



**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, 14. April 2016
AZ 213 - 21432 - 24

Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 91 SGB V

- hier:
1. Beschluss vom 17. Dezember 2015 (in der Fassung des Beschlusses vom 21. Januar 2016): Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: **Anpassung an GKV-VSG und weitere Änderungen;**
 2. Beschluss vom 22. Januar 2015 (in der Fassung des Beschlusses vom 18. Juni 2015 und 17. Dezember 2015): Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Anlage 1.1 Buchstabe a **onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren**

Sehr geehrte Damen und Herren,

Im Rahmen der Richtlinienprüfung der o.g. Beschlüsse nach § 94 Absatz 1 SGB V sieht das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) Bedarf für zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA).

Ich bitte um eine nähere Erläuterung zu der in beiden o.g. Beschlüssen vorgenommenen Konkretisierung der Erkrankung (Beschluss vom 17. Dezember 2015 in der Fassung vom 21. Januar 2016 zu Anlage 1.1. Buchstabe a onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle und Beschluss vom 22. Januar 2015 in der Fassung vom 18. Juni 2015 und 17. Dezember 2015 zu Anlage 1.1 Buchstabe a onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren) sowie der damit zusammenhängenden Regelung der Mindestmengen im Hinblick auf die Zielsetzung des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG).

Seite 2 von 4

Ausweislich der Gesetzesbegründung zum GKV-VSG sollte mit der Änderung des § 116b SGB V für onkologische und rheumatologische Erkrankungen die Voraussetzung entfallen, dass die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) nur bei schweren Verlaufsformen erbracht werden darf. Damit sollte insbesondere für diejenigen Patientinnen und Patienten eine Versorgung in der ASV gewährleistet sein, die bisher bereits nach § 116 SGB V a.F. im Rahmen der ambulanten Behandlung im Krankenhaus nach Vorgabe der früheren ABK-RL (Richtlinie des G-BA über die ambulante Behandlung im Krankenhaus) versorgt wurden. Es wurde zwar darauf hingewiesen, dass eine interdisziplinäre Abstimmung und Koordination der Patientenversorgung auch weiterhin erforderlich ist (so wie auch bereits nach früherem Recht). Eine Einschränkung auf Bedarfe bestimmter Therapieformen (im Sinne von multimodaler Therapie, Kombinations-Chemotherapie etc.) erwähnen Gesetz und Gesetzesbegründung allerdings nicht. Demgegenüber fällt auf, dass die vom G-BA neu eingeführten Kriterien zur Konkretisierung der Erkrankung im Wesentlichen wortgleich zu den bisherigen Kriterien für die schwere Verlaufsform der jeweiligen Erkrankung sind. Die bisherigen Ausführungen der Tragenden Gründe zu o.g. Beschlüssen verweisen lediglich darauf, dass die neu eingeführten Kriterien den interdisziplinären Charakter und die komplexe, multimodale Therapie hervorheben und gewährleistet werden soll, dass vergleichsweise einfach therapierbare, wenig komplexe Krankheiten nicht zur ASV gehören. Mit der bloßen Verortung derselben Voraussetzungen für die ASV an anderer Stelle erscheint die Anpassung an die gesetzliche Neuregelung durch das GKV-VSG im Sinne einer Rückführung des Versorgungsumfangs der ASV auf den früheren Rechtszustand allerdings nur unzureichend umgesetzt.

Insoweit wird der G-BA gebeten, diesen möglichen Widerspruch zum gesetzlichen Regelungsauftrag zu erläutern und näher darzustellen, inwieweit er eine Erweiterung oder Einschränkung des Zugangs der Patientinnen und Patienten zur ASV durch seine Regelungen zur Konkretisierung der Erkrankungen im Vergleich zur früheren Versorgung nach § 116 SGB V a.F. bezweckt bzw. in Auswirkung seiner Regelungen in der Versorgungspraxis erwartet.

Der G-BA wird gebeten zu erläutern, ob und in welchem Umfang er sich zur untergesetzlichen Konkretisierung der Erkrankungen in der ASV-RL vor dem Hintergrund berechtigt sieht, dass der Gesetzgeber onkologische und rheumatologische Erkrankungen bereits im Gesetz als Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen nach § 116b Absatz 1 Satz 2 Nummern 1a und 1b SGB V geregelt hat (und für die die Anforderung der schweren Verlaufsform nach dem GKV-VSG als Zugangsvoraussetzung der ASV entfallen ist).

Damit zusammenhängend wird um Erläuterung der Regelung zu den Mindestmengen in den o.g. Beschlüssen gebeten. In den tragenden Gründen verweist der G-BA selbst darauf, dass seine neuen Kriterien, die den besonderen Krankheitsverlauf definieren sollen, zu einer „wenn auch geringeren, Eingrenzung gegenüber der ABK-RL“ führen. Der G-BA verweist in den tragenden

Seite 3 von 4

Gründen zur Bestimmung der Mindestmengen zudem auf Prävalenzschätzungen von Fällen mit besonderem Krankheitsverlauf (entsprechend seiner eigenen Konkretisierung?) unter Einbeziehung national und international verfügbarer epidemiologischer Daten aus Registern und Studien. Diesbezüglich wird um nähere Darstellung der Mindestmengenberechnung und der zu Grunde liegenden Daten gebeten.

Der G-BA wird zudem gebeten zu erläutern, ob jeweils unter Nummer 1. (Konkretisierung der Erkrankung) seltene Tumorerkrankungen auch aufgeführt sind und damit von den einschränkenden Kriterien für die Konkretisierung der Erkrankung mit erfasst sind, und wenn das der Fall ist, ob er dies mit der gesetzlichen Regelung in § 116b SGB V als vereinbar ansieht, wonach diese für seltene Erkrankungen keine Einschränkung auf besondere Krankheitsverläufe vorsieht.

In § 8 der ASV-RL (allgemeiner Teil) wurde im Beschluss vom 17. Dezember 2015 geregelt, dass in den indikationsspezifischen Konkretisierungen der Anlage 1.1 für die onkologischen und rheumatologischen Erkrankungen geregelt werden kann, dass in bestimmten Fällen Verdachtsdiagnosen ausreichen, d.h. dass zum Zeitpunkt der Überweisung in die ASV nicht – wie sonst für die Krankheiten mit besonderen Krankheitsverläufen gefordert – eine gesicherte Diagnose vorliegen muss. Die Einschränkung auf „bestimmte Fälle“ wird gebeten zu erläutern. Zudem wird gebeten zu erläutern, warum bei den krankheitsspezifischen Regelungen für die gastrointestinalen Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle bzw. die gynäkologischen Tumoren auf das Ausreichen einer Verdachtsdiagnose für den Zugang zur ASV verzichtet wurde. Dies auch vor dem Hintergrund, dass nach § 116b Absatz 1 Satz 1 SGB V neben der Behandlung auch die Diagnostik von der ASV umfasst ist und im Bereich der onkologischen Erkrankungen die Einschränkung auf schwere Verlaufsformen gesetzlich entfallen ist.

Schließlich bitte ich um Erläuterung zu der in Ihrem Schreiben vom 8. September 2015 angekündigten Befassung mit den Fragen zu dem Beschluss des G-BA zur Änderung der o. g. Richtlinie vom 22. Januar 2015 in unserem Schreiben vom 1. Juni 2015 (nunmehr in der konsolidierten Beschlussfassung zu Anlage 1.1 Buchstabe a onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren). Dabei geht es um die im Schreiben der Deutschen Röntgengesellschaft, Gesellschaft für Medizinische Radiologie e.V. vom 10. Februar 2015 geäußerte Kritik bezüglich der mangelnden Berücksichtigung der Fachärzte für Radiologie. Insoweit erscheint die Aussage in den tragenden Gründen (unter Punkt 2.2.3.1.) wenig ergiebig, dass „diese Fachgruppe ihre diagnostischen Leistungen v.a. als Auftragsleistung (Überweisung) erbringt“ und „in der Regel weniger in die Behandlung eingebunden [ist], als es der G-BA bei der Beschreibung der Ebene des Kernteams vorsieht“. Außerdem wurde auch bereits seinerzeit um Erläuterung zu den ggfs. zusätzlich zur Diagnose aufgestellte Kriterien für die Einbeziehung seltener Erkrankungen oder Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen in die ASV nach dem besonderen

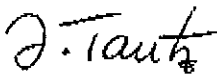
Seite 4 von 4

Krankheitsverlauf gebeten. Auf den Inhalt des Schreibens des BMG vom 1. Juni 2015 (samt übermittelter Anlagen) wird verwiesen. Der G-BA hatte dem BMG dazu eine Antwort nach Beschlussfassung am 17. Dezember 2015 angekündigt, die bisher nicht erfolgt, für die Richtlinienprüfung nunmehr aber erforderlich ist.

Außerdem bitte ich Sie um eine ergänzende Stellungnahme auch zu den übrigen in den beige-fügten Schreiben der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom 11. Februar 2016, des Bundesverbandes ambulante spezialfachärztliche Versorgung e.V. vom 27. Januar 2016 sowie der Deutschen Röntgengesellschaft, Gesellschaft für Medizinische Radiologie e.V. vom 11. März 2016 geäußerten Kritikpunkten an den o.g. Beschlüssen.

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 Auskünfte beim BMG unterbrochen ist.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag


Dr. J. Tautz

Anlagen:

- Schreiben der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom 11. Februar 2016 (inkl. Anlage 1),
- Schreiben des Bundesverbandes ambulante spezialfachärztliche Versorgung e.V. vom 27. Januar 2016
- Schreiben der Deutschen Röntgengesellschaft, Gesellschaft für Medizinische Radiologie e.V. vom 11. März 2016



Bundesverband der Krankenhausträger
in der Bundesrepublik Deutschland

Der Hauptgeschäftsführer

Telefon +49 30 39801-1500
Fax +49 30 39801-3510
E-Mail n.schlottmann@dkgev.de

Datum 11.02.2016 VDr. Schl/Rh

Herrn Ministerialdirektor Dr. Ulrich Orlowski
Bundesministerium für Gesundheit
Abteilung 2.-Gesundheitsversorgung,
Krankenversicherung
Friedrichstr. 108
10117 Berlin

Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 17.12.2015 und 21.01.2016 zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)

Sehr geehrter Herr Dr. Orlowski,

mit den oben genannten Beschlüssen wurden Änderungen im Paragraphenteil der ASV-Richtlinie sowie in den dazugehörigen Anlagen für die gastrointestinalen Tumoren und für das Marfansyndrom sowie voraussichtlich erstmals in Kraft tretende ASV-Anlagen für die gynäkologischen Tumoren und die pulmonale Hypertonie festgelegt. Wie bereits in der Vergangenheit lassen abermals zahlreiche Detailbeschlüsse immer wieder neue Hürden für die Umsetzung vor Ort sowie eine Missachtung der ursprünglichen Intention des Gesetzgebers erkennen. So verwundert es dann auch nicht, dass die Anzeigen und die für diesen Zweck beizubringenden Belege interessierter ASV-Teams nicht nur immer umfangreicher werden (bis zu 3.000 Seiten), sondern gleichermaßen nach wie vor nur sehr wenige ASV-Teams bestehen (34, ASV-Verzeichnis Stand: 03.02.2016). Trotz maßgeblich geänderter Gesetzgebung oder auch eindrücklichen Berichten von Vertretern der erweiterten Landesausschüsse über Probleme bei der Umsetzung werden immer wieder neue Detailanforderungen aufgestellt, die drohen, die ASV bald zu einem bürokratieüberbordenden Papiertiger werden zu lassen.

Kritisch im Hinblick auf Ihre Prüfung nach § 94 SGB V stellen sich insbesondere die folgenden Punkte aus unserer Sicht dar:

1. Schwere Verlaufsformen

Mit dem GKV-VSG wurde bei Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen die Eingrenzung auf schwere Verlaufsformen bei den onkologischen und rheumatologischen Erkrankungen durch den Gesetzgeber wieder zurückgenommen. Ein wichtiger Grund für diese Rückführung war die Tatsache, dass die vorherige Einschränkung zu Folge gehabt hätte, dass etwa die Hälfte der nach alter § 116b-Fassung versorgten Patienten den Anspruch auf eine ASV-Versorgung verloren hätte. Die nunmehr zur Umsetzung dieser Änderungen getroffenen Beschlüsse des G-BA zu den gastrointestinalen und gynäkologischen Tumoren können nur mit Verwunderung zur Kenntnis genommen werden. So sind zwar in beiden Anlagen, die jeweils unter Ziffer 1.3

aufgeführten Kriterien zur näheren Beschreibung der schweren Verlaufsformen entfallen, jedoch wurden umfangreiche Textpassagen daraus in die Konkretisierung der Erkrankungen unter den Ziffern 1 verschoben, wo sie in ähnlicher Weise zu einer Einschränkung der ASV-berechtigten Patienten führen. In der beigefügten Anlage 1 sind zur Veranschaulichung der Tatsache für die gastrointestinalen und gynäkologischen Tumoren die alten Kriterien zur Definition der schweren Verlaufsformen, den neuen Kriterien zur Konkretisierung der Erkrankung gegenübergestellt. So fallen zu den gynäkologischen Tumoren sprachliche Verbesserungen auf, jedoch handelt es sich sowohl bei Ihnen als auch den gastrointestinalen Tumoren um textidentische Abschnitte. Hier gilt es zudem zu beachten, dass die nunmehr unter der Konkretisierung der Erkrankung aufgenommenen Textabschnitte in der Vorversion mit einer Und-Verknüpfung mit den entfallenen Teilaspekten zur Eingrenzung auf die schweren Verlaufsformen, wie zum Beispiel dem TNM-Stadium, dem Rezidiv oder der Progression verbunden waren. Das heißt, diese entfallenen Merkmale (Tumorstadien) erfuhren bereits in der Vergangenheit eine maßgebliche Einschränkung auf bestimmte Behandlungsphasen (Zeiten einer systemischen Chemo- oder Strahlentherapie). In Folge der Änderungen ist zwar die Einschränkung auf bestimmte Tumorstadien entfallen, die Eingrenzung auf einen definierten Behandlungsabschnitt aber dennoch geblieben. In Folge dessen müssten beispielsweise Patienten mit fortschreitender Krankheitsschwere, bei denen keine systemische Therapie mehr angeboten werden kann, die ASV wieder verlassen, wenngleich sie nach wie vor einer medizinisch aufwendigen Versorgung bedürfen. Auch Patienten, die eine sehr komplexe systemische Therapie gerade abgeschlossen haben und einer weiteren engmaschigen Kontrolle bedürfen, müssten so aus der ASV ausscheiden. Ähnliches gilt für Patienten, die beispielsweise noch keine aggressive systemische Therapie erhalten sollen, sondern bei denen man zunächst nach einer Operation noch engmaschig kontrollieren möchte.

Schlussendlich wird mit diesem Beschluss nicht nur die vom Gesetzgeber vorgesehene Rücknahme der Einschränkung auf schwere Verlaufsformen konterkariert, sondern gleichermaßen den besonderen Bedürfnissen von Krebspatienten nach einer durchgängigen Versorgung durch ein Behandlungsteam keinesfalls Rechnung getragen. Der Beschluss ist unserem Verständnis nach daher weder aus fachlicher noch aus rechtlicher Sicht zulässig.

2. Zeitnahe Datenzugriff

In § 14 des Paragraphenteils wurde nachfolgender Satz 5 ergänzt:

„Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur ist Sorge zu tragen, dass eine Befund- und Behandlungsdokumentation vorliegt, die unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen zeitnah den Zugriff aller an der Behandlung beteiligten Fachärztinnen und Fachärzte des Kernteams ermöglicht.“

Unseres Erachtens handelt es sich hier um eine sehr weitreichende Forderung, die zu immensen Umsetzungsproblemen vor Ort führen kann und mehrheitlich gegen die Stimmen der DKG beschlossen wurde. Sie zwingt alle an der Behandlung beteiligten Fachärzte des Kernteams, zeitnah auf die Befund- und Behandlungsdaten zugreifen zu können, wobei das Wort „zugreifen“ den Zugriff über eine gemeinsame Softwarelösung und damit eine gemeinsame

elektronische Patientenakte suggeriert. Dabei sind zusätzlich die strengen datenschutzrechtlichen Bestimmungen zu beachten. Wie eine solche Forderung praktisch bei gleichen (z. B. Krankenhaus und MVZ) oder auch unterschiedlichen Leistungserbringern (z. B. Krankenhaus, MVZ, niedergelassene Vertragsarztpraxis) datenschutzkonform und zeitnah zu realisieren ist, bleibt völlig offen. Die in den Tragenden Gründen angedeutete Möglichkeit, dass alle Mitglieder des Kernteams am Ort der Teamleitung eine gemeinsame Patientenakte einsehen können, mag zwar gegenüber dem Richtlinien text eine mildere Forderung darstellen, befindet sich aber selbst nicht in der Richtlinie und ist zudem völlig realitätsfern. Es ist nur sehr schwer vorstellbar, dass beispielsweise alle Ärzte in die Vertragsarztpraxis des Teamleiters fahren, um dort Befunde einzusehen. Die Regelung hat unseres Erachtens in Ländern, in denen einzelne Parteien im Erweiterten Landesausschuss bereits in der Vergangenheit primär im Sinne einer ASV-Vermeidung agierten, das Potential, die Zulassung von ASV-Teams völlig unmöglich zu machen. Auch wird sie erheblichen Aufwand und Kosten für die Nachweise auslösen. In diesem Kontext möchten wir auf die Stellungnahme des Bundesbeauftragten für den Datenschutz zu Anlage 2 (Tuberkulose und Atypische Mykobakteriose) vom 18.12.2015 hinweisen. Wenngleich es sich hier um eine Stellungnahme zu anderen Erkrankungen handelt, so geht es dennoch um die wortgleiche Forderung. Auch der Datenschutzler kommt im Ergebnis zu dem Schluss, dass die Anfügung aus datenschutzrechtlicher Sicht nicht befürwortet werden kann (siehe Anlage 2).

3. Eingrenzung der Tätigkeit der hinzuziehenden Fachärzte auf Definitions- und Indikationsauftragsleistungen

Hinzuzuziehende Fachärzte dürfen gemäß ASV-Richtlinie Leistungen nur auf Definitions- oder Indikationsauftrag erbringen. Diese Einschränkung führt dazu, dass hinzuzuziehende Ärzte grundsätzlich die Grundpauschalen ihrer Fachgruppe nicht abrechnen dürfen. Die DKG hatte angesichts wiederkehrender Rückmeldungen, dass es diesbezüglich zu Problemen kommt, nochmals auf eine Streichung des Definitions- und Indikationsauftrages gedrängt. Die Grundpauschalen beinhalten nicht selten alle relevanten Leistungen, die von den Ärzten in der ASV erwartet werden. So bedarf es immer wieder feinerer Detailregelungen abweichend vom EBM, um diesen Fachgruppen die Abrechnung zumindest einiger weniger Leistungen zu ermöglichen.

4. Mindestmengen

Auf die Art der Festlegung der Mindestmengen sowie die Sachgerechtigkeit ihrer Höhe möchten wir an dieser Stelle nicht mehr näher eingehen. Einen anderen Aspekt möchten wir hingegen beleuchten. So war zwar der G-BA bei seinen Beschlüssen um gleichlautende Formulierungen zu allen Anlagen bemüht, was auch seitens der DKG als sinnvoll erachtet wurde, es zeigt sich aber nunmehr ein Problem, welches noch einer Klärung im G-BA zugeführt werden sollte. Aufgrund der Anpassung der Richtlinien im Hinblick auf die schweren Verlaufsformen hat sich die Anzahl der Mindestmengen geändert. So wurden

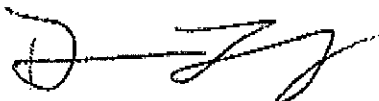
beispielsweise bei den gastrointestinalen Tumoren die Mindestmengen von 140 auf 230 Patienten und bei den gynäkologischen Tumoren von insgesamt 250 auf 310 heraufgesetzt. Der letzte Absatz der Regelungen zur Mindestmenge (jeweils Ziffer 3.4) in den Anlagen weist darauf hin, dass in den zurückliegenden 4 Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim Erweiterten Landesausschuss mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahl von Patientinnen und Patienten behandelt worden sein müssen. Die Mindestbehandlungszahlen können im 1. Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um 50 % unterschritten werden. Hierbei handelt es sich jedoch um eine Übergangsregelung, die sich auf die ASV-Zulassung bezieht. Es finden sich hingegen keine Angaben, wie mit den Mindestmengen zu verfahren ist, wenn diese in ihrer Höhe in der Richtlinie geändert werden und ein ASV-Team, das bereits seit längerer Zeit an der ASV-Versorgung teilnimmt, nun die neue Anzahl nicht direkt erfüllen kann. Auch hier müsste im Hinblick auf eine angemessene Planungssicherheit eine Übergangsregelung greifen, da die Berufsausübung hierdurch eingeschränkt werden kann. An dieser Stelle sollte der G-BA aufgefordert werden, für eine Übergangsregelung zu sorgen.

5. Spezifische Leistungen

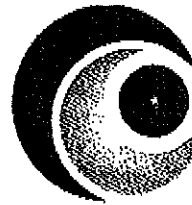
Sowohl in der Anlage zu den gastrointestinalen Tumoren als auch in der Anlage zu den gynäkologischen Tumoren finden sich unter den Ziffern zum Behandlungsumfang zu PET-; PET-CT-Untersuchungen Eingrenzungen auf bestimmte Patientengruppen, die in dieser Form nicht zur Methodenbewertung im G-BA passen. Gleiches gilt für die eher willkürliche Einschränkung der Genexpressionsanalyse bei den gynäkologischen Tumoren. So verwundert es im Kontext der ASV immer wieder, wie medizinische komplexe Sachverhalte im G-BA beinahe im Zurechtfertigen abweichend von Leitlinien oder den Vorstellungen der medizinischen Fachwelt festgelegt werden. In diesem Kontext sei als weiteres Beispiel darauf hingewiesen, dass bei der pulmonalen Hypertonie in gleicher Weise Leistungen mehrheitlich abgelehnt wurden, die die medizinische Fachwelt jedoch für erforderlich hielt (6 Minuten Gehstest und Aufwand bei Verwendung von Medikamentenpumpensystem zur Therapie). Gleiches gilt für die Ablehnung des MRSA-Screening im Kontext der pulmonalen Hypertonie. Entgegen allen nationalen und internationalen Bemühungen scheint es weder aus Sicht der GKV noch der KBV ein erstrebenswertes Ziel zu sein, die Keime bereits ambulant diagnostizieren und behandeln zu können.

Sehr geehrter Herr Dr. Orlowski, in dem Wunsch den von der ASV betroffenen Patientengruppen endlich die vom Gesetzgeber gewünschte spezialisierte Versorgung anbieten zu können sowie die überbordende Bürokratie aufzuhalten, möchten wir Sie bitten, bei Ihrer Prüfung nach § 94 SGB V unsere Ausführungen zu berücksichtigen.

Mit freundlichen Grüßen



Georg Baum



**Bundesverband
ambulante
spezialfachärztliche
Versorgung e.V.**

Bundesverband amb. spezialfachärztliche Versorgung e.V.
Grafinger Str. 2, 81671 München

Herrn
Dr. Ulrich Orłowski
Friedrichstraße 108,
10117 Berlin

Dr. med. Axel Munte
Dr. med. Wolfgang Abenhardt

Telefon: +49 (89) 4141 4406 - 0
Fax: +49 (89) 4141 4406 - 9

E-Mail: axel.munte@bv-asv.de
wolfgang.abenhardt@bv-asv.de
www.bv-asv.de / www.qualidoc.org

Datum: 27.01.2016

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung: Beschlüsse des Gemeinsamen Bundes- **ausschusses**

Sehr geehrter Herr Dr. Orłowski,

aktuell liegen Ihnen die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) vom 17.12.2015 zur Prüfung vor.

Aus fachlicher Sicht möchten wir auf folgende Problematik hinweisen und um eine Intervention seitens Ihres Hauses gegenüber dem G-BA ersuchen:

Erweiterung auch auf nicht-schwere Verlaufsformen faktisch nicht umgesetzt: Das Versorgungsstärkungsgesetz hat den §116b SGB V dahingehend geändert, dass die Eingrenzung der ASV auf schwere Verlaufsformen in der Onkologie und Rheumatologie künftig entfallen soll. In den vom G-BA am 17.12.2015 beschlossenen Neufassungen der Konkretisierungen zu den gastrointestinalen Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle bzw. zu den gynäkologischen Tumoren wurde nun die Unterscheidung in schwere Verläufe im Einzelfall bzw. regelhaft schwere Verläufe gestrichen. Jedoch umfasst die neue Zugangsdefinition des Bedarfs an einer multimodalen Behandlung und/oder Kombinationschemotherapie letztlich exakt dieselben Krankheitsverläufe wie nach der bisher geltenden Definition.

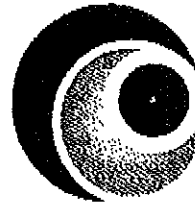
Eine klassische Fragestellung in Tumorboards sind Grenzfälle, z.B. beim Mammakarzinom ein Stadium pT1c pN0 M0 G2-3, bei denen letztlich im Tumorboard entschieden wird, ob eine systemische Therapie erfolgt oder nicht. In etwa der Hälfte der Fälle wird dann keine Chemotherapie empfohlen. Diese Patienten bzw. ihre behandelnden Ärzte können in diesen Fällen nicht von der multidisziplinären Diskussion im Rahmen der ASV profitieren. Ähnliche Konstellationen finden sich auch beim Kolon- oder Magenkarzinom.

Bundesverband ambulante spezialfachärztliche Versorgung e.V.

Vorstand: Dr. Axel Munte, Dr. Wolfgang Abenhardt
Amtsgericht München VR 203940
Steuernummer 143 / 236 / 02191
Filmsitz:
Dr.-Max-Str. 21, 82031 Grünwald

Zweigstelle:
Grafinger Str. 2
81671 München
Tel.: +49 89 4141 4406 - 0

Bankverbindung:
Deutsche Apotheker- und Ärztebank
IBAN DE39 3006 0601 0008 6618 47
BIC DAAEED33XXX



**Bundesverband
ambulante
spezialfachärztliche
Versorgung e.V.**

Erhöhung der Fallzahl nicht sachgerecht: Gleichzeitig wurden jedoch die durch das Kernteam nachzuweisenden Mindestfallzahlen deutlich erhöht. Dies wurde dadurch begründet, dass durch die neuen Einschlusskriterien für Patienten nun ja mehr Fälle im Rahmen der ASV therapiert werden könnten. Wie von uns dargelegt, ist das aber nicht der Fall. Die aktuell beschlossenen Mindestfallzahlen können voraussichtlich nur von großen Einrichtungen wie Universitätskliniken erfüllt werden.

Das entscheidende Kriterium bei der ASV ist doch – wie vom Gesetz vorgesehen – nicht der schwere Verlauf als solcher, sondern die Notwendigkeit einer interdisziplinären Betreuung eines Patienten und die Empfehlung eines optimalen Vorgehens.

Wir möchten Sie daher bitten, vor Freigabe der aktuellen G-BA Beschlüsse diese Problematik nochmals in Fachkreisen zu diskutieren.

Wir schlagen konkret vor, die Beschlüsse folgendermaßen zu ändern:

Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patient(inn)en ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit gynäkologischen / gastroenterologischen Tumoren, wenn diese auf Grund der Ausprägung der Tumorerkrankung einer interdisziplinären Entscheidung im Tumorboard bezüglich einer multimodalen Therapie bedürfen.

Die ASV umfasst dann insbesondere die hierzu notwendige Diagnostik und Vorstellung im Tumorboard sowie danach systemische Therapien im neoadjuvanten, adjuvanten oder palliativen Ansatz, die einer interdisziplinären oder komplexen Umsetzung und somit einer besonderen Expertise oder Ausstattung bedürfen. Eine alleinige endokrine und/oder alleinige Strahlentherapie ist hiervon ausgenommen.

Wir bitten Sie um Berücksichtigung unseres Vorschlags.

Mit besten Grüßen

Dr. med. Wolfgang Abenhardt
Stv. Vorsitzender des Vorstands

Dr. med. Axel Munte
Vorsitzender des Vorstands

Bundesverband ambulante spezialfachärztliche Versorgung e.V.

Vorstand: Dr. Axel Munte, Dr. Wolfgang Abenhardt
Amtsgericht München VR 203940
Steuernummer 143 / 236 / 02191
Firmensitz:
Dr.-Max-Str. 21, 82031 Grünwald

Zweigstelle:
Grafinger Str. 2
81871 München
Tel.: +49 89 4141 4406 - 0

Bankverbindung:
Deutsche Apotheker- und Ärztebank
IBAN DE39 3006 0601 0008 6618 47
BIC DAAEDEDXXX

DEUTSCHE RÖNTGENGESELLSCHAFT

JUSTIZIAR



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

Berlin, den 11.03.2016

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

Sehr geehrter Herr MinDirig Becker,

mit Schreiben vom 10.02.2015 hatten wir Sie darüber informiert, dass der G-BA im Rahmen der Beschlussfassung über die gynäkologischen Tumoren in der ASV am 22.01.2015 entschieden hat, dass Fachärzte für Radiologie nur zu den „Hinzuzuziehenden Fachärzten“ gehören.

Sie hatten den G-BA mit Schreiben vom 01.06.2015 aufgefordert, zu unserem Schreiben Stellung zu nehmen. Ihr Schreiben war als aufsichtsrechtliche Anordnung zu verstehen, da Sie auf die Unterbrechung der Beanstandungsfrist nach § 94 Abs. 1 S. 3 SGB V hingewiesen haben. Der G-BA hatte hierauf mit Schreiben vom 08.09.2015 geantwortet, dass er sich mit den Fragen in Zusammenhang mit den durch das GKV-VSG anstehenden Änderungen in der Sitzung am 17.12.2015 befassen werde. Wörtlich heißt es in dem Schreiben vom 08.09.2015 hierzu:

„Im Rahmen der vorgesehenen Anpassung ist auch eine inhaltliche Befassung mit den durch das Schreiben vom 1. Juni 2015 aufgeworfenen Fragen zum bereits vor-gelegten Beschluss vom 22. Januar 2015 vorgesehen.“

In seiner Sitzung vom 17.12.2015 hat der G-BA zwar nun Änderungen an der Rahmenrichtlinie zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV-RL) sowie zu den Anlagen gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle, gynäkologische Tumoren und Marfan-Syndrom beschlossen. Allerdings hat der G-BA, entgegen der Ankündigung in seinem Schreiben vom 08.09.2015, weder einen Beschluss über die Aufnahme des Fachgebietes der Radiologie in das Kernteam gefasst, noch sich an irgendeiner Stelle der Beschlussfassungen oder in der Begründung mit dieser Frage auseinandergesetzt.

Wie wir erfahren haben, wurden Ihnen die geänderte Richtlinie und die Beschlüsse des G-BA vom 17.12.2015 am 22.02.2016 an das BMG übermittelt. Gemäß § 94 Abs. 1 S. 2 SGB V

DEUTSCHE RÖNTGENGESELLSCHAFT

JUSTIZIAR



kann danach das BMG die Beschlüsse des G-BA innerhalb einer Frist von zwei Monaten beanstanden.

Wir wären Ihnen dankbar, wenn Sie gemäß § 94 Abs. 1 S. 2 SGB V eine erneute Beanstandung der Richtlinie und der Beschlüsse vornehmen würden, da der G-BA Ihrer Aufforderung zur Erläuterung der Beschlussfassung im Bereich des Kernteams nicht nachgekommen ist und der Beschluss zudem gegen die „allgemein anerkannten fachlichen Standards“ in der Onkologie und damit gegen § 630 a Abs. 2 BGB verstößt. Wir verweisen insofern auf den bisherigen Schriftverkehr mit dem G-BA, den wir Ihnen bereits übermittelt hatten. Bei Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

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



Gemeinsamer Bundesausschuss

gemäß § 91 SGB V
Unterausschuss
Ambulante spezialfachärztliche
Versorgung
Vorsitzende
Frau Dr. Klakow-Franck

Besuchsadresse:
Wegelystraße 8
10623 Berlin

Ansprechpartner/in:
Anja Hoffart
Sekretariat

Telefon:
030 275838150

Telefax:
030 275838135

E-Mail:
anja.hoffart@g-ba.de

Internet:
www.g-ba.de

Unser Zeichen:
RKF/hof

Datum:
08. September 2015

Gemeinsamer Bundesausschuss, Postfach 12 06 06, 10596 Berlin

Bundesministerium für Gesundheit
Herrn MinDir Dr. Ulrich Orlowski
Leiter der Abteilung 2
53107 Bonn

GKV-Versorgungestärkungsgesetz (GKV-VSG) Änderungen des § 116b SGB V

Sehr geehrter Herr Dr. Orlowski,

der G-BA hat unmittelbar mit Inkrafttreten des GKV-VSG seine Beratungen zu den Neuregelungen in § 116b SGB V aufgenommen und beabsichtigt, die aus dem GKV-VSG resultierenden Änderungen an der Rahmenrichtlinie zur Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) und an den bereits beschlossenen Anlagen in seiner Sitzung am 17. Dezember 2015 zu beschließen.

Den bereits vorgelegten Beschluss zur Anlage 1 „Gynäkologische Tumoren“ vom 22. Januar 2015 sowie den Ihnen noch nicht zugeleiteten Beschluss vom 18. Juni 2015 werden wir Ihnen in einer konsolidierten und inhaltlich angepassten, d.h. den neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen entsprechenden Fassung nach dem 17. Dezember 2015 zur Prüfung nach § 94 SGB V übermitteln. Im Rahmen der vorgesehenen Anpassung ist auch eine inhaltliche Befassung mit den durch das Schreiben vom 1. Juni 2015 aufgeworfenen Fragen zum bereits vorgelegten Beschluss vom 22. Januar 2015 vorgesehen.

Vor diesem Hintergrund werden wir auf die mit diesem Schreiben aufgeworfenen Fragen dann auch erst nach dem Beschluss der konsolidierten und angepassten Fassung am 17. Dezember 2015 antworten. Bis dahin wird nach § 94 Abs. 1 Satz 3 HS 2 SGB V der Lauf der Frist von zwei Monaten für die Durchführung des Nichtbeanstandungsverfahrens hinsichtlich des Ihnen bereits vorliegenden Beschlusses vom 22. Januar 2015 unterbrochen. Nach unserer Einschätzung wäre somit eine zwischenzeitliche Befassung mit diesem Beschluss in Ihrem Hause auch nicht erforderlich.



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

Die von uns gewählte Vorgehensweise soll insbesondere einer zeitnahen einheitlichen Umsetzung der aus dem GKV-VSG resultierenden Änderungen sowohl an den bereits in Kraft getretenen als auch an den noch nicht in Kraft getretenen Regelungen der ASV dienen. Zudem können dadurch unnötige Doppelprüfungen und das Inkrafttreten eines vom Ergebnis her bereits inhaltlich überholten Beschlusses vermieden werden. Wir hoffen auf Ihr Verständnis.

Für eine gegebenenfalls noch erforderliche Rücksprache stehe ich gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Regina Klakow-Franck
Unparteiisches Mitglied
Vorsitzende des Unterausschusses ASV

01/06/2016 12:59 EMPFANGEN 01/06/2016 13:16 004930275838105 GEM. BUNDESAUSSCHUSS
030184413788 BMG REFERAT 213 S. 01/12



Bundesministerium
für Gesundheit

Bundesministerium für Gesundheit, Kaiser-Wilhelm

Gemeinsamer Bundesausschuss
Wegelystraße 8
10523 Berlin

vorab per Fax: 030/ 275838-105

REFERAT 213
BEARBEITET VON Dr. Josephine Tautz
HAUPTANSCHRIFT: Friedrichstraße 108, 10117 Berlin
POSTANSCHRIFT 11055 Berlin
TEL +49 (0)30 18 441-4514
FAX +49 (0)30 18 441-3789
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
betreffend: 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

J. Tautz
Dr. Tautz

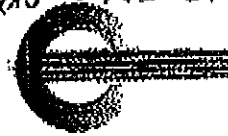
01/06/2015 12:58

EMPFANGEN 01/06/2015 13:16
030184413788

004930275838105
BMG REFERAT 213

GEM. BUNDESAUSSCHUSS
S. 02/12

330703
Q13-21432-24



DEUTSCHE RÖNTGENGESELLSCHAFT JUSTIZIAR

Bundesministerium für Gesundheit
Abteilung 2
Herrn MinDirg Joachim Becker
Postfach
D-11056 Berlin

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

20242

Berlin, den 10.02.2016

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

Sehr geehrter Herr MinDirg 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. Berühend 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 haftungsrichtlich 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, Gesellschaft für Medizinische Radiologie e.V.
Justiziar: FA Prof. Dr. Peter Wiese
E-Mail: Ruediger-Platz 10, 10587 Berlin
eMail: kontakt@dr-wiese.de

Eingetragen im Vereinsregister beim Amtsgericht
Berlin-Charlottenburg; Reg.Nr. 17826 Nz
Tel.: (030) 918 070-0 Fax: (030) 018 070-22
Internet: <http://www.drg.de>

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 § 84 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

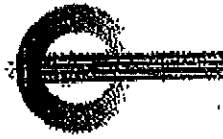

Prof. Dr. Peter Wigge
Justiziar
Deutsche Röntgengesellschaft e.V.

01/06/2015 12:59

EMPFANGEN 01/06/2015 13:16
030184413788004930275838105
BMG REFERAT 213GEM. BUNDESAUSSCHUSS
S. 04/12

DEUTSCHE RÖNTGENGESELLSCHAFT

JUSTIZIAR



Gemeinsamer Bundesausschuss
Unparteiliches Mitglied Frau Dr. Klakow-Franck
Wegelystraße 8
D-10823 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 05.08.2014 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 Kerntätigkeit ansetzen:

„Die Kerntätigkeiten 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 Kerntätigkeiten an mehr als einem Standort an, muss es sämtliche diagnostische Kerntätigkeiten 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 EZ werden in einer Tumorkonferenz interdisziplinär besprochen. Die Nicht-Vorstellung einzelner Patientinnen wird schriftlich begründet. An der

Deutsche Röntgengesellschaft, Gesellschaft für Medizinische Radiologie o.V.
Justizien RA Prof. Dr. Peter Wigger
Emst-Reuter-Platz 10, 10967 Berlin
eMail: kernt@dra-wigger.de

Eingetragen im Vereinsregister beim Amtsgericht
Berlin-Charlottenburg; Reg.Nr. 17520 N
Tel.: (030) 818 070-0 12 Fax: (030) 818 070-22
Internet: <http://www.drg.de>

01/06/2015 12:59

EMPFANGEN 01/06/2015 13:16
030184413788004930275838105
BMG REFERAT 213GEM. BUNDESAUSSCHUSS
S. 05/12

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 vorseht (AWMF-Reglater-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 KHEntG 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 66/12, 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 organenspezifischer Organumarmzentren – 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 Haler, Bergmann, Medizinrechtliche Aspekte von Tumorboards, Chirurg 2013 - 84:226-230). Durch die Regelung werden Behandlungsfehler indiziert, für die alle beteiligten Fachärzte des Kernteams haften (BGH, Ur. v. 28.01.1999, 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. § 630 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, Gesellschaft für Medizinische Radiologie e.V.
Justiziar: RA Prof. Dr. Peter Wigger
Winst-Rentel-Platz 10, 12557 Berlin
eMail: karatel@mr-wigger.de

Eingetragen im Vereinsregister beim Amtsgericht
Berlin-Charlottenburg; Reg.Nr. 17620 MX
Tel.: (030) 818 070-0 Fax: (030) 816 070-22
Internet: http://www.drg.de

14/04/2016 14:27

EMPFANGEN 14/04/2016 15:07
030184413788

004930275838105
BMG REFERAT 213

GEM. BUNDESAUSSCHUSS
S. 22/28

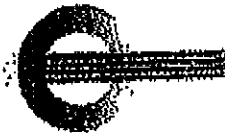
01/06/2015 12:59

EMPFANGEN 01/06/2015 13:16
030184413788

004930275838105
BMG REFERAT 213

GEM. BUNDESAUSSCHUSS
S. 06/12

DEUTSCHE RÖNTGENGESELLSCHAFT JUSTIZIAR



Mit freundlichen Grüßen

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

Deutsche Röntgengesellschaft, Gesellschaft für Medizinische Radiologie e.V.
Justiziar: RA Prof. Dr. Peter Wigge
Bismarck-Platz 10, 10687 Berlin
eMail: kanzlei@ra-wigge.de

Eintragung im Vereinsregister beim Amtsgericht
Berlin-Charlottenburg; Reg.Nr. 17820 Hz
Tel: (030) 918 070-0 Fax: (030) 918 070-22
Internet: <http://www.drg.de>

DEUTSCHE RÖNTGENGESELLSCHAFT

JUSTIZIAR



Gemeinsamer Bundesausschuss
Unparteiliches Mitglied Frau Dr. Klakow-Frank
Wegelystraße 8
D-10023 Berlin

30. Juni 2014

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

Sehr geehrte Frau Dr. Klakow-Frank,

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-Sohlhage, 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

Selten 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, Gesellschaft für Medizinische Radiologie e.V.
Justiziar: i.A. Prof. Dr. Peter Kluge
E-Mail: Peter.Kluge@dmr.de
E-Mail: karsten.kluge@dmr.de

Eintragung im Vereinsregister beim Amtsgericht
Berlin-Charlottenburg; Reg.Nr. 17820 N
Tel: (030) 918 070-0 Fax: (030) 918 070-22
Internet: <http://www.dmg.de>

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 haben daher die Darstellung in Punkt 2.2.3.1. der Trägenden 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 Patientankontakt erbringt, nicht sachgerecht ist (zur Abgrenzung vgl. BSG, Urt. v. 06.11.1997, Az.: 6 RKA 62/97).

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 einwilligen Wahl der Modalitäten und Invasivität im Rahmen der Diagnostik 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 Durchleuchtungsdagnostik? Man denke nur an die Diagnostik und Behandlung der Ileuskrankheit als klassische Komplikation; wenn also eine koordinierte und ganzheitliche

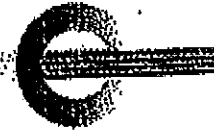
Deutsche Röntgengesellschaft, Gesellschaft für Medizinische Radiologie e.V.
Justiziar: RA Prof. Dr. Peter Wöge
Emel-Hofen-Platz 10, 10687 Berlin
eMail: kennel@p-woge.de

Eingetragen im Vereinsregister beim Amtsgericht
Berlin-Charlottenburg, Reg.Nr. 17620 Nr.
Tel.: (030) 916 070-0 Fax (030) 916 070-22
Internet: <http://www.drg.de>

01/06/2015 12:59

EMPFANGEN 01/06/2015 13:16
030184413788004930275838105
BMG REFERAT 213GEM. BUNDESAUSSCHUSS
S. 09/12

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 bildgeäuerte minimal-invasive Diagnostik und Therapie mit allen bildgebenden Modalitäten beinhaltet. Dem Fachgebiet der Radiologie kommt aber gerade hierbei im klinischen Alltag die zentrale, qualitätsfördernde Rolle zu.

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

Wie Herr Prof. Müller-Schlimpf für das Klinikum Frankfurt dargestellt hat, stellen die Änderungen der ABV-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 SS-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 Krebskrankung 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 jemandes System zu verstehen, wird durch die gegenwärtige Ausgestaltung der Anlagen veran.

Der Ansatz der einfachen Erkennbarkeit für den Einschuß einer Erkrankungsgruppe in die ABV-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 ABV 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, Gesellschaft für Medizinische Radiologie e.V.
Justiziar: HA Prof. Dr. Peter Wäpke
Brink-Müller-Platz 10, 10887 Berlin
030 41 490 40 41 / www.drg.de

Eingetragen im Vereinsregister beim Amtsgericht
Berlin-Charlottenburg; Reg.Nr. 17820 Hz
Tel.: (030) 016 070-0 Fax: (030) 016 070-22
Internet: <http://www.drg.de>

DEUTSCHE RÖNTGENGESELLSCHAFT

JUSTIZIAR



Frühdagnostik (incl. Screening), Ausbreitungsdagnostik, Therapieverlaufskontrolle und Nachsorge/Rezidivverknüpfung 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-A 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. 2 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 - 0450L). Hier ist insbesondere folgender Umstand deutlich geworden: Da die ASV unveränderterweise 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.

Darzeit 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 „*Definition- oder Indikationsauftrages*“ für die hinzuzuziehenden Fachgebiete nach § 2 Abs. 4 S. 2 ASV-RL. Diese Überweisungsart ist der Regelung in § 24 BMV-A aus dem Bereich der vertragsärztlichen Versorgung entnommen, im Gegensatz zu § 2 Abs. 4 S. 2 ASV-RL unterteilt jedoch § 24 Abs. 3 BMV-A 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, Gesellschaft für Medizinische Radiologie e.V.
Justiziar: RA Prof. Dr. Peter Ylvisaker
E-Mail: Roular-Piete 10, 10967 Berlin
eMail: kanzlei@dm-röntgen.de

Eingetragen im Vereinsregister beim Amtsgericht
Berlin-Charlottenburg; Reg.Nr. 17820 N
Tel.: (030) 819 070-0 Fax: (030) 819 070-22
Internet: <http://www.drg.de>

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 Radiologie 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 Radiologie 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 Gesprächs 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 Regelsversorgung stattfinden soll, bedarf es eines einheitlichen, eng aufeinander abgestimmten und durchlässigen Behand-

01/06/2015 12:59

EMPFANGEN 01/06/2015 13:16
030184413788

004930275938105
BMG REFERAT 213

GEM. BUNDESAUSSCHUSS

S. 12/12

DEUTSCHE RÖNTGENGESELLSCHAFT

JUSTIZIAR



lungskonzepte 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 niedrigschwellig der beherrschenden niedergelassenen Gynäkologie 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 Wigo
Justiziar