

# KZV AKTUELL

MITTEILUNGSBLATT DER KASSENZAHNÄRZTLICHEN  
VEREINIGUNG RHEINLAND-PFALZ

## Fokus

### Gesundheitskompetenz im Fokus

#### Praxis

Qualitätsprüfung von Cp und P:  
Vitalerhaltung der Pulpa muss möglich erscheinen

#### Politik

Landtagswahl 2026:  
Die Pläne der Parteien für die Gesundheitsversorgung

#### Praxis

Notdienst:  
Welche Rechte, welche Pflichten?



## Position

- 3** Stellschraube Gesundheitskompetenz

## Abrechnung

- 4** Richtig abrechnen – Praxisressourcen gezielt einsetzen

## Praxis

- 5** „CIRS dent“: Aus Erfahrungen lernen  
**6** Qualitätsprüfung von Cp und P: Vitalerhaltung der Pulpa muss möglich erscheinen

## Aktuell

- 8** ePA: Abrechnungsdaten nur für Patienten sichtbar

## KZV Rheinland-Pfalz

- 9** Information über die anstehende Nachwahl eines stellvertretenden Mitglieds des Vorstandes der KZV Rheinland-Pfalz

- 21** KZV auf Social Media:  
Jetzt abonnieren!

## Praxis

- 10** Notdienst: Welche Rechte, welche Pflichten?

## Fokus

- 12** Studie zur Gesundheitskompetenz: Mehrheit der Deutschen versteht Gesundheitsinformationen nicht  
**16** Nationaler Aktionsplan: 15 Empfehlungen für mehr Gesundheitskompetenz

## Rundschreiben

Wichtige Informationen für Zahnärzte und Praxisteam

## Fokus

- 18** Gesundheitskompetenz: „Es fehlt an zielgruppen-spezifischen Interventionen“

### 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

### Redaktionsassistenz

Michaela Merz

### Grafik und Produktion

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

### Bildnachweis

Titelfoto: Amni/AdobeStock

## KZV Rheinland-Pfalz

- 21** Das Koblenzer Jugendtheater präsentiert:  
Amélie – Das Musical

## Politik

- 22** Landtagswahl 2026:  
Die Pläne der Parteien für die Gesundheitsversorgung

## Aktuell

- 26** Änderung des BGB:  
Erste Kopie der Behandlungsakte kostenfrei  
**28** Selbstverwaltung:  
AS Akademie erfolgreich absolviert  
**29** Cybersicherheit: NIS2-Richtlinie gilt für große Praxen  
**30** Informationsstelle für Patienten: Was Ratsuchende bewegt

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:  
20.04.2026

# Stellschraube Gesundheitskompetenz

Die Zahlen lassen aufhorchen: Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz verursachen durchschnittlich fast dreimal höhere Gesundheitskosten als besser informierte Personen. Allein durch eine Verbesserung der Gesundheitskompetenz um 25 Prozent ließe sich das Gesundheitssystem jährlich um bis zu 22 Milliarden Euro entlasten. Zu diesem Ergebnis kommt der aktuelle „Health Inclusivity Index“ des Analyseinstituts Economist Impact.

Geringe Gesundheitskompetenz ist keine Randerscheinung. Mehr als die Hälfte der Erwachsenen in Deutschland hat Schwierigkeiten, medizinische Informationen zu finden, richtig einzuordnen und für eigene Entscheidungen zu nutzen. Arzt- und Zahnarztgespräche werden nicht immer verstanden, Vorsorgeangebote werden nicht wahrgenommen, Therapien verzögert oder abgebrochen. Die Folgen sind ungesunde Verhaltensweisen, verspätete Behandlungen, überlastete Notaufnahmen und vermeidbare Folgekosten. Vor dem Hintergrund von Ärztemangel und rasant steigender Gesundheitsausgaben wird deutlich: Der Ausbau von Gesundheitskompetenz ist eine zentrale Stellschraube, um unser Gesundheitssystem langfristig resilient und zukunftsfähig zu gestalten.

Bei allen Umfragen und Zahlen bleibt eine zentrale Erkenntnis: Gesundheitskompetenz lässt sich nicht verordnen. Sie entsteht dort, wo Informationen verständlich aufbereitet werden, Prävention früh ansetzt und Menschen befähigt werden, Verantwortung für ihre Gesundheit zu übernehmen. Entscheidend sind die Lebenswelten der Menschen, der persönliche Kontakt und der kontinuierliche Dialog.



Dabei hängt der kompetente Umgang mit Gesundheitsinformationen nicht allein von individuellen Voraussetzungen ab. Gesundheitskompetenz ist immer auch eine Frage der Strukturen. Sie betrifft ebenso die Kompetenzen derjenigen, die Teil der Versorgungslandschaft sind, sprich der Institutionen, Organisationen und insbesondere der Heilberufe. Gerade wir Zahnärztinnen und Zahnärzte spielen hier eine Schlüsselrolle, weil wir unsere Patientinnen und Patienten oft über Jahre begleiten und Prävention fest in unserem Berufsbild verankert ist.

Die Zahnärzteschaft geht diesen Weg seit vielen Jahren konsequent. Die Gruppenprophylaxe in Kitas und Schulen erreicht Kinder und Jugendliche frühzeitig, altersgerecht und nachhaltig. Sie vermittelt nicht nur Wissen, sondern prägt gesundheitsbewusstes Verhalten. Die Individualprophylaxe stärkt das Bewusstsein jedes Einzelnen für die eigene Mundgesundheit und macht erlebbar, wie Prävention konkret funktioniert. Mit unserer Patienteninformationsstelle bieten wir zudem Orientierung in einem zunehmend komplexen Gesundheitswesen mit vielfältigen analogen und digitalen Informationsquellen – unabhängig und qualitätsgesichert.

Während Versorgungspraxis und Wissenschaft die Bedeutung der Gesundheitskompetenz also längst erkannt haben, fehlt es bislang an einer vergleichbaren politischen Aufmerksamkeit. Doch wer die Zukunftsfähigkeit des Gesundheitssystems ernsthaft sichern will, muss Gesundheitskompetenz als Schlüssel begreifen und ihr auf politischer Ebene den Stellenwert einräumen, den sie verdient.

Ihre

A handwritten signature in black ink, appearing to read "K. Bienroth".

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

„Gesundheitskompetenz  
lässt sich nicht verordnen.“

# Richtig abrechnen – Praxisressourcen gezielt einsetzen

In Zeiten knappen Personals ist es besonders wichtig, den administrativen Aufwand in der Zahnarztpraxis effizient zu gestalten. Eine korrekte und vollständige Abrechnung trägt entscheidend hierzu bei.

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

**A**ls Kassenzahnärztliche Vereinigung unterstützen wir Sie gerne im Rahmen unserer Möglichkeiten bei der Abrechnung. Auch wenn es nicht ganz ohne Bürokratie und formale Vorgaben geht, können wir gemeinsam Einiges im Vorfeld vermeiden. Dies entlastet Ihren Praxisalltag spürbar. Ein zentraler Ansatzpunkt ist die Reduzierung von Fehlermeldungen in Abrech-

nungen. Jede Fehlermeldung führt zu zusätzlichem Bearbeitungsaufwand - sowohl bei der KZV als auch in Ihrer Praxis. Rücksprachen in der Praxis sind dann notwendig, die wertvolle Zeit binden. Jede vermiedene Korrektur verringert die Rücksprachen und trägt zu einem reibungslosen Praxisablauf bei. ■

<b>Allgemeine Hinweise</b>	<p>Keine Übermittlung von Testpatienten/Musterpatienten</p> <p>Korrekte Zahnarztnummer und alle Zahnarztnummern eintragen</p> <ul style="list-style-type: none"><li>» Die Zahnarztnummer muss der KZV bekannt sein.</li><li>» Auch wenn ein Zahnarzt nur zeitweise in der Praxis beschäftigt war, ist die Nummer anzugeben.</li><li>» Die Zahnarztnummer darf nur für Tage eingetragen sein, an denen der Zahnarzt in der Praxis zugelassen oder als angestellter Zahnarzt genehmigt war.</li></ul> <p>Prüflauf durchführen</p> <ul style="list-style-type: none"><li>» Fehlerprotokoll vollständig abarbeiten. - Angezeigte Fehlercodes nicht ignorieren, sondern die Fehler beheben. Kontaktieren Sie bei Unklarheiten gerne die KZV.</li><li>» Das Datenfeld „KZV-interne Mitteilung/Vermerk“ nutzen und beim Ausfüllen nicht sparsam sein.</li><li>» Fehlercode AL262 (vom Modul nicht abschließend geprüfte Leistung) - Hier sollten Sie das Feld „KZV-interne Mitteilung/Vermerk“ für eine nähere Beschreibung nutzen, denn nur so lassen sich Rückfragen vermeiden.</li></ul> <p>Bei Fällen, die schon einmal eingereicht und von uns abgelehnt wurden, prüfen Sie bitte, ob die notwendigen Korrekturen durchgeführt wurden.</p> <p>Auf die Verjährung achten: Liegen die Leistungen des Falles mehr als vier Quartale zurück, dann ist er verjährt. Alle anderen Fälle können erneut bzw. als „Altquartalsfälle“ abgerechnet werden.</p> <p>Keine Abrechnung einzelner Leistungen eines Falles aus Vorquartalen</p>
<b>Sonstige Kostenträger (Sozialämter, Bereitschaftspolizei, Bundeswehr)</b>	<p>Die Behandlungsscheine/Behandlungspläne senden Sie bitte im Original und zeitgleich mit der Online-Übermittlung an die KZV. Die Scheine müssen vollständig ausgefüllt sein:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>» Abrechnungsstempel und Unterschrift vorhanden</li><li>» Gültigkeitsdauer beachten</li><li>» Bei „Tagesscheinen“ alle Scheine übersenden</li></ul> <p><b>Aber:</b> nur <b>eine</b> Online-Übermittlung</p>
<b>Laborleistungen</b>	<p>Vor der Übermittlung Laborleistungen sorgfältig prüfen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>» Entsprechen die abgerechneten Leistungen den beauftragten Leistungen?</li><li>» Stimmen Anzahl und Art der Leistung?</li><li>» Stimmen die Preise?</li><li>» Stimmen die Daten (immer das Herstellungsdatum angeben)?</li></ul>

# „CIRS dent“: Aus Erfahrungen lernen

Im Berichts- und Lernsystem „CIRS dent – Jeder Zahn zählt!“ können Zahnärztinnen und Zahnärzte anonym kritische Ereignisse aus ihrem Behandlungsalltag schildern. Es erfüllt die Standards für Fehlermeldesysteme, die in der Qualitätsmanagement-Richtlinie festgelegt sind.

Text: Katrin Becker

**A**us Fehlern lernt man. Man muss jedoch nicht jeden Fehler selbst machen, sondern kann auch von Erfahrungen anderer profitieren. Das ist der Gedanke hinter „CIRS dent – Jeder Zahn zählt!“. Das Berichts- und Lernsystem der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) bietet Zahnärztinnen und Zahnärzten einen geschützten Raum, um über unerwünschte Ereignisse aus ihrem Praxisalltag zu berichten, sich zu informieren und miteinander auszutauschen. Ziel ist es, Zahnärztinnen und Zahnärzte für potenzielle Fehlerquellen in der eigenen Praxis zu sensibilisieren und unerwünschte Ereignisse zu vermeiden. Das System leistet somit einen wichtigen Beitrag zur Qualitätssicherung und zur Patientensicherheit in der zahnärztlichen Versorgung. „CIRS dent“ erfüllt die Anforderungen an Risiko- und Fehlermanagementsysteme, die die Qualitätsmanagement-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses vorgibt.

## Meldungen sind anonym, freiwillig und sanktionsfrei

Das System bietet Zahnarztpraxen eine pragmatische Hilfestellung, die Richtlinie unbürokratisch einzuhalten. Die Praxen unterliegen dabei aber keinem Zwang, sondern sie können kritische Ereignisse freiwillig, anonym und sanktionsfrei melden. Der Datenschutz spielt dabei eine entscheidende Rolle. Nutzerinnen und Nutzer können nicht identifiziert werden, da das System keine IP-Adressen speichert und Daten nur verschlüsselt übertragen werden. Außerdem werden alle Berichte zunächst von einem Fachberatungsgremium von KZBV und BZÄK gelesen. Falls nötig, werden Details wie Namen oder Ortsangaben verändert oder gelöscht, sodass Rückschlüsse auf die Praxis nicht möglich sind. Im Sin-



Foto: KZBV/BZÄK

ne eines Qualitätskreislaufes ergänzt das Gremium jeden Bericht zudem um Lösungsvorschläge, wie das geschilderte Ereignis künftig vermieden werden kann. Erst dann wird der Bericht veröffentlicht und zur Kommentierung freigegeben. Nicht zuletzt ist „CIRS dent“ ein geschlossenes System. Nur registrierte Nutzerinnen und Nutzer können die Berichte einsehen.

## Zugang zu „CIRS dent“

„CIRS dent – Jeder Zahn zählt!“ wird im Internet unter [www.cirsdent-jzz.de](http://www.cirsdent-jzz.de) betrieben. Zum Projektstart hatten alle rheinland-pfälzischen Vertragszahnärztinnen und -zahnärzte von der KZV Rheinland-Pfalz per Post einen anonymen Registrierungsschlüssel erhalten. Neu zugelassene Zahnärztinnen und Zahnärzte erhalten ihren Schlüssel mit den Zulassungsunterlagen. Darüber hinaus können Praxisinhaberinnen und -inhaber ebenso wie angestellte Zahnärztinnen und Zahnärzte Registrierungsschlüssel per E-Mail an [empfang@kzvrlp.de](mailto:empfang@kzvrlp.de) anfordern. Mit dem Schlüssel melden sie sich einmalig anonym im System an und legen anschließend einen Benutzernamen und ein Passwort fest. Mehr Informationen zu „CIRS dent“ gibt es online unter [www.kzvrlp.de](http://www.kzvrlp.de) – Webcode 0082. ■

# Qualitätsprüfung von Cp und P: Vitalerhaltung der Pulpa muss möglich erscheinen

Wird die Zahnpulpa zur Vitalerhaltung indikationsgerecht versorgt? Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sind gesetzlich verpflichtet, dies zu prüfen. Doch was heißt indikationsgerechte indirekte oder direkte Überkappung?

Text: Dr. Stefan Hennen

**A**us vertragszahnärztlicher Sicht ist der Einheitliche Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) ausschlaggebend. Er dient als Basis für die Abrechnung von Behandlungen in Zahnarztpraxen mit der gesetzlichen Krankenversicherung. Die indirekte Überkappung wird mit der BEMA-Nr. 25 (Cp) abgerechnet, die direkte Überkappung mit der BEMA-Nr. 26 (P). Ziel bei beiden Maßnahmen ist die langfristige Vitalerhaltung einer gefährdeten Pulpa. Die Anwendung der Leistungen nach den BEMA-Nummern 25 und 26 ist nur dann angebracht, wenn es durch sie möglich erscheint, die Devitalisierung der Pulpa eines Zahnes zu vermeiden, der erhaltungswürdig und erhaltungsfähig ist.

## Wann ist eine „Cp“ abrechenbar?

„Indirekte Überkappung zur Erhaltung der gefährdeten Pulpa, ggf. einschließlich des provisorischen oder temporären Verschlusses der Kavität“ lautet die Beschreibung der BEMA-Nr. 25. Sie kommt zum Ansatz, wenn eine tiefe, das heißt pulpennahe Karies behandelt wird. Leistungsinhalt der BEMA-Nr. 25 sind Maßnahmen, die der Vitalerhaltung der Pulpa dienen. Bei bereits pulpitischen oder gar devitalen Zähnen ist eine „Cp“ nicht Vertragsleistung und kontraindiziert. Außerdem ist Voraussetzung, dass der Zahn selbst erhaltungswürdig und erhaltungsfähig ist. Bei nicht erhaltungswürdigen Zähnen ist Vertragsleistung die Zahnentfernung.

Bei der Behandlung einer tiefen Karies bleibt pulpennah eine nur noch dünne Dentinschicht bestehen. Klinisch hartes, aber verfärbtes Dentin

kann belassen werden. Diese Dentinwunde wird mit einem Medikament bedeckt, das die Infektionsausbreitung im Dentin hemmt und die Pulpa so vor Infektion schützen soll. Außerdem wird die Bildung von Sekundärdentin angeregt, was die Pulpa zusätzlich schützt. Für die Leistung nach BEMA-Nr. 25 dürfen nur Medizinprodukte verwendet werden, die laut Herstellerangaben zugelassen und für die Behandlung ausgedehnter Läsionen geeignet sind. In gleicher Sitzung sollte eine bakteriendichte definitive Versorgung angefertigt werden, um den Erfolg der Cp-Behandlung zu sichern. Eine nur temporäre Versorgung ist Teil des Leistungsinhaltes der BEMA-Nr. 25.

Da für die Abrechnung der BEMA-Nr. 25 die medikamentöse Versorgung der pulpnahen Dentinbereiche zwingend notwendig ist, reicht das alleinige Auftragen von Adhäsiv/Haftvermittler nicht aus. Zur Diagnostik und zur Verlaufskontrolle sind vor der Behandlung sowie mit zeitlichem Abstand nach der Behandlung Sensibilitätsprüfungen durchzuführen. Deren Ergebnis, die Behandlungsindikation und die Art der Durchführung sind zu dokumentieren.

Weiterhin ist wichtig: Eine Leistung kann nicht nach BEMA-Nr. 25 abgerechnet werden, wenn eine Kavitätenpräparation und -füllung aus Zeitmangel frühzeitig abgebrochen wird. Die Abrechnung ist auch dann ausgeschlossen, wenn eine für den Patienten mit Schmerzen verbundene Kavitätenpräparation abgebrochen und für eine weniger belastende Behandlung auf zwei oder mehrere Sitzungen aufgeteilt wird.

## Qualitätsprüfung nach § 135b SGB V

Seit 2019 müssen die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen stichprobenartig die Indikationsstellung von indirekten und direkten Überkappingsmaßnahmen zur Vitalerhaltung der Pulpa überprüfen. Das regelt die Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Überkappung (QBÜ-RL-Z) des Gemeinsamen Bundesausschuss. Sie zielt auf die Förderung einer langfristigen Erhaltung eines therapiebedürftigen Zahnes.

In die Stichprobenziehung werden alle Zahnarztpraxen einbezogen, die innerhalb eines Abrechnungsjahres bei mindestens zehn Behandlungsfällen eine Indikatorleistung (BEMA-Nr. Cp oder P) **in Verbindung mit** mindestens einer Folgeleistung (VitE, Trep1, WK, Med, WF, X1, X2, X3) am selben bleibenden Zahn abgerechnet haben. Aus diesem Pool werden drei Prozent der Praxen nach dem Zufallsprinzip ausgewählt. Bei den ausgewählten Praxen werden dann jeweils zehn Behandlungsfälle gezogen, die in die Prüfung gelangen.

Die Qualitätskriterien sind erfüllt, wenn:

- » eine weitergehende schriftliche Dokumentation vorliegt,
- » die Leistungskette anhand der Dokumentation nachvollziehbar und plausibel ist,
- » eine Aussage der Sensibilitätsprüfung in der gesamten Leistungskette vorliegt, das Ergebnis der Sensibilitätsprüfung vor der Indikatorleistung nachvollziehbar ist und
- » eine Kontraindikation weder aus der schriftlichen noch aus der eventuell bildlichen Dokumentation für die Indikatorleistung erkennbar ist.

### Ergebnisse der Stichprobe

Für das Abrechnungsjahr 2024 wurden in Rheinland-Pfalz 149 Behandlungsfälle aus 17 Praxen berücksichtigt, wobei zwei nicht bewertet werden konnten. Auf einer Bewertungsskala von A bis C schnitten acht der Praxen mit A ab. Deren Behandlungsdokumentationen waren insgesamt einwandfrei und nicht zu beanstanden. Die Dokumentationen von vier Praxen wiesen nur geringe Defizite auf (Gesamtnote B). Bei drei Praxen stellte das Prüfremium hingegen erhebliche Auffälligkeiten fest (Gesamtnote C). Schwächen, die dem Prüfremium bei der Durchsicht wiederholt auffielen, waren eine nicht nachvollziehbare Leistungskette oder eine nicht dokumentierte Vitalitätsprüfung bzw. deren nicht vermerktes Ergebnis. Darüber hinaus ergaben sich Kontraindikationen aus der schriftlichen oder bildlichen Dokumentation. Die Ergebnisse in Rheinland-Pfalz sind insgesamt sehr positiv. Das zeigt insbesondere der Blick auf die Bewertungen der einzelnen Behandlungsfälle. 131 der 149 beurteilten Einzel-dokumentationen waren tadellos und erfüllten die Qualitätskriterien.

### Wann ist eine „P“ abrechenbar?

Die BEMA-Nr. 26 ist für eine direkte Überkappung bei einem bleibenden Zahn abrechenbar, wenn eine asymptomatische Pulpa artifiziell oder traumatisch punktförmig eröffnet wurde. Eine direkte Überkappung bei Milchzähnen ist nicht abrechenbar. Durch die Maßnahme soll der Vitalitätsverlust eines Zahnes vermieden werden, der erhaltungswürdig und erhaltungsfähig ist. Die Prognose des Zahnes ist also auch vor direkter Überkappung nach BEMA-Nr. 26 kritisch zu beurteilen. Zur korrekten Indikationsstellung und zur Verlaufskontrolle sind Sensibilitätsprüfungen durchzuführen. Nach einer direkten Überkappung ist vor einer Überkronung eine ausreichende, reaktionslose Wartezeit einzuhalten.

### Plausible Dokumentation

Klar ist: Nach dem BEMA sind die Leistungen Cp und P keinesfalls provisorische Versorgungen. Sie dürfen nicht genutzt werden, um Behandlungen aufzuschieben oder für Praxisabläufe passend zu machen.

Eine korrekte Indikation ist gegeben, wenn eine Vitalerhaltung der Pulpa möglich erscheint und der Zahn selbst erhaltungswürdig ist. Um dies nachvollziehen zu können, müssen Sensibilitätsprüfungen und deren Ergebnisse dokumentiert sein. Falls Röntgenaufnahmen oder PA-Befunde vorliegen, die die Erhaltungswürdigkeit des Zahnes fraglich erscheinen lassen, muss eine positive prognostische Beurteilung plausibel dokumentiert sein. Die Bedeutung einer umfassenden Dokumentation sollte nicht unterschätzt werden.



Jeder Behandler weiß, dass es nach einer Cp- oder P-Behandlung zu endodontischen Folgebehandlungen oder zur Extraktion des Zahnes kommen kann. Das allein ist kein Hinweis auf fehlerhaftes Vorgehen. Erst die Häufung dieser Folgebehandlungen bringt die Praxis im Rahmen der Qualitätsprüfung (siehe Textkasten auf Seite 7) in den Auswahlpool und kann über die Stichprobenziehung dazu führen, dass die Behandlungsunterlagen von neutraler Stelle bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung geprüft werden.

Bei den oben gezeigten Röntgenbefunden wurde es in der Qualitätsprüfung nicht als möglich eingeschätzt, dass die Leistungen Cp oder P eine Aussicht auf Erfolg haben könnten. Bild 1 und 2 zeigen Zähne mit Substanzdefekten bis in den tiefen Wurzelbereich und Aufhellungen an den Wurzelspitzen. Bild 3 zeigt zwei wurzelbehandelte

Zähne mit apikalen Aufhellungen. In allen drei Fällen sind Leistungen wie Cp oder P nicht indiziert und deren Ansatz würde als erheblicher Mangel gewertet. ■

### Fortbildungstipp

In unserem Webinar erklärt Dr. Markus Esch, Mitglied des Qualitätsgremiums der KZV Rheinland-Pfalz, auf was es bei der Qualitätsprüfung ankommt – kurz und kompakt in zehn Minuten. Klicken Sie hinein: [www.kzvrlp.de](http://www.kzvrlp.de) – Webcode 0802.

## ePA: Abrechnungsdaten nur für Patienten sichtbar

Zum Schutz sensibler Gesundheitsdaten hat der Bundestag Änderungen zur elektronischen Patientenakte (ePA) beschlossen: Abrechnungsdaten sind nur noch für Patienten sichtbar.

Text: Katrin Becker

**D**ie Krankenkassen sind gesetzlich verpflichtet, Abrechnungsdaten von Arzt- und Zahnarztpraxen, Kliniken und anderen medizinischen Einrichtungen in die ePA ihrer Patienten zu stellen. Voraussetzung ist, dass der Patient dem Einstellen nicht widersprochen hat.

Bislang konnte jeder Arzt, Zahnarzt oder Apotheker mit Zugriffsrechten diese Daten einsehen – nicht nur ihre eigenen, sondern auch die anderer medizinischer Einrichtungen. Für Patienten konnte das problematisch sein, wenn sie sehr persönliche Diagnosen

und Erkrankungen nicht über ihre ePA teilen wollten und deshalb auch dem Einstellen eines Befundberichtes widersprochen hatten. Eine Änderung durch das Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege unterbindet dies nun. Der Patient ist nun die einzige Person, die die Abrechnungsdaten in der ePA noch sehen kann. Das Gesetz ist zum 1. Januar 2026 in Kraft getreten. ■

# Information über die anstehende Nachwahl eines stellvertretenden Mitglieds des Vorstandes der KZV Rheinland-Pfalz

Gemäß § 79 Abs. 1 SGB V ist bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz (KZV RLP) der Sitz eines stellvertretenden Vorsitzenden für die Zeit vom 01.05.2026 bis zum 31.12.2028 nachzubesetzen.

Dies erfolgt durch Wahl durch die Vertreterversammlung in ihrer Sitzung am 29.04.2026.

Bei unveränderter Zahl der Vorstandsmitglieder könnte gemäß § 79 Abs. 4 Satz 1 SGB V die Bewerbung einer Frau nicht berücksichtigt werden.

Gemäß § 7 Abs. 23 der Satzung der KZV RLP sind vor der Wahl Bewerbungsgespräche mit dem Vertragsausschuss zu führen, in denen die

Qualifikation der Bewerber sowie deren Einverständnis mit den angebotenen Vertragskonditionen abgefragt wird.

Bewerbungen richten Sie bitte schriftlich mit Eingang bis Donnerstag, den 26.03.2026, an:

Robert Schwan  
Vorsitzender der Vertreterversammlung  
Stichwort „Vorstandsbewerbung“  
c/o KZV Rheinland-Pfalz  
Isaac-Fulda-Allee 2  
55124 Mainz



## KZV auf Social Media: Jetzt abonnieren!

Erweitertes Informationsangebot: Die KZV Rheinland-Pfalz ist auch auf den Plattformen Instagram und WhatsApp zu finden.

Text: Kathrin Kromeier

b Abrechnungsinfos, Terminhinweise oder Aktuelles zur TI – auf den Social-Media-Kanälen der KZV Rheinland-Pfalz gibt es Aktuelles, Neues und Wissenswertes rund um die vertragszahnärztliche Versorgung. Kurz und bündig. Bequem übers Smartphone.

### Wie abonnieren?

Scannen Sie einfach die nebenstehenden QR-Codes, um zu den Kanälen zu gelangen und auf dem Laufenden zu bleiben.

### Kein Ersatz des Rundschreibens

Mit WhatsApp und Instagram erweitert die KZV Rheinland-Pfalz ihr Informationsangebot, es ersetzt allerdings nicht das Rundschreiben oder die Website [www.kzvrlp.de](http://www.kzvrlp.de). ■

Folgen Sie uns auf Instagram



Folgen Sie uns auf WhatsApp



# Notdienst: Welche Rechte, welche Pflichten?

Der zahnärztliche Notdienst gewährleistet, dass Schmerzpatienten auch außerhalb der regulären Sprechstundenzeiten nicht ohne Hilfe bleiben. Was Zahnärztinnen und Zahnärzte wissen sollten.

Text: Katrin Becker

## Zahnärzte sind verpflichtet, am Notdienst teilzunehmen. Wo ist diese Pflicht in Rheinland-Pfalz geregelt?

Die Pflicht zur Teilnahme am Notdienst legt die Berufsordnung für Zahnärzte der Landeszahnärztekammer (§ 14) und das rheinland-pfälzische Heilberufsgesetz (§ 22 Abs. 1 S. 3) fest. Auch im Rahmen des Sicherstellungsauftrages der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen ist nach § 75 SGB V die vertragszahnärztliche Versorgung in den sprechstundenfreien Zeiten zu gewährleisten. Details zur Organisation regeln je nach regionaler Zuständigkeit die Notdienstordnung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung oder die der Bezirkszahnärztekammer Koblenz bzw. Pfalz.

## Wer ist verpflichtet, am Notdienst teilzunehmen?

Grundsätzlich ist jeder niedergelassene Zahnarzt zur Teilnahme am Notdienst verpflichtet. Beschäftigen sie angestellte Zahnärzte, erhöht sich die Teilnahmeverpflichtung der Praxisinhaber. Auch Zahnärzte, die in Medizinischen Versorgungszentren tätig sind, müssen Notdienste verrichten. Kieferorthopäden und vorrangig kieferorthopäisch tätige Zahnärzte werden in Rheinland-Pfalz nicht zum Notdienst eingeteilt. Aus Altersgründen oder schwerwiegenden Gründen wie einer Erkrankung oder einer Mutterschaft können sich Zahnärzte bzw. Zahnärztinnen vom Notdienst befreien lassen. Die eingeteilten Zahnärztinnen und Zahnärzte müssen den Notdienst persönlich oder durch eine qualifizierte Vertretung wahrnehmen. All diese Details werden in der Notdienstordnung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung bzw. der zuständigen Bezirkszahnärztekammer geregelt.

## Wie ist die Erreichbarkeit im Notdienst zu gewährleisten?

Der zahnärztliche Notdienst ist regelmäßig an Wochenenden sowie an Feier- und Brückentagen eingeteilt. Während eines Notdienstes sind die diensthabenden Zahnärzte verpflichtet, für hilfesuchende Patienten persönlich und mindestens telefonisch durchgehend erreichbar zu sein.

## Was passiert, wenn ein Zahnarzt den Notdienst kurzfristig, zum Beispiel aufgrund einer Krankheit, nicht abdecken kann?

Der verhinderte Zahnarzt muss selbst für eine geeignete Vertretung sorgen.

## Wie verhält es sich im Urlaub?

Schließen Praxen für einen Urlaub, sind sie verpflichtet, ihren Patienten eine qualifizierte Vertretung für akute, unaufschiebbare Behandlungen zu benennen (per Anrufbeantworter und/oder Aushang). Dies gilt immer und unabhängig von dem von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung oder Bezirkszahnärztekammer organisierten Notdienst. Werden Praxen für einen Notdienst eingeteilt, der in ihrem Urlaub liegt, müssen sie sich um eine Vertretung kümmern bzw. ihren Notdienst tauschen.

## Welche Behandlungen werden im Notdienst erbracht?

Der Notdienst ist auf nicht aufschiebbare Akut- und Notfallbehandlungen beschränkt. Hierzu zählen Behandlungen bei

- » anhaltenden Blutungen nach zahnärztlich-chirurgischen Eingriffen
- » Schmerzen bei Infektionen, zum Beispiel bei Kieferabszessen oder akuten Entzündungen
- » Schmerzen nach einem Unfall, zum Beispiel Zahn- und Kieferfrakturen

Der Notdienst ersetzt somit keine reguläre Behandlung. Nach der Notfallbehandlung ist der Patient an den Hauszahnarzt zur Weiterbehandlung zu verweisen.



Grafik: fotohansel/AdobeStock

Die Entscheidung darüber, ob ein behandlungsbedürftiger Notfall vorliegt oder nicht, trifft immer der Zahnarzt. Welche Behandlungsmaßnahmen er im Notdienst durchführt, um Schmerzen zu stillen, liegt ebenfalls in seiner Verantwortung und seinem Ermessen.

### Dürfen Patienten im Notdienst abgelehnt werden?

Nein, die Berufsordnung schreibt vor, dass Zahnärzte im zahnärztlichen Notfall helfen müssen (§ 2 Abs. 5) – und zwar unabhängig davon, aus welcher Gegend der Patient kommt oder wo er sonst in Behandlung ist. Hilft er nicht, kann sich der Zahnarzt der unterlassenen Hilfeleistung (§ 323c StGB) strafbar machen. Eine Notfallbehandlung darf nicht von Vorleistungen abhängig gemacht werden.

### Welche Dokumentationspflichten bestehen für die Behandlung von Patienten im Notdienst?

Wie bei jeder zahnärztlichen Behandlung sind Zahnärzte verpflichtet, die Notdienstbehandlung vollständig und nachvollziehbar zu dokumentieren, die Abrechnung ordnungsgemäß vorzunehmen und die jeweils geltenden Abrechnungsbestimmungen einzuhalten.

### Welche Folgen haben Pflichtverstöße?

Verstöße gegen die Notdienstplicht oder gegen Vorgaben der Notdienstordnung können disziplinarischen Maßnahmen durch die KZV Rheinland-Pfalz und/oder die zuständige Bezirkszahnärztekammer nach sich ziehen.

### Wie ist mit Patienten zu verfahren, die keine elektronische Gesundheitskarte oder Ersatzbescheinigung vorlegen können?

Legt ein Patient keinen gültigen Versicherungsnachweis vor, kann die notdiensthabende Zahnarztpraxis eine Privatrechnung stellen und den Patienten darauf hinweisen, dass er den Nachweis innerhalb von zehn Tagen nachreichen muss. Kommt er der Aufforderungen nicht nach, muss er die Privatrechnung zahlen. Reicht er den Nachweis rechtzeitig nach, ist die Privatrechnung zu stornieren.

### Der zahnärztliche Notdienst ist in der Regel an Wochenenden sowie an Brücken- und Feiertagen eingeteilt. Wer übernimmt die Notfallbehandlung an Wochentagen abends bzw. nachts?

Vertragszahnärzte müssen in den sprechstundenfreien Zeiten und außerhalb des organisierten Notdienstes an Wochenenden/Feiertagen ihre Erreichbarkeit so organisieren, dass sie für die Versorgung ihrer Patienten in dringenden Fällen zur Verfügung stehen. Das gilt auch für Vertragszahnärzte mit sogenannter halber Zulassung oder für Praxen, die nur geringe Sprechstundenzeiten ausweisen.

Das heißt, sie müssen zu diesen Zeiten in Notfällen telefonisch erreichbar sein und die Patientenversorgung persönlich gewährleisten. Grundlage dieser Verpflichtung ist der sogenannte Zulassungsstatus, der jedem Zahnarzt mit Erteilung seiner Zulassung zum Vertragszahnarzt erteilt wird. Dieser verpflichtet den Vertragszahnarzt in zeitlicher Hinsicht umfassend – also auch außerhalb ihrer eigenen Sprechstundenzeiten –, an der Sicherstellung der Versorgung mitzuwirken. Die individuelle Verpflichtung des Zahnarztes zur zumindest telefonischen Erreichbarkeit besteht somit, zumindest für Notfälle, 24 Stunden und sieben Tage die Woche.

Lediglich während des organisierten Notdienstes ist der Vertragszahnarzt von seiner zeitlich umfassenden Verpflichtung befreit und die Patientenversorgung durch den Notdienst abgedeckt, sodass es in dieser Zeit ausreicht, per Anrufbeantworter in der eigenen Praxis auf die zentrale Notdienstnummer zu verweisen. Im Gegenzug muss der Vertragszahnarzt aber am Notdienst entweder persönlich oder durch eine geeignete Vertretung mitwirken. ■

# Studie zur Gesundheitskompetenz: Mehrheit der Deutschen versteht Gesundheitsinformationen nicht

Dank des Internets haben Menschen heute einen so leichten Zugang zu Gesundheitsinformationen wie nie zuvor. Paradoxerweise fällt es dennoch vielen schwer, verlässliche Informationen zu finden, zu verstehen und im Alltag anzuwenden.

Text: Katrin Becker

**N**eue Daten der Universität Bielefeld zeigen: Die Mehrheit der Bevölkerung hat Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen. Demnach weisen 56 Prozent der Menschen in Deutschland eine geringe Gesundheitskompetenz aus: Bei 29 Prozent wird die Gesundheitskompetenz als problematisch eingestuft, 27 Prozent verfügen über inadäquate Fähigkeiten. Lediglich rund 18 Prozent der Bevölkerung haben der Auswertung zufolge eine exzellente Gesundheitskompetenz, bei rund 26 Prozent gilt sie als ausreichend. Die Ergebnisse stammen aus dem dritten Health Literacy Survey Germany (HLS-GER 3), den die Universität Bielefeld gemeinsam mit der Charité – Universitätsmedizin Berlin und der Hertie School durchgeführt hat. Für die Studie wurden mehr als 2.600 Personen ab 18 Jahren zwischen Oktober 2024 und Januar 2025 befragt. Die Stichprobe ist hinsichtlich Geschlecht, Haushaltsgröße, Alter, Bildungsstand und Bundesland repräsentativ für die deutsche Bevölkerung.

dass diese Steigerung klein erscheinen möge. Angesichts von Pandemie, Kriegs- und Klimakrise sowie wirtschaftlicher Unsicherheit sei sie allerdings bemerkenswert.



## Soziale Spaltung

Im Vergleich zum HLS-GER 2 aus dem Jahr 2019 hat sich die Gesundheitskompetenz in Deutschland insgesamt leicht verbessert. Der Anteil der Bevölkerung mit geringer Gesundheitskompetenz ist um drei Prozentpunkte gesunken (2019: 59 Prozent). Studienleiterin Professorin Dr. Doris Schaeffer von der Universität Bielefeld erklärt,

Foto: Nadia/Adobe Stock

## Was ist Gesundheitskompetenz?

Gesundheitskompetenz oder Health Literacy bezeichnet die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu bewerten und für gesundheitsbezogene Entscheidungen im Alltag anzuwenden. Dabei geht es nicht nur um Lese- und Schreibfähigkeiten, sondern auch um Wissen, Motivation und Kompetenzen, um sich über das Gesundheitswesen, Prävention, Gesundheitsförderung und Behandlungsalternativen zu informieren und eigenverantwortlich Entscheidungen zu treffen, die die Lebensqualität erhalten oder verbessern. Neben den persönlichen Kompetenzen wird Gesundheitskompetenz auch dadurch geprägt, unter welchen gesellschaftlichen, lebensweltlichen und sozialen Bedingungen eine Person lebt und vor welche Anforderungen sie ihre Lebenssituation und ihr Umfeld stellen. Eine ausgeprägte Gesundheitskompetenz ist nicht nur wichtig für die individuelle Gesundheit, sondern auch für die Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems.

Die positive Entwicklung betrifft jedoch nur einzelne Bevölkerungsgruppen. Insbesondere bei sozial und finanziell besser gestellten Menschen hat sich die Gesundheitskompetenz verbessert

(+1 bzw. +7 Prozentpunkte). Leichte Zuwächse zeigen sich zudem bei Menschen mit mehreren chronischen Erkrankungen und bei Menschen ab 65 Jahren (+4 bzw. +2 Prozentpunkte). Sozial benachteiligte Menschen konnten dagegen nicht profitieren. Bei Personen mit niedrigem Sozialstatus ist die Gesundheitskompetenz um 1,5 Prozentpunkte gesunken. Bei Menschen mit geringen finanziellen Ressourcen ist sie nahezu unverändert geblieben.

## Verteilung der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung

Gesundheitskompetenz ist weiterhin ungleich verteilt. Überdurchschnittlich häufig weisen folgende Gruppen eine geringe Gesundheitskompetenz auf:

- » mit niedrigem Sozialstatus:  
73,3 Prozent (2019: 71,9 Prozent)
- » mit finanzieller Deprivation:  
72,3 Prozent (2019: 72,9 Prozent)
- » mit niedrigem Bildungsniveau:  
71,1 Prozent (2019: 78,3 Prozent)
- » ab 65 Jahren:  
62,8 Prozent (2019: 65,1 Prozent)
- » mit mehreren chronischen Erkrankungen:  
61,6 Prozent (2019: 65,1 Prozent)

Quelle: Zusammenfassung „Gesundheitskompetenz in Zeiten gesellschaftlicher Unsicherheiten – Ergebnisse des HLS-GER 3“



Vor diesem Hintergrund sprechen die Studienautoren von einer Verstärkung sozialer Ungleichheit. Personen mit hoher Gesundheitskompetenz können diese weiter ausbauen, während Menschen mit ungünstigen Ausgangsbedingungen kaum Fortschritte erzielen. Für belastete Bevölkerungsgruppen besteht damit ein anhaltend hohes Risiko für gesundheitsschädigendes Verhalten, das häufig mit geringer Gesundheitskompetenz verbunden ist.

### Größte Hürde: Bewertung von Informationen

Von den vier Schritten im Umgang mit Gesundheitsinformationen – Finden, Verstehen, Beurteilen und Anwenden – bereitet das Beurteilen die größten Schwierigkeiten. 73 Prozent der Befragten mit geringer Gesundheitskompetenz geben an, beispielsweise mit dem Abwägen von Vor- und Nachteilen einer Behandlung Probleme zu haben. Für 53 Prozent ist das Anwenden gesundheitsrelevanter Informationen eine Hürde. 47 Prozent beziehungsweise 45 Prozent empfinden das Finden oder Verstehen der Informationen herausfordernd. Zusätzlich wurden im HLS-GER 3 die Bereiche Krankheitsbewältigung und Versorgung, Prävention sowie Gesundheitsförderung untersucht. Die größten Defizite zeigen sich bei der Gesundheitsförderung; hier weisen 65 Prozent eine geringe Gesundheitskompetenz auf. Es folgen Prävention mit 53 Prozent sowie Krankheitsbewältigung und Versorgung mit 44 Prozent.

### Hohe zusätzliche Gesundheitskosten

Eine mangelhafte Gesundheitskompetenz hat weitreichende Folgen. Betroffene nutzen Präventionsangebote und Früherkennungsuntersuchungen seltener. Sie sind häufiger und länger krank, nehmen öfter Notfalldienste in Anspruch, werden häufiger im Krankenhaus behandelt und folgen Therapieempfehlungen seltener. Das belastet das Gesundheitssystem zusätzlich und verursacht vermeidbare Kosten. Laut Schätzun-



gen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) belaufen sich diese Folgekosten auf drei bis fünf Prozent der Ausgaben des gesamten Gesundheitswesens. Für Deutschland entspricht dies rund 20 Milliarden Euro pro Jahr.

Der HLS-GER 3 bestätigt diese Zusammenhänge. So hatten 24 Prozent der Befragten mit inadäquater Gesundheitskompetenz im Jahr vor der Befragung sechs oder mehr Hausarztkontakte. In der Gruppe mit exzellenter Gesundheitskompetenz lag der Anteil bei zehn Prozent. Notdienste nahmen 31 Prozent der Personen mit inadäquater Gesundheitskompetenz in den vergangenen zwei Jahren in Anspruch, gegenüber 17 Prozent bei exzellenter Gesundheitskompetenz. Zudem berichteten 56 Prozent der Befragten mit inadäquater Gesundheitskompetenz von mindestens sechs krankheitsbedingten Fehltagen innerhalb von zwölf Monaten, bei exzellenter Gesundheitskompetenz waren es 41 Prozent. Ein weiteres Ergebnis des HLS-GER 3: 48,3 Prozent der Menschen mit exzellenter Gesundheitskompetenz essen täglich Obst und Gemüse. Bei Personen mit inadäquater Gesundheitskompetenz sind es 27,6 Prozent.

### Bessere digitale Gesundheitskompetenz

Neben der allgemeinen Gesundheitskompetenz wurden im HLS-GER 3 auch die digitale, die navigationale sowie erstmals die katastrophenbezogene Gesundheitskompetenz erfasst.

Auffällig ist, dass sich die digitale Gesundheitskompetenz stärker verbessert hat als die allgemeine. Der Anteil der Menschen mit geringer digitaler Kompetenz sank seit 2019 um knapp fünf Prozentpunkte von 76 auf rund 71 Prozent. Trotz dieser Entwicklung liegt sie weiterhin unter dem Niveau der allgemeinen Gesundheitskompetenz. Auch digital zeigt sich eine soziale Kluft. Menschen mit niedrigem Sozialstatus, mit

geringer Bildung, mit finanzieller Deprivation sowie mit mehreren chronischen Erkrankungen weisen schwache digitale Fähigkeiten auf.

Die Nutzung digitaler Gesundheitsangebote hat seit 2019 deutlich zugenommen. Mittlerweile nutzen rund 83 Prozent der Bevölkerung Internetseiten, um sich über Gesundheitsthemen zu informieren. Das sind etwa 18 Prozentpunkte mehr als noch vor fünf Jahren. Auch Gesundheits-Apps werden häufiger genutzt. 44 Prozent greifen inzwischen darauf zurück. Erstmals wurde zudem die Nutzung von KI-basierten Anwendungen erhoben. 17 Prozent der Bevölkerung setzen sie für die Suche nach Gesundheitsinformationen ein.

### Geringe navigationale Gesundheitskompetenz

Unverändert schwer fallen den Befragten dagegen die Navigation und Orientierung im Gesundheitssystem und der Umgang mit dazu nötigen Informationen. Bei 82 Prozent der Bevölkerung liegt die navigationale Gesundheitskompetenz weiterhin auf sehr niedrigem Niveau. Ähnliche Defizite zeigen sich bei der katastrophenebezogenen Gesundheitskompetenz. Ebenfalls rund 82 Prozent haben Schwierigkeiten im Umgang mit Informationen zur Selbsthilfe und zum Selbstschutz in Krisen- und Katastrophensituatiornen. Als Ursache nennen die Studienautoren den Mangel an leicht zugänglichen und verständlichen Informationen zum richtigen Verhalten in Ausnahmesituationen.

### Forderung nach gezielter Förderung

Angesichts der Ergebnisse des HLS-GER 3 sehen die Studienautoren zwar Fortschritte bei der Gesundheitskompetenz der Deutschen. Diese kämen jedoch nicht allen Bevölkerungsgruppen zugute. Die Gruppen mit dem größten Unterstützungsbedarf würden weiterhin nicht ausreichend erreicht. Die Studienautoren sprechen deshalb von einem weiterhin „ernst zunehmenden Public-Health-Problem“ und fordern gezielte Fördermaßnahmen in allen Bereichen. Ziel müsste es sein, Gesundheitskompetenz zu stärken, soziale Ungleichheit zu reduzieren und den

### Weitere aktuelle Studien

Seit rund 15 Jahren ist Gesundheitskompetenz ein interdisziplinäres Forschungsfeld von Gesundheitswissenschaften, Public Health, Medizin, Soziologie und Psychologie. Neben der Universität Bielefeld haben zuletzt das Robert Koch-Institut (RKI) und die Technische Universität München (WHO Collaborating Centre) die entsprechenden Fähigkeiten der Deutschen untersucht. Die Methodik der Studien unterscheidet sich (Online vs. persönliche Befragung, Kurz- vs. Langinstrument), dennoch stimmen die Ergebnisse im Kern überein: Ein großer Teil der Bevölkerung ist mit der Verantwortung für die eigene Gesundheit überfordert.

Im Rahmen der Längsschnittstudie „Gesundheit in Deutschland“ hat das RKI im Jahr 2024 die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung erhoben. Demnach weisen vier von fünf Frauen und Männern eine geringe allgemeine Gesundheitskompetenz auf. Zwischen den Geschlechtern bestanden keine signifikanten Unterschiede (Frauen: 81,4 Prozent, Männer: 80,9 Prozent). Mit zunehmendem Alter nahm der Anteil von Frauen mit geringer Gesundheitskompetenz tendenziell ab, mit Ausnahme der Altersgruppe ab 80 Jahren. Bei Männern zeigte sich kein vergleichbarer Verlauf. Am seltensten trat eine geringe Gesundheitskompetenz bei Personen mit hohem Bildungsniveau auf. Selbst grundlegende Kenntnisse für eine gesunde Ernährung sind laut der Studie nicht ausreichend verbreitet. Über die Hälfte der Männer (58,1 Prozent) verfügt der Befragung zufolge nicht über das Wissen und die Möglichkeiten, um Entscheidungen für eine gesunde Ernährung zu treffen. Bei den Frauen sind es noch etwas mehr als ein Drittel (38,6 Prozent).

Dass eine Vielzahl an Menschen Probleme im Umgang mit Gesundheitsinformationen hat, belegt auch eine Befragung der Technischen Universität München aus dem Jahr 2024. Rund 75 Prozent der Erwachsenen hätten erhebliche Schwierigkeiten, sich zurechtzufinden. Der Vergleich mit früheren Erhebungen weise auf einen dramatischen Abwärtstrend hin: 2014 lag der Anteil an Personen mit niedriger Gesundheitskompetenz bei 54,3 Prozent, so die Studienautoren. Von den vier Kompetenzbereichen – Finden, Verstehen, Beurteilen und Anwenden von Gesundheitsinformationen – wurde das kritische Bewerten am häufigsten als problematisch beschrieben (82,6 Prozent der Befragten mit niedriger Gesundheitskompetenz). Gleichzeitig nannten sie den Umgang mit Informationen zur Krankheitsbewältigung und Versorgung als besonders herausfordernd.

Zugang zu verständlichen und verlässlichen Gesundheitsinformationen insbesondere vor dem Hintergrund zunehmender Desinformation sicherzustellen. ■

# Nationaler Aktionsplan: 15 Empfehlungen für mehr Gesundheitskompetenz

Studien belegen, dass eine Vielzahl der Deutschen nur eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz hat. Der Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz soll helfen, Menschen in die Lage zu versetzen, besser mit Gesundheitsinformationen umzugehen.

Text: Katrin Becker

**D**er Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz wurde im Jahr 2018 von Expertinnen und Experten von Universitäten, Hochschulen, Krankenkassen und zivilgesellschaftlichen Institutionen entwickelt. Seitdem soll er Verantwortlichen in Politik, Wissenschaft und Praxis als Leitfaden dienen, um die Gesundheitskompetenz in Deutschland zu stärken.

## Empfehlungskatalog

Die Verbesserung der Health Literacy stelle eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe dar, die einer systematischen Vorgehensweise bedürfe und ein umfassendes bundesweites Programm erfordere, heißt es im Aktionsplan. Er umfasst folglich 15 aufeinander abgestimmte Empfehlungen in den vier Handlungsfeldern Lebenswelten, Gesundheitssystem, chronische Erkrankungen und Forschung.

## Die 15 Empfehlungen lauten:

### Die Gesundheitskompetenz in allen Lebenswelten fördern

- 1** Das Erziehungs- und Bildungssystem in die Lage versetzen, die Förderung von Gesundheitskompetenz so früh wie möglich im Lebenslauf zu beginnen
- 2** Die Gesundheitskompetenz im Beruf und am Arbeitsplatz fördern
- 3** Die Gesundheitskompetenz im Umgang mit Konsum- und Ernährungsangeboten stärken
- 4** Den Umgang mit Gesundheitsinformationen in den Medien erleichtern
- 5** Die Kommunen befähigen, in den Wohnumfeldern die Gesundheitskompetenz ihrer Bewohner zu stärken





## Das Gesundheitssystem nutzerfreundlich und gesundheitskompetent gestalten

- 6 Gesundheitskompetenz als Standard auf allen Ebenen im Gesundheitssystem verankern
- 7 Die Navigation im Gesundheitssystem erleichtern, Transparenz erhöhen und administrative Hürden abbauen
- 8 Die Kommunikation zwischen den Gesundheitsprofessionen und Nutzern verständlich und wirksam gestalten
- 9 Gesundheitsinformationen nutzerfreundlich gestalten
- 10 Die Partizipation von Patienten erleichtern und stärken

## Gesundheitskompetent mit chronischer Erkrankung leben



- 11 Gesundheitskompetenz in die Versorgung von Menschen mit chronischer Erkrankung integrieren
- 12 Einen gesundheitskompetenten Umgang mit dem Krankheitsgeschehen und seinen Folgen ermöglichen und unterstützen
- 13 Fähigkeit zum Selbstmanagement von Menschen mit chronischer Erkrankung und ihren Familien stärken
- 14 Gesundheitskompetenz zur Bewältigung des Alltags mit chronischer Erkrankung fördern

## Gesundheitskompetenz systematisch erforschen

- 15 Die Forschung zur Gesundheitskompetenz ausbauen



## Impulse zur Bewusstseinsbildung

Der Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz wurde als Kooperationsprojekt von der Universität Bielefeld, der Hertie School, des AOK Bundesverbandes und der Robert Bosch Stiftung initiiert. Seit 2025 koordiniert das Deutsche Netzwerk für Gesundheitskompetenz die Aktivitäten und die Weiterentwicklung des Aktionsplans federführend.

Mit der Übergabe der Verantwortung zogen die Initiatoren Bilanz. Der Aktionsplan habe Impulse zur Bewusstseinsbildung und Sensibilisierung des Themas gegeben, Netzwerke geschaffen und den Begriff geschärfpt. Wurde Gesundheitskompetenz zunächst vielfach mit Gesundheitsförderung und der Fähigkeit, sich gesundheitsbewusst zu verhalten, gleichgesetzt, sei nun ihr zentraler Aspekt etabliert, nämlich die Fähigkeit zum Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen. „Insgesamt ist es in den sieben Jahren des Bestehens des Aktionsplanes gelungen, viele der Empfehlungen in die öffentliche Diskussion zu tragen und zahlreiche Impulse zum Agenda-Setting und zur Initiierung von Projekten zur Förderung von Gesundheitskompetenz zu setzen“, heißt es in einer Veröffentlichung im Bundesgesetzblatt im Januar 2025. Das Thema genieße vor allem in der Wissenschaft und in der Praxis mittlerweile bemerkenswerte Aufmerksamkeit. Auf politischer Ebene stoße es aber nicht auf die Resonanz, die es angesichts des Ausmaßes geringer Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung haben sollte. „Daher bleibt es eine zentrale Aufgabe, sich weiterhin für ein nachhaltiges Agenda-Setting und eine systematische Interventions- und Forschungsentwicklung zur Gesundheitskompetenz mit ausreichenden finanziellen Ressourcen zu engagieren“, so die Initiatoren. ■

# Gesundheitskompetenz: „Es fehlt an zielgruppenspezifischen Interventionen“

Dem dritten Health Literacy Survey zufolge hat sich die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung leicht verbessert. Was es braucht, um aus kleinen Fortschritten nachhaltige Veränderungen zu machen, erklärt Studienleiterin Prof. Dr. Doris Schaeffer.

Interview: Katrin Becker

## Frau Professor Schaeffer, warum wird Gesundheitskompetenz immer wichtiger?

Das hat unterschiedliche Gründe. Zum einen ist der demografische Wandel anzuführen, der mit dem Ausscheiden der Babyboomer aus der Arbeitswelt eine neue Dynamik erhält. Eine wachsende Gruppe älterer Menschen wird künftig auf das Gesundheitswesen angewiesen sein. Das Gesundheitswesen ist dem damit zu erwartenden Bedarfszuwachs wohl kaum gewachsen. Daher ist wichtig, dass sie über Gesundheitskompetenz verfügt, also in der Lage ist, mit Informationen darüber umzugehen, wie Gesundheit erhalten, Krankheiten vorgebeugt, das Versorgungssystem genutzt und digitale Zugangswege im Gesundheitswesen bewältigt werden können. Zum anderen leben wir in einer Informations- und Wissensgesellschaft, die durch die digitale Transformation vor ganz neue Herausforderungen gestellt ist. Wir sind inzwischen von einer Flut immer neuer digitaler Informationen umgeben, allerdings zugleich auch von vielen Fehl- und Falschinformationen. Vor diesem Hintergrund ist die Fähigkeit, mit digitalen Gesundheitsinformationen, umgehen zu können, enorm wichtig geworden; insbesondere, um qualitativ hochwertige von qualitativ fragwürdigen Informationen zu unterscheiden.

## Welche Erkenntnisse ziehen Sie aus Ihrer neuen Studie?

In der aktuellen dritten Studie zur Gesundheitskompetenz in Deutschland zeigt sich erstmals eine leichte Verbesserung der Gesundheitskompetenz. Die allgemeine Gesundheitskompetenz hat sich um etwa drei Prozent verbessert, die digitale Ge-



Prof. Dr. Doris Schaeffer, Seniorprofessorin für Gesundheitskompetenzforschung, Leiterin des Zentrums für Interdisziplinäre Gesundheitskompetenzforschung an der Universität Bielefeld, Studienleitung Health Literacy Survey Germany 1, 2 und 3

Foto: privat

sundheitskompetenz sogar um nahezu fünf Prozent. Die Verbesserung fällt eher leicht aus, ist aber ein positives Zeichen.

Zugleich darf nicht übersehen werden, dass sich seit Beginn der Erhebungen – trotz einiger methodischer Veränderungen – ein konsistentes Bild zeigt: In Deutschland verfügt mehr als die Hälfte der Bevölkerung über eine geringe Gesundheitskompetenz und hat Schwierigkeiten, mit gesundheitsbezogenen Informationen umzugehen und sie zu nutzen, um die eigene Gesundheit zu erhalten oder zu verbessern. Dieses Ergebnis hat sich über die Jahre hinweg kaum verändert und bedeutet, dass wir mehr für die Stärkung der Gesundheitskompetenz tun müssen.

### **Hatten Sie diese Ergebnisse erwartet?**

Im Vorfeld haben wir unsere Erwartungen diskutiert. Bei einigen Bereichen war jedoch keine eindeutige Prognose möglich, zum Beispiel bei der digitalen Gesundheitskompetenz. Einerseits war eine intensivere Nutzung digitaler Angebote zu erwarten, da sich durch die voranschreitende digitale Transformation innerhalb von fünf Jahren sehr viel verändert hat und das Informationsverhalten digitaler geworden ist. Andererseits ist jedoch auch eine gegenteilige Entwicklung zu beobachten, nämlich die erwähnte enorme Zunahme von Desinformationen. Insofern hat uns das positive Ergebnis tatsächlich überrascht.

Bei der allgemeinen Gesundheitskompetenz war die Entwicklung eher zu erwarten. Bereits eine kleine Erhebung unmittelbar nach Beginn der Corona-Pandemie hatte gezeigt, dass sich die Gesundheitskompetenz leicht verbessert hat. Diese Entwicklung hat sich verfestigt. Wir führen dies darauf zurück, dass sich die Bevölkerung in der Zeit der Pandemie so intensiv wie nie zuvor mit Gesundheitsinformationen auseinandergesetzt hat. Dies scheint zu einem Lerneffekt geführt zu haben, insbesondere bei Bevölkerungsgruppen mit besonders geringer Gesundheitskompetenz.

### **Welche Strukturen tragen am stärksten dazu bei, dass sich Situation nur langsam verbessert?**

Dies zeigt sich besonders deutlich an der navigationalen Gesundheitskompetenz, die sich im Vergleich zu der vorangegangenen Studie kaum verändert hat. Gleichzeitig hat sich die Situation des Gesundheitssystems in den vergangenen fünf Jahren in vielfacher Hinsicht eher verschlechtert, wie aktuell breit diskutiert wird. Wenn sich aber die Bedingungen – auch die Informationsbedingungen – im System nicht verändern oder sogar verschlechtern, kann sich auch die Gesundheitskompetenz nicht wirklich verbessern. Ohne individuelle und strukturelle Maßnahmen, etwa durch ein informationsfreundlicheres und kommunikativeres Gesundheitssystem, bleibt eine nachhaltige Verbesserung der Gesundheitskompetenz also aus.

### **Das soziale Gefälle bei der Gesundheitskompetenz, so Ihr Fazit, hat sich verstärkt. Welche Versäumnisse sehen Sie insbesondere im**

### **Umgang mit sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen?**

Bevölkerungsgruppen mit besonders geringer Gesundheitskompetenz sollten deutlich mehr Aufmerksamkeit bei der Förderung von Gesundheitskompetenz erhalten. Das steht übrigens auch im Programm der Allianz für Gesundheitskompetenz, die vom damaligen Bundesgesundheitsminister Gröhe gemeinsam mit den Spitzenverbänden des Gesundheitswesens gegründet wurde, um Projekte zur Förderung der Gesundheitskompetenz auf den Weg zu bringen. Und es ist auch Bestandteil der Empfehlungen des Nationalen Aktionsplans Gesundheitskompetenz. Aber ist das auch in der nötigen Breite geschehen? Ich denke nein.

Es fehlt noch immer an differenzierten zielgruppenspezifischen Interventionen für diese Gruppen. Die Aufmerksamkeit lag bislang eher auf der Förderung der Gesundheitskompetenz der Allgemeinbevölkerung. Eine gezielte Ansprache von Menschen mit niedriger Bildung, geringem Sozialstatus oder eingeschränkten finanziellen Ressourcen oder älteren Menschen ist bislang kaum geschehen. Insgesamt ist in diesem Bereich aus meiner Sicht nur begrenzt Fortschritt zu erkennen.

Als Beispiel kann die Gruppe der älteren Menschen angeführt werden, die unserer Studie zufolge besonders häufig Schwierigkeiten im Umgang mit digitalen Informationen haben. Zwar nutzen auch sie digitale Informationsmöglichkeiten inzwischen viel intensiver, aber das allein befähigt nicht ausreichend. Für sie sind auf sie zugeschnittene zielgruppenspezifische Fördermaßnahmen erforderlich. Dabei ist zu bedenken, dass ein einmaliger Kompetenzerwerb nicht ausreicht. Denn ältere Menschen leiden mehr als andere unter den ständigen Veränderungen bei einigen digitalen Anwendungen. Das bedeutet, dass sie fortlaufend Auffrischungen benötigen und erworbene digitale Kompetenzen immer wieder an Veränderungen angepasst werden müssen. Dieser Aspekt sollte aus meiner Sicht unbedingt berücksichtigt werden, wenn Fördermaßnahmen entwickelt werden. Und dass solche Fördermaßnahmen wichtig sind, steht außer Frage, sonst würden wir ihre gesellschaftlichen Teilhabemöglichkeiten beschneiden.

Das gilt nebenbei bemerkt auch dann, wenn über einen digitalen Zugang zum Gesundheitswesen diskutiert wird. Eine ausschließlich digitale Zugangsmöglichkeit birgt die Gefahr, Gruppen mit geringerer digitaler Gesundheitskompetenz tendenziell auszuschließen, so auch ältere Menschen, die zugleich oft mehr als andere auf das Gesundheitswesen angewiesen sind.

#### Wie sollten die Bevölkerungsgruppen angesprochen werden?

Ich stelle mir ein abgestuftes System von Maßnahmen vor. Dazu gehören breit angelegte Kampagnen. Ich verweise auf die damaligen AIDS-Kampagnen, die gezeigt haben, welches Potenzial dieses Instrument besitzt. Das Interventionsinstrument „Kampagne“ zur Stärkung der Gesundheitskompetenz wird völlig unterschätzt.

Zudem brauchen wir andere Strategien der Förderung von Gesundheitskompetenz. Um die Probleme und die Schwierigkeiten zu treffen, vor die sich vulnerable Gruppen gestellt sehen, müssen wir in ihre Lebenswelten gehen und sie zudem mehr in die Konzipierung von Maßnahmen einbeziehen. Auf theoretischer Ebene sind zugehende und einbeziehende Strategien wie diese seit Langem bekannt, in der praktischen Umsetzung werden sie bislang zu selten realisiert. Doch benötigen wir mehr Maßnahmen, die nicht allein am grünen Tisch entwickelt werden, sondern die an den Problemen ausgerichtet sind, die aus der Sicht der Zielgruppe bestehen. Zudem sind Maßnahmen erforderlich, die auf empirischen Daten basieren, also empirisch fundiert sind. Die von uns erhobenen Daten zeigen beispielsweise, welche Informationsvoraussetzungen in der Bevölkerung gegeben sind und wo Interventionen ansetzen sollten. An solche Befunde muss stärker angeknüpft werden. Dafür sind sie da.

Darüber hinaus sind strukturelle Interventionen erforderlich, etwa, um zu einem gesundheitskompetenzfreundlicheren Gesundheitssystem zu kommen. Dazu zählen auch Ärztinnen und Ärzte, die ihr Handeln besser und verständlicher erklären und vermitteln, warum es wichtig ist, nicht nur gegen krankheitswertige Beschwerden anzugehen, sondern auch etwas für die Gesundheitserhaltung zu tun. Insgesamt besteht hier aus meiner Sicht erheblicher Handlungsbedarf.

Allerdings ist auch einiges geschehen. Beispielsweise war die Mundgesundheitsstrategie der Zahnärztinnen und Zahnärzte eine der ersten Strategien als Reaktion auf das Thema Gesundheitskompetenz. Ich hoffe, dass sie weiterhin so innovativ unterwegs sein werden.

#### Sie haben bereits die Rolle von Zahnärzten und Ärzten angesprochen. Was können diese weiterhin tun?

Wie schon gesagt, Information und erklärende Kommunikation stellen die zentralen Elemente dar. Ihre Bedeutung kann nicht genug unterstrichen werden. Entscheidend ist nicht nur zu erläutern, was getan wird, sondern auch verständlich und nachvollziehbar zu erklären, warum bestimmte Maßnahmen erforderlich sind und was nötig ist, um Beschwerden zu verhindern oder Verschlimmerungen vorzubeugen: Was kann zum Beispiel jeder tun, um die eigene Mundgesundheit zu erhalten? Mit welchen weiteren Beschwerden hängt beeinträchtigte Mundgesundheit zusammen? Wie kann darauf reagiert werden?

#### Welchen Stellenwert schreiben Sie der KI zu, die soziale Kluft zu schließen?

Künstliche Intelligenz ist grundsätzlich in der Lage, verständlichere und personalisierte Informationen zu produzieren und sie empathischer zu vermitteln. Dadurch können insbesondere vulnerable Bevölkerungsgruppen besser erreicht werden. Außerdem ermöglicht künstliche Intelligenz einen einfacheren Zugang zu (Gesundheits-)Informationen, die sich an den an sie gestellten Fragen richten, also personalisiert sind. Das ist zweifelsohne ein großer Gewinn. Gleichzeitig besteht jedoch auch hier das Risiko von Fehl- und Falschinformationen. Gerade bei KI-gestützten Informationsangeboten ist der Anteil problematischer Inhalte nach wie vor hoch.

Deshalb bleibt eine wichtige Aufgabe, die Qualität von gesundheitsrelevanten Informationen zu verbessern und außerdem die Integrität, also die Vertrauenswürdigkeit, Neutralität und auch die Unabhängigkeit von Informationen, zu sichern. Letzteres ist deshalb besonders zu betonen, weil viele Gesundheitsinformationen durch kommerzielle Interessen geprägt sind. Hier müssen die Technologieunternehmen, also diejenigen, die di-

gitale Anwendungen entwickeln, stärker in die Verantwortung genommen werden. Nicht weniger wichtig: Daneben muss auch das Thema Nutzerfreundlichkeit deutlich stärker in den Fokus rücken. In ihrer derzeitigen Ausgestaltung ist die Digitalisierung zu wenig nutzerorientiert.

#### Wie können Ihre Health Literacy Surveys dazu beitragen, die Gesundheitskompetenz zu verbessern?

Zunächst einmal können und sollen die Surveys dazu beitragen, die erforderliche Sensibilität für das Thema und die Wichtigkeit der Förderung von Gesundheitskompetenz in der Gesundheitspolitik und anderen relevanten Politikbereichen, aber auch bei wichtigen Akteuren herzustellen und Handlungsbereitschaft zu wecken bzw. zu erhöhen. An Lippenbekenntnissen mangelt es nicht, an konsequenter Umsetzung hingegen schon.

Außerdem - das ist ebenfalls ein wichtiges Ziel - sollen die Studien Grundlagen dafür liefern, die Interventionsentwicklung zu stimulieren und zudem passgenaue und datenbasierte Fördermaßnahmen zu entwickeln, also Maßnahmen empirisch und wissenschaftlich zu fundieren. Denn Evidenzbasierung darf sich nicht allein auf die Evaluation von Wirksamkeit beschränken, sondern muss bereits die Konzeption von Interventionen bestimmen.

Aus dem gleichen Grund haben wir in einer Gruppe ausgewiesener Expertinnen und Experten seinerzeit den Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz erarbeitet, der abgeleitet aus den Studienbefunden ein umfassendes Set an Strategien vorschlägt - sowohl zur Förderung der individuellen als auch zur strukturellen Gesundheitskompetenz. Mit dem Aktionsplan liegt ein bis heute gültiges Programm vor, das noch längst nicht vollständig abgearbeitet wurde, aber natürlich neue Akzente erhalten kann und sollte. Das geschieht aktuell bei dem Deutschen Netzwerk für Gesundheitskompetenz, bei dem der Aktionsplan jetzt angesiedelt ist.

**Vielen Dank für Ihre Zeit und Ihre Expertise! ■**

## Das Koblenzer Jugendtheater präsentiert: Amélie – Das Musical

Die KZV Rheinland-Pfalz unterstützt seit Jahren die Jugendarbeit in Koblenz mit einer Sondervorstellung des Jugendtheaters. Dieses Mal für Sie auf der Bühne der Kulturfabrik: die Musical-Produktion „Amélie“.

Text: Michaela Merz

**D**as Musical „Amélie“ basiert auf dem erfolgreichen französischen Film „Die fabelhafte Welt der Amélie“ und erzählt die Geschichte einer schüchternen und fantasievollen jungen Frau in Paris.

Amélie beschließt, das Leben der Menschen um sie herum zu versüßen, indem sie kleine, geheimnisvolle Taten der Freundlichkeit vollbringt. Während sie versucht, anderen zu helfen und ihre eigenen Träume zu verwirklichen, entdeckt sie auch die Herausforderungen der Liebe und der zwischenmenschlichen Beziehungen.

Mit dem Musical „Amélie“ nimmt sich das Koblenzer Jugendtheater einem der großen Filme der 2000er-Jahre an. Das Musical steht dem Film in nichts nach und wartet mit toller Musik, fröhlichen, melancholischen und absurdem Szenen auf.

Die KZV Rheinland-Pfalz lädt Sie herzlich zu einer Sonderveranstaltung ein am **Freitag, 8. Mai 2026**, ab 19:00 Uhr in der **Kulturfabrik Koblenz**, Mayer-Alberti-Straße 11, 56070 Koblenz.

Reservieren Sie frühzeitig Ihre Eintrittskarten. Das Bestellformular finden Sie auf der Startseite von [www.kzvrlp.de](http://www.kzvrlp.de). ■

# Landtagswahl 2026: Die Pläne der Parteien für die Gesundheitsversorgung

Stichtag 22. März 2026: Noch wenige Wochen bis zur Landtagswahl in Rheinland-Pfalz. Die Wahlprogramme der Parteien liegen auf dem Tisch. Welche Pläne gibt es für die Gesundheitsversorgung?

Text: Katrin Becker

In der Gesundheitspolitik fallen grundlegende Finanzierungs- und Strukturreformen in die Zuständigkeit des Bundes. Die Aufgabe der Bundesländer besteht darin, die medizinische Versorgung der Men-

schen vor Ort zu sichern, zum Beispiel über die Krankenhausplanung. Hier lesen Sie zentrale Wahlausagen der aktuell im Landtag vertretenen Parteien.



Die SPD möchte, dass **alle Menschen im Land gut und verlässlich versorgt werden** – unabhängig vom Wohnort und dem Einkommen. Hierfür setzt sie auf ein Zusammenspiel aus **Spezialisierung, flächendeckender Notfallversorgung und wohnortnaher Grundversorgung**. Geplant ist, die **ambulante Versorgung** als Rückgrat des Gesundheitssystems mit digitalen und telefonischen Ersteinschätzungen auszubauen. **Regiokliniken** dienen als Anlaufstelle für Alltagsnotfälle; sie bündeln ambulante, stationäre und pflegerische Angebote. **Notaufnahmen und Rettungsdienste** sollen überall im Land und rund um die Uhr erreichbar sein. Telemedizinische Angebote wie Telestroke ergänzen die Notfallversorgung. Spezialisierte Behandlungen sollen in spezialisierten Zentren stattfinden. Zudem möchte die SPD Hospize und Palliativdienste ausbauen. Sie setzt sich für **wohnortnahmen Apotheken** und eine Reform von deren Vergütung ein. Die SPD verfolgt eine **Investitionsoffensive in Krankenhäusern**. Im Fokus stehen klimafreundliche und energieeffiziente Neubauten sowie die Modernisierung bestehender Einrichtungen.

Die **hausarztzentrierte Versorgung** soll durch **Ansiedlungslotseen** für Haus- und Fachärzte sowie Erleichterungen bei der Gründung kommunaler Medizinischer Versorgungszentren gestärkt werden. Im ländlichen Raum soll es neue Versorgungsmodelle mit interpro-

fessionellen Teams, digitalen Lösungen und modernen Arbeitsformen geben. Die SPD möchte die **Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse** vereinfachen und das Verfahren für akademische Heilberufe aus Drittstaaten beschleunigen. Zur Entlastung von Ärzten sollen neue Berufsbilder wie **Physician Assistants** oder **Advanced Practice Nurses** vorangetrieben werden.

Die SPD plant, **digitale Innovationen** im Gesundheitswesen zu fördern. Sie nennt künstliche Intelligenz, Telemedizin und digitale Assistenzsysteme als Lösungen zur Ergänzung der Versorgung. Zudem setzt sie auf eine umfassende **Präventionspolitik**. Gesundheitsförderung soll in den Lebenswelten gestärkt werden. Über kommunale Netzwerke sollen Themen wie Bewegung, Ernährung und seelische Gesundheit transportiert werden. Darüber hinaus möchte die SPD die **Geburthilfe** fördern, und die **Frauengesundheit** und die **seelische Gesundheit** sollen stärker in den Fokus rücken.



Die **CDU** setzt sich für den Erhalt einer **guten medizinischen Versorgung** in Rheinland-Pfalz ein. Ziel ist ein **belastbares und flächendeckendes Netz** aus wohnortnaher Betreuung für Stadt und Land. Dies gelte für die hausärztliche, die fachärztliche und die Notfallversorgung. Mit Stipendienprogrammen soll der Arztberuf insbesondere auf dem Land attraktiver werden. In schlechter versorgten Regionen unterstützt die CDU den Aufbau **sektorenübergreifender Praxiskliniken** durch die Kommunen. Praxiskliniken bündeln medizinische Angebote und können um pflegerische Angebote ergänzt werden. Außerdem entlasten sie Krankenhäuser. Apotheken sollen in die regionale Planung der Praxiskliniken einbezogen werden. Praxiskliniken sollen mit familienfreundlichen Arbeitsbedingungen und flexiblen Arbeitszeitmodellen aufwarten, damit Gesundheitsberufe attraktiv bleiben. Für den stationären Sektor plant die CDU einen „**Lebende-Krankenhäuser-Fonds**“. Mittel daraus sollen allen Kliniken zugutekommen, bis die Bundesreform greift. **Förder-**

**programme für Investitionen und innovative Versorgungsprojekte** sollen hinzukommen. Die CDU verfolgt zudem eine **Krankenhausplanung**, die auf Qualität, Erreichbarkeit und bedarfsgerechte Planung und nicht auf Zentralisierung um jeden Preis setzt.

Zur Sicherung der Versorgung soll die Zahl der **Medizinstudienplätze** an der Universitätsmedizin Mainz um mindestens 200 wachsen. Die CDU sieht zudem die Notwendigkeit einer zweiten Fakultät im Land. Mit einem Programm „**Start, Stay & Comeback**“ sollen Mediziner in den Dienst zurückgeholt oder von einer Weiterarbeit überzeugt werden. Die **Anerkennung ausländischer Abschlüsse** gelte es unter Wahrung der hohen Qualitätsansprüche in Deutschland zu beschleunigen. Für die schnelle Hilfe im Notfall setzt sich die CDU für den Erhalt der Notarztstandorte ein. Die Rettungsdienste sollen digital mit Kliniken vernetzt werden, um Notfallketten zu verkürzen. Die Luftrettung müsse bedarfsgerecht ausgeweitet werden.

**Telemedizin** soll als fester Bestandteil die Regelversorgung ergänzen. Um Wartezeiten zu verkürzen, möchte die CDU die **Terminervicestellen und digitale Terminvermittlungen** ausbauen. Darüber hinaus plant sie die Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung, der Geburtshilfe sowie der Frauengesundheit und der psychischen Gesundheit.



Die Grünen möchten die von Bund und Ländern verabschiedete **Krankenhausreform** schnellstmöglich umsetzen. Dort, wo Versorgungslücken bestehen, sollen Regiokliniken ambulante, stationäre und pflegerische Angebote vereinen.

Sie plädieren für eine **gute Versorgung mit Haus- und Fachärzten** im ganzen Land. In Regionen mit weiten Wegen setzen sie auf Bürgerbusse, Hol-/Bringdienste und mobile Praxen mit Sprechstunden vor Ort. Zudem sollen **telemedizinische Angebote** ausgebaut und Kommunen, die Medizinische Versorgungszentren gründen wollen, gefördert werden. Ergänzend sehen sie Community Health Nurses für eine niedrigschwellige ambulante Versorgung vor. Zu einer guten medizinischen Versorgung zählen die Grünen einen **barriere- und diskriminierungsfreien Zugang** für alle Menschen. Die Versorgung von trans-, inter- und nicht binären Personen möchten sie verbessern. Für Wohnunglose ist ein niedrigschwelliges, allgemeinmedizinisches Angebot geplant. Für die **Barrierefreiheit** bestehender Arztpraxen möchten sie ein Förder-

programm auflegen. Zudem planen sie, eine gemeinsame **sektorenübergreifende Versorgungsplanung** voranzutreiben.

Es soll ein flächendeckendes Netz an **Rettungsdiensten und Notärzten** geben. In der Notfallversorgung sprechen sie sich für Integrierte Notfallzentren von Krankenhäusern und Kassenärztlichen Vereinigungen aus. Für eine schnelle Erstversorgung in dünn besiedelten Gebieten soll das Netz an First Responder und Mobilen Rettern ausgeweitet werden.

Die Grünen halten an der **Bürgerversicherung** fest. Solange diese auf Bundesebene nicht umgesetzt ist, sollen rheinland-pfälzische Beamte ein Wahlrecht auf Zugang in die gesetzliche Krankenversicherung erhalten.

Zum **Schutz von Gesundheitspersonal vor Gewalt** planen sie vermehrt Deeskalationstrainings, Sicherheitskonzepte, sichere Arbeitsumgebungen und konsequente Strafverfolgung bei Übergriffen.

Um den **gesundheitlichen Folgen der Klimakrise** zu begegnen, wollen die Grünen Klimaanpassungsmaßnahmen in medizinischen Einrichtungen und klimaresiliente Krankenhäuser voranbringen. Auf ihrer Agenda haben sie zudem die **Förderung der Prävention**, der Geburtshilfe und der psychischen Gesundheit sowie der Erforschung und Behandlung von Long Covid und ME/CFS gesetzt.



Die AfD sieht es als oberstes Gebot ihrer Gesundheitspolitik, die Gesundheit der Menschen in Land zu schützen. Hierfür möchte sie **Niederlassungen von (Zahn-)Ärzten** zur Sicherstellung der Versorgung fördern. So soll die **Budgetierung** abgeschafft sowie **Regressforderungen und Wirtschaftlichkeitsprüfungen** eingedämmt werden. Zudem fordert die Partei einen deutlichen **Bürokratieabbau**. Jede neue **digitale Anwendung** soll zunächst daraufhin überprüft werden, ob sie den Verwaltungsaufwand reduziert. Die AfD fordert, angehende (Zahn-)Ärzte bereits im Studium über Möglichkeiten zur Finanzierung und Förderung der Niederlassung zu informieren. Niederlassungswilligen sollen **unbürokratische, angemessene und transparente Finanzierungen** zur Verfügung stehen. Kommunen sollen vom Land Unterstützung erhalten, um Medizinische Versorgungszentren einzurichten. Auch mobile Praxen werden befürwortet. **Versorgungsfremde private Investoren** will sie von jeglichen Forderungen ausschließen. **Prävention** betrachtet sie als vernachlässigtes Mittel zur Kostenreduktion. Zur Sicherung der **stationären Versorgung** plant die AfD, mehr Investitionsmittel für Kliniken bereitzustellen. Sie möchte einen Fonds einrichten, um Defizite kommunaler Krankenhäuser aufzufangen. Die AfD will mehr **Medizinstudienplätze** schaffen und den Numerus

Clausus abschaffen, um Abiturienten fürs Studium in Deutschland zu halten. Die **Landarztquote** soll ausgeweitet und bedarfsabhängig auf Zahnärzte erweitert werden. Eltern, die ihren Kindern ein (Zahn-)Medizinstudium finanzieren, sollen steuerlich entlastet werden.

Damit Ärzte in der Versorgung in Deutschland bleiben, sollen **Arbeitsbedingungen, Familienfreundlichkeit und Vergütung** des ärztlichen Berufes verbessert werden. Um Arztpraxen zu entlasten, plant die AfD den Wiedereinsatz von **Praxisassistenten und Gemeindeschwestern**.

Die AfD will die gesetzlich vorgeschriebenen **Rettungsdienstzeiten** erhalten. Dafür sollen Notfallaufnahmen in Kliniken bedarfsabhängig ausgebaut und das First-Responder-System flächendeckend eingeführt werden. Darüber hinaus fordert die AfD eine genaue Prüfung ausländischer Abschluss- und Arbeitszeugnisse. Neben **Sprachnachweisen** erachtet sie **Gleichwertigkeitsprüfung** gemäß deutschen Staatsexamina bzw. Facharztprüfungen für unabdingbar.



In ihrem Wahlprogramm zeichnet die **FDP** das Bild eines **freiheitlichen, digitalen und qualitativ hochwertigen Gesundheitswesens**, das auf Eigenverantwortung, Wettbewerb und Innovation basiert. Bürokratie und Bevormundung lehnen die Freien Demokraten ab. Die **Digitalisierung** sehen sie als Schlüssel für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem. Sie möchten Rheinland-Pfalz zur Modellregion für digitale Gesundheitsversorgung machen. Insbesondere in ländlichen Regionen mit Fachkräftemangel sollen digitale Lösungen wie Telemedizin, digitale Pflegeassistenz, mobile Diagnostik und Gesundheits-Apps (DiGA) helfen, Versorgungslücken zu schließen. Gleichzeitig soll die digitale Gesundheitskompetenz der Bevölkerung gestärkt werden. Digitalisierung soll Prozesse vereinfachen und Dokumentationspflichten reduzieren.

Die FDP unterstützt **Reformen zur Senkung der Ausgaben** im Gesundheitswesen und Entlastung der Bürger. Sie setzt sich für eine **bedarfsgerechte, qualitativ hochwertige Versorgung und den freien Zugang zu notwendigen Gesundheitsleistungen** ein. Die Ergebnisqualität der Versorgung soll der zentrale Maßstab für Planung, Finanzierung und Versorgung über Sektorengrenzen hinweg sein. Hierfür sollen Gesundheitsreformen regelmäßig evaluiert und nachgesteuert werden. **Kliniken mit klarem Leistungsprofil** (Notfall, Spezialzentrum, Basisversorgung) sollen die stationäre Versor-

gung sichern. In ländlichen Regionen behandeln Regiokliniken Alltagsnotfälle. Die FDP strebt eine hochwertige notfallmedizinische Versorgung an, gegebenenfalls grenzüberschreitend und unterstützt durch First-Responder-Systeme. Die FDP setzt auf **niedrigschwellige und wohnortnahe Präventionsangebote** in allen Lebensphasen.

Die Freien Demokraten fordern eine **Entbudgetierung** grundversorgender ärztlicher Leistungen und verlässliche Vergütungsregelungen. Die **Zulassungs- und Planungsregelungen** für Ärzte sollen flexibilisiert, Praxisgründungen durch den Abbau bürokratischer Hürden erleichtert werden. Förderprogramme mit Zuschüssen für Niederlassungen, Anschaffungen oder Zweigpraxen sollen verstetigt werden. Gleichzeitig soll es Zuschüsse oder günstige Kredite für Praxisausstattung, Telemedizin und Digitalisierung geben. **Zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung** setzt die FDP auf mobile Praxen und Zweigpraxen. Zudem will sie Unterstützungsangebote bei Kinderbetreuung, Mobilität und Infrastruktur entwickeln.



Angesichts des Ärztemangels, überlasteter Kliniken, Bürokratie und steigender Kosten fordern die **Freien Wähler** eine **Bundesratsinitiative für Sofortmaßnahmen**. Krankenhäuser müssten

kostendeckend arbeiten können. Die Fallpauschalen und Mindeststandards müssten so angepasst werden, dass kleine Kliniken erhalten bleiben. Dabei setzen die Freien Wähler vor allem auf **wohnortnahe Grundversorgungskliniken**. Die geltenden Fallpauschalen sind zudem so anzupassen, dass sie realistische Kosten reflektieren und kein System der Unterdeckung fördern. Investitionskosten in Kliniken sollen vollständig von Bund und Ländern getragen werden. Gleichzeitig sollen **ambulante Leistungen** fair vergütet und **Weiterbildungsoffensiven** in Mangelberufen besser bezahlt werden. Die Freien Wähler fordern einen **Abbau von Bürokratie** unter anderem mit weniger Dokumentationspflichten und einfacheren Krankenkassenstrukturen. Das **Medizinstudium** müsse entschlackt und praxis-

näher werden. Rheinland-Pfalz soll **zusätzliche Studienplätze** insbesondere für die Allgemeinmedizin und die Hausarztversorgung schaffen und die Landarztkapazität ausweiten.

Die Freien Wähler sprechen sich außerdem für einen direkten Zugang der Patienten zu **Heilmittel erbringern** wie Physiotherapeuten oder Logopäden aus, um Arztpraxen zu entlasten. Sie setzen sich ferner für den Erhalt **wohnortnaher Geburts hilfestandorte** ein sowie für faire Vergütungssysteme und rechtssichere Rahmenbedingungen für freiberufliche Hebammen. Die **Altersforschung** soll intensiviert und altersmedizinische Schwerpunkte in die medizinische Ausbildung verstärkt eingebunden werden.

## Rheinland-Pfalz wählt: Daten und Fakten rund um die Landtagswahl

Bei der Landtagswahl sind knapp drei Millionen Bürger wahlberechtigt, darunter rund 35.000 potenzielle Erstwählerinnen und Erstwähler. Weitere Zahlen rund um den Urnengang.

Text: Katrin Becker

Es wird die **19. Wahl** zum rheinland-pfälzischen Landtag sein.

**Stichtag 22.03.2008**

Bei der kommenden Landtagswahl dürfen nur diejenigen wählen, die spätestens an diesem Tag geboren sind.

Der Wahlausschuss hat **12 Parteien** zur Landtagswahl zugelassen.

Kleine Parteien, die nicht im Landtag vertreten sind und eine Landesliste aufstellen, mussten **2.080 Unterstützungsunterschriften** von Wahlberechtigten vorlegen, um bei der Wahl antreten zu dürfen.

**101 Sitze** sind im Parlament zu vergeben (vorbehaltlich möglicher Überhang- und Ausgleichsmandate). 52 gehen an direkt gewählte Abgeordnete in den Wahlkreisen. 49 Sitze werden über die jeweiligen Landes- bzw. Bezirkslisten der Parteien verteilt.

Insgesamt gibt es **950 Kandidaturen** um ein Landtagsmandat. **546 Personen** kandidieren auf einer Landesliste, **404** bewerben sich um ein Direktmandat im Wahlkreis. **285 Bewerberinnen und Bewerber** kandidieren sowohl auf einer Landesliste als auch in einem Wahlkreis.

Rheinland-Pfalz wird für die Landtagswahl in **vier Bezirke** und **52 Wahlkreise** eingeteilt.

Rund **45.000 Wahlhelferinnen und Wahlhelfer** werden die Landtagswahl 2026 stemmen.

Bei der Landtagswahl 2021 lag die Wahlbeteiligung bei **64,4 Prozent**. Aufgrund der Corona-Pandemie erreichte der Briefwahlanteil mit **66,5 Prozent** einen Höchststand.

# Änderung des BGB: Erste Kopie der Behandlungsakte kostenfrei

Das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) regelt, dass Patienten ihre Behandlungsunterlagen einsehen und eine Kopie davon bekommen können. Allerdings mussten sie bislang der (Zahn-)Arztpraxis die Kosten hierfür erstatten. Das ist nun vorbei: Die erste Kopie muss kostenlos sein.

Text: Katrin Becker

Der Gesetzgeber hat den entsprechenden § 630g BGB geändert. Mitte Dezember hat der Bundestag das „Gesetz zur Änderung des Verbrauchervertrags- und des Versicherungsvertragsrechts sowie zur Änderung des Behandlungsvertragsrechts“ verabschiedet. Nach abschließender Beratung durch den Bundesrat tritt es nach der Unterzeichnung durch den Bundespräsidenten und der Verkündung im Bundesgesetzblatt in Kraft.

In § 630g BGB Absatz 1 heißt es nun: „Dem Patienten ist auf Verlangen unverzüglich Einsicht in die vollständige, ihn betreffende Behandlungsakte zu gewähren. § 811 ist entsprechend anzuwenden. Der Patient kann auch Abschriften von der Behandlungsakte, einschließlich elektronischer Abschriften, verlangen. Die erste Abschrift wird unentgeltlich zur Verfügung gestellt.“ Mit der Änderung sorgt der Gesetzgeber zudem für Klarheit: Um eine Verwechslung mit der elektronischen Patientenakte (ePA) auszuschließen, wird im Bürgerlichen Gesetzbuch „Patientenakte“ durch „Behandlungsakte“ ersetzt.

## Handlungsbedarf durch EuGH-Urteil

Mit der Gesetzesänderung wird europäische Rechtsprechung in nationales Recht überführt. Im Jahr 2023 hatte der Europäische Gerichtshof

(EuGH) geurteilt, dass die erste Abschrift der in Praxen und Krankenhäusern geführten Patientenunterlagen kostenfrei abzugeben ist (Rechtsache C-307/22). Der EuGH bezog sich in seiner Entscheidung auf Artikel 15 Absatz 3 der Europäischen Datenschutzgrundverordnung, in dem dieses Recht des Patienten bereits verankert sei.

## Hinweis zu angemessenen Kosten für zweite Kopie

Für Praxen lohnt sich der Blick in die Begründung zum Gesetz. Dort ist aufgeführt, wie viel sie Patienten für die zweite Abschrift der Behandlungsakte in Rechnung stellen dürfen. Als Orientierung könnten die im Paragrafen 7 des Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetzes vorgesehenen Kostensätze dienen. Demnach ließen sich für die ersten 50 Seiten bis zu einer Größe von DIN A3 0,50 Euro je Seite berechnen, für jede weitere Seite 0,15 Euro.

Bürgerinnen und Bürger würden durch die nun gesetzlich bestimmte Kostenfreiheit der ersten Aktenkopie schätzungsweise um 344.000 Euro jährlich entlastet, heißt es in der Gesetzesbegründung weiter. ■





# 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](http://www.kzvrlp.de) · [www.kzbv.de/zaepp](http://www.kzbv.de/zaepp) · [www.zäpp.de](http://www.zäpp.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](mailto:kontakt@zi-ths.de) erreichbar.

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

# Selbstverwaltung: AS Akademie erfolgreich absolviert

Mit Dr. Melanie Selina Weibrich und Matthias Gloede reihen sich weitere rheinland-pfälzische Zahnärztinnen und Zahnärzte in die Riege der Absolventen der Akademie für freiberufliche Selbstverwaltung und Praxismanagement ein.

Text: Katrin Becker

Zwei Jahre lang studierten sie berufsbegleitend an der AS Akademie, um sich das Wissen für Ämter in den Gremien der zahnärztlichen Berufspolitik und Selbstverwaltung zuzulegen. Im Dezember vergangenen Jahres erhielten sie in einer feierlichen Zeremonie das Abschlusszertifikat und den Titel „Manager in Health Care Systems“.

Das Studium an der AS Akademie wird mit einer Zertifikatsarbeit abgeschlossen. Dr. Melanie Selina Weibrich widmete sich der Fragestellung „Die eigene Zahnarztpraxis attraktiver für die junge Zahnmedizin gestalten: Arbeitszeiten – Kommunikation – Digitalisierung“. Matthias Gloede betrachtete in seiner Zertifikatsarbeit die „Beitragstordnungen der (Landes-)Zahnärztekammern: Ein bundesweiter Vergleich. Demografischer Wandel in der Zahnärzteschaft und Stabilität des Kammerwesens“.

## Fachübergreifender Lehransatz

Sanitätsrätin Dr. Kerstin Bienroth, stellvertretende Vorsitzende des Vorstandes der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz, gratulierte den Alumni und unterstreicht die Bedeutung qualifizierter, engagierter Kräfte für die Berufspolitik: „Unser Gesundheitssystem ist komplex und sehr dynamisch. Wir sind in der Verantwortung, junge, berufspolitisch interessierte und motivierte Kolleginnen und Kollegen zu fördern und ihnen Wissen über dessen Strukturen und Funktionsweise zu vermitteln. Das versetzt die Zahnärzteschaft in die Lage, auf Augenhöhe mit der Politik und den Krankenkassen zu agieren.“ Mit ihrem fachübergreifenden, vielfältigen Lehransatz aus ökonomischen, juristischen, sozialmedizinischen sowie gesundheitspolitischen Inhalten sei die Akademie ein wertvolles Instrument des Berufsstandes, die zahnärztliche Selbstverwaltung sowie das Bewusstsein der Freiberuflichkeit zu stärken, so Bienroth weiter. Darüber hinaus böte die Akademie Zahnärztinnen und Zahnärzten die Chance, sich bundesweit im Berufsstand auszutauschen und zu vernetzen.



Gratulation: Dr. Melanie Selina Weibrich (Bild links) und Matthias Gloede (Bild rechts) nehmen ihr Abschlusszertifikat von dem wissenschaftlichen Leiter der Akademie Prof. Dr. Christoph Benz entgegen.

Fotos: Sandra Kühnapfel

Die AS Akademie wird von mehreren Landeszahnärztekammern und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, darunter die KZV Rheinland-Pfalz, getragen. Sie steht unter der Schirmherrschaft der Bundeszahnärztekammer und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung. ■

# Cybersicherheit: NIS2-Richtlinie gilt für große Praxen

Am 6. Dezember 2025 ist das Gesetz zur Umsetzung der NIS2-Richtlinie in Deutschland in Kraft getreten. Die Richtlinie verpflichtet rund 30.000 Unternehmen, verbindliche Vorgaben zur Cybersicherheit einzuhalten. Betroffen sind auch große Zahnarztpraxen und Medizinische Versorgungszentren.

Text: Katrin Becker

NIS2 (Network and Information Security Directive 2) ist die neue EU-Richtlinie zur Verbesserung der Cybersicherheit in Europa. Sie zielt darauf, EU-weit vereinbarte Sicherheitsstandards zu harmonisieren und die Resilienz kritischer Infrastrukturen (KRITIS) gegen Cyberangriffe zu erhöhen. In Deutschland wurde die NIS2-Richtlinie nun durch das NIS2-Umsetzungsgesetz in nationales Recht überführt.

NIS2 betrifft alle Unternehmen, die kritische Infrastrukturen betreiben oder in einem als systemrelevant eingestuften Bereich tätig sind. Auch Zahnarztpraxen und Medizinische Versorgungszentren, die mit sensiblen Gesundheitsdaten arbeiten und auf komplexe IT-Systeme angewiesen sind, fallen unter die neue Regelung und müssen verschiedene Vorgaben zur Cybersicherheit erfüllen. Voraussetzung ist: Sie haben mindestens 50 Beschäftigte oder einen Jahresumsatz von über zehn Millionen Euro. Ob die zahnärztliche Einrichtung als NIS2-relevant einzustufen ist, muss jeder Inhaber selbst prüfen.

## Registrierungs- und Meldepflicht beim BSI

NIS2 sieht Standards vor, die nicht zuletzt infolge der IT-Sicherheitsrichtlinie zur IT-Grundausrüstung einer Zahnarztpraxis gehören sollten: Risikomanagement, technische und organisatorische Schutzmaßnahmen, Notfallpläne, Wiederherstellungsstrategien, kontinuierliche Sicherheitsüberprüfungen, Berechtigungskonzepte und Zugriffsregelungen, Mitarbeiterschulungen, Dokumentationspflichten und Meldepflichten bei Sicherheitsvorfällen.

Von NIS2 betroffene Unternehmen sind ab sofort verpflichtet, erhebliche Sicherheitsvorfälle binnen 24 Stunden nach Kenntniserlangung an das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnologie (BSI) zu melden. Hierfür hat das BSI ein Webportal freigeschaltet. Unternehmen müssen sich bis zum **6. März 2026**

auf diesem Portal unter [www.bsi.bund.de](http://www.bsi.bund.de) > Themen > Regulierte Wirtschaft > NIS-2 regulierte Unternehmen registrieren. Die Registrierung wiederum setzt eine Anmeldung auf dem Verwaltungsportal „Mein Unternehmenskonto“ (<https://info.mein-unternehmenskonto.de>) voraus. Verstöße gegen die Registrierungs- oder Meldepflichten können mit Sanktionen und Bußgeldern geahndet werden.

Ausführliche Hinweise zu meldepflichtigen Vorfällen, dem Meldeprozedere und eine Anleitung zur Registrierung im Meldeportal gibt es auf der BSI-Internetseite. ■

## Meldung von Sicherheitsvorfällen

Ein meldepflichtiger erheblicher Sicherheitsvorfall, ist ein Vorfall, der

- » schwerwiegende Betriebsstörungen der Dienste oder finanzielle Verluste für die betreffende Einrichtung verursacht hat oder verursachen kann oder
- » andere natürliche oder juristische Personen durch erhebliche materielle oder immaterielle Schäden beeinträchtigt hat oder beeinträchtigen kann.

## Meldefristen bei Sicherheitsvorfällen

- » Erstmeldung innerhalb von 24 Stunden
- » Detaillierte Zwischenmeldung innerhalb von 72 Stunden
- » Abschlussbericht innerhalb eines Monats

# Informationsstelle für Patienten: Was Ratsuchende bewegt

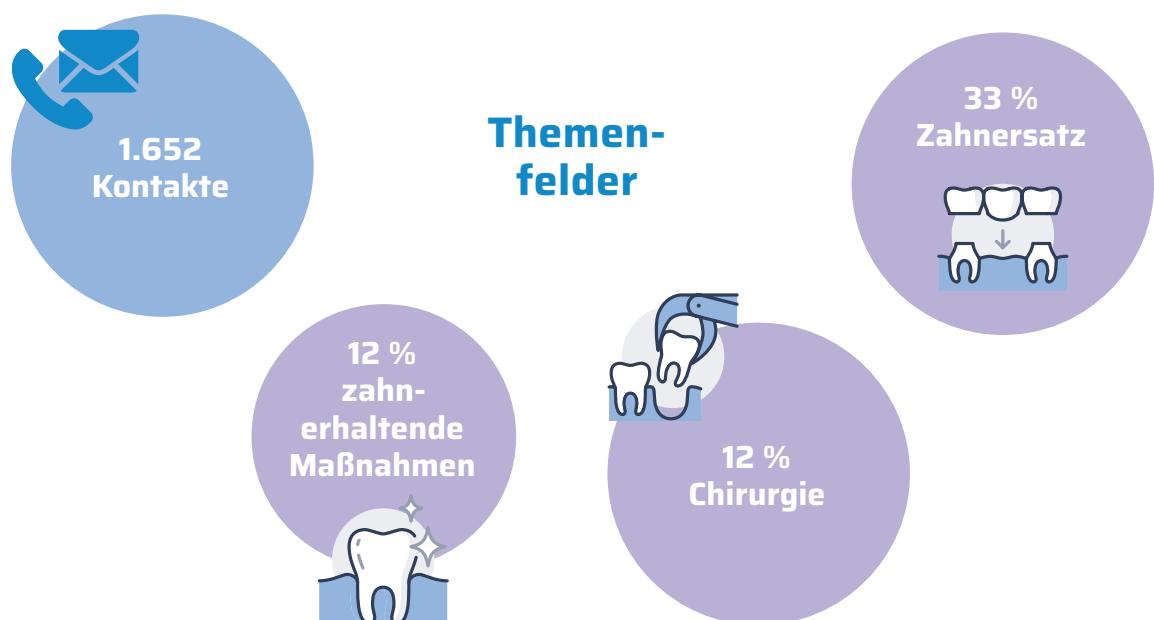
Ob Auskunft zu Zahnersatz und Festzuschuss, Fragen zu Bonusheft und Prophylaxe oder die Suche nach einer Zahnarztpraxis – immer mehr Patienten fragen die zahnärztliche Patienteninformationsstelle um Rat.

Text: Katrin Becker

In Jahr 2024 baten 1.652 Patienten die Patienteninformationsstelle, eine gemeinsame Einrichtung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung sowie der Landeszahnärztekammer und der Bezirkszahnärztekammern in Rheinland-Pfalz, um Hilfe. Das sind rund 40 Prozent mehr als in den Vorjahren (2023: 1.145 Anfragen, 2021: 1.163 Anfragen).

„Die Zahlen zeigen zum einen, dass der Bedarf nach seriösen und neutralen Informationen im zahnärztlichen Versorgungsbereich unverändert sehr hoch ist“, sagt Sanitätsrätin Dr. Kerstin Bienroth, stellvertretende Vorsitzende des Vorstandes

der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz. Zum anderen dokumentierten sie, dass Patienten in den letzten Jahren mündiger, aber auch deutlich kritischer geworden seien. „Sie sammeln, meist online, eine Flut an Informationen, die manchmal mehr verwirrt als hilft. Mit der Patienteninformationsstelle bieten die Körperschaften eine zuverlässige Orientierungshilfe, die Patienten in ihrer Souveränität stärkt, eine therapeutische Entscheidung mitzutreffen“, so Bienroth. Eine Mitverantwortung schreibt sie auch der Gesundheitspolitik der vergangenen Jahre zu, die durch eine „versorgungs- und patientenfeindliche Budgetierung“ Unsicherheiten geschürt habe.



Dabei stellt Bienroth zweierlei klar: Die Informationsstelle sei ein ergänzendes Angebot. Aber sie biete keine Rechtsberatung im konkreten Einzelfall. „Der erste Ansprechpartner für Patienten ist immer die Zahnarztpraxis. Das persönliche Gespräch ist gerade wegen der Fülle der digitalen Quellen unbezahlbar und für eine vertrauensvolle Zahnarzt-Patienten-Beziehung essenziell“, sagt sie.

### Spitzenreiter „Zahnersatz“

Mit welchen Fragen wenden sich die Patienten an die Stelle? Wie in den Vorjahren wurde die Informationsstelle am häufigsten zu Zahnersatz kontaktiert. Ein Drittel der Anfragen (33 Prozent) drehte sich um das vielfältige Behandlungsspektrum mit Kronen, Brücken oder Prothesen sowie um den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenkassen und die Eigenanteile der Patienten. In jeweils rund 12 Prozent der Gespräche ging es um chirurgische Verfahren inklusive Implantate und um zahnerhaltende Maßnahmen. 8 Prozent der Patienten meldeten sich mit kieferorthopädischen Anliegen.

Fast drei Viertel aller Gespräche (71 Prozent) betrafen rechtliche und finanzielle Fragen. Darunter fallen Patientenrechte, die Patientenakte, die Gewährleistung, Gutachten, Rechnungen sowie Kassen- und Eigenanteile. Über ein Fünftel der Gespräche (22 Prozent) drehte sich um Servicethemen wie das Bonusheft oder Adressen von Zahnarztpraxen. Die übrigen Anfragen waren allgemeiner gehalten und erforderten grundlegende zahnmedizinische Auskünfte.

### Schnelle Hilfe

Nahezu alle Ratsuchenden (97 Prozent) wandten sich mit ihrem Anliegen zuerst an die Patienteninformationsstelle. Zumeist handelte es sich dabei um einen einmaligen Kontakt: In knapp neun von zehn Fällen (86 Prozent der Kontakte) konnte die Stelle die Fragen durch Wissensvermittlung umgehend und abschließend klären. Die übrigen Anfragen wurden meist mithilfe der zuständigen Fachabteilungen der Zahnärztekammern oder der Kassenzahnärztlichen Vereinigung geklärt. Die Informationsstelle wurde

überwiegend von gesetzlich versicherten Patienten (76 Prozent) kontaktiert. Die Anrufer waren mehrheitlich weiblich (60 Prozent) und im Alter von 18 bis 64 Jahren (39 Prozent).

Die kostenfreie Patienteninformationsstelle ist erreichbar unter ☎ 06131 / 892729040, montags, dienstags und donnerstags von 8:30 bis 12:00 Uhr und von 13:30 bis 15:00 Uhr sowie mittwochs von 8:30 bis 12:00 Uhr und von 13:30 bis 15:30 Uhr. Die E-Mail-Adresse lautet ✉ patienteninfostelle@kzvrlp.de. ■

## Themenspektrum





KASSENZAHNÄRZTLICHE VEREINIGUNG  
RHEINLAND-PFALZ

**Offizielles Mitteilungsblatt und Rundschreiben der  
Kassenzahnärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz**