

## GKV-Szene I

SGB V  
gibt den Rahmen vor

Termin für  
Personalentscheidung  
naht

Konsentierter Vorschlag

## Streit über Neubesetzung des Gemeinsamen Bundesausschusses?

Seit 2004 entscheidet der **Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA)** als höchstes Organ der Selbstverwaltung maßgeblich über den Umfang des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Grundlage der G-BA-Beschlüsse sind die bekannten „WANZ“-Kriterien für die vertrags(zahn)ärztliche Tätigkeit des Sozialgesetzbuches V: „wirtschaftlich, ausreichend, notwendig und zweckmäßig“. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat insgesamt 13 stimmberechtigte Mitglieder, davon jeweils fünf Vertreter der „Leistungserbringer“ und der Kostenträger und drei unparteiische Mitglieder. Letztendlich sind also die drei Unparteiischen die eigentlichen Entscheider in diesem Gremium, wobei eine(r) den Vorsitz des Ausschusses übernimmt. Für die nächste Legislaturperiode ab 1. August 2018 müssen sich die Trägerorganisationen derzeit über die Personalfrage bei der Besetzung der G-BA-Spitze verständigen und die Nominierungen dem Bundesgesundheitsministerium zur Prüfung und Weiterleitung an den Gesundheitsausschuss vorlegen. Im Zeitplan soll dies spätestens bis zum 30. Juni 2017 erfolgen, damit noch vor der Bundestagswahl alles festgezurr ist und die weiteren zeitlichen Vorgaben eingehalten werden können.

Medienberichten zufolge soll nun die einzige Medizinerin im Führungstrio, die Berliner Gynäkologin **Dr. Regina Klakow-Franck**, nicht erneut aufgestellt und durch den früheren FDP-Gesundheitspolitiker **Lars Lindemann** (Jurist und augenblicklich Geschäftsführer des Spitzenverbandes der Fachärzte) ersetzt werden. Dieser Vorschlag sei unter den Leistungserbringern schon konsentiert, berichtet das **Deutsche Ärzteblatt**, werde aber sowohl in der Unionsfraktion als auch bei SPD und den Grünen kritisch gesehen. Es ist von „massiven Vorbehalten“ in der Politik die Rede. Der Präsident der Bundesärztekammer, **Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery**, hat ebenfalls erhebliche Bedenken: „Wir können es uns nicht vorstellen, dass das Gremium ohne einen Arzt oder eine Ärztin geleitet wird und nur von drei Juristen an der Spitze besetzt werden soll“, äußerte er gegenüber den Medien.

Gründe für die überraschende Nichtnominierung von Klakow-Franck wurden bisher nicht bekannt, sie hatte erst kürzlich in einem Interview ihre Bereitschaft zur weiteren Mitarbeit im G-BA bekundet. Die beiden anderen Unparteiischen-Posten sollen **Uwe Deh** (ehemaliger AOK-Manager) und der bisherige Vorsitzende **Josef Hecken** übernehmen. *Quellen: Deutsches Ärzteblatt, FAZ*

## Kommentar

Weitere aktuelle  
Meldungen bei  
[www.adp-medien.de](http://www.adp-medien.de):

12.05.2017:  
Fachkräftemangel – Was  
hilft gegen hausgemachte  
Probleme?

11.05.2017:  
Mithaftung kann  
sittenwidrig sein

09.05.2017:  
Gefälschte Mails vom BFH

08.05.2017:  
Ein starkes Signal aus  
Bayern

### auf den punkt – so sehe ich es:

#### G-BA – Gatekeeper im System

*In einem bemerkenswerten Beitrag der „FAZ“ („Natur und Wissenschaft“ am 3. Mai 2017) weist die Journalistin Martina Lenzen-Schulte darauf hin, dass es nicht selten mehr als zehn Jahre dauern kann, bis sämtliche Krankenkassen verpflichtet werden, die Kosten für nachgewiesenen nutzbringende innovative Verfahren oder Medikamente zu übernehmen. Für die Aufnahme in den Leistungskatalog bedarf es eines entsprechenden Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Lenzen-Schulte nennt in ihrem Aufsatz unter der Überschrift „Verspätete Kassen“ das immunologische Testverfahren zur Darmkrebsfrüherkennung „iFOBT“ als jüngstes und typisches Beispiel für eine solch enorme Verzögerungen zu Lasten der Gesundheit der sozialversicherten Patienten. Dieses neue und wesentlich zuverlässigere Screening-Verfahren kann jetzt endlich den traditionellen Guajak-Test ablösen und wird seit April 2017 von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt. Dabei hätten Vergleichsstudien schon vor einem Jahrzehnt die Vorteile dieser Testvariante, die schon zur Jahrtausendwende entwickelt wurde, belegt, so die Journalistin. Die GKV-„Kunden“ seien also „hingehalten“ worden.*

*Dass sich der G-BA – wie oben beschrieben – als Gatekeeper betätigt, aus fachlich nicht nachvollziehbaren Gründen blockiert, intransparent entscheidet und dabei nebenbei zu Lasten der Patienten kräftig auf die (Kosten-)Bremse tritt, konnten auch wir Zahnärzte schon vielfach beobachten. Aktuell wird dies bei der Umsetzung des BZÄK/KZBV-Konzepts zur Prävention der frühkindlichen Karies (Early Childhood Caries / ECC) evident. Nächste Erfahrungen werden sicher bei den neuen PAR-Verträgen folgen. Wenn nun der letzte vorhandene medizinische Sachverstand im Führungstrio des „kleinen Gesetzgebers“ eliminiert werden soll, lässt dies nichts Gutes erahnen. Auf eine plausible Begründung für eine solch schwerwiegende Entscheidung darf man gespannt sein.*

*In Bezug auf die die Fülle der Machtkompetenzen und die Entscheidungsgewalt des G-BA stellt sich jedenfalls immer wieder die Frage neu: Welche anderen Freiberufler als die Ärzte und Zahnärzte im GKV-System müssen nur ansatzweise ähnlich fragwürdige Verfahren über sich ergehen lassen? Gut, dass die meisten unserer Patienten selbst wissen, was medizinisch sinnvoll ist, vom Mehrwert überzeugt sind und sich diese Leistungen dann eben selbst einkaufen. Die PZR ist hierfür nur eines von vielen Beispielen. **Dirk Erdmann***

## Private Gebührenordnung

## GOÄ-Novelle: Nach fast zehn Jahren keinen Schritt weiter

Der „Kick off“-Termin der **Bundesärztekammer (BÄK)** für die neue GOÄ bzw. das „GOÄ-Bewertungsprojekt“ liegt nun mehr als neun Jahre zurück. Es war der 1. Februar 2008! Im-

## Gewerbliche Anzeige

**NWD Summer Sale: Günstig einkaufen in Münster! – IDS-Highlights live erleben – 19./20. Mai 2017 – Treffen, Informieren & Einkaufen zu Top-Preisen – Über 80 Hersteller auf mehr als 2.000 qm – Jetzt anmelden!**  
[www.nwd.de/summersale](http://www.nwd.de/summersale)

Neuer Paragrafenteil soll  
vorgestellt werden

merhin kündigte der Verhandlungsführer der BÄK, **Dr. Klaus Reinhardt**, in der vergangenen Woche an, man könne nun zum **Deutschen Ärztetag** Ende Mai 2017 in Freiburg den Delegierten ein „gutes Zwischenprodukt“ der neuen Privatgebührenordnung präsentieren. Der „**ärztenachrichtendienst**“ (**änd**) zitiert Reinhardt: „Wir sind jetzt soweit, dass wir auf diesem Ärztetag die Grundlagen für die neue GOÄ – das ist die Änderung der Bundesärzteordnung mit dem Paragrafenteil - vorstellen und diskutieren möchten.“ Gegenüber der ursprünglichen Vorlage hätten sich Details verändert, der Entwurf habe deutlichere Konturen als noch vor einem Jahr. Mit der „Kalkulation der Preise“ der einzelnen (*fast 5.000*) Gebührenpositionen werde sich die BÄK dann im „zweiten Halbjahr dieses Jahres beschäftigen“, so Reinhardt. Es liefen aber auch hier „schon jede Menge Bemühungen“. *Quelle: „änd“ am 11.05.2017*

## GKV-Szene II

## TI: Gleiche Erstattung für Kassenärzte und -zahnärzte

Kostengünstigste Variante  
wird erstattet

Vor dem Hintergrund der Ende April 2017 getroffenen Einigung zwischen der **Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV)** und dem **Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)** über die Finanzierung der Telematik-Infrastruktur, stellte die **Kassenärztliche Bundesvereinigung (KZBV)** klar:

„Die von der KZBV mit dem GKV-Spitzenverband ausgehandelte Grundsatzfinanzierungsvereinbarung Online-Rollout Stufe 1 sieht entsprechend der gesetzlichen Vorgaben vor, dass in jedem Fall die kostengünstigste Variante zur Anbindung einer Praxis an die Telematikinfrastruktur von den gesetzlichen Krankenkassen vollständig übernommen wird. Das ist unabhängig von den in der Grundsatzfinanzierungsvereinbarung genannten Beträgen für einzelne Komponenten sichergestellt.“

Der in der Vereinbarung bezifferte Betrag von 1.000 Euro für einen Konnektor, der in die Pauschale für die Erstausrüstung der Praxen einfließen soll, ist als vorläufiger Preis zu verstehen, bis eine qualitative Marktpreisermittlung abgeschlossen ist. Nach derzeitigem Marktstand würde das für die Vereinbarung zwischen KZBV und GKV-Spitzenverband bedeuten, dass die gleiche Erstattung erzielt werden würde, wie sie die Einigung zwischen KBV und GKV-Spitzenverband vorsieht.“ *Quelle: KZBV am 5. Mai 2017*

## Zahnmedizin

## Schnupperstudium an der UW/H bietet Orientierungshilfe

Achter Durchgang  
mit 50 Teilnehmern

Die **Universität Witten/Herdecke (UW/H)** bietet seit 2013 zweimal pro Jahr die Gelegenheit für Interessierte, zwei Tage lang „probeweise Zahnmedizin zu studieren“. Dazu wählt ein studentisches Gremium aus dem Bewerberkreis 50 Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus. Zehn Teilnehmerplätze wurden als Stipendien an sog. „Bildungsspioniere“ (= Menschen, die als erste in ihrer Familie studieren wollen) vergeben.

Für die jüngsten Veranstaltungen am 4. und 5. Mai 2017 lagen nach Auskunft der Uni insgesamt 150 Bewerbungen vor. Neben praktischen Übungen, wie zum Beispiel die Arbeit am Phantomkopf oder das Mikroskopieren von Zähnen, vermittelt das Schnupperstudium auch theoretisches Einstiegswissen in verschiedene zahnmedizinische Disziplinen. Für die fachliche Betreuung standen auch dieses Mal wieder vier Professoren sowie mehrere Oberärzte und Zahnärzte an beiden Tagen zur Verfügung. 20 Zahnmedizin-Studierende, unter Ihnen auch ehemalige Teilnehmer des Schnupperstudiums, unterstützten bei der Durchführung und beantworteten viele Fragen rund um Studium und Universität. Das Team des **Professional Campus & Career Service** um **Sebastian Benkhofer** organisierte das zweitägige abwechslungsreiche Programm zur Studienorientierung unter der Leitung von **Prof. Dr. Stefan Zimmer** (Department für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde).

Am 12. und 13. Oktober 2017 findet das nächste Schnupperstudium Zahnmedizin statt. Die Bewerbungsphase startet am 14. Juli 2017. Infos gibt es unter [www.uni-wh.de/schnupperstudium](http://www.uni-wh.de/schnupperstudium). *Quelle: UW/H-PM am 10.05.2017*

Theorie & Praxis

## Berufsgenossenschaft

## Unfallversicherung: Zusätzliche Zahnbehandlung ausgeschlossen

Argumentation des Patienten  
nicht nachvollziehbar

Das **Landessozialgericht Baden-Württemberg** entschied, dass die gesetzliche Unfallversicherung nur für solche Gesundheitsstörungen eintreten muss, deren wesentliche Ursache ein Arbeitsunfall war. Wenn ein Versicherter weitere Behandlungen durchführen lasse, müsse die Unfallversicherung hierfür nicht aufkommen (Az. L 1 U 120/16).

Im vorliegenden Fall war der Kläger bei der Arbeit von einem Hubwagen angefahren worden und hatte dabei zwei Schneidezähne verloren. Die zuständige **Berufsgenossenschaft** übernahm die zahnärztlichen Behandlungskosten einschließlich zweier Implantate plus Kronen. Der Kläger hatte dazu Wahlfarbmuster bekommen und selbst die Farbe der Kronen ausgesucht, die nach seiner Auffassung am besten zu seinen anderen Zähnen passten. Allerdings ließ der Kläger noch zusätzliche zahnärztliche Behandlungen an bei dem Arbeitsunfall nicht geschädigten Zähnen durchführen, welche von Verfärbungen und Karies betroffen waren. Gegenüber der Berufsgenossenschaft argumentierte er, dass sich die neuen Implantate optisch deutlich von den eigenen Zähnen unterscheiden und diese farblich an die neuen Implantate hätten angeglichen werden müssen. Die Berufsgenossenschaft verweigerte jedoch die Zahlung der zusätzlichen Kosten.

Überzogener Anspruch

Das Gericht hielt die Entscheidung der Berufsgenossenschaft für rechtmäßig. Der unfallbedingte Gesundheitsschaden sei durch die bezahlten Implantate ausreichend kompensiert worden. Die vom Kläger veranlasste weitergehende kosmetische Behandlung bzw. Anpassung der Zähne an die neuen Kronen sei keine Unfallfolge gewesen, da die Gesundheitsstörungen und kosmetischen Mängel an den anderen Zähnen zum Unfallzeitpunkt bereits vorhanden waren. Die Unfallversicherung müsse die zusätzlichen Kosten daher nicht übernehmen. *Quelle: Redaktion Steuern & Recht der DATEV eG*