an.

Ab Januar 2026 werden zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen ins gelbe Kinderuntersuchungsheft aufgenommen. Das hat der Gemeinsame Bundesausschuss auf Antrag der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung beschlossen. Als Folge des Beschlusses wurden die ärztliche Kinder-Richtlinie und die zahnärztliche Früherkennungsrichtlinie sowie der Einheitliche Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) angepasst. Bienroth führte aus, dass die Bezeichnungen der beiden Gebührennummern FU1 und FU2 unverändert blieben. Auch hätten sich deren wesentlichen Leistungsinhalte nicht geändert. „Neu wird sein, dass die insgesamt sechs Früherkennungsuntersuchungen verpflichtend im Gelben Heft vermerkt werden müssen. Die Leistungen werden deshalb um jeweils um einen Punkt erhöht“, so Bienroth. Detaillierte Informationen zu beiden Neuerungen finden sich in dieser Ausgabe der *KZV aktuell*. ■

Vertreterversammlung in Kürze

Haushalt 2026

Einstimmig verabschiedete die Vertreterversammlung den Haushalt 2026. Die Verwaltungskostenbeiträge für das kommende Jahr sind im beiliegenden Rundschreiben 6/25 veröffentlicht.

Jahresabschluss 2024

Stefan Chybych, Vorsitzender des Finanzausschusses, fasste das Ergebnis der Rechnungsprüfung durch die Prüfstelle der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung für das Jahr 2024 zusammen. Die Vertreterversammlung folgte der Empfehlung der Prüfstelle und entlastete den Vorstand für das Geschäftsjahr 2024.

Satzung

Die Vertreterversammlung hat nach der Vorstellung der Änderungen durch den Vorsitzenden des Satzungsausschusses, Dr. Uwe Müller, zugestimmt, die Satzung anzupassen. So wurde die Arbeit von Ausschüssen, die von der Vertreterversammlung eingesetzt werden, konkretisiert. Geändert wurden zudem die Entschädigungs- und die Disziplinarordnung. Alle Änderungen gelten vorbehaltlich der Genehmigung des Ministeriums für Wissenschaft und Gesundheit (vgl. Rundschreiben 6/25).

Zulassungsausschuss

Für die Amtsperiode 2026 bis 2029 waren die zahnärztlichen Mitglieder des Zulassungsausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen zu wählen. Die Delegierten benannten als Mitglieder Dr. Jennifer Bitzer, Dr. Johannes Florian Kötz und Dr. Patricia Lowin. Stefan Chybych, Dr. Clara Döring, Dr. Peter Ehmer, Dr. Christoph Schirmer und Dr. Lukas Scholz sind deren Stellvertreter.

Berufungsausschuss

Gleiches galt für den Berufungsausschuss für Zahnärzte. Die Delegierten wählten die Mitglieder Dr. Holger Kerbeck, Dr. Dr. Thomas Morbach und Dr. Martin Spukti. Stellvertreter sind Dr. Till Gerlach, Dr. Michael Herget und Dorothee Hof.

Landesverwaltungsbeirat

Dr. Holger Kerbeck, Sprecher des Landesverwaltungsbeirates, berichtete von fünf Sitzungen, in denen der

Vorstand mit dem Beirat die Entwicklung der KZV diskutierte. Themen waren etwa die Vertragsverhandlungen, der Notdienst und die Wirtschaftlichkeitsprüfung. „Unsere Meinung wurde nicht nur abgefragt, sondern unsere Argumente wurden berücksichtigt und in die Arbeit integriert. Vielen Dank für die Transparenz, die Offenheit und das Vertrauen“, so Kerbeck.

Finanzanlagen

In ihrer Anlagenrichtlinie legt die KZV die Grundsätze fest, wonach sie verfügbare Finanzmittel anlegen darf. Sanitätsrätin Dr. Kerstin Bienroth berichtete, dass es trotz der Zinssenkungen der Europäischen Zentralbank im Jahr 2025 gelungen sei, kurzfristig verfügbare Mittel sicher und mit guten Gewinnen anzulegen.

Korruptionsbekämpfung

Nach § 81a SGB V muss die KZV eine Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen einrichten. Deren Aufgabe ist es, Hinweisen nachzugehen, die auf Unregelmäßigkeiten oder auf die rechts- oder zweckwidrige Nutzung von Finanzmitteln der Krankenkassen hindeuten. Sollte sich bei der Prüfung des Sachverhalts ein Anfangsverdacht auf strafbare Handlungen erhärten, ist die Staatsanwaltschaft zu unterrichten. Alle zwei Jahre hat der Vorstand die Vertreterversammlung über die Arbeit der Stelle zu informieren. Dr. Christine Ehrhardt berichtete über 20 Eingaben, die im Zeitraum 2024 und 2025 bei der Stelle eingegangen waren. In einem Fall bestand der Verdacht eines Abrechnungsbetrugs, sodass die KZV Strafanzeige bei der Staatsanwaltschaft stellte. Um Abrechnungsbetrug ging es auch bei einem Auskunftsersuchen eines Landeskriminalamtes. In einem weiteren Fall verlangte eine Staatsanwaltschaft Informationen zu einem Ermittlungsverfahren. Das Gros der Eingaben fiel nicht in die Zuständigkeit der Fehlverhaltensstelle und wurde an die Patienteninformationsstelle weitergeleitet, oder die Hinweise waren nicht nachvollziehbar genug, um sie bearbeiten zu können.

Termine

Im kommenden Jahr tagt die Vertreterversammlung am 29. April 2026 sowie am 5. Dezember 2026. ■

Ab Januar 2026: Zahnärztliche Vorsorge im Gelben Heft

Ab 2026 rückt die Zahngesundheit von Kindern noch stärker in den Fokus: Die zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen werden im Kinderuntersuchungsheft dokumentiert.

Text: Katrin Becker

Das Gelbe Heft ist das zentrale Vorsorgeheft für Kinder in Deutschland. Bislang sind darin ausschließlich die Ergebnisse der ärztlichen Früherkennungsuntersuchungen (U1 bis U9) erfasst. Ab dem nächsten Jahr werden auch die sechs zahnärztlichen Untersuchungen dokumentiert, die für Kinder im Alter von sechs Monaten bis zum vollendeten sechsten Lebensjahr von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden. Das hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) auf Antrag der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) im Frühjahr beschlossen. Als Folge des Beschlusses wurden die ärztliche Kinder-Richtlinie und die zahnärztliche Früherkennungs-Richtlinie sowie in der Folge der Einheitliche Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen und der Bundesmantelvertrag - Zahnärzte an die Neuregelung angepasst.

Vorteile des erweiterten Gelben Heftes

- ✓ **Bessere Übersicht:** Alle wichtigen Vorsorgetermine - ärztlich und zahnärztlich - sind an einem Ort.
- ✓ **Mehr Aufmerksamkeit für die Zahngesundheit:** Der Zahnarzttermin wird so selbstverständlich wie der Kinderarzttermin.
- ✓ **Frühe Kariesvermeidung:** Durch regelmäßige Kontrollen sowie Tipps zur Zahnpflege und zur Ernährung kann frühkindliche Karies verhindert werden.
- ✓ **Bessere Zusammenarbeit:** Kinderärztinnen und Zahnärzte arbeiten für eine ganzheitliche Vorsorge enger zusammen.

Ziel der Neuerung ist es, bei Eltern das Bewusstsein für zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen weiter zu steigern und die ärztliche und zahnärztliche Versorgung noch enger miteinander zu vernetzen.

Dokumentation wird Pflicht

Was bedeutet die Aufnahme der Früherkennungsuntersuchungen ins Gelbe Heft für die Zahnarztpraxen?

- » Die zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen müssen zwingend im Kinderuntersuchungsheft dokumentiert werden.
- » Die Bezeichnung der beiden Gebührennummern FU1 und FU2 bleibt unverändert. Die drei Untersuchungen nach BEMA-Nr. FU2 werden nun, wie von der Nr. FU1 bekannt, jeweils einem zeitlichen Intervall zugeordnet.
- » Damit die Untersuchungen zwecks Dokumentation im Gelben Heft leicht zugeordnet werden können, sind die Zeitintervalle durchgängig mit FUZ1 bis FUZ6 benannt.
- » Die Inhalte der Früherkennungsuntersuchungen bleiben unverändert.
- » Die Bewertung der Leistungen wird jeweils um einen Punkt erhöht.
- » Gelbe Hefte, die ab Januar 2026 für Neugeborene ausgegeben werden, enthalten die zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen. Damit bereits genutzte Hefte weiterverwendet werden können, werden sie mit Einlegeblättern ausgestattet. Außerdem wird es Aufkleber zur Aktualisierung des Deckblatts geben. **Zahnarztpraxen sollen bestehende Gelbe Hefte mit den Einlegeblättern und Aufklebern versehen. Die Materialien werden spätestens ab Januar 2026 bereitgestellt. Die Kassenzahnärztliche Vereinigung kümmert sich um die Ausgabe an die Zahnarztpraxen.**

Weitere Information zur Neuregelung gibt es auf der Internetseite der KZBV unter www.kzbv.de > Zahnärzte > Rund um die Praxis > Zahnärztliche Früherkennung ab 2026 im „Gelben Heft“ und unter www.kzvrlp.de. ■

Frühkindliche Vorsorge: Welche Leistungen gibt es?

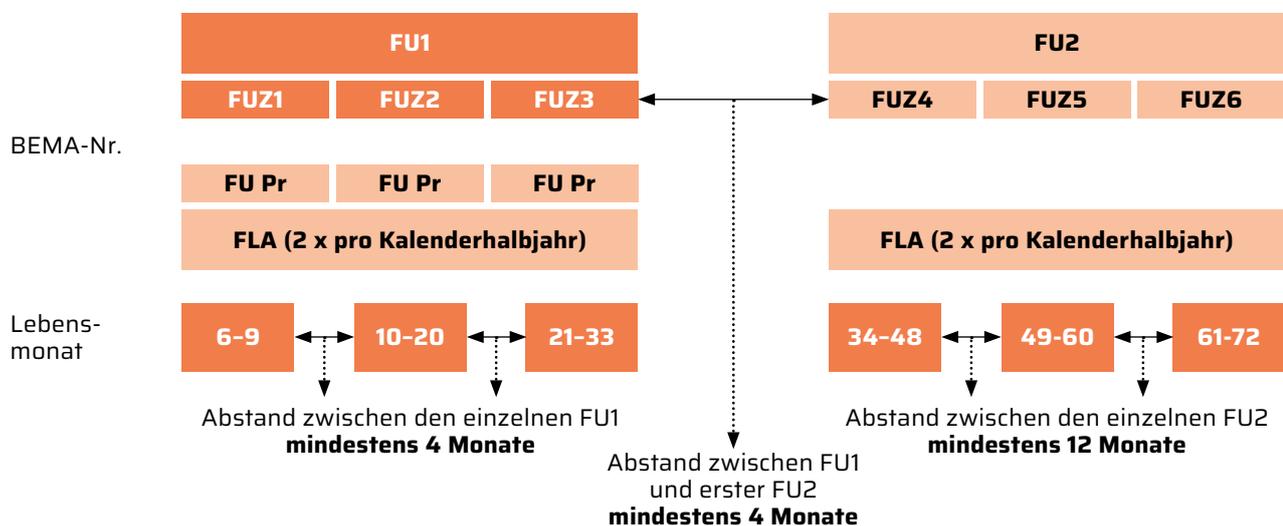
Kinder ab dem sechsten Lebensmonat haben Anspruch auf zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen (FU). Welche Leistungen sieht der Bewertungsmaßstab ab 1. Januar 2026 für zahnärztliche Leistungen (BEMA) vor und wie werden sie abgerechnet?

Text: Geschäftsbereich Abrechnung der KZV Rheinland-Pfalz

BEMA-Nummer	Leistungen	Leistungsbeschreibung	Hinweise
FU1 28 Punkte je Untersuchung	insgesamt drei Untersuchungen zwischen dem 6. und dem vollendeten 33. Lebensmonat eines Kindes: » FUZ1 vom 6. bis zum vollendeten 9. Lebensmonat » FUZ2 vom 10. bis zum vollendeten 20. Lebensmonat » FUZ3 vom 21. bis zum vollendeten 33. Lebensmonat	Die Untersuchungsleistungen umfassen: » Inspektion der Mundhöhle: Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten einschließlich Beratung » Erhebung der Anamnese zum Ernährungsverhalten (insbesondere zum Gebrauch der Nuckelflasche) sowie zum Zahnpflegeverhalten durch die Betreuungspersonen, Ernährungs- und Mundhygieneberatung der Betreuungspersonen mit dem Ziel der Keimzahlsenkung durch verringerten Konsum zuckerhaltiger Speisen und Getränke auch mittels Nuckelflasche sowie durch verbesserte Mundhygiene, Aufklärung der Betreuungspersonen über die Ätiologie oraler Erkrankungen » Erhebung der Anamnese zu Fluoridierungsmaßnahmen und -empfehlungen sowie Empfehlung geeigneter Fluoridierungsmittel (zum Beispiel fluoridhaltige Zahnpasta, fluoridiertes Speisesalz) » NEU: Dokumentation im Untersuchungsheft	Der Abstand zwischen den einzelnen Früherkennungsuntersuchungen beträgt mindestens vier Monate . Neben der Untersuchung nach BEMA-Nr. FU1 kann eine Leistung nach BEMA-Nr. 01 in demselben Kalenderhalbjahr nicht abgerechnet werden. Im folgenden Kalenderhalbjahr kann die Leistung nach BEMA-Nr. 01 frühestens vier Monate nach Erbringung der Früherkennungsuntersuchung abgerechnet werden. Eine Leistung nach BEMA-Nr. Ä 1 kann nicht zusätzlich zur BEMA-Nr. FU1 abgerechnet werden. Die Abrechnung setzt die Einzeluntersuchung bzw. -unterweisung voraus.
FU Pr 10 Punkte	Praktische Anleitung der Betreuungspersonen zur Mundhygiene beim Kind		Eine Leistung nach BEMA-Nr. FU Pr ist nur im Zusammenhang mit einer Leistung nach BEMA-Nr. FU1 abrechenbar. Die Abrechnung setzt die Einzelunterweisung voraus.

<p>FU2</p> <p>26 Punkte je Untersuchung</p>	<p>insgesamt drei Untersuchungen zwischen dem 34. und dem vollendeten 72. Lebensmonat eines Kindes:</p> <ul style="list-style-type: none"> » FU24 vom 34 bis zum vollendeten 48. Lebensmonat » FU25 vom 49. bis zum vollendeten 60. Lebensmonat » FU26 vom 61. bis zum vollendeten 72. Lebensmonat 	<p>Die Untersuchungsleistungen umfassen:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Inspektion der Mundhöhle: Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten einschließlich Beratung » Einschätzung des Kariesrisikos anhand des dmft-Index » Ernährungs- und Mundhygieneberatung der Betreuungspersonen mit dem Ziel der Keimzahlsenkung durch verringerten Konsum zuckerhaltiger Speisen und Getränke und verbesserte Mundhygiene » Empfehlung geeigneter Fluoridierungsmittel zur Schmelzhärtung (zum Beispiel fluoridiertes Speisesalz, fluoridhaltige Zahnpasta) und ggf. Abgabe oder Verordnung von Fluoridtabletten » NEU: Dokumentation im Untersuchungsheft 	<p>Der Abstand zwischen den einzelnen Früherkennungsuntersuchungen beträgt mindestens zwölf Monate.</p> <p>Neben der Untersuchung nach BEMA-Nr. FU2 kann eine Leistung nach BEMA-Nr. 01 in demselben Kalenderhalbjahr nicht abgerechnet werden. Im folgenden Kalenderhalbjahr kann die Leistung nach BEMA-Nr. 01 frühestens vier Monate nach Erbringung der Früherkennungsuntersuchung abgerechnet werden.</p> <p>Eine Leistung nach BEMA-Nr. Ä 1 kann nicht zusätzlich zur BEMA-Nr. FU2 abgerechnet werden.</p> <p>Die Abrechnung setzt die Einzeluntersuchung bzw. -unterweisung voraus.</p> <p>Der Abstand zwischen einer Leistung nach BEMA-Nr. FU1 und einer Leistung nach BEMA-Nr. FU2 beträgt mindestens vier Monate.</p>
<p>FLA</p> <p>14 Punkte</p>	<p>Fluoridlackanwendung zur Zahnschmelzhärtung bei Versicherten zwischen dem 6. und dem vollendeten 72. Lebensmonat</p>	<p>Die Leistung umfasst die Anwendung von Fluoridlack zur Zahnschmelzhärtung einschließlich der Beseitigung von sichtbaren weichen Zahnbelägen und der relativen Trockenlegung der Zähne.</p>	<p>Die Leistung nach BEMA-Nr. FLA kann zweimal je Kalenderhalbjahr abgerechnet werden.</p>

Zeitraster der zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern zwischen dem 6. und dem 72. Lebensmonat



Frühuntersuchungen zur Kariesprävention im Milchgebiss: ein Update

Frühkindliche Karies zählt nach wie vor zu den häufigsten chronischen Erkrankungen bei Kindern. Um noch wirksamer gegen sie vorzugehen, werden zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen künftig im gelben Kinderuntersuchungsheft dokumentiert.

Text: OA PD Dr. Julian Schmoeckel, OÄ PD Dr. Ruth M. Santamaría, Prof. Dr. Christian. H. Splieth, Greifswald

Mit der Einführung rechtsverbindlicher Verweise vom Kinderarzt zum Zahnarzt für Kinder vom 6. bis zum 64. Lebensmonat im gelben Kinderuntersuchungsheft (U-Heft) und den vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen, zum 1. Juli 2019 eingeführten neuen vertragszahnärztlichen Leistungen [Frühuntersuchung (FU), praktische Anleitung (FU Pr), und Fluoridlackapplikation (FLA)] war die Hoffnung verknüpft, frühkindliche Karies (Early Childhood Caries, ECC) von Anfang an zu vermeiden (Abb. 1).

Die Inanspruchnahme dieser Leistungen ist zwar in den letzten Jahren angestiegen, doch noch sehr deutlich unter den Abrechnungsquoten, die wünschenswert wären. So haben im Jahr 2022 nur 1,4 Prozent der Kinder bis zum ersten Geburtstag, 26 Prozent der 13 bis 47 Monate alten Kinder und 41 Prozent der 48 bis 71 Monate alten Kinder eine FU-Leistung erhalten. Der Verlauf über die Jahre zeigt jedoch eine leicht steigende Tendenz [Grochtdreis et al., 2025].

Nationale Daten zur frühkindlichen Karies existieren nur für das Jahr 2016, sie sind also auch schon knapp zehn Jahre alt (Abb. 2).

Regionale Untersuchungen auf Bundeslandebene über die Gesundheitsberichterstattung (GBE) des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (bspw. Brandenburg mit rund 13.000 Untersuchten) zeigen für die Altersgruppe der 3-Jährigen „trotz der Coronaphase“ mit niedrigerer Inanspruchnahme von Individualprophylaxe und weniger Gruppenprophylaxe Reduktionen in der Kariesprävalenz von 13,5 Prozent (2016) auf 10,2 Prozent (2024) und in der mittleren Karieserfahrung von 0,48 dmft (2016) auf 0,35 dmft im Jahr 2024 [Landesregierung Brandenburg, 2025]. Die Sa-

Merkbox

Rund jedes siebte dreijährige Kind in Deutschland weist bereits Karies auf. Im Mittel sind schon mehr als 3,5 Zähne betroffen, was die starke Polarisierung des Kariesbefalls in dieser Altersgruppe verdeutlicht. Zudem ist der Versorgungsgrad der kariösen Milchzähne sehr gering (circa 25 Prozent), was vermutlich auf die geringe Kooperationsfähigkeit und -willigkeit der Kleinkinder zurückzuführen ist. Zahnbehandlungen in Narkose scheinen daher insbesondere bei schweren Formen der frühkindlichen Karies mitunter nötig. Eine flächendeckende frühzeitige Kariesprävention ab dem ersten Milchzahn und eine adäquate rechtzeitige Behandlung von Karies im Milchgebiss sind daher von zentraler Bedeutung.



Abb. 1: Gesunde Milchgebisse verbunden mit hoher oraler Lebensqualität sind das Ziel aller Präventionsmaßnahmen zur Vermeidung frühkindlicher Karies. (Fotos: Schmoeckel, mit freundlicher Genehmigung)

nierungsrate in dieser Altersgruppe ist für ein Land wie Deutschland trotz Kostenerstattung der Maßnahmen durch die gesetzliche Krankenversicherung mit nur circa 25 Prozent der Zähne erschreckend niedrig.

Es ist anzunehmen, dass deutschlandweit der Trend ähnlich sein wird, da die Karieswerte zwischen den Bundesländern nicht sehr weit auseinanderlagen [DAJ, 2017] und auch aktuelle GBE-Daten aus Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen und Mecklenburg-Vorpommern einen sehr ähnlichen Verlauf zeigen.

Empfehlungen zu Fluoridnutzung und -gehalt in Kinderzahnpaste

Zusätzlich – als ein vermutlich zentraler Baustein – wurde in der Zwischenzeit der Fluoridgehalt in der in Deutschland verfügbaren Kinderzahnpaste von 500 ppm auf 1.000 ppm erhöht. Dies ist abgebildet im Konsens zwischen Pädiatern und Kinderzahnärzten vom Netzwerk „Gesund ins Leben“ aus dem Jahr 2021 (Abb. 3a und 3b). Dieser Konsens liegt sehr nahe bei den seit mehreren Jahren bestehenden europäischen Empfehlungen [Toumba et al., 2019] und im Einklang mit denen der Deutschen Gesellschaft für Präventivzahnmedizin [DGZPM, 2021].

Eigene aktuelle repräsentative Befragungen von circa 1.000 Kita-Kindern in Greifswald haben je-

Entwicklung der Karieserfahrung in Deutschland 1994–2016

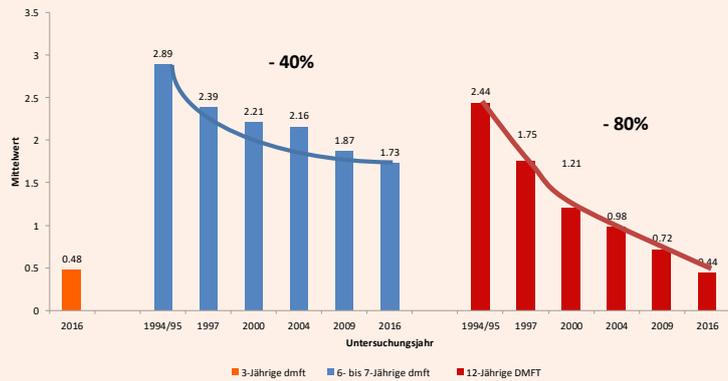
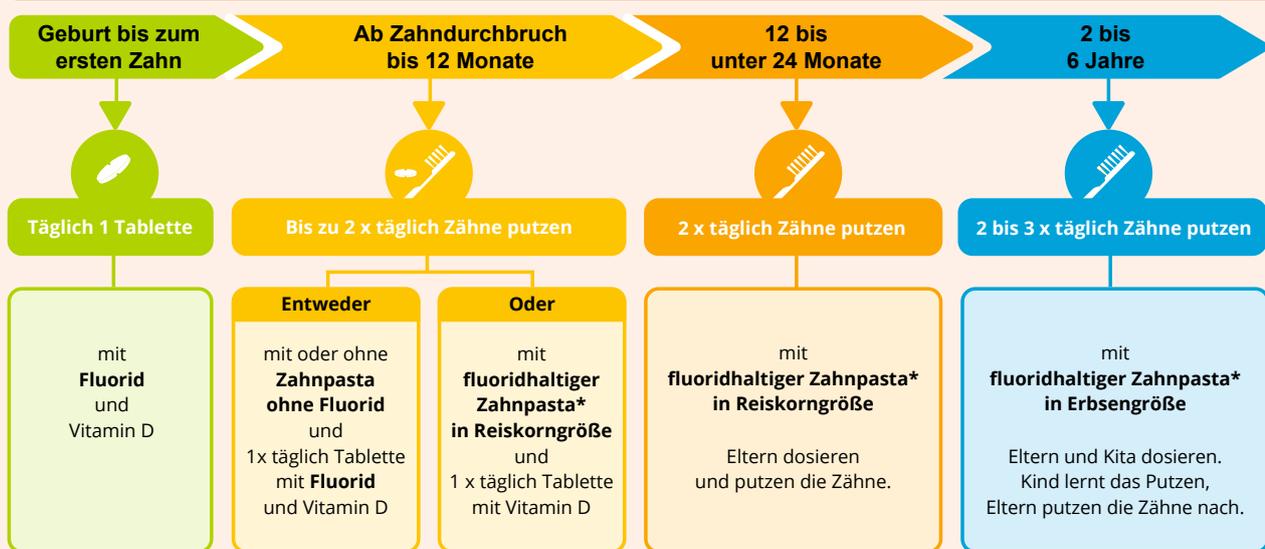


Abb. 2: Entwicklung der Karieserfahrung bei Kindern in Deutschland. Gegenüberstellung der mittleren Karieserfahrung im Zeitraum 1994–2016 für das Milchgebiss (6- bis 7-Jährige) und das bleibende Gebiss (12-Jährige), modifiziert nach: [DAJ, 2017]

doch ergeben, dass leider immer noch ein erheblicher Teil angibt, mit geringerer Fluoridkonzentration und Menge zu putzen als empfohlen. So gaben nur 15 Prozent bei den Kindern unter zwei Jahre an, mit 1.000 ppm und Reiskorngröße zu putzen. Bei den 2- bis 5-Jährigen haben immerhin 53 Prozent angegeben, der Empfehlung 1.000 ppm und Erbsengröße zu folgen. Bei den 6- bis 7-Jährigen in der Kita haben allerdings nur sechs Prozent 1.400 ppm und volle Bürste angegeben [Vielhauer, 2025].

Vermutlich haben bislang vorwiegend die Eltern mit ihren Kleinkindern die Zahnarztpraxis frühzeitig aufgesucht, denen die Präventi-

Kariesprävention mit Fluorid im Säuglings- und frühen Kindesalter



* Fluoridhaltige Zahnpaste mit 1.000 ppm Fluorid

© BLE 2021/www.gesund-ins-leben.de

Abb. 3a: Kariesprävention mit Fluorid im Säuglings- und frühen Kindesalter



Abb. 3b: Exemplarische Darstellung der Zahnpastadosierungen in Erbsen- und Reiskorngröße (Foto: BZÄK/KZBV, Schmoeckel/Santamaría)



Abb. 4: Der Anamnesebogen sollte neben Fragen zur allgemeinen Gesundheit und Impfstatus auch Fragen zu Fluoridnutzung, Putzgewohnheiten, Ernährungs- und Trinkgewohnheiten inklusive Stillen enthalten. Ein zahnärztlicher Kinderpass ist bislang in diversen Bundesländern auf freiwilliger Basis verfügbar. In Rheinland-Pfalz ist der Pass über die Arbeitsgemeinschaften Jugendzahnpflege erhältlich. Ein Vorschlag für einen Anamnesebogen ist von der KZBV kostenfrei unter www.kzbv.de/wp-content/uploads/ECC_Ratgeber_Anamnesebogen_bis_drittes_Lj_2021-08-02.pdf verfügbar. (Foto: Schmoeckel)

on wichtig ist und die entsprechend weniger zur Kariesrisikogruppe gehörten. Möglicherweise waren diese Besuche wenig effizient. Dennoch darf nicht unterschätzt werden, dass auch hier gewisse positive Effekte zu erwarten sind, da Erstklässler etwa zur Hälfte von Karies betroffen sind [DAJ, 2017] und somit auch ein relevanter Teil tatsächlich von der Prophylaxe bereits profitiert hat [Landesregierung Brandenburg, 2025]. Daten der neuen DAJ-Studie, die sich zurzeit in der Untersuchungsphase befindet, werden dies möglicherweise bestätigen, da regionale Trends darauf hindeuten [Landesregierung Brandenburg, 2025; Thüringer Landesverwaltungsamt, 2025].

Welchen einzelnen Anteil die Verweise im gelben U-Heft, die FUs oder die höhere Fluoridkonzentration in der Zahnpasta zur häuslichen Nutzung, aber auch beispielsweise die Gruppenprophylaxe in Kitas [DAJ, 2020] bislang haben, ist auf Basis der Datenlage nicht zu differenzieren.

Neue Gelbe Hefte

Ab 1. Januar 2026 werden die überarbeiteten Gelben Hefte für die Neugeborenen eine besser „verzahnte“ Dokumentation (also inklusive der sechs existierenden FUs) beinhalten. Dies wurde durch den Gemeinsamen Bundesausschuss auf Antrag der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) im Mai 2025 beschlossen. Für bereits begonnene Hefte wird die Dokumentation als Einleger zur Verfügung stehen. Dort sind dann die Informationen und Verweise mit Rückkopplungen zum Zahnarzt noch stärker adressiert. Sie beinhalten bspw. für jede der sechs zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen entsprechende Elterninformationen, Eintragungsmöglichkeiten für die jeweiligen Untersuchungselemente sowie Grafiken der Zahndurchbruchzeiten. Dazu werden die zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen einheitlich und prägnant als FUZ1 bis FUZ6 benannt und die Zeitintervalle der Untersuchungen eindeutig geregelt. Dabei haben sich Inhalt und Umfang der FU1 und FU2 jedoch nicht geändert:

- » **FUZ1:** 6. bis vollendeter 9. Lebensmonat (vgl. FU1a)
- » **FUZ2:** 10. bis vollendeter 20. Lebensmonat (vgl. FU1b)
- » **FUZ3:** 21. bis vollendeter 33. Lebensmonat (vgl. FU1c)
- » **FUZ4:** 34. bis vollendeter 48. Lebensmonat
- » **FUZ5:** 49. bis vollendeter 60. Lebensmonat
- » **FUZ6:** 61. bis vollendeter 72. Lebensmonat

Es ist davon auszugehen, dass aufgrund der erhöhten Sichtbarkeit und Verbindlichkeit zukünftig immer mehr Kleinkinder in der Zahnarztpraxis zu den Früherkennungsuntersuchungen vorgestellt werden. Der Anteil an Eltern, die die gelben U-Hefte für die Einträge der Zahnärzteschaft mitbringen, wie sie bislang bestenfalls in den regionalen zahnärztlichen Kinderpässen erfolgt sind, wird sich wahrscheinlich dadurch klar erhöhen. Das zahnärztliche Personal sollte – unter anderem durch diesen Beitrag – darauf vorbereitet sein. Detaillierte Informationen finden sich im eigens dafür entwickelten ECC-Ratgeber [KZBV und BZÄK, 2021], der mittlerweile in der 3. Auflage online kostenfrei

verfügbar ist unter www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/b16/ecc-ratgeber.pdf



Merkbox

Das Gelbe Heft wurde überarbeitet und wird ab Januar 2026 ausgeteilt, mit integrierter Dokumentation der sechs Früherkennungsuntersuchungen (FUZ1-FUZ6). Diese verbindliche Dokumentation überführt die bestehenden unterschiedlichen Ansätze auf Landesebene in eine einheitliche Lösung. Zahnärzte werden somit zukünftig auch im gelben U-Heft dokumentieren.

Tipps zur praktischen Durchführung

Anamnese

Die Erhebung der Krankengeschichte sollte neben den Sozialdaten der Eltern (Beruf/Schulbildung), die leider wichtige Kariesrisikomarker darstellen, der medizinischen Anamnese und dem Grund des Besuchs auch das bisherige zahnmedizinisch relevante Gesundheitsverhalten beinhalten:

- » Fluoridnutzung (insbesondere Fluoridkonzentration und Menge)
- » Putzgewohnheiten (insbesondere nachputzen)
- » Ernährungsgewohnheiten (Nuckelflasche) und auch Stillen

Daneben können Erwartungen und Wünsche, ggf. Ängste, aber auch Lieblingskuscheltier oder Ähnliches erfragt werden. Mit dem Verweis vom Kinderarzt zum Zahnarzt bietet sich insbesondere bei auffälligen Befunden eine Rückmeldung im überarbeiteten U-Heft an, in dem der zahnärztliche Kinderpass nun integriert ist.

Beim ersten Termin mit der Begleitperson sollten die im Anamnesebogen (Abb. 4) erhobenen Angaben wie die Wünsche bzw. Erwartungen, aber auch mögliche Befürchtungen besprochen werden. Die Mundhygiene- und Ernährungsgewohnheiten sowie die häusliche Fluoridnutzung sollten durch offene „W“-Fragen verifiziert werden. Die Technik der motivierenden Gesprächsführung zielt darauf ab, die intrinsische Motivation zur Verhaltensänderung zu stärken. Sie ist wissenschaftlich belegt wirksamer als eine reine Mitteilung der Sachinhalte [Miller and Rollnick, 2015]. Dabei steht im Vordergrund herauszufinden, ob das Kleinkind regelmäßig, insbesondere nachts, süße oder zuckerhaltige Getränke, zum Beispiel über die Nuckelflasche, zu sich nimmt und inwieweit Eltern täglich die Kinderzähne mit fluoridhaltiger Zahnpasta (nach Alter, insbesondere 1.000 ppm Fluorid) nachputzen [Splieth, 2021].

Zahnärztliche Untersuchung

Kleinere Kinder sitzen oder liegen während der Untersuchung meist auf dem Schoß der Eltern. Bei Bedarf kann auch kleinen oder schüchternen Kindern eine Orientierungszeit im Behandlungszimmer gegeben werden. Für die Frühuntersuchung, kann das Kleinkind aus dem Schoß der Erziehungsperson in den Schoß des Zahnarztes gelegt werden („Schoßexamen“, Abb. 5). Dabei kann das Kleinkind das Elternteil gut sehen und oftmals öffnet sich der Mund des Kindes reflektorisch. Größere Kinder (in der Regel ab FU2) können mitunter auch schon alleine auf dem Stuhl sitzen bzw. liegen (Abb. 6).

Mundhygienestatus inklusive Anfärben der Plaque

Dentale Plaque lässt sich besser feststellen und für die Eltern visualisieren, wenn sie mittels einer Plaqueanfärbelösung sichtbar gemacht wird. Deshalb sollte ein Anfärben des Biofilms idealerweise bei allen Kindern erfolgen, vor allem bei Kindern, die Anzeichen von (Initial-)Karies, Gingivitis oder sichtbarer Plaque zeigen (Abb. 8). Ein wesentlicher Vorteil hierbei ist, dass bei der Mundhygieneinstruktion die Eltern als Übung die angefärbte Plaque viel eindrücklicher



Abb. 5: Für die zahnärztliche Frühuntersuchung kann das kleine Kind in den Schoß des Zahnarztes gekippt werden (Schoßexamen: „Knee-to-knee-Position“). Dabei kann das Kleinkind die Erziehungsperson gut sehen. Diese liegende Position eignet sich sehr gut für die Inspektion der Mundhöhle für kleine Kinder. (Foto: BZÄK/KZBV, Schmoeckel)



Abb. 6: Die zahnärztliche Frühuntersuchung kann bei etwas größeren und selbstbewussten Kleinkindern nach einer kurzen Orientierungszeit im Behandlungszimmer unter Umständen auch alleine auf dem Behandlungsstuhl erfolgen. (Foto: BZÄK/KZBV, Schmoeckel)



Abb. 7 a/b: Die Tell-Show-Do-Technik kann bei Kleinkindern mit Sprachkompetenz sehr hilfreich sein. Hierbei wird das farbige Wattestäbchen (a) und die beabsichtigte Tätigkeit „Anfärben der Zahnbeläge mit Zauberfarbe“ kurz erklärt und am Finger des Kindes (b) gezeigt. Abschließend kann dies meist deutlich einfacher an den Zähnen durchgeführt werden. (Fotos: BZÄK/KZBV, Schmoeckel)

mit der Zahnbürste entfernen können. Hilfreich ist bei Kleinkindern mit Sprachkompetenz eine Anwendung der Tell-Show-Do-Technik. Hierbei wird ein Gegenstand, zum Beispiel das Wattestäbchen, mit der Plaqueanfärbelösung (Abb. 7a) getränkt und die dazugehörige Tätigkeit kurz erklärt und am Finger des Kindes demonstriert (Abb. 7b). Danach kann das Anfärben der Zahnbeläge mit „Zauberfarbe“ (Abb. 8) oftmals viel leichter erfolgen.

Putzinstruktion der Eltern

In liegender Position kann das abschließende Zähneputzen, das erwähnte Nachputzen durch die Eltern, auch sehr gut durchgeführt werden (Abb. 9). Dabei sollte eine Systematik wie KAI (Kau-, Außen-, Innenflächen) beigebracht werden. Zudem ist die „lift the lip“-Technik zu zeigen (Abb. 9a), damit vor allem auch die Oberkiefer(front)zähne, die bei ECC meist am schwersten betroffen sind, gut gereinigt werden können.

Hervorzuheben ist, dass in der frühen Phase der Gebissentwicklung erwartungsgemäß wenig manifeste Karies vorliegt. Daher sollten die ersten Anzeichen einer Kariesaktivität wie Plaque, Gingivitis, beginnende kariöse Initialläsionen („white spots“) und „kleinere“ kavitierte kariöse Läsionen frühzeitig erkannt werden (Abb. 8).

Insbesondere Kinder aus Haushalten mit niedrigerem sozio-ökonomischen Status unterliegen einem erhöhten Karies- bzw. ECC-Risiko [Cianetti et al., 2017; Schwendicke et al., 2015]. Das heißt, sowohl der Kinderarzt, der auf den Zahnarzt verweist, als auch der Zahnarzt, bei dem insbesondere eine Verbesserung der Prophylaxe von

Bedeutung ist, sollten die spezifische Situation der jungen Familie erfassen und berücksichtigen. Der bereits genannte ECC-Ratgeber gibt detaillierte, bilderreiche, praktische Tipps für eine schrittweise Umsetzung der Mundhygiene für das Kleinkind. Nach jedem erfolgreichem Untersuchungstermin sollte das Kind mit einem kleinen Geschenk belohnt werden (Abb. 10). So wird das Kind den Zahnarztbesuch in positiver Erinnerung behalten.

Prävention frühkindlicher Karies

Wirksame Maßnahmen zum Erhalt eines gesunden Milchgebisses und zugleich auch zur Inaktivierung frühkindlicher Karies sind schon lange bekannt und online kostenfrei zu finden [NHS England, 2025]. In Deutschland existiert folgender Maßnahmenkatalog:

- » Früherkennung von Ursachen und Symptomen der frühkindlichen Karies durch regelmäßige Kontrollen beim Zahnarzt ab dem Durchbruch des ersten Zahns (über das gelbe U-Heft und die BEMA-Nrn. FU1 und FU2 bzw. FUZ1 bis FUZ6)
- » Demonstration und Training des Zähneputzens [FU Pr] während der Kontrolltermine in der Praxis (Abb. 9) oder zum Beispiel in Kindertagesstätten inklusive helfender Instruktionen
- » Zweimal tägliches häusliches Zähneputzen mit fluoridhaltiger Zahnpasta durch die Eltern
- » Kinderzahnpasta (1.000 ppm Fluorid) idealerweise ab dem ersten Zahn (Abb. 3)
- » Juniorzahnpasta (1.450 ppm Fluorid) ab dem ersten permanenten Zahn oder vorher bei erhöhtem Kariesrisiko (wie bei ECC der Fall) nach Absprache mit den Eltern, insbesondere dann, wenn das Kind bereits gut ausspucken kann
- » Professionelle Fluoridlackapplikationen [FLA] sind seit 2024 unabhängig vom Kariesrisiko zweimal pro Halbjahr abrechenbar (Abb. 11), da die Wirksamkeit belegt wurde [IQWiG, 2018]
- » Keine nächtliche Gabe der Nuckelflasche bzw. Saugerflaschen mit Obstsaften (auch nicht verdünnt), gesüßten Tees oder anderen süßen Ge-



Abb. 8: Bei der zahnärztlichen Prävention am Kleinkind stehen neben der Überwachung von Wachstum und Entwicklung die Vermeidung und Detektion von Plaque (a), Gingivitis und (Initial-)Karies im Vordergrund (b). Vom ersten Zahn an ist ein Anfärben der Zähne dafür essenziell (c). (Fotos: BZÄK/KZBV, Schmoeckel)

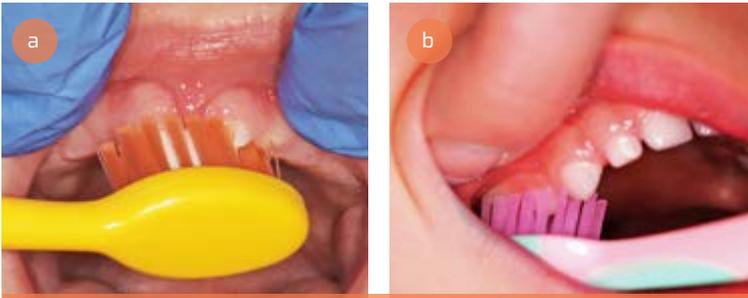


Abb. 9: Die praktische Zahnputzübung mit den Eltern, die selbst die Zähne bei ihrem Kind in der Praxis putzen sollten, ist ein wichtiger Bestandteil dieses Termins. Das Anheben und Abhalten der Lippen soll dabei nicht nur demonstriert (a), sondern auch trainiert werden (b) [vgl. FU Pr].
(Fotos: BZÄK/KZBV, Schmoeckel)



Abb. 11: Fluoridlackapplikationen ab dem ersten Zahn zur Vermeidung frühkindlicher Karies an allen Oberkieferfrontzähnen bei einem sieben Monate alten Säugling.
(Foto: BZÄK/KZBV, Schmoeckel)

tränken (auch nicht zwischendurch als Durstlöscher). Das beinhaltet eine konsequente Getränkeumstellung auf Wasser und ungesüßten Beuteltee bei frühestmöglicher Umgewöhnung auf den Trinkbecher.

- » Ferner ist die Methode der motivierenden Gesprächsführung [Miller and Rollnick, 2015] für eine gelingende kariespräventive Beratung Erfolg versprechend. Anstelle der einfachen Mitteilung der Sachinhalte wird die intrinsische Motivation zur Zahngesundheit, das heißt, insbesondere zur Mundhygiene, Fluoridnutzung und Ernährung, angesprochen und gestärkt.

Abrechnung

Informationen zur Abrechnung zahnärztlicher Früherkennungsleistungen finden sich auf den Seiten 10 und 11 dieser Ausgabe.

Fazit

Durch rechtsverbindliche Verweise der Kleinkinder vom Kinderarzt zum Zahnarzt und der verbindlichen Dokumentation zahnärztlicher Frühuntersuchungen im gelben U-Heft ab 2026 sowie der Umsetzung der Präventionsempfehlungen mit wirksamen Fluoridkonzentrationen (≥ 1.000 ppm) schon in den ersten Lebensjahren scheint das Ziel, insbesondere die schweren Formen der ECC (Abb. 12) zu vermeiden und ein gesundes Milchgebiss (Abb. 1) für alle Kinder zu gewährleisten, näher zu rücken. Diese gemeinsam erzielten strukturellen Fortschritte sind ein Meilenstein in der zahnmedizinischen Prophylaxe und ein gutes Beispiel für die Innovationsfähigkeit der Zahnmedizin bei einer modernen Versorgung in Deutschland. ■

Das Literaturverzeichnis ist bei der Redaktion erhältlich.

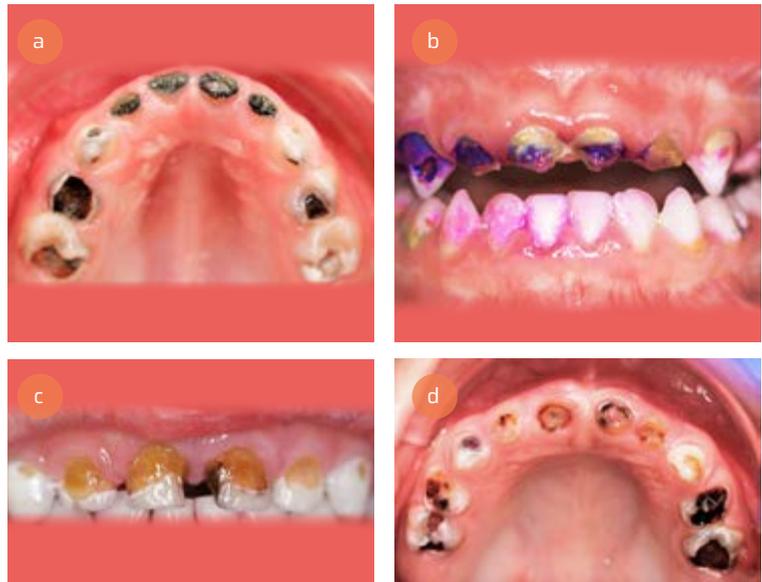


Abb. 12: Patienten mit schweren Formen der frühkindlichen Karies: Bislang erfolgte ein Zahnarztbesuch bei Kindern mit ECC leider oftmals erst bei Schmerzen - also viel zu spät. Durch die Verweise des Kinderarztes, die zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen und deren verbindliche Dokumentation im gelben Kinderuntersuchungsheft sowie den erhöhten Fluoridgehalt in Kinderzahnpasten soll die Prävention nachhaltig gefördert und Zahnbefunde wie diese möglichst vermieden werden.
(Fotos: Schmoeckel)

Korrespondenzadresse

OA PD Dr. Julian Schmoeckel
ZZMK, Universitätsmedizin Greifswald (UMG)
Poliklinik für Kinderzahnheilkunde
Walther-Rathenau-Straße 42,
17475 Greifswald
Tel: 03834 / 867136
julian.schmoeckel@uni-greifswald.de

Gesunder Start für die Milchzähne: Darauf sollten Eltern achten

Viele Eltern sind unsicher, wie sie die Milchzähne ihrer Kinder richtig pflegen und gesund erhalten. Diese einfachen Botschaften helfen ihnen.

Text: Katrin Becker

Auch Milchzähne brauchen Pflege.

Eltern sollten ihren Kindern schon mit Durchbruch des ersten Zahnes die Zähne täglich – am besten abends – reinigen. Beginnen sollten sie mit einer weichen Kinderzahnbürste und einem Hauch fluoridierter Kinderzahnpaste. Ab dem zweiten Lebensjahr sollten die Zähne zweimal täglich – nach dem Frühstück und vor dem Zubettgehen – geputzt werden. Eltern sollten darauf achten, alle Zähne und alle Zahnflächen zu reinigen. Dabei setzen sie die Zahnbürste leicht schräg zum Zahnfleischsaum an und rütteln dann auf der Stelle.

Fluoride sind wichtig für gesunde Zähne.

Kinderzähne sollten mit Zahnpasta (1.000 ppm) zweimal täglich – nach dem Frühstück und vor dem Schlafengehen – geputzt werden: ab dem ersten Zahn mit einer reiskorngroßen Menge, ab dem zweiten Geburtstag mit einer erbsengroßen Menge Zahnpasta. Verwenden Eltern zudem Speisesalz mit Fluorid zum Kochen und Salzen, werden die Kinderzähne ausreichend mit Fluoriden versorgt. Fluoridtabletten sind dann nicht mehr notwendig.

Wasser ist der beste Durstlöcher.

Grundsätzlich sollten Eltern darauf verzichten, ihrem Kind zuckerhaltige und saure Getränke – insbesondere gesüßte Tees, Obstsäfte oder verdünnte Fruchtsäfte – zu geben. Auch Produkte mit der Kennzeichnung „ohne Zucker“ oder „zuckerfrei gesüßt“ können Zucker enthalten. Wasser ist der beste Durstlöcher.

Viel Zucker schadet den Zähnen.

Eltern sollten ihren Kindern nicht zu oft über den Tag verteilt zuckerhaltige Lebensmittel geben. Die zuckerfreien Zeiten sind wichtig, denn dann haben die Zähne Ruhe vor neuen Säureattacken und erste Schmelzschädigungen können repariert werden.

Die Babyflasche ist kein Nuckelersatz.

Die Babyflasche dient allein zum Durstlöschen und nicht zum Nuckeln. Eltern sollten ihrem Kind die Flasche nicht zum Dauergebrauch oder in der Nacht überlassen. Die ständige Flüssigkeitszufuhr schadet den Zähnen – insbesondere, wenn die Flasche mit zuckerhaltigen oder sauren Getränken gefüllt ist.

Außerdem gilt: Sobald das Kind sitzen kann, sollte es lernen, aus dem Becher zu trinken. Spätestens ab dem ersten Geburtstag kann es aus einem Becher oder einer Tasse trinken.

Kauen ist gesund.

Eltern sollten ihren Kindern viel frisches Obst, Gemüse und Vollkornprodukte anbieten. Das Kauen von fester Nahrung fördert den Speichelfluss und schützt somit die Zähne. Darüber hinaus fördert es eine gesunde Entwicklung der Kiefer.

Den Schnuller rechtzeitig entwöhnen.

Es ist völlig normal, dass Kinder an einem Schnuller oder ihren Daumen nuckeln. Um Zahn- oder Kieferfehlstellungen sowie Sprachproblemen vorzubeugen, sollte aber auf kiefergerechte Schnuller geachtet und das Kind rechtzeitig – spätestens mit dem dritten Geburtstag – entwöhnt werden. ■



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!**



Sie haben Fragen zum ZäPP?

Weitere Informationen im Internet unter

www.kzvrlp.de · www.kzbv.de/zaepp · 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

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 erreichbar.

Unterstützen Sie das ZäPP – in Ihrem eigenen Interesse!



IT-Sicherheitsrichtlinie: Neue Vorgaben ab 2026

Im Januar nächsten Jahres werden neue Anforderungen der IT-Sicherheitsrichtlinie wirksam. Praxisinhaberinnen und -inhaber tun gut daran, einen Blick in den Maßnahmenkatalog zu werfen.

Text: Katrin Becker

Ein veraltetes Virenschutzprogramm, unverschlüsselte E-Mails mit Behandlungsdaten oder ein nachlässiger Umgang mit Passwörtern – in Zahnarztpraxen können zahlreiche Sicherheitslücken auftreten. Die IT-Sicherheitsrichtlinie der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) soll dazu beitragen, Datenlecks zu vermeiden und sensible Patientendaten sowie Praxissysteme noch besser zu schützen. Anfang kommenden Jahres treten neue Richtlinienvorgaben für Zahnarztpraxen in Kraft (vgl. Textkasten und *KZV aktuell* 3/2025). Sie betreffen insbesondere die Einweisung und regelmäßige Schulung des Praxispersonals. Bestehende Anforderungen, die Zahnarztpraxen bereits seit 2021 erfüllen müssen, bleiben unverändert. Zum Basischutz gehören weiterhin ein aktuelles

Virenschutzprogramm, eine Firewall sowie eine Web-Application-Firewall beim Betrieb einer Praxiswebsite, regelmäßige Updates und Backups sowie eine umfassende Netzwerksicherheit.

Maßnahmen berücksichtigen Praxisgröße

Die Umsetzung der Sicherheitsanforderungen richtet sich nach der Anzahl der ständig mit der Datenverarbeitung betrauten Personen und dem Umfang der Datenverarbeitung. Unterschieden wird zwischen:

- » Praxis mit bis zu fünf ständig mit der Datenverarbeitung betrauten Personen
- » Praxis mit sechs bis 20 ständig mit der Datenverarbeitung betrauten Personen (mittlere Praxis)



- » Praxis mit über 20 ständig mit der Datenverarbeitung betrauten Personen oder eine Praxis, die eine Menge Daten verarbeitet, die über den normalen Umfang der Datenübermittlung hinausgeht (zum Beispiel Groß-MVZ mit krankenhausähnlichen Strukturen; Großpraxis)

„Ständig mit der Datenverarbeitung betraut“ sind alle Voll- und Teilzeitbeschäftigten, die regelmäßig, unabhängig von Zeitaufwand oder -häufigkeit, Daten verarbeiten. Praxisinhaberinnen und -inhaber sowie Mitarbeitende, die mit dem Praxisverwaltungssystem arbeiten oder Aufgaben wie die Lohnbuchhaltung übernehmen, zählen dazu. Reinigungskräfte oder Beschäftigte ohne Zugang zu datenverarbeitenden Systemen sind davon ausgenommen.

IT- und Datensicherheit: Fallstricke in der Zahnarztpraxis

Welche realistischen Sicherheitsrisiken bestehen in der Zahnarztpraxis? Auf den nächsten Seiten gibt es von der KZBV zusammengestellte Praxisbeispiele.

Was ist neu?

Diese neuen Anforderungen aus der IT-Sicherheitsrichtlinie gelten für Zahnarztpraxen ab Januar 2026:

- » **Geregelte Einarbeitung neuer Beschäftigter:** Einführung in Aufgaben, bestehende Regelungen und Handlungsanweisungen
- » **Geregelte Verfahrensweise beim Weggang von Beschäftigten:** Rückgabe von Arbeitsunterlagen, Schlüssel, Geräten, Ausweisen und Zutrittsberechtigungen; Änderung oder Vernichtung von Zugangsdaten
- » **Umgang mit Fremdpersonal:** Externes Personal muss geltende Gesetze, Vorschriften und interne Regelungen einhalten. Bei kurzfristigem Einsatz in sicherheitsrelevanten Bereichen ist eine Aufsicht erforderlich. Zugangsberechtigungen sind restriktiv zu vergeben, bei Zugriff auf vertrauliche Informationen sind schriftliche Vertraulichkeitsvereinbarungen abzuschließen.
- » **Aufgaben und Zuständigkeiten:** Beschäftigte müssen gesetzliche und interne Regelungen einhalten. Aufgaben, Zuständigkeiten, Berechtigungen und Zugänge sind zu dokumentieren. Zudem ist auf die ausschließliche Nutzung interner Informationen hinzuweisen.
- » **Qualifikation des Personals:** Regelmäßige Schulungen und Weiterbildungen zur eingesetzten Technik/IT sind sicherzustellen. Betriebliche Regelungen sollen dafür sorgen, dass das Personal stets auf dem aktuellen Kenntnisstand ist.
- » **Überprüfung der Vertrauenswürdigkeit:** Insbesondere bei Neueinstellungen sollte auf die Vertrauenswürdigkeit, etwa durch die Prüfung von Arbeitszeugnissen, geachtet werden.
- » **Sensibilisierung zur Informationssicherheit:** Alle Beschäftigten, einschließlich der Praxisleitung, sind regelmäßig für Sicherheitsfragen und den Umgang mit IT-Komponenten zu sensibilisieren und zu schulen.
- » **Management von Updates:** Updates müssen zeitnah installiert und die Zuständigkeit dafür eindeutig geregelt werden. Hardware und Software ohne Sicherheitsupdates müssen identifiziert und entweder ersetzt oder in separaten Netzwerksegmenten betrieben werden.
- » **Sicherer Umgang mit E-Mails:** Beim E-Mail-Client muss unter anderem sichergestellt werden, dass Dateianhänge vor dem Öffnen auf Schadsoftware geprüft werden. Beschäftigte sollen Spam-Mails ignorieren, löschen und keine Links in verdächtigen E-Mails anklicken.



Praxisbeispiel: E-Mail von einem unbekanntem Absender

Die Zahnarztpraxis erhält eine E-Mail von einem bislang unbekanntem Patienten, der um einen Termin bittet. Die E-Mail enthält im Anhang eine Word-Datei mit der Bezeichnung „Behandlungsdaten“.

Das sollte beachtet werden

Infizierte Anhänge, manipulierte Links oder nachgeladene Inhalte in HTML-Mails zählen zu den gängigen Methoden, mit denen Schadsoftware per E-Mail in IT-Systeme eingeschleust wird. Die Folgen können gravierend sein: Schadprogramme können sensible Daten ausspähen, sie vernichten, sie verschlüsseln (um ein Lösegeld für die Entschlüsselung zu erpressen) oder Arbeitsprozesse sabotieren. Mit Spam-Mails versuchen Angreifer zudem, Server zu überlasten und die digitale Erreichbarkeit der Praxis gezielt einzuschränken („Denial-of-Service-Angriffe“).

Das kann man tun

- » Verschlüsselte Verbindungen bei Webmail-Zugängen über den Internetbrowser nutzen. Die Sicherheitsmechanismen des Browsers sind aktiv, wenn am Anfang der Adresszeile „https“ steht bzw. das Schlosssymbol eingeblendet wird.

- » Beim Einsatz lokal installierter E-Mail-Programme (Clients) müssen die Anforderungen der IT-Sicherheitsrichtlinie zur Konfiguration der Clients beachtet werden.
- » Eine gute Methode zur kritischen Bewertung eingehender Nachrichten ist der 3-Sekunden-Sicherheits-Check des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI). Das BSI empfiehlt, sich drei einfache Fragen zu stellen: Kenne ich den Absender? Ergeben Betreff und Nachricht einen Sinn (passen sie zueinander)? Habe ich einen Anhang von dieser Person erwartet?
- » Spam-Mails als Spam markieren, damit der Spam-Filter trainiert wird und künftig treffsicherer ist.
- » Einsatz eines lokal aktiven und aktuellen Virenschutzprogramms auf allen Arbeitsplatzrechnern, auch wenn der Mailedienstleister bereits einen zentralen Virenschutz auf seinen Servern anbietet.

Maßnahmen aus der IT-Sicherheitsrichtlinie

- » Sichere Konfiguration der E-Mail-Clients (A1-40)
- » Umgang mit Spam durch Benutzende (A1-41)
- » Einsatz von Virenschutzprogrammen (A1-20)



Praxisbeispiel: Betrug am Telefon

Ein Anrufer gibt sich als Mitarbeiter des Supports der Praxissoftware aus, die in der Praxis verwendet wird. Der vermeintliche Mitarbeiter behauptet, dass er zur Behebung eines Systemfehlers das Passwort eines Benutzers der Praxis benötigt.

Das sollte beachtet werden

Cyber-Kriminelle setzen längst nicht mehr nur auf Technik, sondern immer mehr auf psychologische Tricks (Social-Engineering-Methoden): E-Mails im Namen angeblicher Kolleginnen oder fingierte Supportanrufe zielen direkt auf das Vertrauen der Mitarbeitenden. Nur wer sensibilisiert ist, erkennt diese Maschen frühzeitig - und reagiert richtig.

Das kann man tun

- » Das Risikobewusstsein des Praxisteam durch Sensibilisierungen und Schulungen schärfen.

Maßnahmen aus der IT-Sicherheitsrichtlinie

- » Sensibilisierung der Praxisleitung für Informationssicherheit (A1-8)
- » Einweisung des Personals in den sicheren Umgang mit IT (A1-9)
- » Durchführung von Sensibilisierungen und Schulungen zur Informationssicherheit (A1-10)



Praxisbeispiel: Der Patient allein im Behandlungszimmer

Der Patient wird von der ZFA im Wartezimmer abgeholt und ins Behandlungszimmer gebracht. Die ZFA loggt sich am Arbeitsplatzrechner ein und öffnet die Akte des Patienten. Anschließend verlässt sie den Raum und teilt dem Patienten beim Herausgehen mit, dass die Zahnärztin gleich für ihn da ist.

Das sollte beachtet werden

Wenn Patienten allein im Behandlungszimmer sitzen, sind nicht gesperrte Arbeitsplatzrechner ein Risiko. Hier besteht die Gefahr, dass unbefugte Personen auf sensible Daten zugreifen bzw. diese verändern oder kopieren können. Zum Problem kann auch die Passwortwahl werden. Schwache Passwörter oder die wiederholte Verwendung derselben Passwörter für mehrere Dienste bieten eine kritische Angriffsfläche. Berücksichtigt werden muss auch, dass Geräte aus unbeaufsichtigten Räumen leicht entwendet werden können.

Das kann man tun

» Grundsätzlich sollten alle Arbeitsplätze der Praxis nach der Nutzung unmittelbar gesperrt werden, zum Beispiel manuell über eine Tastenkombination wie „Windows + L“. Zusätzlich sollte ein automatisch bei Inaktivität (wenige Minuten) startender Bildschirmschoner mit Passwortabfrage eingerichtet werden.

- » Ergänzung des Zugriffsschutzes durch die Verwendung sicherer Passwörter: Merkmale sicherer Passwörter sind unter anderem mindestens acht Zeichen sowie die Verwendung unterschiedlicher Zeichen (Groß-, Kleinbuchstaben, Ziffern, Sonderzeichen). Wichtig ist auch, dass werkseitig voreingestellte Passwörter bei der Inbetriebnahme unmittelbar geändert und für jede Anwendung eigene Passwörter verwendet werden.
- » Verschlüsselung aller Datenträger in der Praxis. Sie stellt sicher, dass gespeicherte Daten bei Entsperrung der Arbeitsplatzrechner sowie bei Diebstahl oder Verlust des Geräts unzugänglich bleiben. Das gilt vor allem für Wechsellatenträger wie USB-Sticks, aber auch fest eingebaute Festplatten können somit zusätzlich abgesichert werden.
- » Leicht zugängliche Anschlüsse wie ungenutzte USB-Steckplätze sollten deaktiviert (unter Windows kann dies über den Gerätemanager eingerichtet werden) oder mechanisch blockiert werden, um so das unautorisierte Kopieren von Daten oder das Einbringen von Schadsoftware zu erschweren.

Maßnahmen aus der IT-Sicherheitsrichtlinie

- » Abmelden nach Aufgabenerfüllung (A1-19)
- » Der Zugriff auf Geräte und Software muss abgesichert werden (A1-26)
- » Dokumentation des Netzes (A1-12)

Weitere Infos

Um die Praxen bei der Umsetzung der Richtlinie zu unterstützen, stellt die KZBV auf ihrer Website ein umfangreiches Informationspaket bereit. Die Richtlinie, eine Darstellung der Neuerungen anhand konkreter Fallbeispiele sowie ein Fragen-Antworten-Katalog finden sich unter www.kzbv.de > Zahnärzte > Digitales > IT-Sicherheit.

Tipps und Hinweise zur IT- und Datensicherheit in der Zahnarztpraxis lesen Sie in *KZV aktuell* 3/2025. Die KZV Rheinland-Pfalz bietet zudem in Kürze Fortbildungen zur IT-Sicherheitsrichtlinie an (vgl. Seite 24 in dieser Ausgabe). ■

IT-Sicherheitsrichtlinie nach § 390 SGB V

Verfasserin der IT-Sicherheitsrichtlinie ist die KZBV. Gemäß § 390 SGB V ist sie gesetzlich verpflichtet, eine Richtlinie für die IT-Sicherheit in Zahnarztpraxen im Einvernehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) zu erstellen. Die Richtlinie muss jährlich überprüft und an technische Entwicklungen sowie neue Bedrohungsszenarien angepasst werden. Die bis dato geltende IT-Sicherheitsrichtlinie aus 2021 wurde in diesem Jahr aktualisiert. Sie wurde am 1. Juli 2025 veröffentlicht und ist am 2. Juli 2025 in Kraft getreten. Neu eingeführte oder geänderte Anforderungen sind ab dem 2. Januar 2026 umzusetzen. Die aktuellen Änderungen wurden unter anderem aufgrund des Digital-Gesetzes notwendig, das die Anforderungen an den sicherheitsbewussten Umgang mit Informationen und IT-Systemen in Zahnarztpraxen erhöht.

Fortbildung der KZV Rheinland-Pfalz: IT-Sicherheitsrichtlinie – ein Update

Cyberkriminelle gehen raffiniert vor, um IT-Systeme in Unternehmen zu knacken und sensible Informationen abzugreifen.

Mit der IT-Sicherheitsrichtlinie der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, die in der überarbeiteten Fassung am 2. Juli 2025 in Kraft getreten ist, gelten verbindliche Anforderungen an den sicheren Betrieb von IT-Systemen in Zahnarztpraxen.

Dieses Seminar richtet sich an Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie Praxismanagerinnen und -manager, die sich einen Überblick über die Inhalte der IT-Sicherheitsrichtlinie und die damit verbundenen Pflichten für die Zahnarztpraxen verschaffen möchten.

Kursnummer: 1-2026

Termin: Mittwoch, 21.01.2026

Uhrzeit: 15:00–ca. 17:00 Uhr

Zielgruppen: Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie Praxismanagerinnen und -manager

Ort: online

Gebühr: kostenfrei

Fortbildungspunkte: 2

Referent: Oliver Lobisch, Informationssicherheitsbeauftragter der KZV Rheinland-Pfalz

Anmeldung: Bitte melden Sie sich für das Online-Seminar über unser Fortbildungsportal unter www.kzvrlp.de – Webcode 0111 an. Die Zugangsdaten senden wir Ihnen etwa zwei Tage vor der Fortbildung an die von Ihnen angegebene E-Mail-Adresse. ■

Fortbildung der KZV Rheinland-Pfalz: IT-Sicherheit: Awareness-Schulung für Praxispersonal

Aufgrund der IT-Sicherheitsrichtlinie der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung besteht eine verpflichtende Schulungspflicht für das gesamte Praxispersonal.

In dieser kompakten Awareness-Schulung lernen Mitarbeitende, wie sie sicher mit IT-Systemen und sensiblen Daten umgehen und Risiken wie Phishing oder Datenverlust vermeiden.

Kursnummer: 2-2026

Termin: Mittwoch, 28.01.2026

Uhrzeit: 15:00–ca. 17:00 Uhr

Zielgruppe: Praxispersonal

Ort: online

Gebühr: kostenfrei

Fortbildungspunkte: 2

Referent: Oliver Lobisch, Informationssicherheitsbeauftragter der KZV Rheinland-Pfalz

Bitte beachten Sie: Eine Teilnahmebescheinigung erhalten Sie nur nach persönlicher Anmeldung und Teilnahme am Seminar.

Anmeldung: Bitte melden Sie sich für das Online-Seminar über unser Fortbildungsportal unter www.kzvrlp.de – Webcode 0111 an. Die Zugangsdaten senden wir Ihnen etwa zwei Tage vor der Fortbildung an die von Ihnen angegebene E-Mail-Adresse. ■

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

Auch im nächsten Jahr bietet die KZV Rheinland-Pfalz Abrechnungskurse zu Zahnersatz und Festzuschüssen an – online und in Präsenz.

Einsteigerkurs (zweiteilig)

Kursnummer: 3-2026

Inhalte Kursteil 1

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

Termine:

• Präsenzkurs

Kursteil 1: Mittwoch, 04.03.2026

Kursteil 2: Freitag, 06.03.2026

Uhrzeit: jeweils 13:30-17:00 Uhr

Ort: KZV RLP, Isaac-Fulda-Allee 2, 55124 Mainz

Gebühr: 149 Euro (inklusive Seminarunterlagen und Imbiss)

Fortbildungspunkte: 8

Inhalte Kursteil 2

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

• Onlinekurs

Kursteil 1: Mittwoch, 19.08.2026

Kursteil 2: Freitag, 21.08.2026

Uhrzeit: jeweils 13:30-17:00 Uhr

Ort: online

Gebühr: 75 Euro

Fortbildungspunkte: 8

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

Fortgeschrittenenkurs (ohne Implantate)

Kursnummer: 4-2026

Inhalte

- » Wiederherstellungen
- » Kombinationszahnersatz

Termin: Mittwoch, 10.06.2026

Uhrzeit: 13:30-17:00 Uhr

Ort: online

Gebühr: 50 Euro

Fortbildungspunkte: 4

Sie können thematische Fragen bis 14 Tage vor dem Kurstermin per E-Mail (✉ zekurse@kzvrlp.de) einreichen. Wir werden uns bemühen, die Fragen in den Kurs einzuarbeiten und zu beantworten.

ZE-Versorgung auf Implantaten

Kursnummer: 5-2026

Inhalte

- » Implantatversorgungen (mit und ohne Ausnahmeindikation)
- » Wiederherstellungen

Termin: Mittwoch, 28.10.2026

Uhrzeit: 13:30-17:00 Uhr

Ort: KZV RLP, Isaac-Fulda-Allee 2, 55124 Mainz

Gebühr: 79 Euro (inklusive Seminarunterlagen und Imbiss)

Fortbildungspunkte: 4

Sie können thematische Fragen bis 14 Tage vor dem Kurstermin per E-Mail (✉ zekurse@kzvrlp.de) einreichen. Wir werden uns bemühen, die Fragen in den Kurs einzuarbeiten und zu beantworten.

Referentinnen und Anmeldung: Die Kurse werden von Sabrina Gessner und Suzi Paula de Jesus Rodrigues aus dem Geschäftsbereich Abrechnung der KZV Rheinland-Pfalz geleitet. Bitte melden Sie sich über unser Fortbildungsportal unter www.kzvrlp.de – Webcode 0111 zu den Kursen an. Die Teilnehmerzahl ist jeweils begrenzt. Es können daher maximal zwei Personen je Praxis teilnehmen. ■

KZBV-Vertreterversammlung: Paradebeispiel Prävention

Die Zahnmedizin beweist: Prävention schafft nicht nur mehr Gesundheit, sondern spart auch Kosten. Bei der geplanten Finanzreform der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sollte der Gesetzgeber die zahnärztliche Versorgung deshalb zum Vorbild nehmen, forderte die Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV).

Text: Katrin Becker

Die in diesem Jahr veröffentlichte Sechste Deutsche Mundgesundheitsstudie belegt: Die Gesundheitskompetenz und die Mundgesundheit der Menschen in Deutschland haben sich stetig und nachhaltig verbessert. „Der Schlüssel dieses Erfolges liegt in der konsequenten Präventionsausrichtung“, sagte der Vorstandsvorsitzende der KZBV, Martin Hendges, anlässlich der Vertreterversammlung Mitte November in Berlin. Völlig zurecht nehme die Politik daher immer wieder Bezug auf die positiven Ergebnisse der Mundgesundheitsstudie. Zuvor hatte Tino Sorge (CDU), parlamentarischer Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium, in seinem Grußwort das erfolgreiche Engagement der Zahnärzteschaft unterstrichen. „80 Prozent der 12-Jährigen haben heute gar keine Karies mehr. Bei den 65- bis

74-Jährigen sind nur fünf Prozent zahllos. Diese Zahlen sind ein eindrucksvoller Beleg dafür, dass es durchaus einen Unterschied macht, ob die Politik gemeinsam mit Berufsträgern an Erfolg versprechenden Lösungen arbeitet. Dafür ist die Zahnmedizin ein Garant.“

Hendges appellierte an die Bundesregierung, die Prävention stärker in den Fokus der Gesundheitspolitik zu rücken und die zahnärztliche Versorgung zum Vorbild für anstehende Reformen zu nehmen. „Die zahnärztliche Versorgung in Deutschland ist das Paradebeispiel, um aufzuzeigen, wie ein funktionierendes, nachhaltiges und qualitätsgesichertes Gesundheitswesen aussehen kann“, betonte er und fügte hinzu: „Wir sind effizient und wirtschaftlich, stellen mit hoher Qualität und hohem Health Outcome die Versorgung flächendeckend sicher, haben die Bedeutung der Prävention bei unseren Patienten fest verankert und zeigen, wie sich Eigenverantwortung und soziale Absicherung in der GKV problemlos verbinden lassen.“



Der KZBV-Vorsitzende Martin Hendges erklärte die zahnärztliche Versorgung zum Paradebeispiel für erfolgreiche Prävention. Fotos: © KZBV/Darchinger

Fachlich überzeugen statt poltern

In seiner Rede analysierte der KZBV-Chef die gesundheitspolitischen Gesetzesvorhaben der Bundesregierung. Sein Augenmerk lag auf dem „Gesetz zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege“, das als sogenanntes Omnibus-Gesetz erste GKV-Sparmaßnahmen vorsieht. Hendges: „Mit großer Genugtuung neh-

men wir zur Kenntnis, dass die vertragszahnärztliche Versorgung im Sparpaket außen vor geblieben ist und Bundesgesundheitsministerin Warken nicht den Rasenmäher angeworfen hat.“ Dieser Erfolg sei kein Zufall, sondern das Ergebnis harter Arbeit. „Wir haben es geschafft, die politischen Entscheidungsträger mit validen Daten und Fakten von der Sonderrolle der vertragszahnärztlichen Versorgung zu überzeugen“, sagte der KZBV-Vorsitzende. „Wir poltern nicht, sondern überzeugen und machen deutlich, welche Bedeutung die Selbstverwaltung hat und wie leistungsstark sie ist“, ergänzte er.

Bei aller Zufriedenheit über das Erreichte lenkte Hendges auch den Blick auf die anstehenden Herausforderungen und die Finanzkommission Gesundheit. Das von CDU-Bundesgesundheitsministerin Nina Warken eingerichtete Gremium hat im September seine Arbeit aufgenommen. Es soll in den kommenden Monaten Maßnahmenvorschläge zur mittel- und langfristigen Stabilisierung der GKV-Finzen erarbeiten und hierfür alle Versorgungsbereiche betrachten. „Ohne den Mitgliedern der Finanzkommission zu nahe treten zu wollen, sehe ich hier keine Fachexpertise in Richtung Zahnmedizin“, befand Hendges. Er merkte daher positiv an, dass die Selbstverwaltung in den Findungsprozess eingebunden und die KZBV aufgefordert wurde, Vorschläge in die Finanzkommission einzubringen.

Forderungen an die Politik

In verschiedenen Anträgen befassten sich die Delegierten der KZBV-Vertreterversammlung mit den anstehenden Reformen im Gesundheitswesen. Sie forderten den Gesetzgeber auf, das zahnärztliche Versorgungssystem als Paradebeispiel für Präventionserfolge, stabile Finanzen und Eigenverantwortung im Gesundheitswesen zum Vorbild für alle Sektoren im Gesundheitswesen zu nehmen. Zugleich appellierten sie an die Politik, nicht durch Kostendämpfungsmaßnahmen, Ausgliederungen aus dem GKV-Leistungskatalog, Eingriffe in den Sicherstellungsauftrag der zahnärztlichen Selbstverwaltung oder andere Maßnahmen einschränkend in die vertragszahnärztliche Versorgung einzugreifen. Diese und weitere Anträge sind einsehbar unter www.kzbv.de. ■

Neue Aufgabe für Dr. Christine Ehrhardt



Dr. Christine Ehrhardt, Vorsitzende des Vorstandes der KZV Rheinland-Pfalz (Bildmitte), wurde zur neuen stellvertretenden Vorsitzenden der KZBV-Vertreterversammlung gewählt. Sie folgt auf Meike Gorski-Goebel, die im Oktober in den Vorstand der KZBV wechselte. Gemeinsam mit Dr. Holger Seib (KZV Westfalen-Lippe, links im Bild) und Dr. Jürgen Welsch (KZV Bayerns, rechts) leitet sie ab sofort die Sitzungen der KZBV-Vertreterversammlung.

Die Wahl war ein Novum: Nachdem es Ehrhardt und ihrer Mitbewerberin Dr. Conny Langenhahn (KZV Thüringen) in drei Wahlgängen nicht gelungen war, eine Mehrheit auf sich zu vereinigen, musste das Los entscheiden. Das sieht die KZBV-Satzung bei einer Patt-Situation vor. Das Los war in diesem Fall eine Münze, die zugunsten der rheinland-pfälzischen KZV-Chefin fiel.

Die KZBV-Vertreterversammlung ist das oberste Entscheidungsgremium der Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte. Ihr gehören Delegierte aus allen 17 Kassenärztlichen Vereinigungen an. Sie kommt zweimal im Jahr zusammen und bestimmt die Ausrichtung der Politik der KZBV mit. Die KZV Rheinland-Pfalz ist mit drei Delegierten vertreten: Dr. Christine Ehrhardt, San.-Rätin Dr. Kerstin Bienroth und Dr. Kai-Peter Zimmermann.

ePA für alle: „Eine digitale Pappschachtel“

Die elektronische Patientenakte (ePA) sorgt seit ihrer Einführung für Debatten. Die Kritik an Sicherheit, technischer Stabilität und Benutzerfreundlichkeit ist groß. Auf Einladung des Landesdatenschutzbeauftragten und der Verbraucherzentrale diskutierten Fachleute im rheinland-pfälzischen Landtag Chancen und Risiken der digitalen Anwendung.

Text: Katrin Becker

Anfang dieses Jahres wurde die elektronische Patientenakte sukzessive für alle gesetzlich Versicherten eingeführt. Seit 1. Oktober 2025 sind medizinische Einrichtungen wie Arzt- und Zahnarztpraxen verpflichtet, sie mit Behandlungsdaten zu befüllen. Grundsätzlich bietet die ePA enormes Potenzial, die medizinische Versorgung zu verbessern und die Patientensicherheit zu erhöhen, waren sich die Diskutanten einig. Ausgeschöpft werde dieses Potenzial derzeit allerdings nicht. „Die ePA ist eine digitale Pappschachtel“, sagte Dr. Anja von Buch. Die Hausärztin aus Bad Kreuznach bemängelte vor allem die fehlende Struktur: Befunde würden nur als unstrukturierte PDF-Dokumente abgelegt. Suchfunktionen würden fehlen. Der praktische Nutzen beschränke sich aktuell auf die elektronische Medikationsliste. „Sie ist sehr hilfreich für Patienten und für die Praxen“, sagte die Hausärztin.

Eine Sicht, die Prof. Dr. Sebastian Kuhn, Direktor des Instituts für Digitale Medizin des Universitätsklinikums Gießen und Marburg, teilte. „Die ePA ist eine Online-Festplatte, die schlecht gepflegt ist.“ Er kritisierte, dass die elektronische Akte derzeit dokumentenbasiert und nicht datenbasiert sei. Sie diene den Nutzern lediglich als Archiv, statt einen adäquaten Informationsfluss für Leistungserbringer zu schaffen. Kuhn betonte: „Es kann Leben retten, wenn die richtigen Informationen zum richtigen Zeitpunkt beim richtigen Arzt landen. Ethisch ist es nicht mehr vertretbar, dass wir diese Chance nicht nutzen.“ Darüber hinaus kritisierte er ein „funda-

mentales Missverständnis“ bei den Beteiligten und insbesondere in der Politik, wie digitale Prozesse erfolgreich gestaltet werden. So werde Digitalisierung in Deutschland primär als technische Herausforderung und nicht als medizinisch-fachliche, technisch-rechtliche, ethische und gesellschaftliche Aufgabe betrachtet.

Patienten können künftig Daten aus ihrer ePA Forschungszwecken zur Verfügung stellen. Dr. Traugott Gruppe vom Pharmakonzern Böhlinger kritisierte ebenfalls die mangelhafte Datenqualität. Die ePA gleiche einem unsortierten Archiv, dabei benötige die Forschung neben qualitativ guten Daten einheitliche Standards. Er entgegnete Bedenken, dass ePA-Nutzer zum gläsernen Patienten würden: „Es geht uns nicht um den einzelnen Patienten, sondern um die Gesamtheit. Wir sind interessiert an aggregierten und kollektivierten Datensätzen, die helfen, Versorgungsabläufe zu verstehen.“

„ePA muss zum Fliegen kommen“

Bei der Techniker Krankenkasse, mit über zwölf Millionen Versicherten die größte Krankenkasse, nutzen bislang nur 800.000 Versicherte ihre ePA aktiv. Der Chef der Landesvertretung Rheinland-Pfalz, Jörn Simon sieht die digitale Anwendung in einer entscheidenden Phase: „Jetzt muss die ePA zum Fliegen kommen.“ Damit sie vollends in der Bevölkerung ankommt, müssten deren Vorteile weiter kommuniziert werden. Zudem brauche es einen



Fachleute aus der Ärzteschaft und des Verbraucherschutzes, von Krankenkassen, Wissenschaft und Politik diskutierten über die bisherigen Erfahrungen mit der elektronischen Patientenakte.

Foto: © Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz

einfacheren Zugang. „Das Anmeldeverfahren ist mega kompliziert. Gerade für ältere Menschen ist es eine große Hürde“, so Simon.

Heike Troue, Vorständin der Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz, schloss sich an. „Damit die ePA ihr volles Potenzial entfalten kann, müssen die Zugangs- und Anmeldeprozesse deutlich einfacher werden. Viele Versicherte wissen zudem gar nicht, dass sie den elektronischen Personalausweis für die Anmeldung nutzen können.“

Fehlerkultur angemahnt

IT-Spezialistin Bianca Kastl hat bereits in der Vergangenheit auf Sicherheitslücken bei der ePA hingewiesen. Zwar sei das System sicherer geworden, dennoch gebe es weiterhin Risiken, die mit den „etablierten Regeln der Technik“ vermieden werden könnten. Sie forderte unabhängige und belastbare Sicherheitsprüfungen, mehr Transparenz über Risiken und einen offenen Entwicklungsprozess. Adressiert an die Politik, die über die gematik die Entwicklung der ePA bestimmt, sagte sie: „Es fehlt ein Prozess, mit Fehlern sinnvoll umzugehen und Probleme schnell zu lösen.“ Insgesamt sieht sie die Abhängigkeit der gematik von der Politik als problematisch. „Die gematik macht aus politischem Willen und Druck technische Spezifikation“, so Kastl.

Aus Sicht des Datenschutzes plädierte der rheinland-pfälzische Datenschutzbeauftragte, Prof. Dr.

Dieter Kugelmann, für einen realistischen Blick, der die Vorteile der ePA erkennt, ohne die Risiken auszublenden. „Einhundertprozentige Sicherheit bei komplexen IT-Projekten wird es nicht geben. Die Abwägung, welche Risiken für den Schutz sensibler Gesundheitsdaten man bereit ist einzugehen, um die Chancen der elektronischen Patientenakte zu nutzen, muss gesellschaftlich getroffen werden.“ Zudem liege auch Verantwortung bei den Versicherten selbst: „Sie haben die Möglichkeit, bei der elektronischen Patientenakte selbstbestimmt zu agieren.“

Ist die ePA zu retten?

Einig waren sich die Diskutanten darin, dass elektronischen Akten grundsätzlich geeignet seien, Versorgung zu verbessern, Patienten zu steuern und Behandlungskosten zu senken. Die „ePA für alle“ sei ein erster Schritt in die richtige Richtung. Sie könne aber nur dann zum Erfolg werden, wenn alle relevanten Akteure beteiligt werden – von Politik und Medizin über IT und Datenschutz bis zu den Patienten. „Wir müssen in einen anderen Entwicklungsprozess gehen – weg von einer staatlichen Behörde, hin zu einem gut moderierten, partizipativen Prozess“, sagte Mediziner Kuhn. Für ihn braucht es vor allen Dingen ein lernendes System.

Auch sei das Zutrauen der Patienten entscheidend. „Die ePA wird nur dann eine Erfolgsgeschichte werden, wenn die Versicherten Vertrauen in das Instrument haben“, unterstrich der rheinland-pfälzische Landtagspräsident Hendrik Hering (SPD) bei der Eröffnung der Veranstaltung. Patienten müssten allerdings befähigt werden, Eigenverantwortung für ihre Daten zu übernehmen. Hering: „Die ePA wird ein Gewinn für die Menschen, wenn sie gekoppelt ist mit Medien- und Gesundheitskompetenz ihrer Nutzerinnen und Nutzer bei höchstmöglichem Datenschutz. Dabei braucht es konsequente Unterstützung und Aufklärungsarbeit.“ ■

Mundgesundheitsstudie: Risikofaktor „Migrationsgeschichte“

Menschen mit Migrationsgeschichte haben ein erhöhtes Risiko für orale Erkrankungen. Das zeigt die Sechste Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS • 6). Sie ist die erste Untersuchung, die gezielt bundesweit die Mundgesundheit bei Menschen mit Migrationshintergrund analysiert.

Text: Katrin Becker

Für die Studie wurden das Mundhygiene- und Inanspruchnahmeverhalten, die Prävalenzen einzelner oraler Erkrankungen sowie deren Versorgung für Menschen mit und ohne Migrationsgeschichte miteinander verglichen. Insgesamt flossen Daten von 896 älteren Kindern (12 Jahre), 863 jüngeren Erwachsenen (35 bis 44 Jahre) und 753 jüngeren Seniorinnen und Senioren (65 bis 74 Jahre) in die Analyse ein.

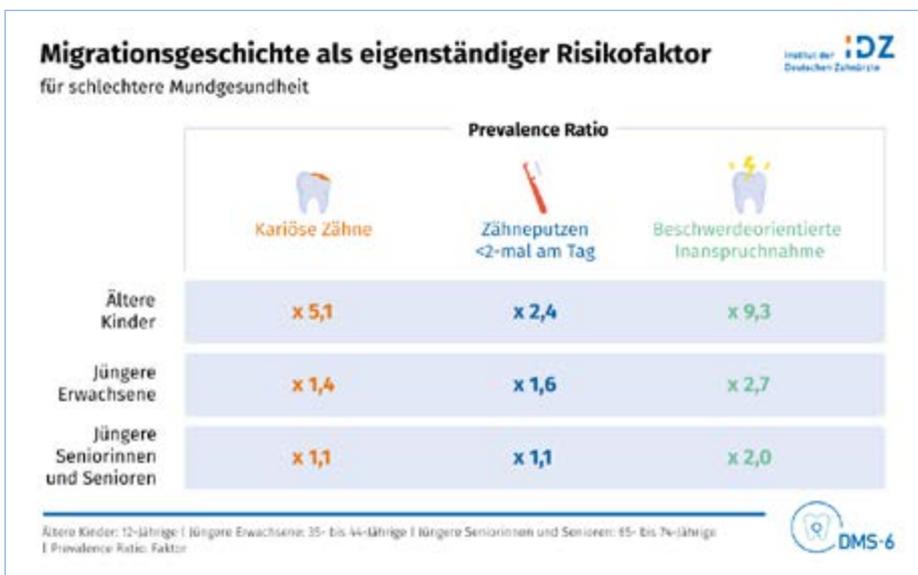
Über alle Altersgruppen hinweg zeigte sich, dass Personen mit Migrationshintergrund zahnärztliche Behandlungen häufiger erst bei akuten Beschwerden in Anspruch nahmen als Menschen ohne Migrationsgeschichte: Bei den älteren Kindern waren es 18 Prozent gegenüber 2 Prozent, bei den jüngeren Erwachsenen 25 Prozent gegenüber 9 Prozent und bei den jüngeren Seniorinnen und Senioren 25 Prozent gegenüber 11 Prozent.

Auch bei der Mundhygiene traten deutliche Unterschiede zutage. Besonders bei den 12-Jährigen war der Anteil derjenigen mit Migrationsgeschichte, die sich seltener als zweimal täglich die Zähne putzten, deutlich höher (29 Prozent gegenüber 11 Prozent). Kinder

und Erwachsene mit Migrationsgeschichte hatten zudem mehr kariöse Zähne als Gleichaltrige ohne Migrationsgeschichte (Kinder: 0,4 vs. 0,1 Zähne; Erwachsene: 0,8 vs. 0,3 Zähne) und gleichzeitig einen geringeren Karies-Sanierungsgrad (68 vs. 77 Prozent bzw. 87 vs. 96 Prozent). Bei den Seniorinnen und Senioren zeigte sich ein etwas anderes Bild: Menschen mit Migrationsgeschichte hatten zwar etwas weniger kariöse Zähne (0,3 vs. 0,4). Sie hatten jedoch mehr fehlende Zähne (9,8 vs. 8,3) und weniger restaurierte Zähne (7,9 vs. 8,9) als ihre Altersgenossen ohne Migrationsgeschichte. Am auffälligsten war, dass die untersuchten Personen mit Migrationshintergrund häufiger zahnlos (9 vs. 4 Prozent) waren. In allen Altersgruppen waren zudem die Plaquewerte höher, wobei der Unterschied bei den Kindern am größten war (Kinder: 62 vs. 48 Prozent; Erwachsene: 49 vs. 41 Prozent; Seniorinnen und Senioren: 49 vs. 43 Prozent). Entsprechend traten auch Zahnfleischbluten und ein klinisch relevanter Attachmentverlust häufiger bei Erwachsenen sowie Seniorinnen und Senioren mit Migrationsgeschichte auf.

Migrationsgeschichte als Risikofaktor

In allen Altersgruppen zeigten sich somit signifikante Zusammenhänge zwischen Migrationshintergrund und schlechteren Mundgesundheit sowie einem ungünstigeren Mundgesundheitsverhalten. Selbst nach statistischer Berücksichtigung



von Alter, Geschlecht und Bildungsstand wiesen Menschen mit Migrationsgeschichte signifikant höhere Plaque-Werte, häufiger Zahnfleischbluten und mehr Karies auf. Die Studienautoren betrachten Migrationsgeschichte deshalb als eigenständigen Risikofaktor für eine schlechtere Mundgesundheit.

Die Ergebnisse deuten laut den Autoren darauf hin, dass Menschen mit Migrationsgeschichte nicht in gleicher Weise von den Angeboten zur Individual- und Gruppenprophylaxe profitierten wie Personen ohne Migrationshintergrund. Sie empfehlen, in zukünftigen Analysen potenzielle Zugangsbarrieren und migrationsbezogene Einflussfaktoren auf die Mundgesundheit wie Herkunft oder Sprachkenntnisse zu berücksichtigen. Angesichts des Anstiegs der



Zahl Eingewanderter in Deutschland sei zu erwarten, dass Zahnarztpraxen mit einem zusätzlichen Behandlungsbedarf konfrontiert werden. Um die zahnärztliche Versorgung von Menschen mit Migrationsgeschichte zu verbessern, müsse der gleichberechtigte Zugang zu Präventionsmaßnahmen gefördert werden, so das Fazit der Autoren. ■

In eigener Sache: Spende statt Weihnachtskarten

Liebe Kolleginnen und Kollegen, sehr geehrte Damen und Herren,

die KZV Rheinland-Pfalz verzichtet auch in diesem Jahr auf postalische Weihnachtsgrüße und spendet stattdessen den Gegenwert des Versandes an einen gemeinnützigen Verein. Die Wahl fiel in diesem Jahr auf den Kinderschutzbund Rheinland-Pfalz.

Seit mehr als 50 Jahren engagiert sich der Verein für die Rechte und das Wohlergehen aller Kinder und Jugendlichen in Deutschland. Die Jüngsten unserer Gesellschaft zu beschützen, sie zu unterstützen und in ihrer gesunden Entwicklung zu

fördern – das ist das Ziel des Kinderschutzbundes auch bei uns in Rheinland-Pfalz. Zum Landesverband gehören 24 Orts- und Kreisverbände, auch in Ihrer Nähe, in denen über 1.300 Ehrenamtliche und mehr als 500 Menschen hauptamtlich arbeiten. Mit vielfältigen Projekten und Beratungsangeboten helfen sie Kindern und unterstützen Familien in schwierigen Lebenssituationen und leisten somit einen wichtigen Beitrag zur Förderung der Chancengleichheit von Kindern und Jugendlichen.

Die Kinderschutzbund finanziert sich auch aus Spenden. Mit unserer Spende möchten wir dazu beitragen, dass der Verein seine wertvolle gesellschaftliche Arbeit für die Rechte von Kindern und Jugendlichen 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



KZVRLP

KASSENZAHNÄRZTLICHE VEREINIGUNG
RHEINLAND-PFALZ

Offizielles Mitteilungsblatt und Rundschreiben der
Kassenzahnärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz