



Bundesministerium  
für Gesundheit

Bundesministerium für Gesundheit, 53107 Bonn

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Wegelystraße 8  
10623 Berlin

vorab per Fax: 030/ 275838-105

REFERAT 213  
BEARBEITET VON Dr. Josephine Tautz  
HAUSANSCHRIFT Friedrichstraße 108, 10117 Berlin  
POSTANSCHRIFT 11055 Berlin  
TEL +49 (0)30 18 441-4514  
FAX +49 (0)30 18 441-3788  
E-MAIL 213@bmg.bund.de  
INTERNET www.bundesgesundheitsministerium.de

Berlin, 1. Juni 2015

AZ 213 - 21432 - 24

**Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 91 SGB V vom 22. Januar 2015  
hier: Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V:  
Anlage 1 Buchstabe a onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2: gynäkologische  
Tumoren**

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Rahmen der Richtlinienprüfung des o.g. Beschlusses nach § 94 Absatz 1 SGB V besteht für das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) Erläuterungsbedarf. Ich bitte Sie um eine ergänzende Stellungnahme zu der im beigefügten Schreiben der Deutschen Röntgengesellschaft einschließlich Anlagen geäußerten Kritik an dem Beschluss, wonach der Beschluss als rechtswidrig angesehen werde.

Zudem bitte ich Sie um eine nähere Erläuterung, ob unter den in Nummer 1.2 ("Im Einzelfall schwere Verlaufsformen") des Beschlusses aufgeführten Erkrankungen auch seltene Erkrankungen oder Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen aufgeführt sind. Sollte dies der Fall sein, wird um eine ergänzende Stellungnahme gebeten, ob die Regelung, wonach für eine solche seltene Erkrankung bzw. einen solchen Erkrankungszustand zusätzlich zur Diagnose ein weiteres Kriterium nach Nummer 1.3 des Beschlusses für eine Einbeziehung in die ambulante spezialfachärztliche Versorgung erforderlich ist, mit der Regelung in § 116b Absatz 4 Satz 8 SGB V in Einklang steht

Ich weise abschließend darauf hin, dass nach § 94 Absatz 1 Satz 3 SGB V mit diesem Schreiben der Lauf der Beanstandungsfrist bis zum Eingang Ihrer Auskunft beim BMG unterbrochen ist.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

Dr. Tautz

330703  
213-21432-24



# DEUTSCHE RÖNTGENGESELLSCHAFT JUSTIZIAR

Bundesministerium für Gesundheit  
Abteilung 2  
Herrn MinDirig Joachim Becker  
Postfach  
D-11055 Berlin

Bundesministerium für Gesundheit	
Berlin	
Eing.:	13. Feb. 2015
Anlg.:	213

Ta 24/2

Berlin, den 10.02.2015

## Ambulante spezialfachärztliche Versorgung - § 116b SGB V hier: Radiologie als hinzuzuziehendes Fachgebiet

Sehr geehrter Herr MinDirig Becker,

wie bereits bei den gastrointestinalen Tumoren hat der G-BA auch bei den gynäkologischen Tumoren in der ASV am 22.01.2015 entschieden, dass Fachärzte für Radiologie nur zu den „Hinzuzuziehenden Fachärzten“ gehören.

Dies widerspricht jedoch sämtlichen medizinischen Standards, die im Bereich der interdisziplinären Zusammenarbeit in der gynäkologischen Onkologie bestehen. Beruhend auf der Stufe-3-Leitlinie Brustkrebs-Früherkennung in Deutschland sehen die Anforderungen an die Zertifizierung und Genehmigung von Brustzentren bundesweit die diagnostische Radiologie als Kernleistung vor. Die Rechtsprechung hat diese Anforderungen zur Zertifizierung von Brustzentren und auch haftungsrechtlich bestätigt.

Daher widerspricht der Beschluss des G-BA gegen die „allgemein anerkannten fachlichen Standards“ in der Onkologie und verstößt gegen § 830 a Abs. 2 BGB. Durch die Regelung werden Behandlungsfehler indiziert, für die alle beteiligten Fachärzte des Kernteams haften. Die Anlage 1 als Teil der ASV-Richtlinie stellt darüber hinaus eine rechtswidrige Normsetzung dar, aus der die geschädigten Patienten Ansprüche aus Amtshaftung gemäß Art. 34 GG i.V.m. § 839 BGB gegen den G-BA aus sog. legislativem Unrecht herleiten können.

Es ist für uns als Fachgesellschaft nicht nachvollziehbar, wie der Gesetzgeber eine „spezialfachärztliche“, d.h. gegenüber der ambulanten vertragsärztlichen Regelversorgung qualifiziertere Versorgung mit dem Anspruch „komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten, die je nach Krankheit eine spezielle Qualifikation, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und besondere Ausstattungen erfordern“ erreichen will, wenn der G-BA im Rahmen der Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben hinter den allgemein anerkannten fachlichen Standards in der Medizin deutlich zurückbleibt. Insofern hat der G-BA seinen

# DEUTSCHE RÖNTGENGESELLSCHAFT

## JUSTIZIAR



Gestaltungsspielraum bei dem Erlass der normkonkretisierenden Richtlinien zur ASV eindeutig ermessensfehlerhaft ausgeübt.

Wir möchten Sie daher bitten, den Beschluss zu den gynäkologischen Tumoren in der ASV vom 22.01.2015 nach der Vorlage durch den G-BA gemäß § 94 Abs. 1 SGB V zu beanstanden, da er rechtswidrig ist.

Unser Schreiben an Frau Dr. Klakow-Franck, mit dem wir auf die Problematik noch einmal hingewiesen haben, habe ich Ihnen beigelegt.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Peter Wigge  
Justiziar  
Deutsche Röntgengesellschaft e.V.

# DEUTSCHE RÖNTGENGESELLSCHAFT

## JUSTIZIAR



Gemeinsamer Bundesausschuss  
Unparteiisches Mitglied Frau Dr. Klakow-Franck  
Wegelystraße 8  
D-10623 Berlin

Berlin, den 10.02.2015

### **Ambulante spezialfachärztliche Versorgung - § 116b SGB V hier: Radiologie als hinzuzuziehendes Fachgebiet**

Sehr geehrte Frau Dr. Klakow-Franck,

hiermit möchte ich im Namen der Deutschen Röntgengesellschaft noch einmal auf die Problematik hinweisen, dass das Fachgebiet der Radiologie in dem aktuellen Beschluss des G-BA vom 22.01.2015 über die Ergänzung der Anlage 1 der ASV-Richtlinie zu den gynäkologischen Tumoren unter Punkt 3.1 nur als hinzuzuziehendes Fachgebiet aufgenommen worden ist.

Wie wir Ihnen im Rahmen der gemeinsamen Besprechung mit Ihnen im Hause des G-BA am 05.06.2014 bereits mitgeteilt haben, widerspricht die jetzt beschlossene Ausgestaltung des Kernteams den fachlichen Anforderungen an eine leitliniengerechte Diagnostik und Therapie der gynäkologischen Tumore. Dies gilt insbesondere im Bereich des Mammakarzinoms, da die Anforderungen an die Zertifizierung und Genehmigung von Brustzentren bundesweit die diagnostische Radiologie als Kernleistung ansehen:

*„Die Kernleistungen diagnostische Radiologie, Strahlentherapie, Onkologie und Pathologie werden in jedem Brustzentrum nur an einem Standort erbracht. Ausnahmen hiervon sind nur statthaft, wenn dies aus Gründen der regionalen Versorgungssicherheit nicht anders möglich ist. Solche Gründe sind anzunehmen, wenn zwischen den Standorten eine Entfernung von 20 km oder mehr liegt. Bietet ein Brustzentrum aus Gründen der regionalen Versorgungssicherheit diagnostische Kernleistungen an mehr als einem Standort an, muss es sämtliche diagnostische Kernleistungen mit Ausnahme der Stereotaxien an jedem der Standorte bereitstellen.“*

Hinsichtlich der Teilnahme an den Tumorkonferenzen im Brustzentrum schreiben die Anforderungen folgendes vor:

*„Mindestens 95% aller Primärfälle im BZ werden in einer Tumorkonferenz interdisziplinär besprochen. Die Nicht-Vorstellung einzelner PatientInnen wird schriftlich begründet. An der*

Deutsche Röntgengesellschaft, Gesellschaft für Medizinische Radiologie e.V.  
Justiziar: RA Prof. Dr. Peter Wigge  
Ernst-Reuter-Platz 10, 10587 Berlin  
eMail: kanzlei@ra-wigge.de

Eingetragen im Vereinsregister beim Amtsgericht  
Berlin-Charlottenburg; Reg.Nr. 17520 Nz  
Tel.: (030) 916 070-0 12 Fax: (030) 916 070-22  
Internet: <http://www.drg.de>

# DEUTSCHE RÖNTGENGESELLSCHAFT

## JUSTIZIAR



*Tumorkonferenz nehmen jeweils mindestens Operateur, Onkologe, diagnostischer Radiologe und Strahlentherapeut teil. Pathologische Expertise muss im Bedarfsfall ad hoc verfügbar sein. Die Teilnahme an der Tumorkonferenz ist Bestandteil der besonderen internen Weiterbildungscurricula. [...] Abweichungen vom Standard sind in der Patientenakte unter Verweis auf das Protokoll der Tumorkonferenz zu dokumentieren."*

Diese Standards sind für alle Brustzentren bundesweit verbindlich, zumal sie auf der gültigen Stufe-3-Leitlinie Brustkrebs-Früherkennung in Deutschland beruhen, die den Radiologen als Hauptbehandlungspartner im Bereich des Mammakarzinoms vorsieht (AVMF-Register-Nummer: 032 – 045OL). Nach der Rechtsprechung der Verwaltungsgerichte kann bei Nichterfüllung dieser Qualitätsstandards der „Versorgungsauftrag als Brustzentrum“ widerrufen werden. Zudem sind die Brustzentren nur dann berechtigt, Zuschläge nach dem KHEntgG für ihre Tätigkeit zu fordern, wenn die Anforderungen an die Ausgestaltung der Tumorkonferenzen eingehalten werden (vgl. OVG Münster, Urteil vom 18.04.2013 - 13 A 2140/11; BVerwG, Urteil vom 22.05.2014 - 3 C 13.13).

Die zeitnahe und regelhafte Einbindung des Facharztes für Radiologie und die Durchführung der erforderlichen Diagnostik bei Tumorpatienten stellt daher einen Therapiestandard dar, der im Rahmen interdisziplinärer Zusammenarbeit grds. zu beachten ist. Wir verweisen insoweit auf das Urteil des OLG Frankfurt vom 30.04.2013 - 14 U 68/12, welches auf die Notwendigkeit einer CT-Untersuchung im Vorfeld der Entscheidung über die Durchführung einer postoperativen Strahlentherapie abstellt. Das Urteil ist vom BGH bestätigt worden (BGH, Beschluss vom 28.10.2014 - VI ZR 273/13).

Nach Ansicht von Beckmann u.a., DÄBl. 2007, A 3004 definiert „der Zusammenschluss verschiedener interdisziplinärer organspezifischer Organtumorzentren – unter Einbeziehung der zentralen organübergreifenden Versorgungsbereiche (zum Beispiel Pathologie, Radiologie, Radioonkologie, Psychoonkologie, Palliativmedizin, Tumordokumentation, Tumorkonferenzen, Studienmanagement) – die umfassendere Struktur eines onkologischen Zentrums (Cancer-Center).“

Wir sind daher im Ergebnis der Auffassung, dass die Ausgestaltung des interdisziplinären Teams in der Anlage 1 der ASV-Richtlinie zu den gynäkologischen Tumoren unter Punkt 3.1 den „allgemein anerkannten fachlichen Standards“ in der Onkologie widerspricht und daher gegen § 630 a Abs. 2 BGB verstößt (vgl. hierzu Haier, Bergmann, Medizinrechtliche Aspekte von Tumorboards, Chirurg 2013 • 84:225–230). Durch die Regelung werden Behandlungsfehler indiziert, für die alle beteiligten Fachärzte des Kernteams haften (BGH, Ur. v. 26.01.1999, Az.: VI ZR 376/97). Die Anlage 1 als Teil der ASV-Richtlinie stellt darüber hinaus eine rechtswidrige Normsetzung dar, aus der die geschädigten Patienten Ansprüche aus Amtshaftung gemäß Art. 34 GG i.V.m. § 839 BGB gegen den G-BA aus sog. legislativem Unrecht herleiten können.

Unsere Position wird von den Fachgesellschaften und insbesondere der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) geteilt, die ebenfalls davon ausgeht, dass der Facharzt für Radiologie aus medizinischen Gründen Mitglied des Kernteams in der ASV im Bereich der gynäkologischen Tumore sein muss.

Wir hoffen, dass unsere Auffassung im Rahmen der abschließenden Beratungen im G-BA über den Beschluss zu den gynäkologischen Tumoren Berücksichtigung findet. Wir werden darüber hinaus das BMG über unsere erheblichen rechtlichen Bedenken in Bezug auf die Beschlussfassung informieren.

# DEUTSCHE RÖNTGENGESELLSCHAFT JUSTIZIAR



Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Peter Wigge  
Justiziar  
Deutsche Röntgengesellschaft e.V.

Vertical text on the right edge of the page, likely a scanning artifact or a very small margin note.

# DEUTSCHE RÖNTGENGESELLSCHAFT

## JUSTIZIAR



Gemeinsamer Bundesausschuss  
Unparteiliches Mitglied Frau Dr. Klakow-Franck  
Wegelystraße 8  
D-10623 Berlin

30. Juni 2014

### **Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung - § 116b SGB V hier: Radiologie als hinzuzuziehendes Fachgebiet**

Sehr geehrte Frau Dr. Klakow-Franck,

wir nehmen Bezug auf das gemeinsame Gespräch in Ihrem Hause, an dem neben dem Unterzeichner der Geschäftsführer der Deutschen Röntgengesellschaft, Herr Dr. Lohwasser und Herr Prof. Dr. Müller-Schimpfle, Chefarzt der Klinik für Radiologie, Neuroradiologie & Nuklearmedizin, Klinikum Frankfurt teilgenommen haben.

Im Nachgang zu unserem Gespräch, welches wir als sehr konstruktiv empfunden haben, möchten wir Ihnen hiermit noch einmal unsere Gedanken zu der organisatorischen Einbindung des Fachgebietes der Radiologie im Rahmen der „Richtlinie ambulante Spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V - ASV-RL“, dem Beschluss der „Anlage 2 a) Tuberkulose und atypische Mykobakteriose“ und dem Beschluss der „Anlage 1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle“ übermitteln.

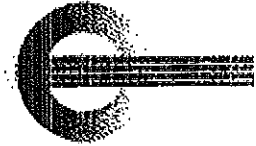
Die nachfolgende Darstellung erfolgt insbesondere vor dem Hintergrund der Tatsache, dass der G-BA mit den Arbeiten zu den schweren Verlaufsformen im Bereich der gynäkologischen Tumoren nach § 116b Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 a) SGB V begonnen hat und diese nach Ihrer Aussage im Laufe dieses Jahres abschließen wird. Im Rahmen dieser Arbeiten wird es auch zu einer Konkretisierung schwerer Verlaufsformen des Mammakarzinoms kommen.

#### **1. Radiologie als hinzuzuziehendes Fachgebiet**

Seitens der Deutschen Röntgengesellschaft besteht die Befürchtung, dass das Fachgebiet der Radiologie, im Rahmen der Ausgestaltung der Personellen Anforderungen (§ 3 ASV-RL) und des Behandlungsumfanges (§ 5 ASV-RL), wie schon im Rahmen der bisherigen Konkretisierungen (gastrointestinale Tumore, Tuberkulose) nur als hinzuzuziehendes Fachgebiet aufgenommen wird.

# DEUTSCHE RÖNTGENGESELLSCHAFT

## JUSTIZIAR



In § 3 Abs. 2 Satz 7 ASV-RL werden die sog. hinzuzuziehenden Ärzte wie folgt definiert:

*„Die hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzte sind solche, deren Kenntnisse und Erfahrungen in Abhängigkeit vom jeweiligen Krankheitsverlauf typischerweise bei einem Teil der Patientinnen und Patienten ergänzend benötigt werden.“*

Andererseits kann man der ASV-RL u.E. nicht entnehmen, dass das Fachgebiet der Radiologie automatisch zu den hinzuzuziehenden Fachgebieten gehört. Im Gegenteil müssen die Kenntnisse und Erfahrungen des Radiologen zur Behandlung z.B. der Tbc wie auch der GIT in der Regel eingebunden werden. Daher ist die Radiologie beispielsweise auch Hauptkooperationspartner im Darmzentrum nach DKG.

Insofern stellt sich für die DRG die Frage, warum ein Fachgebiet, welches für die Diagnostik und Behandlung einer bestimmten Erkrankung regelmäßig benötigt wird, nicht Teil des Kernteams ist. Die Radiologie ist bisher im Verbund beispielsweise mit Hausärzten und zentrumsorientierten Strukturen (Oncoport, Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krankenhausgesellschaft) intensiv eingebunden, da das klinische Spektrum der unmittelbaren (und eben nicht sekundären) radiologischen Patientenversorgung sehr viel größer ist als das anderer methodendefinierten Fachgebiete, wie z.B. der Labormedizin oder der Pathologie.

Wir halten daher die Darstellung in Punkt 2.2.3.1. der Tragenden Gründe in dem Beschluss der Anlage 2 a) zur Tuberkulose für falsch, wonach Fachärzte für Radiologie und Labormedizin gleichermaßen nur einen geringen Arzt-Patienten-Kontakt aufweisen und daher der Gruppe der hinzuzuziehenden Ärzte zugeordnet wurden. Die Radiologie ist darüber hinaus unabhängig von der Notwendigkeit des Arzt-Patienten-Kontaktes im Bereich der Diagnostik zusätzlich auch therapeutisch tätig, so dass eine Gleichsetzung der Radiologie mit dem Fachgebiet der Labormedizin, welches seine Kernleistungen im wesentlichen gerade eben nicht im unmittelbaren Patientenkontakt erbringt, nicht sachgerecht ist (zur Abgrenzung vgl. BSG, Urt. v. 05.11.1997, Az.: 6 RKa 52/97).

Der Ausschluss aus dem Kernteam und die Einstufung als ausschließlich hinzuzuziehendes Fachgebiet nach § 3 Abs. 2 ASV-RL führt in Verbindung mit der Anordnung der Überweisung durch ein Mitglied des Kernteams im Rahmen eines „Definitions- oder Indikationsauftrages“ (§ 2 Abs. 4 S. 2 ASV-RL) dazu, dass die Radiologie in der ASV in die Diagnostik und Therapie der gastrointestinalen Tumore und der Tuberkulose nicht mehr unmittelbar eingebunden ist und auch kaum eigene Entscheidungen hinsichtlich der sinnvollen Wahl der Modalitäten und Invasivität im Rahmen der Diagnostik mehr treffen kann. Die Mitentscheidung dabei wie auch bei der Wahl einer für den einzelnen Patienten bestmöglichen und bestverträglichen minimal-invasiven Therapieform ist nun nicht mehr durch gleichgewichtige Einbringung der Kompetenzen im Rahmen einer interdisziplinären Tumorkonferenz möglich, was bisher Standard war und in den zertifizierten Zentren auch gefordert ist. Erst im Rahmen des Gesprächs mit Ihnen ist uns deutlich geworden, dass lt. Ihrer Angaben auch keine Teilnahme des Radiologen an den Tumorkonferenzen in der ASV für die genannten Indikationen vorgesehen bzw. abrechenbar ist.

Ein mögliches Knock out – Kriterium der Anlage in seiner jetzigen Fassung erscheint uns das Fehlen der Vorhaltung einer 24-h-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft für die Radiologie. Wie soll eine fachgerechte Versorgung gerade schwer und fortgeschritten Erkrankter möglich sein, ohne eine 24h – Ultraschall-, Röntgen-, CT- und Durchleuchtungsdiagnostik? Man denke nur an die Diagnostik und Behandlung der Ileuskrankheit als klassische Komplikation: wenn also eine koordinierte und ganzheitliche



# DEUTSCHE RÖNTGENGESELLSCHAFT

## JUSTIZIAR



Betreuung der gastrointestinalen Tumorpatienten erfolgen soll, dann kann das definitiv nicht ohne eine 24h-Radiologie-Versorgung gewährleistet werden.

Diese zentrale Änderung gegenüber den bisherigen Zertifizierungsvorgaben der Fachgesellschaften kann sich für den Patienten sehr negativ auswirken, da im Kernteam nun kein Fach mehr vertreten ist, das im Kerngebiet die bildgesteuerte minimal-invasive Diagnostik und Therapie mit allen bildgebenden Modalitäten beinhaltet. Dem Fachgebiet der Radiologie kommt aber gerade hierbei im klinischen Alltag die zentrale, qualitätssichernde Rolle zu.

### **2. Konsequenzen für Diagnostik und Therapie der zu behandelnden schweren Verlaufsformen des Mammakarzinoms, wenn der Radiologe nur auf Überweisung mit Auftragsleistung in Anspruch genommen werden kann**

Wie Herr Prof. Müller-Schimpfle für das Klinikum Frankfurt dargestellt hat, stellen die Änderungen der ASV-RL für die bisherigen Genehmigungsinhaber nach § 116b SGB V (ambulante Behandlung im Krankenhaus) einen medizinischen Rückschritt dar, der nicht nachvollzogen werden kann. So ist das Nachsorgeschema für gastrointestinale Tumoren gemäß der S3-Leitlinien komplex und erfordert die Einbindung mehrerer Fachkompetenzen. Könnten nach den bisherigen Regularien diese Nachsorgeuntersuchungen patientenfreundlich und selbstverständlich abgestimmt mit den zuweisenden Ärzten koordiniert im Tumorzentrum durchgeführt werden, so steht jetzt zu befürchten, dass diese Patienten nach Aufhebung der Nachsorgemöglichkeit im Rahmen des § 116b durch Koordinierungslücken nach einer Krebserkrankung ineffizient nachbetreut werden.

In besonderem Maße gilt dies aber für das Mammakarzinom. Waren hier im alten § 116b Abstimmungen zwischen niedergelassenen Ärzten und Brustzentrum individuell möglich in Abhängigkeit vom individuellen Risiko der Patientin (Familienstammbaum, Genetik), von der Drüsenkörper-Beurteilbarkeit (Dichte, Heterogenität), vom Tumortyp gemäß prädiktiver Tests, von Komorbiditäten oder auch von der psychoonkologischen Situation der Patientin, so ist zu befürchten, dass ähnlich wie im Abschnitt gastrointestinaler Tumore die schweren Verlaufsformen in starre Behandlungsprozesse eingebunden werden, die den Patientinnen kaum gerecht werden können.

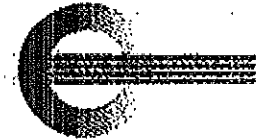
Es stellt sich die Frage, warum die bisher erfolgreichen 116b-Genehmigungen nicht im Sinne eines „Besitzstandes der Patientinnen“ weitergeführt werden bzw. warum der Richtliniengeber sich bei seinen Entscheidungen nicht an dieser sinnvollen Behandlungsform des Mammakarzinoms orientiert? Die Chance, die bisherige Ausgestaltung der Diagnostik und Therapie onkologischer Erkrankungen in den Anlagen zur Richtlinie Ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V als Modellcharakter und damit als lernendes System zu verstehen, wird durch die gegenwärtige Ausgestaltung der Anlagen vertan.

Der Ansatz der einfachen Erkennbarkeit für den Einschluß einer Erkrankungsgruppe in die ASV-Behandelbarkeit sollte intensiviert werden. So gibt es in der Anlage zu den gastrointestinalen Tumoren das Kriterium der niedrigen Prävalenz („D: Onkologische Diagnosen mit Prävalenz  $\leq 1:100.000$ “). Hier wäre es konsequent, die genetisch verursachten Brust- und Eierstockkrebsfälle in zertifizierten Brust- und gynäkologischen Krebszentren im Rahmen der ASV diagnostisch wie therapeutisch versorgen zu lassen.

Gerade bei diesem Thema zeigt sich, wie sehr in dieser Erkrankungsgruppe die Radiologie von Relevanz ist. Denn nur dieses Fach ist zentraler Leistungserbringer für die

# DEUTSCHE RÖNTGENGESELLSCHAFT

## JUSTIZIAR



Frühdagnostik (incl. Screening), Ausbreitungsdiagnostik, Therapieverlaufskontrolle und Nachsorge/Rezidiverkennung unter Einbeziehung aller Modalitäten, vor allem aber in der Einschätzung, welcher der Modalitäten bei welcher Patientin sinnvoll (und wirtschaftlich geboten) eingesetzt werden sollte.

Für den Bereich der gynäkologischen Tumore möchten wir daher auf die besondere Rolle der Radiologie im Bereich der Diagnostik und Therapie des Mammakarzinoms in der Regelversorgung hinweisen. Dies gilt einerseits für das Mammografie-Screening, wo sich der Gesetzgeber entschieden hat, in der Anlage 9.2 BMV-Ä den Radiologen neben dem Gynäkologen im Rahmen der Primärdiagnostik ohne Überweisungsvorbehalt einzubinden. Die Diagnostik des Mammakarzinoms gehört zudem zum Kerngebiet der Radiologie nach § 135 Abs. 2 SGB V, da nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur kurativen Mammographie (Mammographie-Vereinbarung) ausschließlich Radiologen und Gynäkologen zur Diagnostik in der GKV berechtigt sind. Die Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V gelten für die ASV gemäß § 4 Abs. 2 ASV-RL entsprechend. Diese Regelungen belegen zudem, dass der Radiologe bei dieser Erkrankungsfom nach der Legaldefinition in § 3 Abs. 2 S. 3 ASV-RL zum Kernteam gehört, denn seine Kenntnisse und Erfahrungen zur Diagnostik und Behandlung des Mammakarzinoms müssen „in der Regel eingebunden werden“.

Die Tatsache, dass der Radiologe Hauptbehandlungspartner im Bereich des Mammakarzinoms ist, ergibt sich auch aus der interdisziplinären S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms (AWMF-Register-Nummer: 032 – 045OL). Hier ist insbesondere folgender Umstand deutlich geworden: Da die ASV unverständlicherweise nicht die Nachsorge des Mammakarzinoms umfasst, muss diese im Rahmen der Regelversorgung ambulant oder stationär durchgeführt werden. Wenn der Radiologe jedoch vorher nicht in den Behandlungsprozess in der ASV einbezogen war (insbesondere keine Teilnahme an den Tumorkonferenzen) ist ihm eine sachgerechte Therapieentscheidung im Rahmen der Nachsorge voraussichtlich nicht möglich.

Derzeit sind Radiologen im Screening, aber auch in Praxen und Brustzentren bei diesem Krankheitsbild primäre klinische Ansprechpartner in Kooperation mit der Gynäkologie und anderer Fachgebiete, und eben nicht lediglich hinzuzuziehende Fachärzte. Die Überweisungen an klinisch tätige Radiologen in Brustzentren erfolgen typischerweise zur Konsiliaruntersuchung oder zur Mit- und Weiterbehandlung (s.u.).

### 3. Überweisung als Auftragsleistung

Medizinisch bedenklich erscheint uns in diesem Zusammenhang auch die generelle Anordnung eines „*Definitions- oder Indikationsauftrages*“ für die hinzuzuziehenden Fachgebiete nach § 2 Abs. 4 S. 2 ASV-RL. Diese Überweisungsart ist der Regelung in § 24 BMV-Ä aus dem Bereich der vertragsärztlichen Versorgung entnommen. Im Gegensatz zu § 2 Abs. 4 S. 2 ASV-RL unterscheidet jedoch § 24 Abs. 3 BMV-Ä zwischen folgenden Überweisungsarten, die arzt- und therapiebezogen eingesetzt werden können:

- „1. Zur Auftragsleistung oder
2. zur Konsiliaruntersuchung oder
3. zur Mitbehandlung oder
4. zur Weiterbehandlung.“

# DEUTSCHE RÖNTGENGESELLSCHAFT



## JUSTIZIAR

Bei der Auftragsleistung verbleibt die Verantwortung für Art und Umfang der angeforderten Leistung ausschließlich beim Auftraggeber. Der Auftragnehmer kann daher sein Leistungsspektrum und den Leistungsumfang nicht selbst bestimmen, da er grundsätzlich an den Auftrag des überweisenden Arztes gebunden ist. Er darf davon nur in Ausnahmefällen eigenverantwortlich oder nach Rücksprache mit dem Auftraggeber durch Ergänzung des Überweisungsgebers abweichen. Demgegenüber lassen die übrigen Überweisungsarten dem Auftragnehmer größere Freiheiten in der Auswahl und der Entscheidung in Diagnostik und Therapie. Diese Überweisungsarten sind jedoch im Rahmen der ASV-RL nicht vorgesehen.

Die Entscheidung, die Radiologie als hinzuzuziehendes Fachgebiet auf Überweisung mit Definitions- und Indikationsauftrag, statt im Wege der ebenfalls denkbaren Konsiliaruntersuchung oder Mitbehandlung einzubeziehen, widerspricht den medizinischen Erfordernissen in der ASV, da gerade bei den schweren Verlaufsformen die Interdisziplinarität nicht früh genug beginnen kann.

### 4. Ergebnis

Die erfolgte Zuordnung des Fachgebietes der Radiologie zu den hinzuzuziehenden Fachgebieten in den Bereichen der Tuberkulose und der gastrointestinalen Tumore sowie deren ausschließliche Möglichkeit der Inanspruchnahme im Rahmen eines Definitions- oder Indikationsauftrages sind nach Auffassung der Deutschen Röntgengesellschaft medizinisch in hohem Maße bedenklich. Eine entsprechende Entscheidung im Bereich der gynäkologischen Tumore und insbesondere im Bereich des Mammakarzinoms wäre daher nicht vertretbar, zumal in diesem Bereich der Radiologe definitive Kernleistungen erbringt.

Wir möchten daher folgende Änderungen der bisherigen Beschlüsse zur Tuberkulose und der gastrointestinalen Tumore sowie im Rahmen der noch vorzunehmenden Beschlussfassung zu den gynäkologischen Tumoren anregen:

1. Das Fachgebiet der Radiologie sollte in im Rahmen der Diagnostik und Therapie dieser Erkrankungen in das Kernteam einbezogen werden.
2. Zumindest sollte bei bestimmten Behandlungsformen, je nach Schwere der Erkrankung, ein Wechsel in das Kernteam vollzogen und der Radiologe unmittelbar eingebunden werden.
3. Der Überweisungsvorbehalt ist zwingend in eine Konsiliaruntersuchung oder Mitbehandlung zu ändern, so dass der Radiologe im Rahmen der Diagnostik und Therapie schwerer Verlaufsformen der betreffenden Erkrankungen eigenständige Therapieentscheidungen treffen kann.

Denkbar wäre beispielsweise eine Lösung, bei der der Radiologe sowohl im hinzuzuziehenden Fachgebiet als auch im Kernteam tätig sein kann, abhängig von der Überweisung (bei Auftragsleistung: Radiologe im hinzuzuziehenden Fachgebiet; bei den anderen Überweisungsformen: Radiologe im Kernteam).

Im Ergebnis ist im Rahmen unseres Gespräches deutlich geworden, dass eine Übernahme des bisherigen Behandlungskonzepts der ASV-RL im Bereich der gynäkologischen Tumore, insbesondere aber des Mammakarzinoms, nicht zielführend sein und unter erheblichen Qualitätsmängeln leiden wird. Auch da die radiologische Diagnostik und Therapie des Mammakarzinoms primär außerhalb der ASV innerhalb der Regelversorgung stattfinden soll, bedarf es eines einheitlichen, eng aufeinander abgestimmten und durchlässigen Behand-

# DEUTSCHE RÖNTGENGESELLSCHAFT

## JUSTIZIAR



lungskonzepts für beide Sektoren. Gerade weil es sich in der ASV um Patientinnen mit schweren Verlaufsformen des Mammakarzinoms handelt, muss sichergestellt sein, dass die Kernfächer rechtzeitig und engmaschig eingebunden werden können. Die primäre Entscheidung, welche Patientin eine schwere Verlaufsform ihres Mammakarzinoms durchmacht, sollte niedrighschwellig der betreuende niedergelassene Gynäkologe entscheiden können. Andernfalls entstehen Qualitätsmängel, die gerade durch die ASV verhindert werden sollen und die gerade bei dieser Indikation in der Öffentlichkeit bei den Patientinnenverbänden zu starken Widerständen und Unverständnis führen.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Peter Wigge  
Justiziar